

Belgische Senaat

Colloquium

De strijd tegen aids

Brussel
18 mei 2009

Handelingen

Sénat de Belgique

Colloque

La lutte contre le sida

Bruxelles
18 mai 2009

Actes

in aanwezigheid van H.K.H. Prinses Mathilde
en van de heer Peter Piot,
voormalig uitvoerend directeur van UNAIDS
voormalig adjunct-secretaris-generaal van de VN

en présence de S.A.R. la Princesse Mathilde
et de M. Peter Piot,
ancien directeur exécutif de l'ONUSIDA
ancien secrétaire général adjoint de l'ONU

Programma

VOORZITTERS:

De heer ARMAND DE DECKER, voorzitter van de Senaat
Mevrouw NAHIMA LANJRI, voorzitter van de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden
Mevrouw MARLEEN TEMMERMAN, voorzitter van de Commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging

- 14.00 **Openingstoespraak** door de heer ARMAND DE DECKER, voorzitter van de Senaat (pag. 7)
- 14.10 **Inleiding** door mevrouw NAHIMA LANJRI, voorzitter van de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden en mevrouw MARLEEN TEMMERMAN, voorzitter van de Commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging (pag. 11)
- 14.20 **De ontwikkeling en de verspreiding van aids**
Uiteenzetting door prof. MARIE LAGA, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen (pag. 14)
- 14.35 **De ontwikkeling van aids in België**
Uiteenzetting door de heer VLADIMIR MARTENS, directeur van het Observatoire du sida et des sexualités (pag. 20)
- 14.50 **Onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen tegen aids**
Uiteenzetting door Dr. PAUL STOFFELS, hoofd Geneesmiddelenonderzoek en -ontwikkeling, Janssen Pharmaceutica en Johnson & Johnson (pag. 27)
- 15.05 **Uiteenzetting** door de heer PETER PIOT, voormalig uitvoerend directeur van UNAIDS, voormalig adjunct-secretaris-generaal van de VN (pag. 31)
- 15.20 **Slotwoord** door de heer CHARLES MICHEL, minister van Ontwikkelingssamenwerking (pag. 36)
- 15.30 **Slotwoord** door mevrouw LAURETTE ONKELINX, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (pag. 39)

Programme

PRESIDENCE :

M. ARMAND DE DECKER, président du Sénat
Mme NAHIMA LANJRI, présidente de la Commission des Affaires sociales
Mme MARLEEN TEMMERMAN, présidente de la Commission des Relations extérieures et de la Défense

- 14.00 **Discours d'ouverture** par M. ARMAND DE DECKER, président du Sénat (p. 7)
- 14.10 **Introduction** par Mmes NAHIMA LANJRI, présidente de la Commission des Affaires sociales et MARLEEN TEMMERMAN, présidente de la Commission des Relations extérieures et de la Défense (p. 11)
- 14.20 **Le développement et la prolifération du sida**
Exposé du Pr MARIE LAGA, Institut de Médecine tropicale, Anvers (p. 14)
- 14.35 **Le développement du sida en Belgique**
Exposé de M. VLADIMIR MARTENS, directeur de l'Observatoire du sida et des sexualités (p. 20)
- 14.50 **Recherche et développement des médicaments contre le sida**
Exposé du Dr. PAUL STOFFELS, président de la Recherche et du Développement des produits pharmaceutiques de Janssen Pharmaceutica et Johnson & Johnson (p. 27)
- 15.05 **Exposé** de M. PETER PIOT, ancien directeur exécutif de l'ONUSIDA, ancien secrétaire général adjoint de l'ONU (p. 31)
- 15.20 **Conclusions** de M. CHARLES MICHEL, ministre de la Coopération au développement (p. 36)
- 15.30 **Conclusions** de Mme LAURETTE ONKELINX, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé (p. 39)

Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden

Commissie voor de Buitenlandse
Betrekkingen en voor de Landsverdediging

18 mei 2009

De strijd tegen aids

Openingstoespraak

De heer Armand De Decker, voorzitter van de Senaat (*in het Frans*). – Koninklijke Hoogheid, waarde baron Piot, beste collega's, dames en heren, in naam van de Senaat wil ik prinses Mathilde bedanken voor haar aanwezigheid op dit colloquium dat ik de eer heb te openen.

Uw aanwezigheid, mevrouw, getuigt andermaal van uw sterke inzet in de strijd tegen aids en van uw solidariteit met de slachtoffers van deze plaag.

Dames en heren, het is mij een groot genoegen om u, in naam van de Senaat en in mijn eigen naam, vandaag welkom te heten om hulde te bewijzen aan dokter Piot en het opmerkelijke werk dat hij heeft geleverd in de strijd tegen aids.

Ik zou u allen een allegorie willen voorleggen die ons een idee geeft van de omvang van de uitdaging die de man die we vandaag huldigen is aangegaan.

Een wandelaar slentert bij zonsondergang over een verlaten strand. In de verte begint zich de gestalte van een man af te tekenen. Terwijl hij nadert, ziet hij dat de man voortdurend bukt om iets op te rapen dat hij meteen weer in het water gooit. Hij blijft die handeling maar herhalen. Nog dichterbij, ziet hij dat de man zeesterren opraapt die door het tij zijn aangespoeld. Hij werpt de zeesterren stuk voor stuk terug in het water.

De wandelaar, nieuwsgierig geworden, spreekt de man aan en zegt: 'Goedenavond, beste vriend. Ik vroeg mij af wat u aan

Commission des Affaires sociales

Commission des Relations extérieures
et de la Défense

18 mai 2009

La lutte contre le sida

Discours d'ouverture

M. Armand De Decker, président du Sénat. – Votre Altesse Royale, cher baron Piot, chers collègues, Mesdames, Messieurs, au nom du Sénat et de tous ceux qui vont prendre part à cette séance, je tiens à remercier son Altesse Royale la princesse Mathilde pour sa présence au colloque que j'ai l'honneur d'ouvrir cet après-midi.

Votre présence, Madame, témoigne une fois de plus de votre profond engagement dans la lutte contre le sida et de votre solidarité envers les victimes de ce fléau.

Mesdames, Messieurs, c'est avec grand plaisir que je vous souhaite aujourd'hui la bienvenue, au nom du Sénat, pour rendre hommage au Docteur Piot et à son travail remarquable dans la lutte contre le sida.

J'aimerais partager avec vous, une parabole qui nous confronte à l'ampleur du défi relevé par celui à qui nous rendons hommage aujourd'hui.

Un promeneur se baladait sur une plage déserte au coucher du soleil. Peu à peu, il commença à distinguer la silhouette d'un autre homme dans le lointain. Quand il fut plus près, il remarqua que l'homme ne cessait de se pencher pour ramasser quelque chose qu'il jetait aussitôt à l'eau. Il répétait cette action à l'infini. En s'approchant encore davantage, le promeneur remarqua que l'homme ramassait les étoiles de mer rejetées par la marée sur la plage et que c'était ces étoiles de mer qu'il relançait une à une dans l'eau.

Le promeneur, intrigué, aborda l'homme et lui dit : « Bonsoir, cher ami. Je me demandais ce que vous étiez en train de

het doen was.’ ‘Ik gooi zeesterren in de oceaan. Bij eb komen al die zeesterren op het strand terecht. Als ik ze niet teruggooi, sterven ze door zuurstofgebrek.’ ‘Dat begrijp ik’, antwoordt de wandelaar, ‘Maar er moeten duizenden zeesterren op dit strand liggen. U kunt ze niet allemaal redden. Er zijn er gewoon te veel. Beseft u niet dat hetzelfde verschijnsel zich op dit ogenblik waarschijnlijk voordoet op honderden stranden langs de kustlijn? Ziet u dan niet dat u er niets aan kunt veranderen?’

De man glimlacht, bukt en raapt een zeester op. Terwijl hij de zeester in het water gooit antwoordt hij: ‘Voor deze hier verandert het *alles!*’

Al te vaak neigt de mens tot défaitisme en inertie wanneer hij voor te grote uitdagingen staat. Te veel mensen stellen zich als treurige toeschouwers op tegenover de wereld rondom hen, net als onze eenzame wandelaar. En dan zijn er geïnspireerde mensen, zoals de man die van zeesterren hield, en zoals u, dokter Piot, die, aangespoord door de uitdagingen, kiezen om de omvang ervan niet uit de weg te gaan.

In nauwelijks drie decennia vonden 25 miljoen mensen de dood door infectie met hiv. Volgens het recentste verslag van UNAIDS, zijn er in de wereld 33 miljoen mensen met dit virus besmet, van wie twee miljoen kinderen jonger dan 15. Om die dodelijke vijand te bestrijden, die zo kwaadaardig en veranderlijk is, was de inzet, moed en vastberadenheid nodig van een uitzonderlijk man zoals u.

U was nog maar pas afgestudeerd in de geneeskunde, maar reeds in 1976 verrichtte u in Congo pionierswerk als medeontdekker van het ebolavirus. In de jaren tachtig startte u in Kinshasa het ‘Projet SIDA’ op. Dit project zou het eerste internationale aidsproject zijn in Afrika en wordt nu overal beschouwd als het uitgangspunt van onze huidige kennis over het virus in Afrika.

(Verder in het Nederlands) Het is precies tijdens het onderzoek naar het ebolavirus in Congo in 1976 dat Peter Piot tot de vaststelling is gekomen dat seksueel overdraagbare aandoeningen een zeer groot probleem vormen in de samenleving. Bij gebrek aan degelijk cijfermateriaal en wetenschappelijke lectuur over het onderwerp, besluit Peter Piot zelf de leemte te vullen en daadwerkelijk onderzoek te verrichten. Gaandeweg groeit hij uit tot een internationaal bekend en toonaangevend academicus en wetenschappelijk onderzoeker, onder meer aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen, waaraan professor Marie Laga,

faire. » « Je rejette les étoiles de mer dans l’océan. À marée basse, voyez-vous, toutes ces étoiles de mer viennent s’échouer sur la plage. Si je ne les rejette pas à la mer, elles vont mourir par manque d’oxygène. » « Je comprends, répliqua le promeneur, mais il doit y avoir des milliers d’étoiles de mer sur cette plage. Vous ne pourrez pas toutes les sauver. Il y en a tout simplement trop. Vous ne vous rendez pas compte que le même phénomène se produit probablement à l’instant même sur des centaines de plages tout au long de la côte. Vous ne voyez pas que vous ne pouvez rien y changer ? »

L’homme sourit, se pencha et ramassa une autre étoile de mer. En la rejetant à l’eau, il répondit : « Ça change *tout* pour celle-là ! »

Trop souvent, l’être humain est enclin au défaitisme et à l’inaction face à l’ampleur des défis à affronter. Trop nombreux sont ceux qui se conduisent en tristes spectateurs du monde qui les entoure, tout comme notre promeneur solitaire. Et puis, il y a ceux qui sont touchés par la grâce, tout comme cet homme qui aimait les étoiles de mer, tout comme vous, Docteur Piot, et qui aiguillonnés par les défis, choisissent d’agir à l’échelle qui s’impose à eux.

En trois décennies à peine, le VIH a provoqué le décès de 25 millions de personnes dans le monde. Selon le dernier rapport de l’UNAIDS, on recensait 33 millions de personnes vivant avec ce virus dans le monde dont deux millions d’enfants de moins de quinze ans. Pour livrer bataille à cet ennemi létal si virulent et si versatile, il fallait l’engagement, le courage, et la détermination d’un homme d’exception tel que vous.

À peine achevées vos études de médecine, déjà vous faites œuvre de pionnier en codécouvrant en 1976, au Congo – à l’époque le Zaïre –, le virus d’Ebola. Dans les années 80, vous initiez le « Projet SIDA » à Kinshasa. Ce projet sera le premier projet international contre le sida en Afrique et sera largement reconnu comme ayant jeté les bases de notre compréhension de l’infection au virus en Afrique.

(Poursuivant en néerlandais) C’est en 1976, dans le cadre des recherches qui aboutirent à la découverte du virus Ébola au Congo, que Peter Piot se rendit compte de l’énorme problème que constituaient, pour notre société, les maladies sexuellement transmissibles. À défaut de disposer de statistiques sérieuses et d’une littérature scientifique en la matière, Peter Piot décida de combler lui-même cette lacune en menant des recherches sur le terrain. Progressivement, il se profila comme un universitaire et un chercheur scientifique éminent, de notoriété internationale. Il exerça notamment à l’Institut de Médecine tropicale d’Anvers, auquel la professeure Marie Laga, ici présente, est toujours attachée

hier aanwezig, vandaag nog steeds verbonden is.

Van 1991 tot 1994 is Peter Piot voorzitter van de International AIDS Society en van 1992 tot 1994 werkt hij als geassocieerd directeur aan de aidsprogramma's van de Wereldgezondheidsorganisatie. Wanneer voormalig secretaris-generaal Boutros Boutros-Ghali hem eind 1994 vraagt de nieuwe VN-organisatie UNAIDS mede op te richten, is Peter Piot nog niet zo vertrouwd met de werking van politieke instellingen. Als hoofd van een klein broertje van het VN-systeem, staat hij er aanvankelijk ook alleen voor. Gelukkig vindt hij een medestander en geestesgenoot in de vorige secretaris-generaal van de Verenigde Naties, de heer Kofi Annan, die het belang van een multidisciplinaire en maatschappelijke aanpak van de aidsbestrijding meteen inzag.

Aan het einde van zijn mandaat, eind 2008, verlaat Peter Piot een organisatie die meer dan 900 medewerkers telt en over een budget beschikt van ongeveer 240 miljoen dollar. Naast de hoofdzetel in Genève, heeft UNAIDS intussen kantoren in meer dan 90 landen. Bovendien staat Peter Piot bekend als een voorvechter van een ver doorgedreven VN-hervorming en is hij uitgegroeid tot een bedreven diplomaat die het diplomatieke spel van invloeden, *mandate creeps* en andere *turf battles* perfect kent en beheerst.

In de periode als uitvoerend directeur van UNAIDS heeft Peter Piot samen met de ontelbare gezondheidswerkers op het terrein onmiskenbaar vooruitgang geboekt in de strijd tegen aids. Uit VN-rapporten over de wereldwijde aidsepidemie blijkt dat in 2007 2,7 miljoen nieuwe besmettingen werden vastgesteld, tegenover meer dan 3 miljoen in 2005. Procentueel is het aantal aidsbesmettingen onder de wereldbevolking sinds 2000 niet meer gestegen. Het aantal aidsdoden daalt. Steeds meer mensen hebben toegang tot antiretrovirale behandelingen.

Maar die resultaten mogen geenszins leiden tot zelfgenoegzaamheid. Meer dan 33 miljoen mensen blijven immers drager van het aidsvirus en het aantal besmette kinderen en jongeren blijft toenemen. Vooral in zwart Afrika blijft de toestand dramatisch: deze regio is goed voor drie derden van alle mensen met aids in de wereld. Men kan echter niet om de vaststelling heen dat ook in ontwikkelde landen, zoals Duitsland en Groot-Brittannië, het aantal aidsbesmettingen toeneemt.

(*Verder in het Frans*) Er is dus nog heel wat werk aan de winkel in de strijd tegen aids. Een vaccin is er, ondanks de vele inspanningen, nog steeds niet. Wellicht had iedereen

aujour'd'hui.

De 1991 à 1994, Peter Piot est président de l'*International AIDS Society* et de 1992 à 1994, il travaille comme directeur associé au programme sida de l'Organisation mondiale de la santé. À la fin de l'année 1994, le secrétaire général de l'époque, M. Boutros Boutros-Ghali, lui demanda de participer à la création d'ONUSIDA, la nouvelle agence des Nations unies. Peter Piot n'était guère familiarisé avec le fonctionnement des institutions politiques et, de surcroît, il dut faire face seul à ce nouveau défi. Heureusement, il trouva un allié et un frère spirituel en la personne de l'ancien secrétaire général des Nations unies, M. Kofi Annan, qui avait d'emblée perçu l'intérêt d'adopter une approche pluridisciplinaire et collective dans la lutte contre le sida.

À la fin de l'année 2008, lorsque son mandat prit fin, Peter Piot laissait derrière lui une organisation comptant plus de 900 collaborateurs et disposant d'un budget de quelque 240 millions de dollars. Depuis, outre son siège principal à Genève, ONUSIDA dispose d'une antenne dans plus de 90 pays. Qui plus est, les observateurs avertis s'accordent à reconnaître en Peter Piot un ardent défenseur d'une réforme approfondie des Nations unies, doublé d'un diplomate aguerri.

Sous son mandat en tant que directeur exécutif d'ONUSIDA et en collaboration avec d'innombrables professionnels de la santé, l'organisation a sensiblement progressé dans la lutte contre le sida. Il ressort de rapports des Nations unies consacrés à l'épidémie mondiale que 2,7 millions de nouvelles contaminations ont été enregistrées en 2007, contre plus de 3 millions en 2005. En pourcentage, le nombre de contaminations par le sida n'augmente plus dans la population mondiale depuis 2000. Le nombre de personnes qui meurent du sida est en diminution. De plus en plus de personnes ont accès aux traitements antirétroviraux.

Si ces résultats sont encourageants, il serait néanmoins tout à fait inopportun de se reposer sur ses lauriers. Plus de 33 millions de personnes sont en effet toujours porteuses du virus du sida et le nombre d'enfants et de jeunes contaminés est en constante augmentation. La situation reste dramatique, surtout en Afrique noire : cette région compte les trois quarts du nombre total de sidéens dans le monde. Il faut aussi constater que dans des pays développés comme l'Allemagne et la Grande-Bretagne, le nombre de contaminations est en augmentation.

(*Poursuivant en français*) Le chemin à parcourir dans la lutte contre le sida est donc encore long. En dépit des nombreux efforts consentis, il n'existe toujours pas de vaccin ; si nous

gehoopt dat de ontwikkeling daarvan sneller zou gaan, maar men mag de hoop nooit opgeven.

De heer Paul Stoffels, hoofd Geneesmiddelenonderzoek en -ontwikkeling van Janssen Pharmaceutica en Johnson & Johnson, hier aanwezig, zal ons daar straks tijdens het colloquium ongetwijfeld meer over kunnen vertellen.

De preventie van aids – domein van de heer Vladimir Martens, Directeur van het Observatoire du sida et des sexualités – is minstens zo belangrijk als het genezen ervan.

Op dat vlak heeft Peter Piot zichzelf reeds vergeleken met een kameleon. De kameleon kan van kleur veranderen: hij past zich aan zijn omgeving aan zonder zijn doel uit het oog te verliezen. Zo handelt ook Peter Piot. Hij past zich telkens aan de omgeving aan, maar de boodschap is overal dezelfde.

Waarde dokter Piot, uw inzet en uw verdiensten hebben de aandacht getrokken van de hele wereld en dus ook van de leden van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden en van de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en Landsverdediging van de Senaat. Daarom geef ik dadelijk het woord aan mijn collega's die hier aanwezig zijn. Maar eerst wil ik u danken, in mijn naam en in naam van de Senaat, voor de niet aflatende strijd die u hebt geleverd.

Ik wil u bij deze gelegenheid ook danken voor onze uitstekende samenwerking in de periode dat ik minister van Ontwikkelingssamenwerking was. U was zo overtuigend dat, als ik mij goed herinner, de bedragen die UNAIDS ter beschikking werden gesteld, verdrievoudigd werden.

Vooruitgang is steeds de vrucht van volharding en vastberadenheid. Mijn collega's-Commissieleden, die het institutionele monnikenwerk gewend zijn, zullen mij op dat punt niet tegenspreken.

Dingen in beweging brengen, de maatschappij veranderen, schijnbaar onoplosbare problemen de baas worden, een plaag bestrijden: dat alles geschiedt stap voor stap, stukje bij beetje.

Als reflectiekamer wijdt de Senaat zich aan het bestuderen van grote maatschappelijke problemen en aan het uitwerken en verbeteren van de basiswetgeving ter zake. Door zijn samenstelling is het Parlement een afspiegeling van de mannen en vrouwen die onze natie vormen.

In het Parlement hulde brengen aan iemand zoals u, dokter Piot, is een positieve boodschap uitdragen naar onze medeburgers en naar jongeren in het bijzonder: het toont hen dat België een uitstekende voedingsbodem biedt voor grote

avions tous espéré que sa mise au point serait plus rapide, il ne faut jamais perdre espoir.

M. Paul Stoffels, président de la Recherche et du Développement des produits pharmaceutiques de Janssen Pharmaceutica et Johnson & Johnson, présent parmi nous, pourra certainement nous en dire davantage à ce sujet.

Prévenir le sida, spécialité de Vladimir Martens, directeur de l'Observatoire du sida et des sexualités, est au moins aussi important que le guérir.

Dans ce domaine, Peter Piot s'est parfois comparé lui-même à un caméléon, qui a la faculté de changer de couleur ; il s'adapte à son environnement, sans jamais perdre de vue son objectif. Telle est aussi la tactique de Peter Piot, dont le message reste partout le même.

Cher docteur Piot, votre engagement et vos mérites ont retenu l'attention du monde entier et donc aussi des membres des commissions des Affaires sociales et des Relations extérieures et de la Défense du Sénat. C'est pourquoi je laisserai bientôt la parole à mes collègues ici présents. Cependant, avant de leur passer le flambeau, je voudrais vous remercier, en mon nom et en celui du Sénat, pour le combat de tous les instants que vous avez mené jusqu'ici.

Je voudrais aussi profiter de cette occasion pour vous remercier de l'excellente collaboration qui fut la nôtre lorsque j'étais ministre de la Coopération au développement. Vous étiez tellement convaincant que les montants mis à la disposition de l'ONUSIDA triplèrent à l'époque, si j'ai bonne mémoire.

Le progrès ne s'obtient qu'au prix d'un labeur patient et acharné. Mes collègues sénateurs des commissions, habitués au travail de fourmi institutionnelle, ne me contrediront pas sur ce point.

Faire bouger les choses, transformer la société, résoudre des problématiques qui paraissent insolubles par leur complexité, combattre un fléau, cela se fait pas à pas, petite touche par petite touche.

Le Sénat, en tant que chambre de réflexion, se consacre à l'étude des grands problèmes de société ainsi qu'à l'élaboration et à l'amélioration des législations de base dans ces matières. Le parlement a, par sa composition, la vocation d'être le miroir des hommes et des femmes qui composent notre nation.

Mettre quelqu'un tel que vous à l'honneur au parlement, docteur Piot, c'est adresser un message positif à nos concitoyens et en particulier à la jeunesse de notre pays. C'est leur montrer que la Belgique constitue un excellent terreau

mannen met grootse plannen.

Door u hier te ontvangen, tonen wij dat wij uw inzet steunen en willen wij duidelijk benadrukken dat aids de wereld helaas nog steeds teistert en dat iedere vorm van passiviteit hier onaanvaardbaar zou zijn.

Waarde dokter Piot, ik zou graag besluiten met een citaat van uzelf. Net voor u uw functie bij UNAIDS hebt neergelegd, hebt u enkele woorden uitgesproken, die op zich al getuigen van het diepe humanisme dat u vervult: 'Ik wil afsluiten met een belofte. Ik verlaat misschien UNAIDS, maar mijn werk tegen aids en mijn werk voor Afrika zal ik nooit stopzetten'.

'*Never give up the fight*'. Dat is de boodschap die wij vandaag willen uitzenden.

Inleiding

Mevrouw Nahima Lanjri, covoorzitter, voorzitter van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden. – Mevrouw, geachte collega's, geachte aanwezigen, als voorzitter van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat heet ik u hartelijk welkom op het colloquium 'De strijd tegen aids', dat wij organiseren samen met onze collega's van de Senaatscommissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging.

Om de omvang te schetsen van de aidsepidemie in ons land, wil ik u enkele cijfers mededelen uit het jongste rapport van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van medio 2008. In België werden, sinds het begin van de epidemie, in totaal 21 697 personen met hiv geïnfecteerd en werden 3 806 aidspatiënten gediagnosticeerd. De eerste aidspatiënten werden in het begin van de jaren tachtig geregistreerd. Als men de cijfers in de loop der jaren bekijkt, ziet men dat er tussen 1991 en 1995 jaarlijks gemiddeld 255 nieuwe aidspatiënten bijkomen. Vanaf 1996 is er een significante daling, dankzij het gebruik van de nieuwe antiretrovirale therapieën. Tussen 1998 en 2005 treedt een stabilisatie op en komen er jaarlijks tussen 121 en 147 nieuwe patiënten bij.

(*Verder in het Frans*) Hoewel het aantal nieuwe aidsgevallen in ons land niet indrukwekkend groot is en er onmiskenbaar vooruitgang is geboekt in de strijd tegen aids, zou het fout zijn om op onze lauweren te gaan rusten. Ondanks de geboekte vooruitgang, is de strijd tegen aids zeker nog niet gestreden. Waakzaamheid blijft geboden.

pour de grands hommes porteurs de grands projets.

Vous recevoir ici aujourd'hui, c'est aussi une manière de soutenir votre engagement et de rappeler haut et fort que malheureusement, le sida sévit toujours et que toute forme de passivité en la matière est inacceptable.

Cher docteur Piot, j'aimerais conclure en vous citant. Peu de temps avant de quitter votre poste à l'ONUSIDA, vous avez prononcé ces mots qui révèlent à eux seuls l'humanisme profond qui vous habite : « Je voudrais terminer avec une promesse. Je vais peut-être quitter l'ONUSIDA mais je n'arrêterai pas mon travail contre le sida ni mon travail pour l'Afrique ».

« *Never give up the fight* ». C'est ce message que nous relayons aujourd'hui avec force.

Introduction

Mme Nahima Lanjri, coprésidente, présidente de la commission des Affaires sociales (*en néerlandais*). – Madame, chers collègues, chers tous, en tant que présidente de la commission des Affaires sociale du Sénat, je vous souhaite de tout cœur la bienvenue au colloque « La lutte contre le sida » que nous organisons en collaboration avec nos collègues de la commission du Sénat des Relations extérieures et de la Défense.

Pour décrire l'étendue de l'épidémie dans notre pays, je voudrais citer quelques chiffres tirés du récent rapport de l'Institut scientifique de santé publique de mi-2008. En Belgique, 21 697 personnes ont été contaminées par le virus VIH depuis le début de l'épidémie et 3 806 patients atteints du sida ont été diagnostiqués. Les premiers patients atteints ont été enregistrés au début des années 80. Si on examine les chiffres au fil des ans, on voit qu'entre 1991 et 1995, il y a chaque année en moyenne 255 nouveaux patients. À partir de 1996, il y a une baisse significative grâce aux nouvelles thérapies antirétrovirales. Entre 1998 et 2005, on observe une stabilisation et il y a chaque année entre 121 et 147 nouveaux patients.

(*Poursuivant en français*) Bien que, dans notre pays, le nombre de nouveaux cas de contamination par le virus du sida ne soit pas particulièrement impressionnant et que des progrès soient réalisés dans la lutte contre cette maladie, ce serait une erreur de nous reposer sur nos lauriers. Malgré les progrès enregistrés, la lutte contre le sida est loin d'être terminée. La vigilance reste de mise.

Dit geldt in de eerste plaats voor zwart Afrika, waar de toestand in bepaalde regio's zonder meer dramatisch is. In Botswana en Swaziland is 30% van de volwassen bevolking seropositief. In Zuid-Afrika gaat het om 5,5 miljoen besmette mensen, op een totaal van 40 miljoen. Maar ook in Oost-Europa, waar het aantal nieuwe besmettingen blijft stijgen, is de toestand zorgwekkend. Hetzelfde geldt voor sommige westerse ontwikkelde landen, zoals Duitsland of het Verenigd Koninkrijk.

Daarom vonden de beide Senaatscommissies de strijd tegen aids belangrijk genoeg om er een colloquium te wijden en het probleem andermaal onder de aandacht te brengen.

Daarbij willen we ons zeker niet beperken tot de toestand in ons land, maar ook aandacht schenken aan de ontwikkeling en verspreiding van het aidsvirus in de rest van de wereld.

(Verder in het Nederlands) Wij zijn bijzonder verheugd dit colloquium te mogen organiseren in aanwezigheid van Peter Piot, die tot eind vorig jaar uitvoerend directeur van UNAIDS was. Peter Piot speelde reeds vóór het uitbreken van de aidsepidemie een belangrijke wetenschappelijke rol als medeontdekker van het ebolavirus in Congo, toen nog Zaïre. Hij was zich toen al bewust van het enorme gevaar van seksueel overdraagbare aandoeningen. Na de ontdekking van het aidsvirus, begin jaren '80, heeft Peter Piot onmiddellijk het voortouw genomen in de strijd tegen aids, eerst in het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen en vervolgens in het kader van de International AIDS Society en de aidsprogramma's van de Wereldgezondheidsorganisatie. Tussen 1995 en 2008 bouwde Peter Piot UNAIDS uit, aanvankelijk het 'kleine broertje' in het VN-systeem, maar gaandeweg uitgegroeid tot een indrukwekkende organisatie die in meer dan 90 landen actief is.

Peter Piot wordt in binnen- en buitenland geprezen om zijn sterke leiding van UNAIDS en om zijn fijne zin voor diplomatie. Het wekt dan ook geen verbazing dat het weekblad *Knack* hem uitroept tot 'Mens van het Jaar 2008' aan het einde van zijn mandaat bij UNAIDS. Die titel mag dan ook gerust als een *lifetime achievement award* worden beschouwd.

Ik verwelkom ook de andere sprekers. Professor Marie Laga is verbonden aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen, maar vertrok in augustus 2001 naar Ivoorkust, om daar op vraag van de Amerikaanse Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de leiding te nemen over het Project CDC RETRO-CI (Retrovirus Côte d'Ivoire), het

D'abord et surtout en Afrique noire où la situation est tout simplement dramatique dans certaines régions, particulièrement dans des pays comme le Botswana ou le Swaziland, où le taux de séropositivité parmi la population adulte atteint les 30%. En Afrique du Sud, on dénombre 5,5 millions de personnes contaminées sur une population de 40 millions d'individus. Mais la situation est également préoccupante en Europe de l'Est, où le nombre de nouveaux cas ne cesse d'augmenter. Le constat vaut également pour certains pays occidentaux développés, comme l'Allemagne ou le Royaume Uni.

C'est pourquoi les deux commissions du Sénat ont jugé le thème de la lutte contre le sida suffisamment important pour y consacrer aujourd'hui un colloque et pour le placer une fois encore sous les feux des projecteurs.

Loin de nous limiter à la situation dans notre pays, nous entendons nous pencher également sur le développement et la diffusion du virus du sida dans le reste du monde.

(Poursuivant en néerlandais) Nous nous réjouissons particulièrement de pouvoir organiser ce colloque en présence de Peter Piot, directeur exécutif de l'ONUSIDA jusque l'an dernier. Avant que l'épidémie du sida ne se déclare, Peter Piot a joué un rôle scientifique important en contribuant à la découverte du virus Ébola au Congo, alors le Zaïre. Il était déjà conscient de l'immense danger des maladies sexuellement transmissibles. Après la découverte du virus du sida, au début des années 80, il a immédiatement pris l'initiative de la lutte contre le sida, d'abord à l'Institut de Médecine tropicale à Anvers et ensuite dans le cadre de l'*International AIDS Society* et des programmes « sida » de l'Organisation mondiale de la santé. Entre 1995 et 2008, il a développé l'ONUSIDA, initialement le « petit frère » dans le système des Nations unies, mais devenu peu à peu une organisation impressionnante active dans plus de 90 pays.

Peter Piot est estimé dans notre pays et à l'étranger pour sa direction forte de l'ONUSIDA et pour son sens fin de la diplomatie. Il n'est dès lors pas étonnant que l'hebdomadaire *Knack* le proclame l'homme de l'année 2008 à la fin de son mandat à l'ONUSIDA. Ce titre peut être considéré comme un *lifetime achievement award*.

Je souhaite aussi la bienvenue aux autres orateurs. La professeure Marie Laga est attachée à l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers mais, à la demande du *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) américain, elle est partie en Côte d'Ivoire en août 2001 pour prendre la direction du Projet CDC RETRO-CI (Retrovirus Côte d'Ivoire), le centre le plus

belangrijkste centrum voor hiv in Afrika. Met haar Afrikaanse ervaring is Marie Laga dan ook de juiste persoon om de ontwikkeling en de verspreiding van het aidsvirus te schetsen.

(Verder in het Frans) De heer Vladimir Martens van het Observatoire du sida et des sexualités zal meer in het bijzonder de ontwikkeling van aids in België toelichten en ons wijzen op de pijnpunten en uitdagingen in ons land.

Om ons inzicht te verschaffen in het onderzoek en de ontwikkeling van geneesmiddelen tegen aids, hadden wij niemand beter kunnen uitnodigen dan Paul Stoffels, hoofd Geneesmiddelenonderzoek en -ontwikkeling van Janssen Pharmaceutica en Johnson & Johnson.

Ondanks het bestaan van aidsremmers is wellicht de grootste teleurstelling van eenieder die betrokken is bij de strijd tegen aids dat er na al die jaren nog steeds geen afdoend vaccin is. Wij kunnen slechts hopen dat onderzoekers over de hele wereld erin slagen dit te vinden.

(Verder in het Nederlands) Mevrouw, dames en heren, het belang van dit colloquium over de strijd tegen aids wordt onderstreept door het feit dat zowel de minister van Ontwikkelingssamenwerking, Charles Michel, als de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, hun aanwezigheid hebben toegezegd om hun steun te betuigen in deze strijd. Ik hoop dan ook dat het colloquium voor ieder van ons leerrijk zal zijn en mogelijk kan bijdragen tot nieuwe inzichten.

In het bijzonder dank ik baron Peter Piot voor zijn aanwezigheid. Ik hoop dat ons land nog vaak een beroep zal mogen doen op zijn grenzeloze inzet in de strijd tegen aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen.

Mevrouw Marleen Temmerman, covoorzitter, voorzitter van de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging. – Mevrouw, geachte voorzitter, geachte collega's, geachte aanwezigen, geachte professor Piot, beste Peter, het is voor mij als voorzitter van de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging een enorm genoegen u hier te mogen verwelkomen.

Lang geleden kruisten de wegen van Peter Piot en mijzelf. In 1976 waren we immers beiden student aan de Gentse universiteit. Peter stond toen reeds in de sociaalmedische werkgroep bekend als een voorvechter in de strijd tegen sociale ongelijkheid. Toen reeds leidde hij een groep sociaal bewogen jonge studenten.

Tien jaar later kruisten onze wegen opnieuw. Peter Piot belde

important pour le virus VIH en Afrique. Son expérience de l'Afrique lui permet d'esquisser le développement et la propagation du virus du sida.

(Poursuivant en français) M. Vladimir Martens, directeur de l'Observatoire du sida et des sexualités, abordera plus particulièrement le développement du sida en Belgique ainsi que les difficultés et les défis que pose la lutte contre le sida dans notre pays.

Pour nous parler de la recherche et du développement en matière de médicaments contre le sida, nous avons également invité M. Paul Stoffels, président de la recherche et du développement des produits pharmaceutiques de Janssen Pharmaceutica et Johnson & Johnson.

La déception la plus cruelle pour toutes les personnes engagées dans la lutte contre le sida est sans doute le fait que, malgré l'existence d'inhibiteurs du sida, il n'y ait toujours pas, après tant d'années, de vaccin satisfaisant à ce jour. Espérons que les chercheurs du monde entier parviennent à unir leurs efforts afin de trouver ce vaccin.

(Poursuivant en néerlandais) Madame, mesdames et messieurs, l'importance de ce colloque sur la lutte contre le sida est encore soulignée par le fait que le ministre de la Coopération au développement, Charles Michel, et la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, ont promis de nous rejoindre pour manifester leur soutien à ce combat. J'espère que le colloque sera instructif pour chacun d'entre nous et qu'il contribuera à jeter un jour nouveau.

Je remercie particulièrement le baron Peter Piot de sa présence. J'espère que notre pays pourra encore souvent faire appel à son dévouement sans limites dans la lutte contre le sida et d'autres affections sexuellement transmissibles.

Mme Marleen Temmerman, coprésidente, présidente de la commission des Relations extérieures et de la Défense (*en néerlandais*). – Madame, monsieur le président, chers collègues, mesdames, messieurs, cher professeur Piot, cher Peter, en tant que présidente de la commission des Relations extérieures et de la Défense, ce m'est une joie immense de pouvoir vous accueillir en cette enceinte.

Les routes de Peter Piot et de moi-même se sont croisées il y a bien longtemps. En effet, en 1976, nous étions tous deux étudiants à l'Université de Gand. Peter était alors déjà connu dans le groupe de travail sociomédical comme un des partisans de la lutte contre l'inégalité sociale. Il dirigeait un groupe de jeunes étudiants socialement engagés.

Dix ans plus tard, nos routes se sont à nouveau croisées. Peter

mij in 1986 op met de vraag of ik niet bereid was om voor een project van het Instituut voor Tropische Geneeskunde een jaar naar Kenia te gaan. Er was immers een nieuwe ziekte ontdekt: hiv/aids. Veel was er nog niet over bekend. Peter Piot was op zoek naar iemand met een gynaecologische achtergrond om een onderzoeksproject te leiden over de impact van hiv op moeder en kind. Peter gaf me vierentwintig uur bedenktijd. Ik hoefde ook niet lang na te denken om op het voorstel in te gaan. Ik ben kort daarop vertrokken, niet voor één jaar, maar voor vijf. Sindsdien hebben Afrika en het werkgebied van hiv en de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten mij niet meer losgelaten.

U bent echter niet gekomen om naar mij te luisteren, maar wel naar de uitgenodigde sprekers en naar Peter Piot zelf. Ik geef dan ook graag het woord aan professor Marie Laga, die ik in 1985 bij mijn eerste bezoek aan Kenia ontmoette als een van de onderzoeksters uit de stal van Peter Piot. Ze leidde destijds een onderzoeksproject op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen en hun impact op moeders en kinderen. Ze is sindsdien actief gebleven op het terrein en ze werkt momenteel als onderzoeker aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen. Ze zal spreken over de ontwikkeling en de verspreiding van aids.

De ontwikkeling en de verspreiding van aids

Mevrouw Marie Laga, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen. – Mevrouw, geachte aanwezigen, niemand weet exact wanneer aids een aanvang nam, maar de medische wereld werd opgeschrikt in 1981 door een klein artikel in MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report), een vakblad van de Centers for Disease Control and Prevention. Vijf jonge mannen vertoonden opportunistische infecties die normaal niet voorkomen bij gezonde mensen. Inmiddels waren er al twee aan overleden. De daaropvolgende jaren werden steeds meer gevallen gerapporteerd in verschillende steden in Noord-Amerika en ook alsmaar meer in West-Europa.

Belgische onderzoekers van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen en van het Hôpital Saint-Pierre in Brussel legden voor het eerst de link tussen de mysterieuze ziekte die toen nog vooral voorkwam in de Verenigde Staten, en wat gebeurde in Afrika. Daar richtte aids al een ravage aan onder de heteroseksuele bevolking.

Piot m'a téléphoné en 1986 pour me demander si je n'étais pas disposée à partir un an au Kenya pour un projet de l'Institut des maladies tropicales. En effet, une nouvelle maladie était découverte : le VIH/sida, dont on ne savait pas encore grand-chose. Peter Piot cherchait quelqu'un ayant une formation en gynécologie pour mener un projet de recherche sur l'impact du VIH sur la mère et l'enfant. Il me donna vingt-quatre heures de réflexion. Je n'ai pas dû réfléchir longtemps pour accepter la proposition. Je suis partie peu de temps après, non pas pour un an, mais cinq. Depuis, l'Afrique et le domaine du VIH, de la santé sexuelle et reproductive et des droits y afférents ne m'ont plus lâchée.

Vous n'êtes certainement pas venus pour m'écouter moi mais bien les orateurs invités et Peter Piot lui-même. C'est pourquoi je donne volontiers la parole au professeur Marie Laga que j'ai rencontrée en 1985, lors de ma première visite au Kenya, quand elle était une des chercheuses de l'équipe de Peter Piot. Elle dirigeait à l'époque un projet de recherche dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles et leur impact sur les mères et les enfants. Elle est depuis lors restée active sur le terrain et travaille actuellement comme chercheuse à l'Institut des maladies tropicales d'Anvers. Elle parlera du développement et de la propagation du sida.

Le développement et la prolifération du sida

Mme Marie Laga, Institut de Médecine tropicale, Anvers (*en néerlandais*). – Madame, mesdames et messieurs, personne ne sait exactement quand le sida est apparu mais le monde médical a été alerté en 1981 par un article paru dans MMWR (*Morbidity and Mortality Weekly Report*), une revue professionnelle des *Centers for Disease Control and Prevention*. Cinq jeunes hommes présentaient des infections opportunistes qui, normalement, n'apparaissent pas chez des personnes en bonne santé. Entre-temps, deux d'entre eux en étaient déjà mortes. Les années suivantes, un nombre sans cesse croissant de cas ont été signalés dans différentes villes en Amérique du Nord et aussi, de plus en plus, en Europe occidentale.

Des chercheurs belges de l'Institut de médecine tropicale à Anvers et de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles ont établi pour la première fois le lien entre la maladie mystérieuse qui survenait alors surtout aux États-Unis et ce qu'on observait en Afrique, où le sida faisait déjà des ravages dans la population hétérosexuelle.

In 1984 werd de oorzaak geïdentificeerd: een virus, HIV-1 gedoopt. Daarop kwam het onderzoek in een stroomversnelling. Men kon diagnostische tests ontwikkelen, men begon de natuurlijke geschiedenis van de ziekte te begrijpen en men kreeg een beter epidemiologisch beeld van haar verspreiding.

Vrij snel werd duidelijk dat het probleem groter was dan de patiënten die men in de ziekenhuizen zag, maar dat gezonde dragers langzaam maar zeker de ziekte over de hele wereld verspreidden. Men schat dat vandaag ongeveer 33 miljoen mensen met het virus leven en dat er al meer dan twintig miljoen aan gestorven zijn.

De ziekte is zeer ongelijk verdeeld over de wereld. Van de 33 miljoen mensen die met het virus besmet zijn, leeft 95 procent in ontwikkelingslanden en meer dan zeventig procent in Afrika, het continent dat tien procent van de wereldbevolking vertegenwoordigt. Ook in het Afrikaanse continent is de verspreiding heterogeen. De ergst getroffen landen vindt men in Zuidelijk Afrika, met prevalenties van vijftien procent en meer in de algemene bevolking.

De eerste jaren waren jaren van onmacht en vooral van zeer hoge sterfte. In minder dan tien jaar werd hiv de belangrijkste doodsoorzaak in de Verenigde Staten bij personen tussen 25 en 44 jaar. De impact werd – en wordt – echter vooral gevoeld in Afrika, waar overvolle ziekenhuizen geconfronteerd werden met doodzieke mensen die bijna alle stierven.

In een land als Namibië, dat zeer zwaar door aids werd getroffen, was het sterftecijfer het hoogst in de leeftijdsgroep van twintig tot veertig jaar, de actieve groep die instaat voor de opbouw en ontwikkeling van een land. Dat maakt de impact van de epidemie nog ernstiger.

De gevolgen zijn dan ook echt dramatisch. In Zuidelijk Afrika nam de levensverwachting tot het midden van de jaren tachtig toe dankzij verbeterde medische voorzieningen en andere ontwikkelingen, maar daalde daarna tot waarden die soms zelfs lager uitvielen dan in de jaren vijftig en zestig.

De belangrijkste doorbraak in de vijftientwintigjarige strijd tegen aids is zonder twijfel de behandeling. In 1995, toen nieuwe producten werden ontwikkeld en vooral toen het inzicht ontstond dat verschillende producten moesten worden gecombineerd, kreeg het klinische beeld van aids een totaal ander uitzicht: aids was niet langer een dodelijke ziekte. Personen met hiv ontwikkelden niet langer aids. Daardoor is het gezicht van de epidemie volledig veranderd. De impact van de nieuwe behandeling in de Westerse geïndustrialiseerde landen was onmiskenbaar.

En 1984, la cause fut identifiée : un virus, baptisé VIH-1. Les recherches ont alors connu une accélération. On a pu développer des tests de diagnostic, on a commencé à comprendre l'historique de la maladie et à avoir une meilleure image épidémiologique de sa propagation.

Assez rapidement, il est apparu que le problème ne se limitait pas aux personnes malades hospitalisées mais que des porteurs sains propageaient lentement mais sûrement la maladie dans le monde entier. Selon les estimations, environ 33 millions de personnes vivent actuellement avec le virus et plus de vingt millions en serait déjà mortes.

La maladie est répartie de manière très inégale dans le monde. Parmi les 33 millions de personnes infectées par le virus, 95% vivent dans les pays en développement et plus de 70% en Afrique, le continent qui compte 10% de la population mondiale. Dans le continent africain également, la répartition est hétérogène. Les pays les plus touchés se situent dans le sud de l'Afrique, avec une prévalence de 15% et plus dans l'ensemble de la population.

Les premières années ont été caractérisées par l'impuissance et surtout par une forte mortalité. En moins de dix ans, le VIH est devenu la principale cause de décès aux États-Unis chez les personnes de 25 à 44 ans. L'impact le plus important a été ressenti – et se ressent encore toujours – en Afrique, où les hôpitaux surpeuplés étaient confrontés à des personnes très gravement malades qui mouraient quasiment toutes.

En Namibie, pays très fort touché par le sida, le taux de mortalité le plus élevé s'observe dans le groupe d'âge de 20 à 40 ans, soit le groupe actif qui assure le progrès et le développement d'un pays, ce qui accroît encore l'impact de l'épidémie.

Les conséquences sont réellement dramatiques. Dans le sud de l'Afrique, l'espérance de vie qui avait augmenté au milieu des années 80 grâce à un accroissement des dispositifs médicaux et autres développements est ensuite retombée à des valeurs parfois inférieures à celles des années 50 et 60.

Incontestablement, le traitement est la principale percée réalisée au cours des 25 années de lutte contre le sida. En 1995, lorsque de nouveaux produits ont été développés et surtout lorsqu'on a compris que différents produits devaient être combinés, l'image clinique du sida a été radicalement modifiée : il ne s'agissait plus désormais d'une maladie mortelle. Les personnes porteuses du VIH n'allaient plus développer la maladie. Cela a totalement changé l'aspect de l'épidémie. L'impact du nouveau traitement dans les pays occidentaux industrialisés fut indéniable.

Intussen had 95 procent van de aidspatiënten uit andere delen van de wereld evenwel nog geen toegang tot de levensreddende medicatie. Het is vooral de menselijke verontwaardiging en de eigen inzet van seropositieven die een internationale solidariteit op gang brachten. Die beweging vertaalde zich in het *3 by 5 Initiative*, dat tot doel had drie miljoen mensen te laten behandelen tegen 2005. Aan *3 by 5* hebben zeer veel mensen meegewerkt: internationale ngo's, lokale ngo's, nationale programma's, het Global Fund, het grote bilaterale programma van de Verenigde Staten en vele andere bilaterale en internationale organisaties. UNAIDS en de Wereldgezondheidsorganisatie hebben hierin zonder twijfel een sleutelrol gespeeld. De doelstelling om drie miljoen mensen te laten behandelen werd niet bereikt in 2005, maar wel twee jaar later. Rond 2007 hadden ongeveer drie miljoen mensen in ontwikkelingslanden toegang tot de levensreddende behandeling.

Als we nu terugkijken op die cijfers, kunnen we besluiten dat een gigantisch aantal mensen gered is. Als we soms sceptisch of kritisch worden over hoeveel geld er naar aids gaat, is het belangrijk weer stil te staan bij wat er met dat geld bereikt is.

De uitdagingen voor de toekomst blijven gigantisch. Vele ontwikkelingslanden hebben een zeer zwakke gezondheidszorg. De vraag hoe die diensten moeten worden versterkt is nu het onderwerp van internationale discussies. Hoe zullen we erin slagen twintig miljoen mensen te behandelen? Want zoveel mensen zullen een behandeling nodig hebben. Hoe eenvoudig moet het medische model worden, zodat zoveel mogelijk mensen kunnen worden bereikt, terwijl we toch niet inboeten aan kwaliteit en we minstens evenveel mensen bereiken? En wie zal blijven betalen voor de verzorging van twintig of dertig miljoen mensen, wier overleving afhangt van internationale fondsen?

Hoeveel succes we ook hebben geboekt met behandeling, de behandeling kan de epidemie niet oplossen. Het belang van preventie kan niet genoeg worden benadrukt. Vandaag zijn 33 miljoen mensen besmet met hiv. Het duurde drie tot vijf jaar om drie miljoen mensen toegang te geven tot de levensreddende behandeling. Vorig jaar alleen al, in één jaar tijd, kwamen er 2,7 miljoen nieuwe infecties bij. Als we dat aantal niet kunnen verminderen, zal alles op den duur moeilijk of onmogelijk worden en zal aids opnieuw een zeer dodelijke ziekte worden, die ravages aanricht zoals in de jaren tachtig.

Preventie van ziektes in het algemeen is nooit makkelijk. Aidspreventie stelt ons voor bijkomende uitdagingen.

We worden geconfronteerd met weinig comfortabele en politiek meestal impopulaire thema's: intraveneuze

Entre-temps, 95% des malades du sida dans d'autres parties du monde n'avaient pas encore accès aux médicaments pouvant sauver la vie. L'indignation et l'engagement des séropositifs eux-mêmes ont été à l'origine de la solidarité internationale. Ce mouvement s'est traduit dans l'action *3 by 5*, dont l'objectif était de pouvoir traiter trois millions de personnes pour 2005. Quantité de personnes y ont collaboré : des ONG internationales et locales, des programmes nationaux, le *Global Fund*, l'important programme bilatéral des États-Unis et de nombreuses autres organisations bilatérales et internationales. ONUSIDA et l'OMS ont incontestablement joué un rôle clé. L'objectif de traiter trois millions de personnes n'a pas été atteint en 2005 mais deux ans plus tard. Vers 2007, environs trois millions de personnes dans les pays en développement ont eu accès au traitement salvateur.

Nous pouvons conclure de ces chiffres qu'un nombre gigantesque de personnes ont été sauvées. Il importe de s'en souvenir lorsque, parfois, on devient sceptique ou critique au sujet des sommes consacrées au sida.

Les défis pour l'avenir demeurent gigantesques. Dans de nombreux pays en développement, les services de santé sont peu développés. La question du renforcement de ces services fait actuellement l'objet de discussions internationales. Comment pourrions-nous réussir à traiter vingt millions d'individus, puisque tel est le nombre de ceux qui auront besoin d'un traitement ? À quel point faut-il simplifier le modèle médical pour pouvoir toucher le plus grand nombre possible de personnes, sans perte de qualité ni réduction de la quantité de personnes ciblées ? Et qui continuera à payer pour le traitement de vingt ou trente millions de personnes dont la survie dépend des fonds internationaux ?

Quels que soient les succès enregistrés grâce au traitement, celui-ci ne peut résoudre l'épidémie. On n'insistera jamais assez sur l'importance de la prévention. Aujourd'hui, 33 millions de personnes sont infectées par le VIH. Il a fallu de trois à cinq ans pour que trois millions de personnes aient accès au traitement salvateur. L'an dernier, en l'espace d'un an, on a relevé 2,7 millions de nouvelles infections supplémentaires. Si nous ne parvenons pas à diminuer ce nombre, la situation deviendra difficile, voire impossible, et le sida sera à nouveau une maladie mortelle faisant des ravages comme au cours des années '80.

La prévention des maladies en général n'est jamais facile. La prévention du sida implique des défis supplémentaires.

Nous sommes confrontés à des thèmes peu confortables et politiquement impopulaires : les consommateurs de drogues

druggebruikers en spuitomruilprogramma's, seks onder jonge mensen en sekseducatie op school, seks onder mannen, hiv-besmettingsrisico's bij vrouwelijke prostituees. Zelden was een ziekte zo verweven met politiek, religie en cultuur. Er weegt een enorm stigma op de ziekte, onder meer doordat ze seksueel overdraagbaar is.

We moeten blijven geloven in preventie. Preventie kan werken. Bepaalde voorbeelden tonen aan dat de juiste aanpak en een gepaste inzet het aantal nieuwe infecties fel kan doen dalen. Zo is met preventiecampagnes het aantal nieuwe infecties in Thailand, ondanks het ontbreken van een vaccin, in 20 jaar tijd enorm gedaald.

We beschikken niet over *magic bullets*, er bestaat geen magisch biomedisch middel. Eind jaren tachtig was de hoop op een vaccin hooggespannen, maar stilaan zijn we realistischer geworden. We kunnen vandaag zeer moeilijk voorspellen of er ooit een vaccin zal zijn. Het onderzoek naar microbiciden heeft ons sterk ontgoocheld. Nieuwe onderzoekssporen naar antiretrovirale middelen voor preventie, als microbicide en als preventieve contraceptiepil, zijn vandaag hoopgevender.

Gedragsverandering zal altijd de kern blijven bij de preventie van seksueel overdraagbare ziekten. Wat de jongste weken naar aanleiding van de uitspraken van de paus ook over condooms en hiv is gezegd en geschreven, condooms blijven bij correct gebruik een doeltreffend preventiemiddel en dus een wezenlijk onderdeel van elk preventieprogramma. Natuurlijk is het probleem veel ingewikkelder en kunnen condooms alleen hiv niet uit de wereld helpen.

In een zwaar getroffen land als Namibië, bijvoorbeeld, werken verschillende factoren de hiv-verspreiding in de hand. Het gaat om biologische, seksuele, maar ook om sociaal-culturele, economische en zelfs politieke factoren. Alleen met aandacht voor al die factoren kunnen we aids doeltreffend bestrijden.

Naar analogie met de combinatiebehandeling streven we nu naar combinatiepreventie. Gedragsverandering moet samengaan met de inzet van biomedische factoren en met de bestrijding van sociaal onrecht, sociale ongelijkheid, discriminatie van vrouwen, maar ook van homomannen. Al die factoren zijn van belang voor een doeltreffende preventie.

De aidsgemeenschap heeft bewezen dat verontwaardiging kan worden omgezet in zeer doeltreffende actie. Daarin had de

par voie intraveineuse et les programmes d'échanges de seringues, le sexe chez les jeunes et l'éducation sexuelle à l'école, le sexe entre hommes, les risques de contamination au VIH chez les prostituées. Il est rare qu'une maladie soit à ce point imbriquée dans la politique, la religion et la culture. La maladie est fort stigmatisée, notamment parce qu'elle est sexuellement transmissible.

Il faut continuer à croire en la prévention, qui peut être efficace. Des exemples montrent qu'une approche adéquate et une action appropriée peuvent faire diminuer nettement le nombre de nouvelles infections. Ainsi, en 20 ans, des campagnes de prévention ont permis de réduire fortement le nombre de nouvelles infections en Thaïlande, malgré l'absence d'un vaccin.

Nous ne disposons pas de *magic bullets*, il n'existe pas de produit biomédical magique. À la fin des années '80, l'espoir de trouver un vaccin était grand mais progressivement, nous sommes devenus plus réalistes. Aujourd'hui, il est difficile de prédire s'il y en aura jamais. Les recherches sur les microbicides ont été très décevantes. Aujourd'hui, de nouvelles pistes de recherche concernant des produits antirétroviraux de prévention comme les microbicides et la pilule contraceptive préventive suscitent davantage d'espoir.

Un changement de comportement sera toujours essentiel pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Quoiqu'on ait pu dire et écrire ces dernières semaines au sujet du VIH et des préservatifs à la suite des propos du pape, s'ils sont correctement utilisés, les préservatifs restent un moyen de prévention efficace et donc un élément effectif de tout programme de prévention. Bien entendu, le problème est bien plus complexe et les préservatifs seuls ne pourront faire disparaître le sida.

Dans un pays fort touché comme la Namibie, différents facteurs favorisent la propagation du VIH. Ce sont des facteurs biologiques, sexuels, mais aussi socioculturels, économiques et même politiques. Ce n'est qu'en tenant compte de tous ces facteurs qu'il sera possible de lutter efficacement contre le sida.

Par analogie avec le traitement combiné, nous visons maintenant la prévention combinée. Un changement de comportement doit aller de pair avec l'action de facteurs biomédicaux et la lutte contre l'injustice sociale, l'inégalité sociale, la discrimination à l'égard des femmes mais aussi des hommes homosexuels. Tous ces facteurs ont leur importance pour une prévention efficace.

La communauté sidéenne a montré que l'indignation peut se traduire par une action très efficace. Cette même indignation

wereld vroeger nooit geloofd. Diezelfde verontwaardiging moet nu kunnen leiden tot *prevention and treatment*-activisme en niet alleen tot eisen voor een toegankelijke behandeling. De gemeenschappen zouden zelf meer preventie moeten vragen en eisen. Daarvan bestaan al voorzichtige voorbeelden. Zo eisten in 2006 meer dan tienduizend mensen in Zuid-Afrika meer en betere preventie en sekseducatie op school en betere toegang tot condooms.

Op wereldschaal is de situatie inzake preventie nog altijd bedroevend. Drie bijzonder kwetsbare groepen, die in verschillende delen van de wereld een belangrijk onderdeel van de epidemie uitmaken, hebben nog te weinig toegang tot essentiële preventieactiviteiten. Zo had in 2006 wellicht maar 23 procent van de intraveneuze drugsgebruikers toegang tot een spuitomruilprogramma, een actie waarvan de doeltreffendheid wetenschappelijk is bewezen. Op wereldschaal heeft ongeveer 28 procent van de mannen die seks hebben met mannen toegang tot een minimale preventie. Met vrouwelijke sekswerkers is het iets beter gesteld, maar toch heeft nog niet de helft van hen toegang tot een minimale hiv-preventie.

Het Instituut voor Tropische Geneeskunde ontwikkelde in de jaren tachtig een van de eerste projecten rond hiv bij vrouwelijke prostituees. We hebben toen aangetoond dat een dergelijke interventie haalbaar is, gemakkelijker dan gedacht, dat ze effectief is en dat ze potentieel een belangrijke impact heeft op de epidemie in een land. Nu, vijftwintig jaar later, heeft nog steeds maar een minderheid van de vrouwelijke sekswerkers in Afrika toegang tot preventieprogramma's.

Ik blijf even stilstaan bij een andere groep die almaar belangrijker wordt voor de verspreiding van hiv in de wereld, namelijk mannen die seks hebben met mannen. Men wist al lang dat het in de Westerse wereld om een grote groep gaat, maar meer en meer begint men te beseffen en bewijzen cijfers dat de infectiegraad bij deze groep ook in landen met een lage aidsprevalentie in Latijns-Amerika, Azië en recent ook in Afrika veel hoger ligt dan bij de algemene bevolking. In vele landen is het nog een kwestie van elementaire mensenrechten, van discriminatie wegens seksuele geaardheid. Vorig zaterdag konden we nog zien hoe in Moskou, waar het Eurovisiesongfestival plaatshad, bijzonder hard werd opgetreden tegen mensen die het recht opeisten om als seksuele minderheid te worden erkend. In die landen is de toegang van deze groep tot een minimumprogramma uiteraard niet altijd gemakkelijk.

We hebben bovendien te maken met de *second generation failures*. In de jaren tachtig en negentig nam de

doit maintenant conduire à un activisme de prévention et de traitement, et pas seulement à des exigences pour un traitement accessible. Les communautés devraient demander et exiger davantage de prévention. En Afrique du Sud par exemple, en 2006, plus de dix mille personnes ont exigé davantage de prévention et d'éducation sexuelle à l'école ainsi qu'un meilleur accès aux préservatifs.

À l'échelle mondiale, la situation en matière de prévention est toujours désolante. Trois groupes particulièrement vulnérables qui représentent dans différentes parties du monde une part importante de l'épidémie ont encore un accès trop limité aux actions essentielles de prévention. Ainsi, en 2006, quelque 23 pour cent seulement des consommateurs de drogues injectables avaient accès à un programme d'échange de seringues, une action dont l'efficacité est scientifiquement prouvée. À l'échelle mondiale, quelque 28 pour cent des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont accès à une prévention minimale. Pour les femmes travaillant dans la prostitution, la situation est un peu meilleure, mais une sur deux n'a quand même pas encore accès à une prévention VIH minimale.

L'Institut de médecine tropicale a développé dans les années quatre-vingt un des premiers projets portant sur le VIH chez les prostituées. Nous avons montré à l'époque qu'une telle intervention était réalisable et plus facile qu'on ne l'imaginait, qu'elle est effective et a potentiellement un impact important sur l'épidémie dans un pays. Maintenant, vingt-cinq ans plus tard, une minorité seulement des prostituées en Afrique ont accès à des programmes de prévention.

Je m'attarde un instant à une autre groupe sans cesse plus important dans la propagation du VIH dans le monde, à savoir les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. On savait depuis longtemps que c'était un groupe important dans le monde occidental mais on commence de plus en plus à se rendre compte, et les chiffres le prouvent, que le taux de contamination dans ce groupe, y compris dans des pays d'Amérique latine, d'Asie et récemment d'Afrique, où la prévalence du sida est faible, est beaucoup plus élevé que dans la population générale. Dans beaucoup de pays, c'est encore une question élémentaire de droits de l'homme, de discrimination pour orientation sexuelle.

Nous avons en outre affaire aux *second generation failures*. Dans les années quatre-vingt et nonante, la communauté

homogemeenschap in de Westerse wereld het voortouw op het vlak van aidspreventie. In de tweede helft van de jaren negentig is dat veranderd. Er kwamen in de homogemeenschap almaar meer nieuwe infecties, meer geslachtsziekten en meer onveilige seks.

Er is al veel onderzoek gedaan naar de oorzaken daarvan. Wordt aids niet langer als een dodelijke ziekte beschouwd als gevolg van het behandelingsoptimisme? Is er sprake van preventiemoeheid in een gemeenschap die al meer dan twintig jaar actief aan preventie heeft gedaan? Ook de omgeving is veranderd. We leven in het internettijdperk. Jonge mensen vinden partners via het internet, wat de preventie zeker niet gemakkelijker maakt. De nieuwe generatie van jonge mannen heeft aids niet meer meegemaakt als een dodelijke ziekte en gaat er op een andere manier mee om. Deze specifieke groep moet nauwer betrokken worden bij de preventie. Het leiderschap van de groep zelf is belangrijk, maar het is ook absoluut essentieel dat de politiek volgt en de preventieactiviteiten mee ondersteunt.

Om te eindigen en als overgang naar de volgende spreker sta ik nog even kort stil bij de situatie in België.

Zoals vorige sprekers al hebben gezegd, doet de hiv-epidemie in België zich vooral voor bij twee groepen: personen uit hoogendemische landen, met een hoge hiv-graad, en homomannen.

Bij de Belgische hiv-patiënten vinden we tachtig procent mannen; vier op vijf van hen hebben de infectie opgelopen via homoseksueel contact. Als ons land preventieactiviteiten binnen die groep niet au sérieux neemt, dan neemt het aids niet au sérieux.

Ik besluit. Hoewel er veel aan het veranderen is, hebben we toch nog nood aan betere cijfers. Het Instituut voor Tropische Geneeskunde plant een prevalentieonderzoek om over duidelijker cijfermateriaal te beschikken. Er is ook nog nood aan meer preventie. Sensoa en vele partners in de holebigemeenschap zijn op dat vlak zeer actief, maar er is in ons land meer coördinatie nodig en een radicalere aanpak op alle niveaus, ook het politieke. Het kan toch niet dat België, dat bekend staat als een voortrekker inzake homorechten, de andere kant opkijkt als het aankomt op het steunen van preventie.

homosexuelle a pris l'initiative, dans le monde occidental, sur le plan de la prévention du sida. Dans la deuxième moitié des années nonante, les choses ont changé. Il y a constamment eu davantage de nouvelles contaminations, plus de maladies vénériennes et plus de relations sexuelles non protégées dans la communauté homosexuelle.

Beaucoup d'études ont été menées sur les causes. Le sida n'est-il plus considéré comme une maladie mortelle à la suite de l'optimisme du traitement ? Est-il question d'un relâchement de la prévention dans une société qui en a fait pendant plus de vingt ans ? L'environnement aussi a changé. Nous vivons à l'ère d'internet. Les jeunes trouvent des partenaires par le biais d'internet, ce qui ne facilite certes pas la prévention. La nouvelle génération de jeunes gens ne connaît plus le sida comme une maladie mortelle et agit différemment. Ce groupe spécifique doit être davantage associé à la prévention. Le leadership du groupe lui-même est important, mais il est aussi tout à fait essentiel que le politique suive et soutienne les actions de prévention.

Je termine par la situation en Belgique.

Comme l'ont déjà dit les préopinants, en Belgique l'épidémie de VIH sévit surtout dans deux groupes : les personnes venant de pays fortement endémiques, avec un taux élevé de VIH, et les hommes homosexuels.

Parmi les patients VIH belges, on compte quatre-vingts pour cent d'hommes ; quatre sur cinq ont été contaminés par un contact homosexuel. Si notre pays ne prend pas les actions de prévention dans ce groupe au sérieux, c'est qu'il ne prend tout simplement pas le sida au sérieux.

Je conclus. Même si beaucoup de choses sont en train de changer, nous devons présenter de meilleurs chiffres. C'est pourquoi l'Institut des maladies tropicales envisage une étude de prévalence pour disposer de chiffres plus clairs. Il faut aussi améliorer la prévention. Sensoa et beaucoup de partenaires dans la communauté des lesbiens sont très actifs sur ce plan mais il faut davantage de coordination dans notre pays et un engagement plus radical à tous les niveaux, y compris politique. Il n'est pas admissible que la Belgique, connue comme pionnière en matière de droits des homosexuels, ne fasse pas ce qu'il faut pour soutenir la prévention.

De ontwikkeling van aids in België

De heer Vladimir Martens, directeur van het Observatoire du sida et des sexualités (*in het Frans*). – Ik wil er eerst op wijzen hoe belangrijk het is om in dit halfrond over preventie te kunnen spreken en er zoveel tijd aan te kunnen besteden, en dat in een tijdperk waarin, zoals Marie Laga zei, nieuwe uitdagingen opduiken en de epidemie in ons land aan een nieuwe opmars bezig is.

Mijn uiteenzetting handelt over drie thema's. Het lijkt me nuttig nader in te gaan op een concept dat van groot belang is voor al wie zich beroepsmatig met aidspreventie bezighoudt. Voor de definitie worden weliswaar niet altijd dezelfde termen gebruikt, maar er zijn veel gemeenschappelijke punten. Het gaat over het begrip 'kwetsbaarheid'.

Ik zal, als voorbeeld, vervolgens een project van de Franse Gemeenschap voorstellen, namelijk de *Stratégie concertée de lutte contre les IST/sida*. Ik zal het procédé en de resultaten toelichten.

Tot slot zal ik enkele elementen aanreiken ter conclusie of discussie, naast enkele perspectieven om het debat eventueel op andere plaatsen voort te zetten.

Het concept kwetsbaarheid is bijzonder complex en moeilijk te omschrijven omdat het woord deel uitmaakt van de omgangstaal en iedereen er waarschijnlijk een eigen beeld van heeft.

Wanneer het gaat om preventie en gezondheids promotie, aidsbestrijding of andere problemen neigen we er al te vaak toe gezondheidsproblemen te verklaren op basis van typische kenmerken van bepaalde individuen of 'risicogroepen'. Die tendens was wijdverbreid bij aidsbestrijders in de beginjaren van de epidemie en van tijd tot tijd steekt hij weer de kop op.

De militanten van de aidsbestrijding en de wetenschappers werden zich al gauw bewust van de beperkingen van dat concept. Immers, zodra men een bepaalde groep als risicogroep catalogeert, verklaart men niet per se de krachten die aan het werk zijn tijdens de blootstelling aan de ziekte en identificeert men niet alle hefboomen die kunnen worden geactiveerd om de epidemie te bestrijden.

Verscheidene wetenschappers op het gebied van volksgezondheid en menswetenschappen hebben zich gewijd aan het vinden van een uiterst genuanceerde definitie van dit

Le développement du sida en Belgique

M. Vladimir Martens, directeur de l'Observatoire du sida et des sexualités. – Je voudrais d'abord souligner l'importance de pouvoir parler de prévention dans ce genre de cénacle et d'y consacrer autant de temps, à une époque où, comme Marie Laga l'a rappelé, de nouveaux enjeux apparaissent et l'épidémie est en recrudescence dans notre pays.

Mon intervention comportera trois points. Il me semble utile de revenir sur un concept que tous les professionnels de la prévention du sida trouvent particulièrement important ; même s'ils ne le définissent pas toujours exactement dans les mêmes termes, il y a quand même beaucoup de points communs. Il s'agit du concept de vulnérabilité.

Je présenterai ensuite à titre d'exemple un processus en cours en Communauté française intitulé *Stratégie concertée de lutte contre les IST/sida*. Je donnerai des explications en termes de processus et de résultats.

Je vous proposerai enfin quelques éléments de conclusion ou de discussion et quelques perspectives pour poursuivre éventuellement le débat dans d'autres lieux.

Le concept de vulnérabilité est complexe et difficile à présenter dans la mesure où la vulnérabilité est un terme du langage courant derrière lequel chacun met sans doute ses propres représentations.

Trop souvent lorsqu'il s'agit de prévention et de promotion de la santé, de lutte contre le sida ou d'autres problèmes, on a tendance à focaliser l'explication de la problématique de santé sur les caractéristiques de certains individus ou groupes appelés « à risque ». Cette tendance était fortement répandue dans les milieux de lutte contre le sida aux débuts de l'épidémie et, en fonction des périodes, elle se manifeste de nouveau.

Les militants de la lutte contre le sida et les chercheurs se sont rendu compte assez vite des limites de ce concept. En effet, dès le moment où l'on considère qu'un groupe est à risque, on n'explique pas forcément toutes les dynamiques qui sont à l'œuvre dans l'exposition à la maladie et on n'identifie pas tous les leviers qu'il est possible d'activer pour lutter contre l'épidémie.

Différents chercheurs en santé publique et en sciences humaines se sont attelés à définir ce concept de manière tout à fait nuancée. Je prendrai une des définitions qui a été

concept. Ik neem een van de definities die geformaliseerd werd door François Delor, stichter van het Observatoire du sida et des sexualités, inmiddels overleden, en zijn collega Michel Hubert van de Facultés Universitaires Saint-Louis. Zij hebben onmiddellijk aangedrongen op de noodzaak van een complexe en multifactoriële visie op de kwetsbaarheid op verschillende niveaus.

In de eerste plaats gaat het daarbij om het individuele niveau. Bepaalde kenmerken op het vlak van demografie, levenspad en biologie maken sommige individuen bijzonder hiv-gevoelig. Kenmerken zijn in zekere zin echter starre elementen. Het belang van het levenspad en het bijeenkomen van ervaringen is ook essentieel om de wisselende kwetsbaarheid van mensen voor hiv te verklaren.

Levenspaden kunnen uniek zijn, maar sommige bevolkingsgroepen delen ook gemeenschappelijke elementen. Zo hebben verschillende studies gewezen op de belangrijke rol die de migratie van het ene naar het andere continent speelt in het risico op hiv-infectie. Andere studies hebben de vinger gelegd op het cruciale belang voor de preventie van de *coming out*-fase van jonge en minder jonge homoseksuelen. Voorts zijn er nog de kwetsbare momenten waarmee alle mensen geconfronteerd worden, bijvoorbeeld het begin of het einde van de puberteit.

Het is van essentieel belang dit eerste niveau in aanmerking te nemen, maar het verklaart de blootstelling aan hiv niet helemaal.

Er moet dus een tweede niveau in overweging worden genomen, namelijk dat van de interactie, van de relatie. Men weet dat een besmetting slechts optreedt bij het samenkomen van ten minste twee levenspaden. Het interactieniveau is niet gemakkelijk te vatten, maar het is ook van belang om te weten in welke omstandigheden een besmetting al dan niet optreedt en of er al dan niet sprake geweest is van voorzorgsmaatregelen.

Sommige kenmerken van de interactie zijn bekend. Het feit dat een prostituee in zekere zin economisch afhankelijk is van haar klant, bijvoorbeeld, kan haar onderhandelingspositie inzake condoomgebruik beïnvloeden. Ook het verschil in leeftijd en ervaring tussen twee partners kan een invloed hebben op het nemen van de nodige voorzorgen.

Alle kenmerken van de relatie moeten in aanmerking worden genomen. De levenspaden van individuen en hun interacties situeren zich altijd in een bepaalde context. Het uitermate complexe begrip 'context' is van groot belang. Het kan gaan om de stoffelijke omgeving – de beschikbaarheid van het

formalisée par François Delor, fondateur de l'Observatoire du sida et des sexualités et décédé depuis lors, et son collègue Michel Hubert des facultés Saint-Louis. Ils ont directement insisté sur la nécessité d'une vision complexe et multifactorielle de la vulnérabilité à différents niveaux.

Il s'agit en premier lieu du niveau individuel. Des caractéristiques démographiques, de trajectoire et biologiques rendent certains individus particulièrement vulnérables au VIH. Or des caractéristiques sont des éléments un peu figés. L'importance de la trajectoire et de l'accumulation d'expériences est aussi primordiale pour expliquer la plus ou moins grande vulnérabilité des personnes vis-à-vis de VIH.

Les trajectoires peuvent être tout à fait singulières, mais des groupes de population partagent aussi certains éléments communs. Ainsi, différents travaux ont mis en évidence l'importance de la migration d'un continent à l'autre comme facteur important dans l'exposition au VIH. D'autres études ont montré le moment crucial au regard de la prévention que représente la phase du *coming out* pour les homosexuels jeunes ou moins jeunes. On pense aussi à des moments de vulnérabilité qui concernent l'ensemble de la population, comme l'entrée ou la sortie de l'adolescence.

Il est essentiel de prendre en compte ce premier niveau mais il n'est pas suffisant pour expliquer l'exposition au VIH.

Un deuxième niveau doit donc être envisagé, celui de l'interaction, de la relation. On sait que, pour qu'il y ait contamination, il doit y avoir une rencontre d'au moins deux trajectoires. Le niveau de l'interaction n'est pas facile à appréhender mais il est aussi très important pour expliquer comment une contamination se produit ou non, ou comment le comportement de protection est mobilisé ou non.

Certaines caractéristiques de l'interaction sont bien connues. La relative dépendance économique d'une prostituée vis-à-vis de son client, par exemple, qui peut limiter le pouvoir de négociation du préservatif, ou la différence d'âge et d'expérience entre deux partenaires, qui peut leur donner des ressources tout à fait différentes quant à l'adoption d'un comportement de protection.

Toutes les caractéristiques de la relation doivent être prises en compte. Les trajectoires des individus et leurs interactions arrivent toujours dans un contexte donné. La notion de contexte, extrêmement complexe, est très importante. Il peut s'agir de l'environnement physique – l'accessibilité du

condoom in de onmiddellijke nabijheid heeft een invloed op de preventie –, de sociale, politieke en institutionele context die de betrekkingen tussen mannen en vrouwen regelt en de mate van gelijkheid tussen beide, een verdraagzame of repressieve houding ten aanzien van homoseksualiteit of prostitutie, etc.

Het begrip kwetsbaarheid is al ingewikkeld door de drie niveaus die ik net heb uiteengezet.

Er moet evenwel nog met andere elementen rekening worden gehouden. Zo moet er een onderscheid worden gemaakt tussen wat aan de infectie is voorafgegaan, het ogenblik van de ontmoeting en wat volgt. Er moet worden gedacht aan alle gevolgen van een infectie op medisch gebied, op het vlak van de levenskwaliteit en van eventuele discriminaties. Dus zowel het levenspad op zich als de objectieve en subjectieve aspecten zijn van belang. De wetenschappers kunnen een vrij objectieve beschrijving geven van de drie niveaus, namelijk het levenspad, de interactie en de context. De personen die verwickeld zijn in een relatie, hebben zelf een subjectieve perceptie van die context. Die subjectiviteit moet worden onderzocht. Door middel van wetenschappelijk onderzoek en door te luisteren naar de belanghebbenden verkrijgt men inzicht in wat een rol speelt in het contact tussen ten minste twee partners.

Om te komen tot strategieën die op alle niveaus inwerken, is het absoluut noodzakelijk dat men inzicht heeft in die complexiteit. In dat opzicht is het proces 'Stratégies concertées de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida' van de Franstalige Gemeenschap van België een belangrijk instrument. Het heeft tot doel de problemen op het terrein en de uit te werken strategieën beter op elkaar af te stemmen, met respect voor de principes inzake gezondheidsbevordering die in het Handvest van Ottawa zijn vastgelegd en die zijn opgenomen in het decreet van 1997 houdende organisatie van de gezondheids promotie. Het is, kortom, de bedoeling de kwaliteit van de preventie te verbeteren.

Dat proces wordt gestuurd door een stuurgroep, die representatief is voor de organen die in de aidspreventie een rol spelen: de centra voor de zorg en opsporing van hiv en soa's – referentiecentra en gespecialiseerde opsporingscentra –, de instellingen die preventieprogramma's uitwerken voor de bevolking in het algemeen, voor jongeren en voor specifieke doelgroepen, en de lokale organen die een gedelokaliseerde actie en buurtprogramma's voor verschillende bevolkingsgroepen hebben. Instellingen voor onderzoek en methodologische steun verlenen hun

préservatif dans l'espace à proximité a un impact sur la prévention –, du contexte social, du contexte politique et institutionnel régissant les rapports entre les hommes et les femmes, avec une égalité plus ou moins grande, des attitudes plus libérales ou plus répressives vis-à-vis de certaines formes d'expression de la sexualité, comme l'homosexualité, la prostitution, etc.

La notion de vulnérabilité est déjà complexe par les trois niveaux que je viens de vous exposer.

Il y a d'autres éléments à prendre en considération. Il faut distinguer l'amont d'une infection, le moment même de la rencontre, et l'aval. Songez à toutes les conséquences d'une infection en termes médicaux, de qualité de vie et d'éventuelles discriminations. Donc le moment de la trajectoire est également important, ainsi que les aspects objectif et subjectif. Les scientifiques peuvent, de manière relativement objective, décrire les trois niveaux que sont la trajectoire, l'interaction et le contexte. Mais les protagonistes engagés dans une relation ont eux-mêmes une perception tout à fait subjective du contexte. Cette subjectivité doit être approchée, notamment par des recherches et en donnant la parole aux intéressés pour comprendre exactement ce qui est à l'œuvre dans la rencontre d'au moins deux partenaires.

Il est absolument indispensable d'appréhender cette complexité pour mettre en place des stratégies jouant à tous les niveaux. À cet égard, en Communauté française de Belgique, le processus des « Stratégies concertées de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le sida » est un outil majeur. Sa finalité est d'améliorer l'adéquation entre les problématiques rencontrées sur le terrain et les stratégies à mettre en œuvre pour y répondre en respectant les principes de promotion de la santé définis dans la charte d'Ottawa et repris dans le décret de 1997 organisant la promotion de la santé, bref d'améliorer la qualité de la prévention d'un point de vue global.

Ce processus est piloté par un Comité de pilotage représentatif des organismes actifs dans le domaine de la prévention du sida : les centres de prise en charge et de dépistage du VIH et des IST – centres de référence et centres de dépistage spécialisés –, des organismes mettant en place des programmes de prévention, soit en population générale, soit dans l'ensemble de la population des jeunes, soit auprès de publics spécifiques, et des organismes locaux ayant une action délocalisée et des programmes de proximité s'adressant aux différentes populations. Des organismes de recherche et de

medewerking aan het proces, alsook de instellingen voor gezondheidsbevordering die niet gespecialiseerd zijn in hiv-preventie. Het proces geniet de steun van twee universitaire equipes, het Observatoire du sida et des sexualités van de Facultés universitaires Saint-Louis en de École de santé publique van de ULB.

Het gaat om een netwerkbenadering die de klemtoon legt op deelname van de doelgroepen en de beroepsmensen die betrokken zijn bij de aidsbestrijding en op intersectorale samenwerking omdat het niveau van de context, zoals ik heb aangetoond, uitermate ingewikkeld is. Verschillende maatschappelijke sectoren zijn betrokken bij de aidsbestrijding.

Twee methodologische instrumenten worden bij dit proces ingeschakeld: het beheer van de projectcycli, een instrument dat mensen uit de ontwikkelingssamenwerking welbekend is, en het *Precede-Proceed*-model, een vanouds gebruikte planningsmethode voor gezondheidsbevordering.

Het proces biedt de mogelijkheid verschillende soorten gegevens te delen, met elkaar te confronteren en in verband te brengen: enerzijds, het epidemiologische onderzoek of het onderzoek op het vlak van humane en sociale wetenschappen en, anderzijds, de vaststellingen op het terrein, die eveneens bijzonder waardevol zijn en op bepaalde ogenblikken de wetenschappelijke onderzoeksgegevens kunnen nuanceren, voeden of er een tegenwicht voor vormen.

Het is dus de bedoeling de zogenaamde wetenschappelijke gegevens op dezelfde hoogte te plaatsen als de vaststellingen op het terrein en vast te stellen hoe zij elkaar aanvullen.

Wat de producties betreft, zijn in het kader van die overlegde strategieën elf doelgroepen gedefinieerd. Dat kan veel lijken. Marie Laga heeft terecht gewezen op twee doelgroepen die in België bijzonder getroffen zijn. Het was aanvankelijk echter de bedoeling een volledige lijst op te maken, wat het vastleggen van prioriteiten niet in de weg staat, onder meer in termen van financiering. Die elf doelgroepen komen niet noodzakelijk in aanmerking voor alle specifieke programma's.

Een situatieanalyse definieert een gezondheidsprobleem voor elke doelgroep in termen van seksueel overdraagbare aandoeningen en aids, en van het welzijn in het algemeen. De verschillende actoren en het verband tussen hun gedrag en de problematiek zijn geïdentificeerd. Er werd dus niet alleen rekening gehouden met de doelgroep, maar met alle betrokken actoren. Nadien heeft men gezocht naar de

soutien méthodologiques contribuent au processus, ainsi que des organismes de promotion de la santé non spécialisés dans la lutte contre le VIH. Le processus bénéficie du soutien de deux équipes universitaires, l'Observatoire du sida et des sexualités des Facultés universitaires Saint-Louis et l'École de santé publique de l'ULB.

Il s'agit d'une approche en réseau qui insiste sur la participation des publics visés et des professionnels impliqués dans la lutte contre le sida et sur l'intersectorialité puisque, comme je l'ai montré, le niveau du contexte est extrêmement complexe. Différents secteurs de la vie sociale sont impliqués dans la lutte contre le sida.

Deux outils méthodologiques sont mobilisés dans ce processus : la gestion de cycles de projets, outil bien connu des personnes actives dans le domaine de la coopération au développement, et la méthode Precede-Proceed, méthode de planification connue depuis longtemps en matière de promotion de la santé.

Ce processus permet de mettre en commun, de confronter et d'articuler des données de différents types : d'une part, recherches en épidémiologie ou en sciences humaines et sociales et, d'autre part, constats de terrain, qui ont aussi toute leur valeur et peuvent permettre, à certains moments, de contrebalancer, de nuancer ou d'alimenter les données propres aux recherches.

L'idée est donc de mettre sur un pied d'égalité les données dites scientifiques et les constats de terrain et d'identifier les complémentarités pouvant exister entre ces deux types de données.

En ce qui concerne les productions, onze publics cibles ont été définis dans le cadre de ces stratégies concertées. Cela peut sembler beaucoup. Marie Laga a, à juste titre, insisté sur deux publics cibles particulièrement touchés en Belgique, mais l'objectif de départ était l'exhaustivité, ce qui n'empêche pas l'établissement de priorités, notamment en termes de financement. Ces onze publics cibles ne bénéficient pas forcément tous de programmes spécifiques.

Une analyse de situation définit, pour chaque public cible, une problématique de santé en termes d'IST/sida et, plus largement, de bien-être. Les divers acteurs et leurs comportements en lien avec cette problématique ont été identifiés. On a donc tenu compte du public cible, mais aussi de tous les acteurs impliqués. On a ensuite recherché les déterminants éducationnels, environnementaux,

determinerende elementen in het gedrag van de actoren op het vlak van opvoeding, milieu, instellingen, demografie en biologie. Ze werden ofwel bevestigd door het onderzoek en de vaststellingen op het terrein, ofwel verwerkt tot hypothesen. Zelfs na meer dan 25 jaar weet men nog niet alles over de preventie.

Het schema van de situatieanalyse biedt de mogelijkheid de opeenvolgende stappen die voor de elf doelgroepen werden gedaan te visualiseren, de problematiek van elke doelgroep te definiëren en tot slot de gedragingen van de actoren ten opzichte van de problematiek en de determinerende elementen op de verschillende niveaus te identificeren.

Ik zal niet alle elementen van de problematiek opnoemen. Er zijn zeer veel doelgroepen en dus nog meer elementen. Voor verschillende kwetsbaarheidsniveaus werden diagnostische elementen geïdentificeerd: individuele of opvoedkundige trajecten, relationele trajecten, milieufactoren en institutionele elementen. Daarbij kan worden gedacht aan de repressie waaraan sommige groepen nog steeds blootgesteld zijn of aan het debat over de risicobeperking, dat soms moeilijkheden veroorzaakt voor degenen die bepaalde programma's invoeren, bijvoorbeeld de spuitomruil. We denken ook aan moeilijkheden op het vlak van de toegang tot zorgverstrekking of aan de rechten van bepaalde bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen. Kortom, er werden verschillende determinerende factoren geïdentificeerd die het opzetten van preventieprogramma's bemoeilijken of individuen nog kwetsbaarder maken.

Een element dat waarschijnlijk alle doelgroepen treft, als dader of als slachtoffer, is de discriminatie. Discriminatie blijft een belangrijk transversaal probleem, ook in België.

Op basis van de situatieanalyses werden voor die verschillende doelgroepen actieplannen uitgewerkt. Voor elke groep werden algemene en operationele doelstellingen vastgelegd, alsook activiteiten in verband met de assen die overeenstemmen met de determinanten waarvan ik net de verschillende niveaus heb uiteengezet.

Bovendien – dat is wellicht een belangrijk element – werden kwaliteits- en evaluatie-indicatoren geïdentificeerd voor al deze activiteiten en doelstellingen.

Inzake productie en inhoud werden drie belangrijke doelstellingen geïdentificeerd: soa's en met name aids onder de bevolking in het algemeen en de kwetsbare groepen in België en de Franse Gemeenschap terugschroeven; de toevlucht en toegang tot de opsporing van soa's en hiv

institutionnels, démographiques et biologiques des comportements des acteurs. Ils ont été soit avérés à la suite de recherches ou de constats de terrain, soit capitalisés sous forme d'hypothèses. Même après plus de vingt-cinq ans, on ne connaît évidemment pas tout en ce qui concerne la prévention.

Le schéma de l'analyse de situation permet de visualiser la démarche accomplie pas à pas pour ces onze publics cibles, de la définition de la problématique pour chaque public cible à la l'identification des comportements des acteurs en lien avec cette problématique et des déterminants des différents niveaux.

Je ne citerai pas l'ensemble des éléments des problématiques qui ont été identifiés ; il existe en effet un grand nombre de publics cibles et donc un nombre plus élevé encore d'éléments de problématique. Simplement, des éléments de diagnostic ont été trouvés aux différents niveaux de vulnérabilité : trajectoire individuelle ou éducationnelle, trajectoire relationnelle, éléments propres à l'environnement et éléments institutionnels. Il suffit, par exemple, de penser à la répression dont peuvent encore faire l'objet certains publics ou au débat sur la réduction des risques, qui pose parfois problème aux acteurs qui mettent en place des programmes, par exemple, d'échange de seringues. On pense aussi aux difficultés d'accès aux soins ou aux droits vécues par certaines populations particulièrement fragilisées. Bref, différents déterminants ont été identifiés, qui freinent la mise en place de programmes de prévention ou rendent les individus plus vulnérables.

Un élément sans doute commun à tous les publics cibles est la discrimination, dont différents publics peuvent être soit acteurs, soit victimes. La discrimination reste un problème transversal important, même en Belgique.

À partir de ces analyses de situation, des plans d'action ont été définis pour ces différents publics. Pour chaque public, on a fixé des objectifs généraux et opérationnels ainsi que des activités concernant les axes qui correspondent aux déterminants dont je viens de présenter les différents niveaux.

De plus – c'est sans doute un élément très important –, des indicateurs de qualité et d'évaluation ont été identifiés pour chacune de ces activités et chacun de ces objectifs.

En ce qui concerne la production et le contenu, trois objectifs principaux ont été identifiés : réduire l'incidence des IST et en particulier du sida parmi la population générale et les publics vulnérables, en Belgique et en Communauté française, améliorer le recours et l'accès au dépistage du VIH et des IST,

verbeteren; de kwetsbaarheid en discriminatie van alle groepen verminderen en hun welzijn verhogen.

Op basis van die doelstellingen werden drie strategische hoofddassen geïdentificeerd, afhankelijk van de actoren waarvoor ze zijn bedoeld.

Een reeks handelingen richt zich rechtstreeks tot de geïdentificeerde doelgroepen.

Een tweede niveau heeft betrekking op het 'leefmilieu' en de actoren die in nauw contact staan met die verschillende doelgroepen.

Een derde niveau heeft te maken met de leefmilieus en allroundactoren, namelijk de actoren die zich richten tot de gehele bevolking, maar die in contact kunnen komen met specifieke groepen. Die allroundactoren zijn geïdentificeerd: zij zijn vooral actief in de opvoeding, de media, het onderwijs en de politiek; we hebben dus te maken met een reeks transversale actoren van wie bekend is dat ze een exponentiële impact hebben op de problematiek of op de maatregelen die ter preventie kunnen worden ingevoerd.

De overlegde strategieën vertegenwoordigen een proces en referentiekader dat de preventieactoren gemeen hebben voor de analyse van de actie en de evaluatie, wat de identificatie van de synergieën tussen preventiepartners en een rationalisatie van de activiteiten mogelijk maakt. Dat referentiekader wordt in een tweede fase ook gebruikt voor de planning van de specifieke programma's, onder meer de financieringsaanvragen, de verhoging van de beroepscompetenties van de betrokken actoren, de uitwisseling van praktijken, het onderzoek, de actie, de follow-up en de evaluatie. Al die toepassingen dragen bij tot de verbetering en het beheer van de kwaliteit van de acties op het terrein.

Het gaat uiteraard om een procesvoorbeeld. Er bestaan ook samenwerkingsverbanden waarvan ik hoop dat ze later nog in belang zullen toenemen, bijvoorbeeld met Sensoa en de partners van het noorden, in het kader van de overlegde strategieën.

Het ogenblik is gekomen om elementen voor te leggen, niet alleen ter conclusie, maar ook ter discussie op basis van de punten die ik heb uiteengezet.

Marie Laga heeft er al iets over gezegd: wij bevinden ons in België, in Europa en elders voor de preventie van hiv in een context die door enkele grote lijnen kan worden gekenmerkt, zelfs als de complexiteit moet worden erkend en

améliorer le bien-être et diminuer les vulnérabilités et les discriminations de l'ensemble des publics.

À partir de ces objectifs, trois axes stratégiques principaux ont été identifiés, en fonction des acteurs auxquels ils s'adressent.

Une série d'interventions s'adressent directement aux publics cibles finaux qui ont été identifiés.

Un deuxième niveau s'adresse également à tout ce que l'on a appelé les milieux de vie et aux acteurs spécifiques qui ont des relations de grande proximité avec ces différents publics cibles.

Un troisième axe d'intervention a été identifié vis-à-vis des milieux de vie et acteurs généralistes, c'est-à-dire des acteurs qui s'adressent à l'ensemble de la population mais qui peuvent entrer en contact, avec des populations tout à fait particulières. Ces acteurs généralistes ont été identifiés ; il s'agit essentiellement des acteurs de l'éducation, des médias, de l'enseignement et de la politique, toute une série d'acteurs transversaux qui ont été identifiés comme ayant un impact multiplicateur sur les problématiques ou ce qu'il est possible de mettre en place en termes de prévention.

Les stratégies concertées représentent à la fois un processus et un cadre de référence communs aux acteurs de la prévention pour l'analyse de l'action et l'évaluation, ce qui permet l'identification des synergies entre partenaires de la prévention et une rationalisation des activités. Ce cadre de référence est également utilisé, dans un second temps, pour la planification de programmes spécifiques, notamment les demandes de financement, le renforcement des compétences professionnelles des acteurs impliqués, l'échange de pratiques, la recherche et la recherche/action et le suivi/évaluation. Toutes ces utilisations contribuent à l'amélioration et à la gestion de la qualité des interventions menées sur le terrain.

Il s'agit évidemment d'un exemple de processus. Il existe également des collaborations que j'espère encore plus importantes par la suite, notamment avec Sensoa et les partenaires du nord, dans le cadre de ces stratégies concertées.

Le moment est venu de donner des éléments, non seulement de conclusion mais également de discussion, à partir des quelques points que je viens d'exposer.

Marie Laga en a dit quelques mots : par rapport à la prévention du VIH, nous sommes, en Belgique, en Europe et ailleurs, dans un contexte qui peut se caractériser par quelques grands traits, même si la complexité doit être reconnue et

geanalyseerd. Die context is het verschijnen van nieuwe infecties, niet alleen van hiv, maar van andere seksueel overdraagbare aandoeningen, vooral bij bepaalde groepen.

We stellen ook vast dat de ziekte meer en meer chronisch wordt.

Aan die twee elementen moet nog worden toegevoegd dat aids bij de bevolking in het algemeen steeds meer wordt gebagatelliseerd en dat de reactie van de beroepsmensen en van de overheden wordt genormaliseerd.

Een laatste bijkomende element is de overresponsabilisering. De debatten die in onze buurlanden worden gevoerd over de criminalisering van de hiv-overdracht zijn u ongetwijfeld ter ore gekomen. België lijkt zich daarmee, op dit ogenblik althans, nog niet bezig te houden.

Gelet op die nieuwe uitbraak en op de waarnemingen betreffende de status en de percepties van de epidemie, die het preventiewerk almaar moeilijker maken, zijn een samenhangende visie op alle elementen van het probleem en gecombineerde strategieën meer dan ooit noodzakelijk. Men moet trachten het probleem te doorgronden met een systemische visie teneinde het geheel van de actoren en factoren te kunnen beïnvloeden. Op die manier zal men efficiënter kunnen werken, de overresponsabilisering kunnen vermijden, een correct evenwicht kunnen verzekeren tussen biomedische, gedragsmatige en structurele benaderingen en de acties op het vlak van preventie, opsporing, zorgverstrekking en discriminatiebestrijding adequaat met elkaar in verband kunnen brengen.

Ook wanneer af en toe, bijvoorbeeld bij een nieuwe uitbraak van de epidemie, een tendens moet worden vastgesteld om preventiestrategieën terzijde te schuiven en de aanpak opnieuw te medicaliseren, vind ik dat een correct evenwicht tussen de verschillende assen verzekerd moet zijn. Het is slechts dankzij een dergelijke combinatie, waarbij preventie een prioriteit blijft, dat vooruitgang kan worden geboekt.

Een ander belangrijk punt is het luisteren naar het terrein, met planningsacties van beneden naar boven, dat wil zeggen van het terrein, de actoren op het terrein en de doelgroepen naar de planningsdeskundigen en het politieke niveau. Dat proces lijkt me onvermijdelijk als men op de hoogte wil blijven van de evolutie van de epidemie.

Zoals ik in mijn verwijzing naar het kwaliteitsbeheer heb proberen aan te tonen, worden wij sinds meer dan vijftig jaar geconfronteerd met het beheersen van een

analysée. Ce contexte est la recrudescence des nouvelles infections, non seulement du VIH mais d'autres infections sexuellement transmissibles, en particulier dans certains groupes.

Nous sommes aussi dans un contexte de chronicité croissante de la maladie.

À ces deux caractéristiques, il convient d'ajouter une banalisation du sida au sein de la population générale et une normalisation de la réponse apportée par les professionnels et les pouvoirs publics.

Un autre élément s'ajoute enfin, à savoir la surresponsabilisation. Vous avez sans doute entendu parler de débats qui ont lieu dans les pays voisins sur la criminalisation de la transmission du VIH. La Belgique semble encore relativement à l'abri de ces tentations, du moins pour le moment.

Face à cette recrudescence et aux observations concernant le statut et les perceptions de l'épidémie qui rendent le travail de prévention de plus en plus difficile, il est plus que jamais nécessaire d'avoir une vision complexe des problématiques à l'œuvre et de mettre en place des stratégies combinées. Il est nécessaire d'appréhender les problématiques selon une vision systémique, pour agir sur l'ensemble des acteurs et des facteurs de la problématique, ce qui permet d'atteindre une plus grande efficacité, d'éviter la surresponsabilisation, d'assurer un juste équilibre entre des approches biomédicales, comportementales et structurelles et d'avoir une articulation pertinente entre des actions de prévention, de dépistage, de soins et de lutte contre les discriminations.

Même si à certains moments, notamment face à la recrudescence de l'épidémie, on constate parfois une tendance à mettre de côté certaines stratégies de prévention pour remédicaliser les approches, je pense qu'un juste équilibre entre ces différents axes doit vraiment être assuré. Ce n'est qu'à travers cette combinaison, en gardant la prévention comme l'une des priorités, que l'on pourra faire avancer les choses.

Un autre point important est l'écoute du terrain, avec les démarches de planification du bas vers le haut, c'est-à-dire du terrain, des acteurs de terrain et des publics cibles vers les planificateurs et les politiques. Ce processus me semble incontournable pour être à l'écoute des évolutions de l'épidémie.

Comme j'ai tenté de le montrer en parlant du processus de gestion de la qualité, nous nous trouvons depuis plus de vingt-cinq ans dans la gestion d'une urgence et l'ampleur des

noodsituatie. De omvang van de problemen die we nog zullen ontmoeten blijft die noodsituatie in stand houden. Het is de hoogste tijd dat we de noodsituatie en de kwaliteit samen beheren, zoals sedert enkele jaren in verschillende landen, onder meer in België, gebeurt. We mogen ons niet langer beperken tot het lenigen van de ergste nood. Een weldoordachte aanpak van onze methodiek moet een betere afstemming mogelijk maken op basis van wat werkt en wat niet.

Tot besluit van mijn uiteenzetting wil ik iedereen die van ver of van nabij betrokken is bij de preventie aansporen om niet te luisteren naar het afgezaagde refrein dat we sedert het begin van deze eeuw steeds vaker horen, namelijk dat we ons moeten afvragen of de preventie uiteindelijk niet heeft gefaald. Aan dit discours moeten nog enkele reële gevaren worden toegevoegd, met het gevaar van een self-fulfilling prophecy voorop.

Andere gevaren zijn demotivering en de ontkenning van de bereikte vooruitgang inzake onderzoek, evaluatie en actie door allen die zich op de aidsbestrijding toeleggen. Ik geef de voorkeur aan een meer positieve aanpak, zoals die van Peter Piot, die vorige week in een interview met *Le Monde* verklaarde dat men in de strijd tegen aids bergen kan verzetten.

Onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen tegen aids

De heer Paul Stoffels, hoofd Geneesmiddelenonderzoek en -ontwikkeling, Janssen Pharmaceutica en Johnson & Johnson. – Mevrouw, geachte aanwezigen, vanuit mijn functie wil ik het vandaag graag hebben over het hiv-onderzoek en het geneesmiddelenonderzoek.

Een typisch beeld van aids in Centraal-Afrika is dat van weeskinderen van wie de ouders gestorven zijn aan aids. Ze moeten het alleen redden. We kunnen daar iets aan doen en we zullen daar ook in slagen.

De oorzaak is het hiv. Het is een ongelooflijk intelligent virus en daardoor zeer moeilijk te behandelen. Een patiënt heeft ongeveer 100 000 virussen per milliliter bloed, die om de vier dagen volledig veranderen. Bij elke replicatie treden fouten op in ongeveer 10% van het genetisch materiaal. Uiteindelijk heeft geen enkele patiënt ter wereld hetzelfde virus. Dat verklaart waarom er vandaag nog geen vaccin gevonden is: het hiv is zo complex en variabel. Het virus put het lichaam

problèmes que nous devons encore rencontrer continue à maintenir ce climat d'urgence. Il est plus que temps de gérer simultanément l'urgence et la qualité, comme cela se fait depuis quelques années dans plusieurs pays, notamment en Belgique. On ne peut plus se contenter de parer au plus pressé. Il importe d'avoir une approche réflexive de nos pratiques afin de pouvoir mieux les orienter en fonction de ce qui marche ou non.

Je terminerai mon intervention en incitant toutes les personnes concernées de près ou de loin par la prévention à refuser cette espèce de ritournelle que l'on entend de plus en plus depuis le début des années 2000, et qui consiste à se demander si, finalement, la prévention n'est pas un échec. Il y a de réels dangers à adhérer à ce discours, le premier étant le risque de la prophétie autoréalisatrice.

D'autres dangers sont la démotivation et le risque de négation de tous les progrès accumulés en termes de recherche, d'évaluation et d'action par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le sida. Je préfère des approches plus positives comme celle de Peter Piot qui disait, dans une interview publiée le mois dernier dans le journal *Le Monde*, que, contre le sida, on pouvait soulever des montagnes.

Recherche et développement des médicaments contre le sida

M. Paul Stoffels, président de la Recherche et du Développement des produits pharmaceutiques de Janssen Pharmaceutica et Johnson & Johnson (*en néerlandais*). – Madame, mesdames et messieurs, de par mes fonctions, je souhaite vous parler aujourd'hui de la recherche en matière de VIH et de médicaments.

Une image typique du sida en Afrique centrale est celle des orphelins dont les parents sont morts du sida. Nous pouvons agir dans ce domaine et nous y parviendrons.

La cause est le VIH, un virus incroyablement intelligent et c'est pourquoi il est très difficile à traiter. Le malade a quelque 100 000 virus par millilitre de sang, qui mutent entièrement tous les quatre jours. Lors de chaque réplication, il y a des modifications erronées dans quelque 10% du matériel génétique. Finalement, aucun patient au monde n'a le même virus, chacun en a une autre version. C'est ce qui explique pourquoi aucun vaccin n'a encore été trouvé

uit. Doordat het doorlopend verandert, moet het lichaam zich steeds weer aanpassen. Het immuunsysteem raakt uitgeput en immuundeficiëntie treedt op. De uitdaging om dit soort problematiek aan te pakken met een behandeling is dan ook complex.

Zoals gezegd zijn er vandaag ongeveer 33 miljoen mensen in de wereld met het virus besmet. Het grootste deel bevindt zich in Afrika. Met de nieuwe geneesmiddelen zijn we al een heel eind gevorderd, maar in Afrika is dat absoluut nog niet het geval.

Als student heb ik het geluk gehad twee schitterende leermeesters te treffen. Peter Piot heeft mij ooit nog punten moeten geven. Later ontmoette ik hem opnieuw toen we elkaar met de wagen kruisten op de avenue Kasavubu in Kinshasa. Mijn tweede leermeester was dr. Paul Janssen, een van de grote pioniers van de farmaceutische industrie in België. Ik heb het geluk gehad vele discussies met Peter Piot en Paul Janssen te kunnen meemaken over de vraag hoe het hiv-probleem op te lossen. Twintig jaar geleden zei dr. Janssen: op een dag zullen we één pil tegen hiv hebben, die goed verdraagbaar is. We zijn bijna zover. De gezamenlijke farmaceutische industrie heeft bijzonder veel vooruitgang geboekt in de technische ontwikkeling van geneesmiddelen. Een ander aspect is de mobilisatie van mensen, politieke leiders en resources om die geneesmiddelen ter beschikking te stellen van de patiënten en daarin heeft Peter Piot een enorm belangrijke rol gespeeld.

Als we kijken naar het verschil tussen het aantal aidsdoden in Afrika en in de Verenigde Staten, zien we dat het virus in Afrika nog helemaal niet onder controle is. Het virus kost daar nog jaarlijks het leven aan 2,5 miljoen mensen.

Dan kom ik tot de behandeling. Midden jaren tachtig kwam AZT uit, het eerste geneesmiddel tegen hiv. In het begin was de levensverwachting van geïnfecteerde en gediagnosticeerde patiënten ongeveer twee jaar. Een patiënt die zich in de kliniek aanbood met symptomen, overleefde twee jaar. Toen de eerste geneesmiddelen voor monotherapie en combinatietherapie ter beschikking kwamen, steeg de levensverwachting tot vier jaar. De grote doorbraak kwam er uiteindelijk in 1994 toen drie zeer actieve geneesmiddelen samen werden gebruikt. Op dat moment merkten we dat het virus volledig onder controle kon worden gebracht. In het Westen overleden patiënten met hiv niet meer zo snel. De levensverwachting steeg tot ongeveer tien jaar.

Een van de grote problemen midden jaren negentig was het ontstaan van hoogresistente virussen. De industrie stond voor de vraag hoe geneesmiddelen te maken die tegen het zeer

aujourd'hui : le VIH est fort complexe et variable. Il épuise le corps. Comme il change continuellement, le corps doit chaque fois s'adapter. Le système immunitaire est épuisé, ce qui entraîne une immunodéficience. Le défi d'appréhender ce type de problème avec un traitement est dès lors complexe.

Comme on l'a dit, il y a aujourd'hui dans le monde quelque 33 millions de personnes contaminées par le virus. La plus grande partie se trouve en Afrique. Avec les nouveaux médicaments nous avons assez bien progressé, mais ce n'est absolument pas le cas en Afrique.

En tant qu'étudiant, j'ai eu la chance de rencontrer deux éminents professeurs. Peter Piot a aussi été un de mes examinateurs. Plus tard, je l'ai à nouveau rencontré lorsque nous nous sommes croisés en voiture avenue Kasavubu à Kinshasa. Mon deuxième professeur fut le dr. Paul Janssen, un des grands pionniers de l'industrie pharmaceutique en Belgique. J'ai eu la chance de pouvoir beaucoup discuter avec Peter Piot et Paul Janssen de la manière de résoudre le problème du VIH. Il y a vingt ans, le Dr Paul Janssen disait qu'on aurait un jour un remède contre le VIH, qui serait bien toléré. Nous y sommes presque arrivés. L'industrie pharmaceutique a fait beaucoup de progrès dans le développement technique des médicaments. Un autre aspect est la mobilisation des citoyens, des dirigeants et des ressources politiques pour mettre ces médicaments à la disposition des patients et Peter Piot a joué un rôle considérable en la matière.

Quand nous regardons la différence entre le nombre de décès dus au sida en Afrique et aux États-Unis, nous voyons qu'en Afrique, le virus n'est pas encore tout à fait sous contrôle. Chaque année, il y coûte encore la vie à 2,5 millions de personnes.

J'en viens au traitement. L'AZT, le premier médicament contre le VIH, est apparu au milieu des années quatre-vingts. Au début, l'espérance de vie des patients infectés et diagnostiqués atteignait environ deux ans. Un tel patient qui allait en clinique survivait deux ans. Lorsque les premiers médicaments convenant à la monothérapie et à la thérapie de combinaison furent disponibles, l'espérance de vie passa de deux à quatre ans. La grande avancée vint en 1994, lorsque trois médicaments très actifs furent utilisés conjointement. Nous avons alors constaté que le virus pouvait être contenu. Les patients vivant en Occident ne mouraient plus aussi rapidement. L'espérance de vie grimpa jusqu'à environ dix ans.

Au milieu des années nonante, l'apparition de virus très résistants devint une grande source de préoccupation. Comment fabriquer des médicaments efficaces contre ce virus

versatieve virus actief zijn. Op dat moment is het Instituut voor Tropisch Geneeskunde samen met de KULeuven en ons bedrijf onderzoek begonnen naar het testen van resistente virussen in de wereld. Zo zijn we er sindsdien in geslaagd ongeveer 350 000 virussen van verschillende patiënten in de wereld te onderzoeken, zowel op genetisch als op fenotypisch vlak. Die database heeft ons uiteindelijk de informatie gegeven over hoe we geneesmiddelen moesten ontwikkelen die hoogactief waren tegen virussen.

Het gaat om een industriële activiteit, waarbij dagelijks virussen van overal ter wereld – de Verenigde Staten, Zuid-Amerika, Azië, Afrika – in één centrum in Mechelen worden verzameld en op hun resistentieprofiel worden onderzocht. In het onderzoek werd ongeveer 150 miljoen euro geïnvesteerd om het beoogde resultaat te bereiken.

Nadat we het profiel hadden bepaald van de geneesmiddelen die we wilden fabriceren, hebben we onderzocht hoe we ze konden maken. We hebben ontzettend veel moleculen op die virussen gescreend om stoffen te vinden die actief zijn tegen hiv. Na heel veel onderzoek zijn we daarin geslaagd; eerst hebben we een geneesmiddel gevonden, vervolgens hebben we dat geoptimaliseerd. Daar kwam heel wat scheikunde aan te pas.

We zijn erin geslaagd wereldwijd twee nieuwe geneesmiddelen op de markt te brengen die zowel tegen multidrugsresistente als normale virussen actief zijn. We zijn erin geslaagd combinaties te maken die het leven van de patiënt tot 30 à 40 jaar verlengen. In principe hoeft een hiv-patiënt vandaag niet meer te sterven aan hiv. Die patiënt moet daartoe wel levenslang elke dag een geneesmiddel nemen. Technisch kan het dus. Het naleven van de richtlijn om dagelijks een geneesmiddel te nemen blijft een grote uitdaging. Iedereen die van zijn arts een week lang antibiotica heeft moeten slikken, weet hoe moeilijk dat is. Je moet je maar eens inbeelden dat je veertig jaar lang elke dag een geneesmiddel moet innemen. Dat is zeer moeilijk.

Vier jaar geleden, bij de introductie van die nieuwe geneesmiddelen, hadden patiënten een levensverwachting van drie maanden. Ik geef het voorbeeld van de Canadese kunstenaar Tiko Kerr. Die heeft in urgentie een van onze geneesmiddelen toegediend gekregen. Hij heeft een schilderij gemaakt met daarop zijn doodsbéd, een leeg ziekenhuisbéd. Hij had nog drie maanden. Vandaag is hij reeds vier jaar in behandeling. Hij loopt marathons en fietst weer. Hij kan volop aan het actieve leven deelnemen. We noemen dat het lazareffect: patiënten die een levensverwachting van amper drie maanden hadden, kunnen door de nieuwe medicatie hun leven hervatten.

particulièrement versatile ? L'Institut de Médecine tropicale, l'Université catholique de Louvain et notre entreprise avons, à l'époque, entamé des recherches sur les virus résistants présents dans le monde. Nous avons depuis lors réussi à analyser environ 350 000 virus affectant des patients du monde entier, sous l'angle tant génétique que phénotypique. Cette base de données nous a donné les informations nécessaires pour développer des médicaments très actifs contre les virus.

Il s'agit d'une activité industrielle. Chaque jour, des virus provenant de toutes les régions du monde – États-Unis, Amérique du sud, Asie, Afrique – sont réunis à Malines où on étudie le profil de résistance de centaines de virus. Environ 150 millions d'euros ont été investis dans la recherche pour atteindre le résultat visé.

Après avoir défini le profil des médicaments que nous voulions fabriquer, nous avons cherché comment les fabriquer. Nous avons étudié les effets d'un grand nombre de molécules sur ces virus pour trouver des substances actives sur le VIH. Après bien des recherches, nous avons réussi, d'abord à trouver un médicament et ensuite à l'optimiser. Cela relève du domaine de la chimie.

Nous avons réussi à mettre sur le marché mondial deux nouveaux médicaments qui sont actifs tant sur les virus multirésistants que sur les virus normaux. Nous sommes parvenus à réaliser des combinaisons qui prolongent la vie du patient de 30 à 40 ans. Actuellement, en principe, un patient VIH ne devrait plus mourir du VIH à condition de prendre durant toute sa vie un médicament. Techniquement c'est possible mais le respect de l'obligation de prendre quotidiennement un médicament représente une grande difficulté et constitue un grand défi.

Il y a quatre ans, lors de l'introduction de ces nouveaux médicaments, nous avions des patients dont l'espérance de vie était de trois mois. Je citerai l'exemple de l'artiste canadien Tiko Kerr à qui on a administré en urgence l'un de nos médicaments. Il lui restait trois mois à vivre. Il avait peint un tableau représentant son lit de mort, un lit d'hôpital vide. Aujourd'hui, cela fait quatre ans que Tiko Kerr est traité. Il participe à des marathons et refait du vélo. Il peut participer pleinement à la vie active. Nous qualifions d'effet Lazare ce retour à la vie grâce au nouveau traitement.

Hiv wordt met geneesmiddelencocktails behandeld. Een van de grootste uitdagingen, die destijds reeds door Paul Janssen werd geformuleerd, is de zoektocht naar een behandeling waarbij de patiënt in plaats van een cocktail dagelijks nog slechts één pil hoeft te slikken. Binnen twee tot drie jaar zal zowel in het Westen als in de ontwikkelingslanden een blauwe pil op de markt zijn die slechts één keer per dag moet worden ingenomen.

De volgende stap is de zoektocht naar een behandeling waarbij slechts één keer per maand of één keer om de twee maanden een geneesmiddel moet worden toegediend. In dat onderzoek zijn de eerste stappen gezet. Belangrijk daarbij is ook de vraag hoe we van therapie naar preventie kunnen gaan. Bij een injectie die éénmaal om de twee maanden wordt toegediend, zoals bij de prikpil, zouden we erin moeten slagen een geneesmiddel te vinden dat zowel een therapeutische als een preventieve werking heeft. Eveneens zijn we meer dan vijftien jaar geleden, in samenwerking met Peter Piot en Marie Laga, een onderzoek begonnen naar microbicides, een zeer belangrijk antiviraal preventiemiddel.

Kortom, we voeren de strijd op vele vlakken en hopen dat uiteindelijk ook in Afrika aidspatiënten niet meer eenzaam en zonder hulp in hun hut zullen moeten sterven.

Peter Piot heeft een wereldwijde mobilisatie verwezenlijkt. Via grote conferenties maakte hij de publieke opinie en de Afrikaanse leiders bewust van aidspreventie en therapie. Over de hele wereld bezocht hij talloze patiënten en voerde hij gesprekken met artsen.

Samen met Kofi Annan, voormalig secretaris-generaal van de VN, heeft Peter Piot de ceo's van de farmaceutische industrie, inclusief de producenten van generische geneesmiddelen, om de tafel gekregen, die zich er uiteindelijk onder lichte politieke druk en ook uit filantropische overwegingen toe hebben verbonden nieuwe geneesmiddelen tegen kostprijs ter beschikking te stellen in Afrika. Via een speciaal programma worden de geneesmiddelen zelfs gratis tot bij de patiënt gebracht.

Als we aidsouders in Afrika met geneesmiddelen tien jaar langer kunnen laten leven, zullen ze hun kinderen zelf kunnen opvoeden. Laten we niet vergeten dat tien jaar in Afrika veel meer betekent dan in het Westen. Als we ongeveer de helft van de 33 miljoen besmette mensen tien jaar langer kunnen laten leven, creëren we 150 miljoen jaar leven. Omgerekend naar België met zijn 11 miljoen inwoners, zou dat betekenen dat we de levensduur van de hele bevolking met vijftien jaar doen toenemen.

Daartoe zijn we vandaag in staat en dat is het resultaat van het

Le VIH est traité par des cocktails de médicaments. L'un des principaux défis, déjà défini à l'époque par Paul Janssen, est la recherche d'un traitement permettant au patient de ne prendre chaque jour qu'une seule pilule au lieu d'un cocktail. Dans deux ou trois ans, tant en Occident que dans les pays en développement, il existera sur le marché un traitement permettant au patient de ne prendre qu'une seule pilule par jour.

L'étape suivante est la recherche d'un traitement permettant d'administrer le médicament seulement une fois par mois ou tous les deux mois. Les premières étapes sont déjà franchies. Il importe aussi de se demander comment on peut basculer de la thérapie à la prévention. Pour une injection effectuée une fois tous les deux mois, comme pour la piqûre contraceptive, nous devrions réussir à trouver un médicament ayant un effet tant thérapeutique que préventif. En collaboration avec Peter Piot et Marie Laga, nous avons également commencé, il y a plus de quinze ans, à étudier les microbicides, un moyen très important de prévention antiviral.

Bref, nous menons le combat dans de nombreux domaines et nous espérons qu'en Afrique aussi les patients atteints du sida ne mourront plus seuls et sans aide dans leur hutte.

Peter Piot a mobilisé le monde entier. Il a sensibilisé l'opinion publique par le biais de grandes conférences, mais aussi les dirigeants africains, tant à la prévention qu'à la thérapie. Il a visité un très grand nombre de patients à travers le monde et s'est entretenu avec des médecins.

Avec Kofi Annan, l'ancien secrétaire général des Nations unies, Peter Piot a réuni autour de la table les CEO de l'industrie pharmaceutique, y compris les producteurs de médicaments génériques. Sous une faible pression politique et aussi sur la base de convictions philanthropiques, les CEO se sont finalement engagés à mettre des nouveaux médicaments au prix coûtant à la disposition de l'Afrique. Grâce à un programme spécial, les médicaments sont même acheminés gratuitement chez le patient.

Si grâce à des médicaments nous pouvons faire vivre les parents atteints du sida dix ans de plus, ceux-ci pourront élever eux-mêmes leurs enfants. N'oublions pas que dix ans en Afrique représentent beaucoup plus qu'en Occident. Si nous pouvons faire vivre dix ans de plus environ la moitié des 33 millions de personnes contaminées, nous créerons 150 millions d'années de vie. Cela équivaut à faire vivre quinze ans de plus les 11 millions de Belges.

Nous pouvons le faire aujourd'hui, c'est le résultat du travail

werk dat Peter Piot en Paul Janssen twintig jaar geleden hebben aangevangen. Ik heb het genoegen gehad daaraan te kunnen meewerken. Bedankt Peter, en gefeliciteerd met wat je voor ons hebt gedaan.

Mevrouw Nahima Lanjri, covoorzitter. – Ik nodig onze eregast, Peter Piot, voormalig uitvoerend directeur van UNAIDS en voormalig adjunct-secretaris-generaal van de VN, uit op het spreekgestoelte. Ongetwijfeld is iedereen trots op onze landgenoot. Zijn naam is in binnen- en buitenland immers synoniem geworden met de strijd tegen aids. Zijn werkwijze en grenzeloze inzet dwingen bij iedereen respect af.

Uiteenzetting door de heer Peter Piot

De heer Peter Piot, voormalig uitvoerend directeur van UNAIDS, voormalig adjunct-secretaris-generaal van de VN. – Ik dank de voorzitter van de Senaat en beide commissievoorzitters voor het organiseren van dit colloquium. Ik dank ook Hare Koninklijke Hoogheid voor haar aanwezigheid en voor haar inzet als speciaal gezant van UNICEF en UNAIDS. Ik ben bijzonder vereerd hier te zijn uitgenodigd samen met mijn vrienden en collega's, Marie Laga en Paul Stoffels.

Bedankt voor alle eerbetuigingen. Die doen uiteraard plezier, maar wat we hebben bereikt is het resultaat van collectieve inspanningen.

De ervaring van meer dan vijftientig jaar aidsbestrijding toont het belang van leadership en van de rol van politici, op alle niveaus. Politieke beslissingen kunnen echt een zaak van leven of dood betekenen.

Momenteel bevind ik me in een soort overgangperiode. Enkele weken geleden ben ik begonnen in het Imperial College London, een van de topuniversiteiten in de wereld, waar ik het nieuwe Institute for Global Health opzet. Dat instituut zal niet uitsluitend werken rond aids maar zal proberen om de lessen die we uit vijftientig jaar aidsbestrijding hebben getrokken, toe te passen op andere gezondheidsproblemen, zowel in de ontwikkelingslanden als bij ons. Ook hier zijn er immers nog veel minderbedeelden die geen toegang hebben tot gezondheidsdiensten.

Eind december ben ik als hoofd van UNAIDS gestopt. Voor een keer ben ik niet onmiddellijk in een volgende baan gedoken. Dat was een goede beslissing. Ik heb vier maanden genomen om na te denken. Ik heb in die periode een tijd doorgebracht bij de Bill & Melinda Gates Foundation in Seattle, om te

entamé par Peter Piot et Paul Janssen voici 20 ans. J'ai eu le plaisir de pouvoir y collaborer. Merci Peter, et félicitations pour ce que vous avez fait pour nous.

Mme Nahima Lanjri, coprésidente (*en néerlandais*). – J'invite à la tribune M. Peter Piot, ancien directeur exécutif de l'ONUSIDA et ancien secrétaire général adjoint de l'ONU. Tout le monde est certainement fier de ce compatriote. Chez nous et à l'étranger, son nom est en effet devenu synonyme de la lutte contre le sida. Son dévouement sans limite et sa façon de travailler imposent le respect de chacun.

Exposé de M. Peter Piot

M. Peter Piot, ancien directeur exécutif de l'ONUSIDA, ancien secrétaire général adjoint de l'ONU (*en néerlandais*). – Je remercie le président du Sénat et les deux présidents des commissions pour l'organisation de ce colloque. Je remercie aussi S.A.R. de sa présence et de son dévouement en tant que représentante spéciale de l'UNICEF et de l'ONUSIDA. Je suis particulièrement honoré d'être invité ici avec mes amis et collègues Marie Laga et Paul Stoffels.

Je vous remercie de ces honneurs. Cela fait plaisir, mais ce que nous avons atteint est le résultat d'efforts collectifs.

Un élément essentiel ressort de mon expérience de plus de vingt-cinq ans de lutte contre le sida : l'importance du leadership et du rôle des hommes politiques, à tous les niveaux. Cela peut devenir une question de vie ou de mort.

Je vis en ce moment une période de transition. Depuis quelques semaines, je travaille à l'*Imperial College London*, l'une des meilleures universités du monde, à la création d'un nouvel institut de santé globale. Cet institut ne se consacrera pas exclusivement au sida mais tentera d'appliquer les leçons tirées de notre expérience de vingt-cinq ans dans la lutte contre le sida à d'autres problèmes de santé, non seulement dans les pays en développement, mais aussi chez nous. En effet, notre pays compte aussi des personnes économiquement très faibles qui n'ont pas encore accès aux services de santé.

Fin décembre, j'ai cessé mes activités en tant que responsable de l'ONUSIDA. Pour une fois, je ne me suis pas jeté tout de suite sur un autre emploi. Je me suis accordé quatre mois de réflexion. J'ai passé quelque temps à Seattle, au sein de la Fondation *Bill & Melinda Gates*, pour dispenser des conseils

adviseren over de manier waarop vanuit de grootste filantropische organisatie ter wereld de ziektebestrijding in ontwikkelingslanden kan worden versterkt.

Als hoofd van UNAIDS bevond ik me gedurende veertien jaar in een bevoorrechte positie, al was het niet altijd gemakkelijk. Toen ik in die functie werd benoemd, had ik helemaal geen ervaring in het leiden van een VN-organisatie. Ik had een wetenschappelijke achtergrond en terreinervaring – ik heb veel gewerkt in Afrika – maar ik was niet zo goed voorbereid op de baan, die uiteindelijk voor 99% politiek is. Daar hebben senatoren wel ervaring mee. Het feit dat ik uit België kwam, had enkele voordelen. België staat bekend om de talenkennis die hier aanwezig is, het goede onderwijs, een klimaat van entrepreneurschap, de diversiteit in onze maatschappij en een traditie van positieve compromissen. Compromissen zijn niet altijd negatief. Wereldleiders ervan overtuigen dat ze iets aan aids moeten doen, leidt niet meteen tot resultaat. Dat is het werk van jaren, waarbij telkens moet worden nagedacht over de context van het land en over de punten waarmee pressie kan worden uitgeoefend om een agenda van sociale verandering op gang te brengen.

Het is niet toevallig dat vanuit kleinere landen vaak meer kan worden bereikt op het vlak van diplomatie en multilaterale betrekkingen dan vanuit grotere, waar vaak een *winner-take-all*-mentaliteit heerst.

Aidsbestrijding komt in vele landen in een nieuwe fase, ook in België, zoals we hoorden van Marie Laga en Vladimir Martens. Die nieuwe fase is het gevolg van de resultaten die we uiteindelijk hebben behaald. We zijn als het ware het slachtoffer van ons succes inzake behandeling en van het beginnende succes inzake preventie.

Anderzijds geven we er ons rekenschap van dat aids nog een hele lange tijd onder ons zal blijven. Daarom is een langetermijnvisie dringend noodzakelijk, zodat hiv-patiënten die nu behandeld worden, over tien à dertig jaar nog steeds in leven zijn. Dat vergt R&D-inspanningen van de farmaceutische industrie, zoals Paul Stoffels heeft beklemtoond, maar ook van de maatschappij als geheel, vooral dan op het vlak van preventie.

Hoe is de vooruitgang mogelijk geweest? Welke lering kunnen we trekken?

De belangrijkste les is dat, als we vastberaden in een brede coalitie samenwerken, weten wat we willen en de beste beschikbare technologie gebruiken, we bergen kunnen verzetten. Tot vier à vijf jaar geleden werd het soort vooruitgang dat is geboekt, volkomen onmogelijk geacht. De sceptici, vooral in de medische gemeenschap en ook onder

sur la manière dont la plus grande organisation philanthropique du monde peut renforcer la lutte contre la maladie dans les pays en développement.

En tant que responsable de l'ONUSIDA, j'ai occupé pendant quinze ans une position privilégiée, même si ma tâche n'a pas toujours été facile. Lorsque j'ai été accédé à cette fonction, je n'avais aucune expérience de la gestion d'une organisation des Nations unies. J'étais issu d'un milieu scientifique et je connaissais le terrain – j'ai beaucoup travaillé en Afrique – mais je n'étais pas bien préparé pour cet emploi, finalement fort politique. La bonne réputation de la Belgique en matière de connaissance des langues, d'enseignement et d'esprit d'entreprise m'a donné quelques avantages, sans oublier la diversité de notre société et notre tradition du compromis positif. Convaincre les leaders mondiaux de se mobiliser contre le sida est une entreprise de longue haleine. Cela prend des années. Il faut chaque fois tenir compte du contexte propre au pays et des éléments à utiliser pour la mise en œuvre d'un programme de changement social.

En matière de relations diplomatiques et multilatérales, on peut souvent obtenir davantage des petits pays que des grands, lesquels considèrent souvent que le gagnant emporte tout.

Comme nous l'ont dit Marie Laga et Vladimir Martens, la lutte contre le sida entre dans une nouvelle phase dans de nombreux pays, y compris en Belgique. Cette nouvelle étape découle des résultats obtenus. Nous sommes pour ainsi dire victimes de notre succès en matière de traitement et de nos résultats prometteurs en matière de prévention.

Par ailleurs, nous sommes conscients du fait que le sida sévira encore longtemps, raison pour laquelle une vision à long terme s'impose, de façon à ce que les patients VIH actuellement traités puissent survivre entre dix et trente ans. Comme l'a souligné Paul Stoffels, cet objectif requiert des efforts de la part de l'industrie pharmaceutique – en matière de recherche et développement – mais aussi de la société, surtout dans le domaine de la prévention.

Comment ces progrès ont-ils été possibles ? Quelles leçons pouvons-nous en tirer ?

La leçon essentielle, c'est que si nous travaillons au sein d'une large coalition, que nous savons ce que nous voulons et que nous utilisons la technologie la plus accessible, nous pouvons déplacer des montagnes. Voici quatre ou cinq ans, le type de progrès réalisé était considéré comme impossible. Les sceptiques, surtout dans la communauté médicale et parmi les

verantwoordelijken voor volksgezondheid en voor geneeskunde in ontwikkelingslanden, achtten het absoluut onmogelijk dat vier miljoen mensen met antiretrovirale middelen in leven zouden blijven. Ze hadden daarvoor goede redenen: in heel wat landen functioneren de gezondheidssystemen niet of nauwelijks, is er een tekort aan artsen en geld en zijn de geneesmiddelen te duur.

Indien we waren blijven discussiëren over hoe we al die grote problemen tegelijk moesten aanpakken, dan weet ik wel wat er zou gebeurd zijn met de vier miljoen mensen die nu worden behandeld: ze zouden zijn overleden. De les is dus: wacht nooit tot het systeem helemaal is opgeknapt, maar begin eraan en tracht tegelijkertijd systemen op te bouwen of op te knappen. Misschien is dat wel een belangrijke les in het leven in het algemeen.

De vooruitgang was mogelijk dankzij een gunstig gesternte: een unieke synergie tussen wetenschap en ontwikkeling leidde tot de ontdekking dat aids een behandelbare ziekte was. Die doorbraak heeft onze visie op aids compleet veranderd.

Een belangrijk politieke impuls was het resultaat van de sterke druk die met hiv besmette activisten in het Westen, in Zuid-Afrika en elders uitoefenden op de overheden.

Bovendien kwam er een herdefinitie: van een medisch curiosum waarmee enkele aidsdokters, -specialisten en -patiënten – die dan nog veel tijd spendeerden aan onderlinge strijd – zich bezighielden, werd aids tot een probleem dat meer is dan een infectieziekte, omdat het een vérgaande impact heeft op de sociale en economische ontwikkeling. Prof. Laga heeft daarvan enkele voorbeelden gegeven.

Aids wordt nu zelfs beschouwd als een veiligheidsprobleem. Toen de voormalige Amerikaanse vicepresident Al Gore in januari 2000 de VN-veiligheidsraad voorzat en een speciale zitting over aids organiseerde, was dat niet alleen een doorbraak voor de positionering van aids, maar ook voor de uitbreiding van het begrip veiligheid tot *human security*. Veiligheid betekent immers niet alleen de afwezigheid van geweld, oorlog en conflict, maar vereist tevens een positieve omgeving waarin mensen zich kunnen ontwikkelen en zich veilig kunnen voelen.

Belangrijk was ook de verspreiding van de sterke overtuiging dat toegang tot gezondheid een recht is en dat het absoluut onaanvaardbaar is dat een ziekte die in Europa behandelbaar is, in arme landen een doodsvonniss inhoudt.

Er werd ook een geweldige coalitie opgebouwd. Kijk naar Zuid-Afrika. Aids bracht de South African Council of Churches, de Chamber of Mines, de communistische partij,

responsables de la santé publique et de la médecine dans les pays en développement, jugeaient inconcevable que quatre millions de personnes survivent avec des antirétroviraux. Leur réaction était justifiée : dans de très nombreux pays, les systèmes de santé fonctionnent à peine ou pas du tout, les médecins et les moyens font défaut et les médicaments sont trop chers.

Si nous avions continué à discuter de la manière d'aborder simultanément tous ces problèmes, je sais ce qu'il serait advenu des quatre millions de personnes actuellement traitées : elles seraient mortes. Conclusion : ne jamais attendre que tout soit réglé mais se mettre au travail et tenter d'élaborer ou de corriger les systèmes. C'est peut-être une grande leçon de vie en général.

Un vent favorable nous a permis de progresser : une synergie unique entre science et développement nous a permis de découvrir que le sida était une maladie traitable. Cette avancée a totalement modifié notre vision du sida.

On a assisté à un important virage politique, dû à la forte pression exercée sur les autorités par des activistes contaminés par le VIH, dans les pays occidentaux, en Afrique du Sud et ailleurs.

En outre, le sida fut redéfini : d'une curiosité médicale dont s'occupaient quelques médecins, spécialistes et malades du sida, il est devenu un problème plus vaste qu'une simple maladie infectieuse, car il a un impact inimaginable sur le développement social et économique. Le Pr Laga en a donné quelques exemples.

Le sida est même considéré aujourd'hui comme un problème de sécurité. Lorsque, en janvier 2000, l'ancien vice-président Al Gore présida le Conseil de sécurité de l'ONU et organisa une séance spéciale sur le sida, ce fut un tournant non seulement pour le positionnement du sida, mais aussi pour l'extension de la notion de sécurité à celle de *human security*. Car la sécurité ne signifie pas seulement l'absence de violence, de guerre et de conflit : elle requiert aussi un environnement positif dans lequel les personnes peuvent s'épanouir et se sentir en sécurité.

Un autre élément important a été la propagation de la conviction suivante : l'accès à la santé est un droit et il est inacceptable qu'une maladie pouvant être traitée en Europe signifie un arrêt de mort dans les pays pauvres.

Une formidable coalition a vu le jour. Voyez l'Afrique du Sud. Le sida y a fédéré le *South African Council of Churches*, la *Chamber of Mines*, le parti communiste, le Congrès des

COSATU, aidsactivisten en wetenschappers bij elkaar. Ze waren het in niets met elkaar eens, maar het feit dat in hun land, waar meer dan vijf van de 45 miljoen inwoners besmet zijn, iets moest gebeuren, bracht hen samen. Voor ons land zou dat betekenen dat meer dan een miljoen mensen besmet zouden zijn en medische verzorging zouden behoeven. Ons ziekte- en invaliditeitsstelsel staat al onder druk, maar in een dergelijke situatie zou het een fatale klap krijgen. Toch verwachten wij van de armere landen dat ze dit probleem zelf oplossen. Dat is niet realistisch.

We hebben ook gezien dat internationale actie een rol kan spelen bij een wereldwijd probleem als aids en dat de verschillende VN-organisaties met een sterk plan en een sterke doelstelling werkelijk een impact kunnen hebben. Daardoor zijn nieuwe financieringsmechanismen ontstaan, bijvoorbeeld het Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, die ervoor gezorgd hebben dat niet alleen de acties ter bestrijding van aids, maar ook van tuberculose en malaria – twee ziekten die al eeuwen bestaan – financiële hulp krijgen.

We hebben voorts gezien dat de geboekte vooruitgang het gevolg was van goede politieke acties: steun aan verschillende groepen, budgetten die werden goedgekeurd en moedige beslissingen zoals het organiseren van sputumruilprogramma's voor mensen met een hiv-infectie.

We zagen echter ook andere extremen. Het feit dat president Mbeki jarenlang geweigerd heeft te erkennen dat aids een virale aandoening is en zijn verklaring dat de geneesmiddelen aan de basis liggen van het overlijden aan aids, hebben een zware hypotheek gelegd op de aidsbestrijding in Zuid-Afrika. Een recente studie van Harvard University doet vermoeden dat meer dan driehonderdduizend mensen zijn gestorven door het gebrek aan toegang tot geneesmiddelen. De nieuwe regering in Zuid-Afrika heeft die geneesmiddelen inmiddels gelukkig wel toegankelijk gemaakt.

Er is veel geld gekomen en in de ontwikkelingslanden zijn enorme inspanningen geleverd op het gebied van bestrijdingsprogramma's. Het is belangrijk dat de wetenschap, de politiek en die programma's op elkaar afgestemd blijven.

(Verder in het Frans) We staan aan het begin van een nieuwe fase in de aidsbestrijding en er wachten ons nieuwe uitdagingen. In de eerste plaats is er nood aan een visie op langere termijn die de investeringen in de behandeling en preventie met elkaar verenigt en rekening houdt met de kwetsbaarheidsfactoren die de heer Martens heeft uiteengezet. Dat is een belangrijke uitdaging. We moeten ook zekerheid hebben over de langetermijnfinanciering van de behandeling

syndicats sud-africains, les activistes du sida et les scientifiques. Ils ne sont pas d'accord entre eux, mais la nécessité de faire quelque chose dans leur pays, où plus de cinq millions de citoyens sur quarante-cinq sont infectés, les a rassemblés. Toutes proportions gardées, cela représenterait plus d'un million de personnes dans notre pays. Notre système de santé et d'invalidité est déjà sous pression mais en pareille situation, il recevrait un coup fatal. Pourtant, nous attendons des pays pauvres qu'ils résolvent eux-mêmes cette question. Ce n'est pas réaliste.

Nous avons aussi constaté que l'action internationale pouvait être efficace face à un problème mondial comme le sida et que les diverses organisations de l'ONU, grâce à des plans et à des objectifs forts, pouvaient avoir un réel impact. C'est ainsi que de nouveaux mécanismes de financement sont apparus – par exemple le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – qui ont fait que les actions menées, non seulement contre le sida mais aussi contre la tuberculose et la malaria, puissent bénéficier d'aides financières.

Nous avons en outre constaté que les progrès réalisés résultaient d'actions politiques efficaces : soutien à divers groupes, budgets approuvés et décisions courageuses, comme l'organisation de programmes d'échange de seringues pour les personnes infectées par le VIH.

Toutefois, d'autres extrêmes ne nous ont pas été épargnés. Le fait que le président Mbeki ait, des années durant, refusé d'admettre que le sida était une affection virale et ses déclarations selon lesquelles les médicaments étaient à la base des décès dus au sida ont gravement hypothéqué la lutte contre le sida en Afrique du Sud. Une étude récente de l'Université de Harvard laisse présumer que plus de trois cent mille personnes sont mortes faute d'accès aux médicaments. Le nouveau gouvernement sud-africain a entre-temps rendu ces médicaments accessibles.

Des fonds importants ont été débloqués et d'énormes efforts consentis dans le domaine des programmes de lutte. Il importe que les scientifiques, les acteurs politiques et ces programmes restent coordonnés.

(Poursuivant en français) Nous entrons dans une nouvelle phase de la lutte contre le sida et nous sommes confrontés à de nouveaux défis. Nous avons d'abord besoin d'une vision à plus long terme qui combine les investissements dans le traitement et la prévention et qui tiennent compte des facteurs de vulnérabilité décrits par M. Martens. C'est un défi important. Nous devons aussi avoir des assurances sur le financement à long terme du traitement des millions de

van de miljoenen aidspatiënten.

Ik hoor soms dat er, vergeleken bij andere ontwikkelingsproblemen, te veel geld wordt uitgetrokken voor de aidsbestrijding. Het is waar dat bijna alle ontwikkelingsproblemen ondergefinancierd worden. Er werd overeengekomen 0,7% van het bbp te besteden aan ontwikkelingshulp, maar dat doel is nog lang niet bereikt.

Een inkrimping van het budget voor aidsbestrijding zou miljoenen doden tot gevolg hebben. Bovenop het menselijke lijden heeft de ziekte ook een weerslag op de ontwikkeling. Ze treft immers jonge volwassenen in hun meest productieve jaren. Een duurzame financiering is dus van groot belang.

Zowel in België als in de andere landen van de wereld is het essentieel dat de preventie wordt opgedreven. Het werk is jammer genoeg nooit voltooid. Elke dag worden jongeren seksueel actief en verschijnen er in België en elders nieuwe infecties.

We moeten er alles aan doen om de investeringen in onderzoek en ontwikkeling op te voeren en om de ontwikkeling van activiteiten zoals die van Johnson & Johnson en Tiko Kerr, die de heer Paul Stoffels heeft vermeld, mogelijk te maken.

(Verder in het Nederlands.) Tot slot wil ik nog enkele woorden zeggen als vertegenwoordiger van ons land in het kader van de VN. Als we even alle institutionele bedenkingen opzijzetten – een virus wordt immers niet tegengehouden door institutionele grenzen – is een betere coördinatie op lokaal, nationaal en internationaal niveau van het grootste belang voor de aidsbestrijding. Het zou goed zijn om in de Senaat jaarlijks een debat te organiseren om rekenschap te geven van wat er gebeurt met het geld van de gemeenschap en om de ontwikkelingen in de strijd tegen aids te bespreken. Blijven investeren in onderwijs, in onderzoek en ontwikkeling en in onze grijze materie is belangrijk als ons land een rol wil blijven spelen. Door diversiteit en openheid veeleer dan door navelstaarderij kunnen we resultaten boeken. Laten we dus verder werken aan een maatschappij die openstaat voor de wereld, zodat we onze voortrekkersrol inzake aidsbestrijding kunnen blijven waarmaken.

personnes atteintes du sida.

J'entends parfois dire que trop d'argent est affecté à la lutte contre le sida par rapport à d'autres problèmes de développement. Il est vrai que pratiquement tous les problèmes de développement sont sous-financés. Il y a un accord pour atteindre 0,7% du produit intérieur brut pour l'aide au développement ; nous en sommes encore assez éloignés.

Une réduction du budget affecté à la lutte contre le sida mènerait à des millions de morts. En outre, au-delà de la souffrance humaine, cette maladie touche au développement parce qu'elle frappe les jeunes adultes qui sont dans leurs années les plus productives. La pérennité du financement sera donc très importante.

Tant en Belgique que dans les autres pays du monde, il est primordial d'intensifier la prévention. Malheureusement, le travail n'est jamais terminé. Chaque jour, des jeunes deviennent sexuellement actifs, et des nouvelles infections apparaissent en Belgique et ailleurs.

Nous devons tout faire pour intensifier les investissements dans la recherche et le développement et pour permettre le développement d'activités comme celles menées par Johnson & Johnson et Tiko Kerr que M. Paul Stoffels a évoquées.

(Poursuivant en néerlandais) Pour conclure, je voudrais encore dire quelques mots en tant que représentant de notre pays dans le cadre des Nations unies. Si nous mettons également de côté toutes les considérations institutionnelles – puisqu'un virus ne s'arrête pas aux frontières –, une meilleure coordination est de la plus haute importance aux niveaux local, national et international dans le domaine de la lutte contre le sida. Ce serait une bonne chose d'organiser chaque année un débat au Sénat pour exposer ce qui est fait avec l'argent de la communauté et pour discuter des développements de la lutte contre le sida. Il importe de continuer à investir dans l'enseignement, la recherche et le développement ainsi que dans notre matière grise si notre pays veut continuer à jouer un rôle. Bien plus que le nombrilisme, la diversité et l'ouverture nous permettront d'enregistrer des résultats. Continuons donc à travailler à une société ouverte au monde pour continuer à prouver notre rôle de pionnier dans la lutte contre le sida.

Slotwoord door de heer Charles Michel

De heer Charles Michel, minister van Ontwikkelingssamenwerking (*in het Frans*). – Sta me toe mijn waardering uit te drukken voor het initiatief van de Senaatscommissie om het ernstige probleem van de strijd tegen aids onder de aandacht te brengen.

Mevrouw, uw aanwezigheid getuigt van uw grote gevoeligheid voor ontwikkelingsaangelegenheden, vooral voor de strijd waarin ons koninkrijk sedert jaren een grote betrokkenheid aan de dag heeft gelegd en zich internationaal solidair heeft opgesteld.

De statistieken zijn zowel wreed als bedroevend. In een periode van 25 jaar is deze epidemie uitgegroeid tot de meest verwoestende in de geschiedenis van de mensheid. In 2007 leefden 33 miljoen mensen in de wereld met aids, van wie 67% in Afrika. Elk jaar sterven twee miljoen mannen, vrouwen en kinderen aan aids. De ziekte slaat soms al toe bij de geboorte. Dagelijks worden bijna 7 500 nieuwe hiv-infecties in de wereld gedetecteerd, of vijf per minuut.

Die kille cijfers zijn schrikbarend, maar ze geven nog niet weer wat de ziekte in de dagelijkse realiteit betekent. Ze spreken niet over de menselijke gevolgen van de ziekte voor al wie er direct bij betrokken is, voor de naasten, de familieleden. Ze zeggen niets over het drama dat kinderen verplicht om te gaan werken en na de dood van de ouders de leiding te nemen van het gezin. Ze gaan stilzwijgend voorbij aan het feit dat er in tal van gebieden niet genoeg leraren meer zijn om de scholen te laten functioneren, en evenmin genoeg gezondheidswerkers om de zieken te verzorgen. Dat is de ware omvang van de epidemie en de reden waarom we vastberadenheid aan de dag moeten leggen om die ziekte te bestrijden in België, in Afrika en in alle delen van de wereld waar ze voorkomt.

De universele toegang tot preventie, behandeling en verzorging bevorderen, is een onontbeerlijke voorwaarde om dichterbij de millenniumdoelstelling voor ontwikkeling te komen, waarin staat dat de regeringsleiders zich zullen inzetten om de verdere verspreiding van aids tegen te gaan en om de epidemie vanaf 2015 te doen afnemen. Dat is ook een voorafgaande voorwaarde voor alle andere doelstellingen. De strijd tegen de extreme armoede kan immers onmogelijk gewonnen worden zonder de versterking van de toegang tot gezondheid voor allen, ook in het kader van het stoppen van

Conclusions de M. Charles Michel

M. Charles Michel, ministre de la Coopération au Développement. – Permettez-moi de saluer l'initiative des commissions du Sénat tendant à mettre en évidence la grave question du sida.

Madame, votre présence témoigne de votre grande sensibilité aux questions de développement, en particulier au combat pour lequel notre Royaume marque depuis de très nombreuses années sa volonté d'être impliqué et solidaire à l'échelon international.

Les statistiques sont à la fois cruelles et affligeantes. En l'espace de 25 ans, cette épidémie est devenue la plus dévastatrice de l'histoire de l'humanité. En 2007, 33 millions de personnes dans le monde, dont 67% en Afrique, vivaient avec le sida. Chaque année, le sida tue deux millions de personnes, hommes, femmes, enfants. Il frappe parfois dès la naissance. Chaque jour, près de 7 500 nouvelles infections au VIH, soit cinq toutes les minutes, sont détectées dans le monde.

Ces chiffres froids sont effrayants mais ils ne reflètent pas la maladie dans sa véritable réalité. Ils ne parlent pas des répercussions humaines de la maladie sur ceux qui sont directement touchés, sur leurs proches, sur les familles. Ils ne disent mot de la crise qui contraint les enfants à travailler, à prendre la tête de leur famille après le décès de leurs parents. Ils passent sous silence les régions où il n'y a plus assez d'enseignants pour assurer le fonctionnement des écoles, où il n'y a plus assez d'agents de santé pour soigner les malades. C'est dire l'ampleur de l'épidémie, c'est dire aussi la détermination qui doit être la nôtre pour combattre cette maladie en Belgique, en Afrique et dans toutes les régions du monde qui sont concernées.

Favoriser l'accès universel à la prévention, au traitement et à l'appui aux soins est une condition indispensable pour se rapprocher de l'Objectif du millénaire pour le développement qui consiste à enrayer la propagation de l'infection au VIH et à commencer à la faire reculer d'ici 2015. C'est aussi une condition préalable à l'ensemble des autres objectifs. En effet, il est impossible de gagner la lutte contre l'extrême pauvreté sans renforcer l'accès à un système de santé pour tous, y compris dans le cadre de l'arrêt de la propagation du VIH.

de verdere verspreiding van aids.

De algemene evolutie van aids blijft bijzonder zorgwekkend, maar er moet ook gewezen worden op hoopgevendende signalen. De prevalentie van aids begint te dalen. In de ontwikkelingslanden hebben steeds meer mensen met een hiv-infectie toegang tot antiretrovirale middelen. Die kleine overwinningen in de oorlog tegen aids mogen ons hoofd echter niet op hol brengen. Ze zijn het resultaat van volgehouden inspanning, gekoppeld aan een sterke politieke wil om een einde te maken aan deze pandemie, die al te veel ravages heeft aangericht.

De actie-elementen – preventie, behandeling en onderzoek – zijn essentieel. Vanzelfsprekend zijn ze met elkaar verweven.

De onwetendheid over risicogedrag en eenvoudige voorzorgsmiddelen is één van de ergste vijanden in de strijd. Intussen is bewezen dat preventie de prevalentie van de infectie kan doen dalen.

De geboekte successen gaan hand in hand met de naleving van de mensenrechten, maar ook met de verschillende preventiemethoden. Ik denk hier aan het gebruik van het condoom. Ik denk ook aan de seksuele opvoeding en aan de stimulering van risicovrij gedrag. Die technieken en instrumenten hebben hun nut bewezen. Ik ben ervan overtuigd dat ze nog meer moeten worden verspreid.

De toegang tot behandeling en zorg is een aanvulling op de preventie. De preventiestrategieën zouden de curve van de pandemie niet kunnen omkeren zonder gelijktijdige inspanningen voor de mensen die met hiv/aids leven. Hoe kan men de wereld ervan overtuigen dat opsporing van de ziekte absoluut noodzakelijk is als er geen toegang is tot aangepaste zorg nadat de diagnose is gesteld?

Het zou, tot slot, een illusie zijn te geloven dat de huidige werktuigen, of ze nu preventief dan wel therapeutisch zijn, volstaan om een epidemie te bestrijden die aangetoond heeft dat ze elke bescherming die men er tegenoverstelt kan neutraliseren. Men heeft hier te maken met een virus dat hele families treft en hele samenlevingen ontwricht. Het onderzoek moet uiteraard worden voortgezet. De private en overheidsinitiatieven moeten ten volle gestimuleerd worden met slechts één enkel doel voor ogen: de huidige en toekomstige generaties opnieuw hoop geven op een wereld zonder aids.

(Verder in het Nederlands.) Deze drie hoofdlijnen: de preventie, de behandeling en het onderzoek naar hiv of elke andere ziekte, moeten zijn ingebed in een sterk en performant

L'évolution globale du sida reste très préoccupante mais il importe aussi de mettre en évidence les raisons d'espérer. Les niveaux de prévalence du sida commencent à baisser. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans les pays en développement qui ont accès un traitement antirétroviral a augmenté. Ces petites victoires dans la guerre contre le sida ne doivent pas nous faire perdre notre lucidité. Elles résultent d'efforts continus et soutenus, couplés à une forte volonté politique de mettre un terme à cette pandémie qui a déjà fait beaucoup trop de ravages.

Les éléments de l'action – la prévention, le traitement et les soins, mais aussi la recherche – sont essentiels. Ils sont bien entendu interdépendants.

L'ignorance des comportements à risques et l'ignorance des moyens de précaution simples constituent évidemment l'un des pires ennemis dans la lutte contre le sida. Nous avons aujourd'hui la preuve que la prévention permet de réduire la prévalence de l'infection.

Les succès enregistrés sont liés au respect des droits des personnes, mais aussi aux différents outils proposés. Je pense ici à l'usage du préservatif. Je pense aussi à l'éducation à la sexualité, à la promotion d'un comportement sans risques, entre autres. Ces outils et ces instruments ont fait leurs preuves. Ma conviction, c'est que leur diffusion doit être encouragée.

L'accès au traitement et aux soins, ensuite, est complémentaire à la prévention. Les stratégies de prévention ne sauraient inverser la courbe de la pandémie sans des efforts simultanés envers les personnes vivant avec le VIH/sida. Par ailleurs, sans accès à des soins de santé adaptés en cas de diagnostic positif d'infection au VIH, comment convaincre de la nécessité d'organiser les dépistages ?

Enfin, il serait illusoire de croire que les outils actuels, qu'ils soient préventifs ou thérapeutiques, suffiront à combattre une épidémie ayant montré toute sa capacité à déjouer les protections qu'on lui oppose face à l'évolution du virus qui affecte des familles, qui déstructure des sociétés. La recherche doit bien entendu être soutenue. Les initiatives aussi bien privées que publiques doivent être pleinement mobilisées dans un même but : redonner l'espoir aux générations actuelles, mais aussi aux générations futures, qu'un monde sans sida est possible.

(Poursuivant en néerlandais) Ces trois grandes lignes, la prévention, le traitement et la recherche concernant le virus VIH ou toute autre maladie doivent s'inscrire dans un système

gezondheidssysteem. Onze inspanningen moeten zich daarom ook richten op een kwantitatieve en kwalitatieve versterking van personeelsmiddelen, integratie van gezondheidsprogramma's in een globaal systeem en verbetering van de algemene toegang tot de gezondheidszorg. Wat dat laatste betreft, blijft de financiering van het gezondheidssysteem een groot probleem. We moeten ons blijven inzetten om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verzekeren en de dekking ervan te vergroten. We moeten nieuwe financieringsmechanismen ontwikkelen, die rekening houden met de bestaande socialezekerheidssystemen en de beschikbare middelen, zowel nationaal als internationaal. Het opzetten van dergelijke stelsels van sociale zekerheid is uiteraard complex, maar ze zijn de basisvoorwaarde voor een universeel recht op gezondheid.

We staan vandaag voor nieuwe uitdagingen die mede het gevolg blijken te zijn van ons succes. Zo heeft de toegenomen aandacht voor hiv een vermenigvuldiging van de activiteiten en de actoren in het domein van de strijd tegen de ziekte teweeggebracht. Die tendens, die noodzakelijk en positief bleek, dwingt ons nu tot grotere inspanningen op het vlak van coördinatie en harmonisatie. Partnerlanden, donorlanden en internationale organisaties moeten zich inzetten voor een partnerschap gebaseerd op harmonisatie, een echte toe-eigening en afstemming op resultaatgerichte gezondheidsplannen.

(Verder in het Frans) Dames en heren, ik ben ervan overtuigd dat een falende aidsbestrijding in sommige opzichten kan getuigen van een falende Staat. De omvang van de pandemie is het grootst in landen met een zwak bestuur. De ongelijkheid tussen de geslachten, het gebrek aan inkomsten, conflicten, oorlogen en gedwongen migratie vormen een vruchtbare bodem voor de verspreiding van hiv.

Falende regeringen, vooral in de ergst getroffen landen, doen de roep om een beter bestuur en een sterkere politieke inzet luider klinken.

De ervaringen van een aantal landen – Oeganda, Thailand of Senegal – tonen aan dat een voluntaristisch beleid positieve resultaten kan opleveren in de strijd tegen aids.

Dames en heren, ik wil u tot besluit nog enkele beschouwingen meegeven.

Een zwakke wil wordt uitgedrukt in woorden, een sterke wil in daden. Laat ons dus ophouden met mooie redevoeringen,

de santé fort et performant. C'est pourquoi nos efforts doivent aussi viser un renforcement quantitatif et qualitatif des moyens en personnel, l'intégration des programmes de santé dans un système global et l'amélioration de l'accessibilité générale aux soins de santé. Pour ce dernier point, le financement du système de santé reste un gros problème. Nous devons continuer nos efforts pour assurer l'accessibilité financière des soins de santé et augmenter leur couverture. Nous devons développer des nouveaux mécanismes de financement qui tiennent compte des systèmes de sécurité sociale existants et des moyens disponibles tant nationaux qu'internationaux. La mise sur pied de tels systèmes de sécurité sociale est en effet complexe, mais ils sont la condition de base d'un droit universel à la santé.

Nous nous trouvons aujourd'hui face à des nouveaux défis qui résultent aussi de notre succès. Ainsi, l'attention croissante pour le VIH a provoqué une multiplication des activités et des acteurs dans le domaine de la lutte contre la maladie. Cette tendance, qui est apparue nécessaire et positive, nous contraint maintenant à faire de plus gros efforts de coordination et d'harmonisation. Les pays partenaires, les pays donateurs et les organisations internationales doivent s'engager dans un partenariat social basé sur une véritable appropriation et une harmonisation avec des programmes de santé axés sur des résultats.

(Poursuivant en français) Mesdames, messieurs, j'ai la conviction que les faiblesses constatées dans la lutte contre le sida peuvent aussi être, à certains égards, le reflet d'une défaillance de l'État. L'ampleur de la pandémie est particulièrement forte dans les pays où la gouvernance demeure fragile. Les inégalités entre les sexes, le manque de revenus, les conflits, les guerres, la migration forcée constituent un terreau propice à la propagation du VIH.

L'échec des gouvernements, en particulier dans les pays les plus durement touchés, fait naître un appel à une meilleure gouvernance, mais aussi à un engagement politique plus marqué.

L'expérience de quelques pays – l'Ouganda, la Thaïlande ou le Sénégal – démontre qu'une politique volontariste peut engendrer des résultats positifs en matière de lutte contre le sida.

Mesdames, messieurs, je voudrais, pour conclure, partager ces quelques réflexions.

Les volontés faibles se traduisent par des discours, les volontés fortes, par des actes. Alors, trêve de beaux discours,

want vandaag is het een zaak van leven en een zaak van dood.

Ik wil hier, in uw aanwezigheid, de totale inzet van de Belgische regering en van de Ontwikkelingssamenwerking bevestigen in de strijd tegen aids, in de strijd voor het leven.

Slotwoord door mevrouw Laurette Onkelinx

Mevrouw Marie Arena, minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden (*in het Frans*). – Koninklijke hoogheid, mijnheer de voorzitter van de Senaat, mijnheer de minister, dames voorzitters van de commissies, dames en heren, mijnheer Peter Piot, ik verontschuldigd mevrouw Onkelinx omdat ze hier vandaag wegens de actuele politieke situatie niet aanwezig kan zijn, wat ze diep betreurt. Ik bedank haar overigens omdat ze mij de gelegenheid heeft gegeven u deze boodschap over te brengen over het o zo belangrijke onderwerp dat de strijd tegen aids is.

Twee weken geleden ontwaakte het mensdom met het nieuws dat een pandemie zou kunnen uitbreken door het opduiken van een onbekend virus – de zogenaamde varkensgriep – dat eerst Mexico en nadien de Verenigde Staten in rep en roer bracht. Niemand wist waar de echte oorsprong lag, of de ziekte echt zo besmettelijk was en hoe haar genetische code eruitzag. Sindsdien heeft men een beter beeld: het virus heeft zich in verschillende delen van de wereld verspreid en de wetenschappers zoeken samen naar een geneesmiddel.

Meer dan twintig jaar geleden ontwaakten we met een andere dreiging, die meer taboe en daardoor minder begrepen, maar verschrikkelijk was. Die dreiging heette aids. Ik herinner mij de onrust die dat onbegrip veroorzaakte. Ik herinner mij ook de stigmatisering van de eerste patiënten – ze zouden lijden aan *gay cancer* –, de ACT UP-campagnes en de antiretrovirale combinatietherapie.

Inmiddels is dertig jaar verstreken en één zekerheid blijft: aids is nog niet uitgeroeid. De ziekte neemt uitbreiding en is nog altijd dodelijk. Men geneest niet van aids: men kan met de ziekte leven, maar dat is niet hetzelfde.

In 2000 werden in België 951 nieuwe gevallen gediagnosticeerd en 1051 in 2007. Die toename, hoewel niet enorm in absolute cijfers, mag ons niet onberoerd laten. Dokter Piot heeft er net naar verwezen.

In 2007 werden bijna 600 000 opsporingstests voor hiv uitgevoerd en door het RIZIV terugbetaald. Dat cijfer houdt geen rekening met de tests bij bloeddonatie. Dat is één van de hoogste opsporingscijfers van Europa. Om nog efficiënter te

c'est aujourd'hui une question de vie, une question de mort.

Je veux ici, avec vous, réaffirmer la pleine mobilisation du gouvernement belge, de la Coopération au développement, dans le combat contre le sida, dans le combat pour la vie.

Conclusions de Mme Laurette Onkelinx

Mme Marie Arena, ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes. – Votre Altesse Royale, Monsieur le Président du Sénat, Monsieur le Ministre, Mesdames les Présidentes des commissions, Mesdames et Messieurs, Monsieur Peter Piot, je voudrais excuser Mme la vice-première ministre qui, pour des raisons d'actualité politique, n'a pu être présente aujourd'hui, ce qu'elle regrette vivement. Je voudrais également la remercier de m'avoir donné l'occasion de vous transmettre ce message sur le sujet ô combien important qu'est la problématique du sida.

Il y a deux semaines, l'humanité s'éveillait avec un risque de pandémie créé par l'apparition d'un virus inconnu, la grippe dite porcine, qui ébranlait le Mexique puis les États-Unis. Quelle était son origine véritable, sa virulence avérée ou encore son séquençage, nul ne le savait. Depuis lors, l'image s'est précisée ; le virus s'est étendu à plusieurs régions du monde et la communauté scientifique cherche, dans un élan commun, un antidote au virus.

Voici déjà plus de vingt ans, nous nous sommes éveillés avec une autre menace, plus taboue, celle-là, et donc forcément mal comprise mais terrible. Cette menace s'appelait le sida. Je me souviens de l'inquiétude générée par cette incompréhension. Je me rappelle aussi la stigmatisation des premiers patients de ce que certains appelaient le cancer gay, des campagnes d'ACT UP et des trithérapies antirétrovirales.

Trente années déjà ont passé et une certitude demeure : le sida, ce n'est pas fini. La maladie se propage et oui, elle est encore et toujours mortelle. On ne guérit pas du sida ; on vit, bien entendu, avec la maladie, mais c'est bien différent.

En Belgique, 951 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2000 et 1 051 en 2007. La progression, certes faible en chiffres absolus, ne peut que nous interpeller. Le docteur Piot y a fait référence tout à l'heure.

En 2007, près de 600 000 tests de dépistage VIH ont été pratiqués et remboursés par l'INAMI, chiffre qui ne reprend pas les tests réalisés sur les dons de sang. C'est un des taux de dépistage les plus élevés d'Europe. Pour être plus efficaces,

zijn moeten die cijfers nog naar omhoog, vooral op het vlak van preventie.

De preventie is in ons land een communautaire aangelegenheid. Virussen trekken zich echter weinig aan van onze communautaire en institutionele discussies. Toch werken de betrokkenen niet in hun eigen hoekje. De interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft een werkgroep opgericht om die gezamenlijke aanpak te optimaliseren. Eendracht maakt macht.

Wat doet de federale staat in het raam van zijn bevoegdheden? In 2001 hebben wij 51 700 000 euro terugbetaald voor combinatietherapieën en die uitgaven stijgen elk jaar. In het kader van de RIZIV-overeenkomsten besteden wij sedert 1996 jaarlijks miljoenen euro aan revalidatie in de vorm van medisch-sociale begeleiding van de aidspatiënten, alsook van seronegatieve kinderen van seropositieve moeders. In 2007 werd hiervoor 5 miljoen euro uitgetrokken.

Het RIZIV heeft ook overeenkomsten gesloten met zeven referentielaboratoria voor de bevestiging van de diagnose, voor een jaarlijks bedrag van ongeveer acht miljoen euro.

Tot slot worden de jongste jaren ook de hiv-tests met opsporing van antilichamen terugbetaald. Het gaat om een bedrag van ongeveer 4,3 miljoen euro per jaar.

Er zijn nog twee andere elementen die minister Onkelinx na aan het hart liggen.

Het is van essentieel belang dat de PEP – *post-exposure prophylaxis* – integraal wordt terugbetaald aan iedereen, ongeacht de verzekering die de betrokkenen hebben. De PEP is de toediening van een antiretrovirale kuur na de blootstelling van mensen aan de ziekte om het risico op besmetting te verminderen. Er wordt trouwens de laatste hand gelegd aan een koninklijk besluit.

Een tweede element is de uitsluiting van homoseksuelen bij bloeddonaat. In de praktijk heeft de risicoberekening tot gevolg dat homoseksuelen die burgerdaad niet mogen stellen.

Die gemeenschap, die al gestigmatiseerd is sinds het opduiken van wat de *gay cancer* werd genoemd, wordt nog steeds met dat stigma opgehadeld, zelfs als ze menslievende daden wil stellen. Mevrouw Onkelinx is van oordeel dat men hen bloed moet laten geven zodra bloedtests dat mogelijk maken.

De uitdagingen blijven talrijk en overstijgen de strikte bevoegdheid van volksgezondheid. Zoals voor veel andere

nous devons encore et encore agir en amont, plus particulièrement sur la prévention.

On sait que, dans notre pays, la prévention est une compétence communautaire. Or les virus font peu de cas de nos discussions communautaires et institutionnelles. Chacun ne travaille pas, pour autant, dans son coin. La conférence interministérielle Santé publique a mis sur pied un groupe de travail destiné à optimiser cette approche conjointe. L'union, vous le savez, Mesdames et Messieurs, fait cette force.

Mais que fait le fédéral dans le cadre de ses propres compétences ? En 2001, nous avons remboursé 51 700 000 euros pour les antirétroviraux, dépenses qui croissent chaque année. Dans le cadre de conventions INAMI, nous consacrons aussi, depuis 1996, plusieurs millions d'euros par an à la rééducation fonctionnelle, sous forme d'un accompagnement médico-social des patients atteints du sida, mais aussi des enfants séronégatifs de mères séropositives. En 2007, 5 millions d'euros étaient comptabilisés pour cette activité de soutien.

L'INAMI a aussi conclu des conventions avec sept laboratoires de référence pour la confirmation des diagnostics, pour un montant annuel d'environ 8 millions d'euros.

Enfin, ces dernières années, les tests VIH, avec recherche d'anticorps, sont également remboursés par la nomenclature pour environ 4,3 millions d'euros par an.

Deux autres éléments tiennent particulièrement à cœur de Mme la ministre Onkelinx.

Il est primordial que la PEP – *post-exposure prophylaxis* – soit remboursé intégralement à tous, quelle que soit la couverture d'assurance dont disposent les personnes. Le PEP est l'administration d'une cure d'antirétroviraux, après l'exposition de personnes à la maladie, afin de réduire le risque de contamination. Un arrêté royal est d'ailleurs en cours de finalisation.

Un second élément concerne l'exclusion de la population homosexuelle au don de sang. En pratique, le calcul du risque pour l'acceptation de donateurs de sang exclut les homosexuels de cet acte citoyen.

Cette communauté, stigmatisée dès l'apparition de ce que l'on appelait le cancer gay, continue de faire les frais de cette stigmatisation jusque dans ses élans de générosité. Mme Onkelinx estime qu'il faudra mettre fin à cette situation aussitôt que la qualité des tests de sang le permettra.

Les défis restent nombreux et dépassent les compétences strictement de santé publique. Comme pour nombre de

chronische ziekten, vormt seropositiviteit niet alleen een beletsel voor het afsluiten van een levens- of hospitalisatieverzekering, maar ook voor een lening bij de bank. Wat gebeurt er met de seropositieve mensen die hier illegaal verblijven? Die vraag is zeer actueel. Wat is hun lot wanneer ze teruggestuurd worden naar hun land van herkomst, waar het niveau van de zorgverstrekking jammer genoeg nog niet optimaal is?

Aids is niet alleen een zaak van seropositieve mensen, van artsen, van België en UNAIDS, maar van de hele mensheid.

Mevrouw, als speciale vertegenwoordigster van UNAIDS en UNICEF, wijst u onvermoeibaar op die collectieve doelstelling. Wanneer een seropositieve moeder zwanger is, moeten we er alles aan doen om haar kind onbesmet ter wereld te laten komen. Het gaat daarbij om onze medemenselijkheid. Dank u, mevrouw, voor die nobele strijd.

Ik wil niet nalaten hulde te brengen aan het geweldige onderzoekswerk van de farmaceutische industrie en van al onze wetenschappers. Wat een bron van hoop voor de zieken en de verzorgers! Waar zouden we vandaag staan zonder de therapieën die zijn ontwikkeld? Het is een bron van hoop, maar ook van toenemende uitdagingen, met behandelingen die steeds moeilijker te betalen zijn.

Dames en heren, dames en heren senatoren, elk van ons moet zijn verantwoordelijkheid op zich nemen via voorlichting en preventie. Dat is een niet aflatende strijd die wij allen moeten voeren. Mijnheer Piot, moge uw formidabele bezieling ons daar steeds weer aan herinneren.

Mevrouw Marleen Temmerman, covoorzitter. – Dit was een zeer boeiende middag, dankzij de sprekers, en vooral Peter Piot, die ons meenam op zijn tocht naar een betere wereld via de strijd tegen hiv/aids. Opnieuw is gebleken dat Peter niet alleen een groot wetenschapper is, maar ook een geëngageerd persoon, een rolmodel en verdediger van de mensenrechten in het algemeen en de vrouwenrechten in het bijzonder. Hij zal wellicht ooit genomineerd worden voor de onderscheiding van Grootste Belg.

Peter, we zijn trots op je en we zijn blij dat je hier vandaag aanwezig was. We wensen je veel geluk in je nieuwe loopbaan.

Het is vandaag wereldaidsvaccindag. We hebben weliswaar nog geen vaccin, maar toch wordt er vooruitgang geboekt.

maladies chroniques, la séropositivité est un obstacle à l'obtention de l'assurance vie et de l'assurance hospitalisation mais aussi à l'obtention d'un prêt bancaire. Quid des personnes séropositives qui ne sont pas en ordre de séjour ? La question est d'actualité. Que deviennent-elles lorsqu'elles sont renvoyées dans leur pays d'origine où le niveau de soins n'est malheureusement pas encore optimal ?

Le sida n'est pas que l'affaire des séropositifs, des médecins, de la Belgique, de l'ONUSIDA. Non, le sida est l'affaire de l'humanité entière.

Madame, représentante spéciale de l'ONUSIDA et de l'Unicef, vous rappelez infatigablement cette cause collective. Lorsqu'un enfant naît d'une mère séropositive, il importe que l'on ait tout fait, absolument tout tenté pour qu'il vienne au monde non contaminé. Il en va de notre propre humanité. Merci, madame, de porter ce beau combat.

Je ne voudrais assurément pas passer sous silence le formidable travail de recherche réalisé par l'industrie pharmaceutique et tous nos chercheurs. Quelle source d'espoir pour les malades, mais aussi pour les soignants ! Où serions-nous aujourd'hui sans les différentes thérapies qui ont été mises en œuvre ? Source d'espoir, certes, mais aussi de défis croissants, alors que les cures sont de plus en plus difficilement payables.

Mesdames et messieurs, mesdames les sénatrices et messieurs les sénateurs, chacun doit assumer ses responsabilités, par le biais de l'information et de la prévention. C'est un combat de tous, un combat de tous les instants. Monsieur Piot, puisse votre formidable souffle continuer à nous le rappeler.

Mme Marleen Temmerman, coprésidente (*en néerlandais*). – Ce fut un après-midi passionnant grâce aux orateurs, surtout Peter Piot, qui nous a emmenés dans un monde meilleur en nous parlant de la lutte contre le VIH/sida. Il nous est apparu une fois de plus que Peter est non seulement un grand scientifique mais aussi une personne engagée, un modèle et un défenseur des droits de l'homme, en particulier des droits des femmes. Il sera peut-être un jour désigné comme le plus grand Belg.

Peter, nous sommes fiers de toi et nous sommes heureux que tu aies été présent aujourd'hui. Nous te souhaitons beaucoup de bonheur dans ta nouvelle carrière.

C'est aujourd'hui la journée mondiale du vaccin contre le sida. Il est vrai que nous n'avons pas encore de vaccin mais

Ook Paul Stoffels zegt dat de resultaten op het gebied van de behandeling zeer hoopvol zijn.

Een grote impact wordt niet gerealiseerd door één individu. Wetenschappers, politici, ngo's, activisten en onze ambassadeurs moeten samenwerken, zowel op nationaal als op internationaal niveau.

'If you want to go fast, go alone; if you want to go far, go together'. Met dit citaat wil ik eindigen. Vanmiddag zijn we misschien niet snel gegaan, maar we hebben een lange weg afgelegd.

Mevrouw Nahima Lanjri, covoorzitter. – Ik sluit mij aan bij de conclusie van collega Temmerman dat het voor alle aanwezigen een zeer boeiende middag is geweest. De strijd tegen aids is nog lang niet gestreden, ook niet in België.

Ik dank alle aanwezigen. Uit de uiteenzetting van de heer Piot heb ik vooral onthouden dat we bergen kunnen verzetten als we dat echt willen. Daar geloof ik in.

De heer Piot heeft de Senaat uitdrukkelijk gevraagd om jaarlijks iets te organiseren in het raam van de strijd tegen aids en ook elk jaar na te gaan wat we al bereikt hebben, en wat we nog moeten realiseren, wat goed gaat en wat minder goed gaat. We willen ons daartoe verbinden. Wij hebben op u kunnen rekenen, u kunt ook rekenen op ons.

des progrès sont quand même enregistrés. Paul Stoffels dit aussi que les résultats dans le domaine du traitement sont très prometteurs.

Un individu ne peut avoir un grand impact à lui seul. Les scientifiques, les politiques, les ONG, les activistes et nos ambassadeurs doivent collaborer tant au niveau national qu'international.

Je terminerai par la citation suivante « *If you want to go fast, go alone; if you want to go far, go together* ». Nous n'avons peut-être pas été rapides cet après-midi mais nous avons parcouru un long chemin.

Mme Nahima Lanjri, coprésidente (*en néerlandais*). – Je me rallie à la conclusion de ma collègue Temmerman ; cet après-midi a été passionnant pour toutes les personnes présentes. La lutte contre le sida a commencé il n'y pas si longtemps, en Belgique non plus.

Je remercie tous les participants. J'ai surtout retenu de l'exposé de M. Piot que nous pouvons déplacer des montagnes si nous le voulons vraiment. Je le crois.

M. Piot a expressément demandé au Sénat d'organiser quelque chose chaque année dans le cadre de la lutte contre le sida et d'examiner chaque année ce que nous avons atteint et ce que nous devons encore réaliser, ce qui marche bien et ce qui marche moins bien. Nous voulons prendre cet engagement. Nous avons pu compter sur vous, vous pouvez compter sur nous.