

Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles



Rapport d'activité 2017

Dr Vic ARENDT • M. Günter BIWERSI • Mme Carole DEVAUX • Dr Jos EVEN • M. Henri GOEDERTZ • M. Patrick HOFFMANN
M. Ralph KASS • Mme Sandy KUBAJ • M. Tom KUGENER • Mme Laurence MORTIER • M. Joël MOSSONG • Dr. Alain ORIGER
M. Jean-Claude SCHLIM • Mme Astrid SCHORN • Dr Simone STEIL • Mme Delphine STOFFEL • Dr Pierre WEICHERDING

Sommaire

Abréviations	4
Editorial	6
1. Comité SIDA : missions et composition	8
2. Épidémiologie	10
3. Information/éducation	18
4. Le service HIV Berodung de la Croix-Rouge luxembourgeoise	22
5. Rapport d'activités MENJE/SCRIPT/CEPAS	26
6. Activités du Laboratoire National de Santé	29
7. Activités des laboratoires des hôpitaux et des laboratoires privés	31
8. SIDA et toxicomanie	32
9. Dépistage des demandeurs de protection internationale	38
10. Dropln de la Croix-Rouge luxembourgeoise	41
11. Rapport sur le travail réalisé en milieu pénitentiaire	42
12. Les autotest VIH au Luxembourg	51
13. La Syphilis au Luxembourg	53
14. La PrEP au Luxembourg	55
15. La recherche	56
16. Les plans nationaux	63

Abréviations (par ordre alphabétique)

ART	Thérapie antirétrovirale
ASBL	Association sans but lucratif
BPG	Benzathine Penicilline G
CDA	Center for Disease Analysis
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique
CEPAS	Centre psycho-social et d'accompagnement scolaires
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CIEC	Centre d'Investigation d'épidémiologie clinique
CIGALE	Centre d'information Gay et Lesbien
CNDS	Comité National de Défense Sociale
CNS	Caisse Nationale de Santé
CPG	Centre Pénitentiaire de Givenich
CPL	Centre Pénitentiaire de Luxembourg (Schrassig)
DAA	Direct Acting Antivirals
DOT	Directly Observed Therapy
DPI	Demandeur de Protection Internationale
DRID	Drug related infectious diseases
EACS	European AIDS Clinical Society
EASL	European Association for the Study of the Liver
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
EIDE	École Internationale de Differdange
EMCDDA	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
EPMC	École Privée Marie Consolatrice
FIV	Fécondation in vitro
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HSH	hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
JDH	Jugend- an Drogenhëllef
LAM/LAML	Lycée des Arts et Métiers Luxembourg
LIH	Luxembourg Institute of Health
LJBM	Lycée Josy Barthel Mamer
LNBD	Lycée Nic Biver Dudelange
LNS	Laboratoire National de Santé
LNW	Lycée du Nord Wiltz
LTC	Lycée Technique du Centre
LTE	Lycée Technique d'Esch-sur-Alzette
LTÉtt	Lycée Technique d'Ettelbruck
LTL	Lycée Technique de Lallange
LTML	Lycée Technique Michel Lucius
MENJE	Ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et de l'Enfance
MiSa	Ministère de la Santé
MSM	Men having sex with men (=HSH)
NOSL	Nordstadlycée

ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCR	Polymerase Chain Reaction
PeP	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PVVIH	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
SCRIPT	Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques
SDF	sans domicile fixe
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNMI	Service National des Maladies Infectieuses
SVR	sustained viral response
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UDI	Usagers de drogues par voie intraveineuse
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHC	Virus de l'hépatite C
VHPB	Viral Hepatitis Prevention Board
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHA	World Hepatitis Alliance

Editorial

L'année 2017 fut une année de transition pour le comité de surveillance du SIDA, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles, et je me vois ainsi rédiger mon premier Edito en tant que présidente du comité.

C'est un grand honneur pour moi-même de représenter cette unique entité au Luxembourg qui regroupe des experts engagés quotidiennement dans la lutte contre ces maladies et la nondiscrimination depuis de nombreuses années. C'est avec respect que je m'attacherai à continuer les actions et les recommandations engagées par mon prédécesseur, le Dr Vic Arendt, et je m'efforcerai ainsi à dynamiser les actions du Comité et à les rendre plus visibles.

Je voudrais tout d'abord le remercier pour son engagement en tant que président du comité ces 7 dernières années. Il a été le catalyseur de nombreux projets innovants visant les populations les plus vulnérables, afin d'améliorer la prise en charge médicale des prisonniers, des usagers de drogue ou des personnes précaires. En tant que clinicien et activiste, il a ainsi décidé de ne plus assurer cette position, afin de se consacrer plus amplement dans la lutte contre ces maladies au Luxembourg et en Afrique. Il reste toujours engagé au sein du comité et j'ai à coeur de continuer son approche, car nous devons faire face à des challenges de plus en plus nombreux.

En effet, comme le montre l'épidémiologie VIH 2017, le nombre de personnes infectées et nouvellement incluses au Service National des Maladies Infectieuses augmente fortement cette année via une transmission sexuelle. A l'échelle mondiale, la prévalence du VIH diminue, tandis qu'à l'échelle européenne, elle se stabilise en Europe de l'Ouest et augmente en Europe de l'Est. Nous estimons que 40 à 50 % des nouvelles infections n'ont pas lieu au Luxembourg. Or, l'incidence du VIH augmente dans le pays chaque année et de nouvelles interventions doivent être mises en place pour atteindre les objectifs 90-90-90 d'ONUSIDA,

soutenus par le Luxembourg. Ainsi, pour 2020, 90 % de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) doivent être diagnostiquées, 90 % des PVVIH doivent être sous traitement antirétroviral, et 90 % des PVVIH doivent atteindre une suppression virale permettant ainsi de ne plus transmettre le virus. Cette stratégie a comme ambition forte à l'horizon de 2030 d'éliminer le VIH en tant que problème majeur de santé publique, notamment avec zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, et zéro discrimination. Nous sommes proches de ces objectifs en termes de mise sous traitement et de suppression virale, mais l'épidémie VIH cachée, c'est-à-dire les personnes infectées par le VIH, non diagnostiquées, qui ne sont pas au courant de leur infection, sont les déterminants majeurs des prochaines infections. Nous nous devons d'assurer au plus vite le lien vers des soins médicaux, en proposant notamment une offre de diagnostic plus diversifiée et accessible à tous. Plus largement, nous devons réduire les inégalités dans l'accès, le recours et le maintien aux soins. Ainsi, le nombre de personnes infectées via l'injection de drogues s'est stabilisée en 2017, mais ces transmissions sont poussées par un réseau de transmission d'un même virus de sous-type B par des personnes qui ont un comportement à haut risque (injection et rapports sexuels non protégés). Ce réseau de transmission montre que les messages de prévention ne sont pas assez efficaces auprès de ce groupe, ou qu'ils ne les atteignent pas. La précarisation, l'exclusion sociale, la discrimination envers les usagers de drogue étant probablement les principales barrières.

L'année 2017 a été riche en activités pour le comité, ainsi que pour tous les partenaires impliqués dans la lutte contre ces maladies au Luxembourg. En effet, le nouveau plan d'action national VIH et le premier plan d'action de lutte contre les hépatites a été soumis et adopté par le conseil du gouvernement le 1^{er} décembre dernier. Je tiens à remercier Madame la Ministre de la Santé, Lydia Mutsch, qui nous a soutenus dans cette démarche, ainsi que le Ministre de la Sécurité Sociale qui s'est

engagé à financer le coût des médicaments contre les hépatites, les « Direct Acting Antivirals », dont le coût n'est pas officiellement connu mais reste inabordable pour la plupart des pays européens. Nous invitons la Sécurité sociale à négocier les prix avec les 3 sociétés qui les fournissent, afin de traiter un maximum de personnes dans le pays et diminuer ainsi la charge de ce virus dans les populations clés, et la transmission vers de nouvelles personnes.

Ces plans ont été rédigés en parfaite synergie par le comité et en accord avec le plan d'action national « drogues ». Ils se concentrent sur des actions visant chaque population touchée par ces infections et se concentrent sur 5 axes communs prioritaires : prévention, dépistage, traitement, non-discrimination, recherche et évaluation. De nouvelles interventions ont été proposées afin d'augmenter le nombre de tests, en particulier dans les populations les plus vulnérables, avec des projets « outreach », afin de prioriser la mise sous traitement des personnes nouvellement infectées par le VIH et le VHC et d'assurer leur suivi, pour éviter l'arrêt de leur traitement ou le lien vers les systèmes de soins.

En 2017, la consultation PrEP a été mise en place au CHL par le Dr Vic Arendt sous la forme d'une première étude pilote de 2 ans. La PrEP fait partie des outils mis en oeuvre au Luxembourg pour renforcer les efforts de prévention. Elle permet aux personnes à risque qui n'utilisent pas systématiquement des préservatifs de réduire leur risque d'infection en prenant des médicaments antirétroviraux, soit de manière temporaire, soit en continu, en fonction de leur comportement de risque ; une cinquantaine de personnes en bénéficient actuellement. Cette nouvelle approche de prévention a été demandée par 1 femme et 55 hommes, la grande majorité sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH/MSM). En général, il nous faut améliorer la communication autour des outils de prévention, tels que la PeP (prophylaxie post-exposition après un comportement à risque) et la PrEP, et en particulier, la mettre à disposition à d'autres types de populations, telles que les usagers de drogues et les travailleurs du sexe.

Les tests rapides à orientation diagnostique sont recommandés par le comité surveillance du SIDA pour accélérer le dépistage et la mise sous traitement pour le bénéfice du patient, et éviter la transmission à une autre personne. Les tests rapides VIH ne sont pour l'instant pas encore disponibles en vente libre (autotests VIH) au Luxembourg. Le Ministère de la Santé a annoncé en mars 2018 qu'une modification de la législation autorisant les autotests dans les pharmacies devrait être finalisée et que les autotests seraient ainsi disponibles dans le pays. Le comité de surveillance du SIDA a donné un avis positif à la vente de ces autotests en pharmacie depuis Septembre 2016 et a émis une fiche d'information, afin de mieux guider les utilisateurs luxembourgeois. L'autotest représente un outil supplémentaire de dépistage aux tests déjà disponibles ciblant une population qui recherche plus de discrétion, afin de réaliser le test à domicile en toute confidentialité. Ils ciblent, par exemple, les personnes qui vivent une sexualité cachée. La commercialisation des autotests est déjà effective en France, en Belgique et sur internet. Cependant, les dépistages du VIH doivent être prioritairement réalisés dans des lieux encadrés.

Enfin, un nombre important de personnes infectées par l'hépatite C ne peuvent pas bénéficier de traitement car elles ne sont pas assurées. Sur 246 consultations de dépistage effectuées en 2017 par l'unité mobile DIMPS, 58 personnes n'avaient pas de couverture sociale. Dans un pays proposant une excellente couverture médicale et un budget de la Sécurité sociale excédentaire, comment peut-on encore accepter que certaines personnes n'aient pas accès aux soins médicaux, de par leur situation sociale, leur statut légal, ou encore leur état psychologique ? Le Luxembourg a signé la charte des objectifs de développement durable des Nations-Unies, et la couverture sanitaire universelle est l'un des piliers essentiels pour y parvenir. Nous invitons tous les partis politiques à l'approche des nouvelles élections à considérer cet aspect pour amener Luxembourg vers l'équité et la justice sociale.

Dr Carole Devaux
Présidente du Comité Sida

1. Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles - Missions, composition

Missions

Le Comité de Surveillance du SIDA a été institué par arrêté ministériel du 24 janvier 1984, suite à une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé et sur proposition du Directeur de la Santé. Ledit comité s'est réuni pour la première fois le 4 mars 1984 sous la présidence du Dr Robert Hemmer.

En date du 27 février 2015, le comité été reconstitué comme Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles.

Conformément à l'article premier du Règlement du Gouvernement en Conseil du 27 février 2015 portant institution d'un Comité de surveillance du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles, le comité a les missions suivantes :

- Informer le grand public, les groupes cibles et les professionnels de santé sur toutes les questions concernant le SIDA, les hépatites infectieuses et les maladies sexuellement transmissibles.
- Collaborer étroitement avec les organisations nationales et internationales afin de développer et de mettre en oeuvre les programmes de lutte contre le SIDA, les hépatites infectieuses et les maladies sexuellement transmissibles.

- Donner son avis sur toutes les questions dans le domaine de la santé publique ayant trait au SIDA, aux hépatites infectieuses et aux maladies sexuellement transmissibles qui lui sont soumises par le ministre.
- Étudier et proposer de sa propre initiative toute mesure ou amélioration en matière de prévention et de lutte contre le SIDA, les hépatites infectieuses et les maladies sexuellement transmissibles.

Composition

La composition du Comité de Surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles en 2017 a été la suivante :

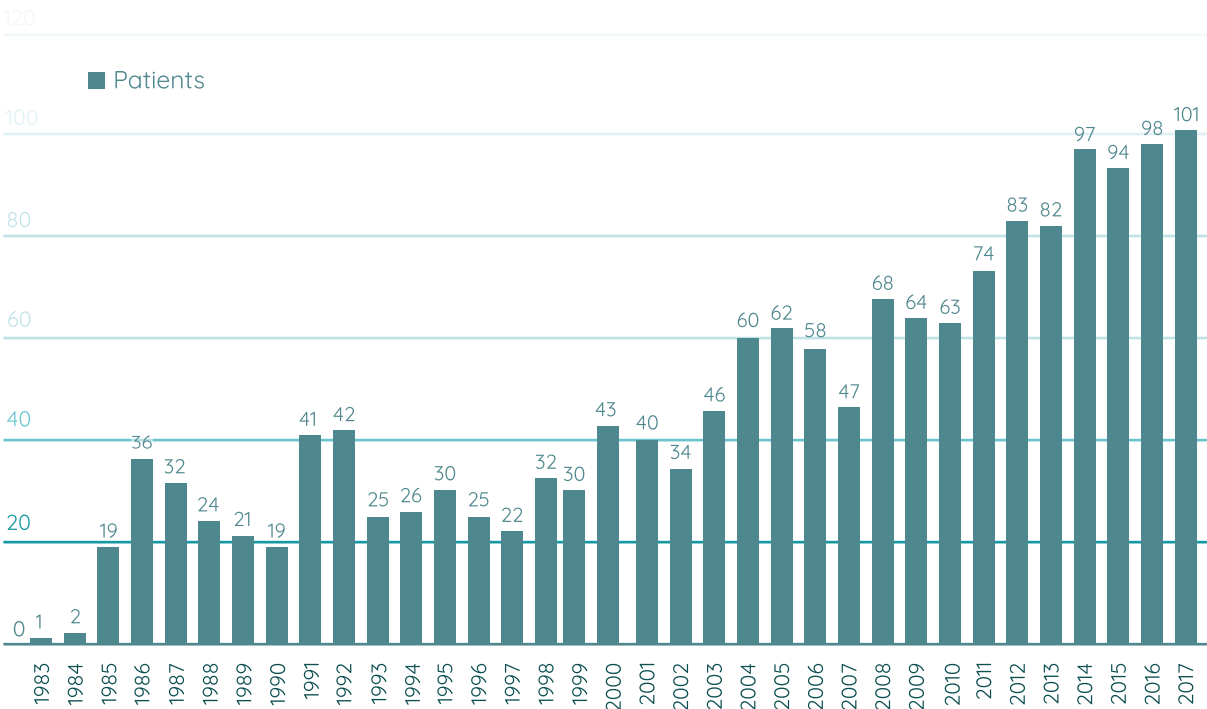
Devaux Carole Présidente (à. p. du 29.8.)	Responsable du laboratoire de rétrovirologie du Luxembourg Institute of Health
Weicherding Pierre Secrétaire	Médecin-inspecteur chef de division, Division de l'inspection sanitaire
Arendt Vic (Président jusqu'au 28.8.)	Médecin-spécialiste du Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg
Biwersi Günter	Pédagogue, Jugend- an Drogenhëllef
Even Jos	Microbiologiste, Représentant de la société civile
Goedertz Henri	Psychologue, Président Stop AIDS Now/Access
Hoffmann Patrick	Inspecteur sanitaire, Division de l'inspection sanitaire
Kass Ralph	Politologue, Ministère de l'Égalité des Chances
Kubaj Sandy	Psychologue, Chargée de direction HIV Berodung, Croix-Rouge Luxembourgeoise
Kugener Tom (à. p. du 16.8.)	Éducateur gradué, Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
Mortier Laurence	Psychologue, HIV Berodung, Croix-Rouge Luxembourgeoise Coordinatrice technique du Plan d'Action contre le SIDA
Mossong Joël	Épidémiologiste, Laboratoire National de Santé
Origer Alain	Psychologue, Direction de la Santé
Schlim Jean-Claude	Cinéaste, Représentant de la société civile
Schorn Astrid (jusqu'au 15.8.)	Psychologue, Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
Steil Simone	Médecin chef de division, Division de la Médecine Préventive
Stoffel Delphine	Juriste, Fonctionnaire-stagiaire du Service juridique du Ministère de la Santé

2. Epidémiologie VIH en 2017

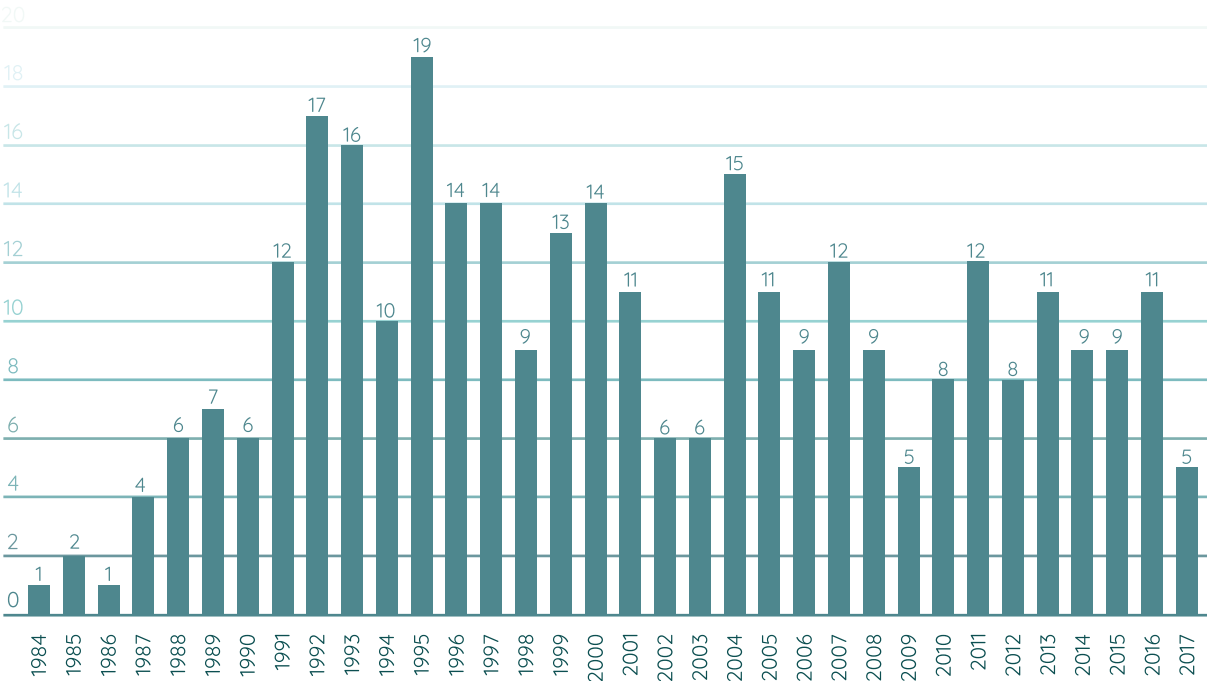
En 2017, 101 nouvelles personnes infectées par le VIH ont été incluses au Service National des Maladies Infectieuses (SNMI) ; ce nombre est toujours en constante augmentation, il a doublé en 10 ans. Cette année, on observe une forte augmentation du nombre de contaminations chez les personnes hétérosexuelles (49) et une diminution du nombre d'infections dues à l'usage de drogues par voie intraveineuse (10 nouvelles infections en 2017 par rapport à 21 en 2016), la première diminution depuis 2013. Cependant, 7/9 des nouvelles infections en 2017 proviennent d'un réseau de transmission de sous-type VIH-1 B qui croît chaque année depuis 2012 (43 personnes). 90 % des séquences virales de la flambée épidémique de sous-type B sont regroupées avec des séquences d'usagers de drogue au Luxembourg diagnostiquées au cours de la période 2005-2008. Un premier cas a été diagnostiqué en 1995. L'analyse phylodynamique de la grappe monophylétique de sous-type B a révélé que la flambée a débuté au début de 2012 et que le taux de transmission le plus élevé a été enregistré en 2013-2015. Les transmissions de sous-type B parmi les usagers de drogue ont également été détectées en 2005 et en 2008, sub-séquentement ces transmissions ont atteint un plateau. L'éclosion du sous-type B s'est déclenchée en 2012 et 5 séquences virales ont été transmises dans la population générale (3 personnes hétérosexuelles et 2 patients avec un groupe à risque inconnu) dans ce groupe de sous-type B. De même, toutes les séquences d'un autre réseau de transmission VIH-1 CRF14_BG (9 personnes) appartiennent à un groupe phylogénétique provenant d'usagers de drogue diagnostiqués il y a plus de 10 ans au Luxembourg. Cette souche virale n'appartient pas à un cluster commun d'usagers de drogue à l'origine des épidémies à Athènes ou à Bucarest. Ainsi, la flambée épidémique chez les usagers de drogue provient bien de transmissions locales et on observe une forte proportion de femmes (33 %) et un plus jeune âge au moment du diagnostic (moyenne de 32.2 ans) par rapport à la moyenne d'âge européenne (36.7 ans). La consommation de cocaïne par voie intraveineuse

est l'un des déterminants de cette flambée épidémique, associée à la précarisation et à l'exclusion sociale qui ont mis en échec les programmes de prévention actuels. Finalement, deux personnes incluses en 2017 au SNMI ont été infectées par une contamination mère-enfant, et une contamination par exposition occupationnelle en dehors du Luxembourg il y a de nombreuses années. La proportion de sous-type B et non-B du VIH se stabilise à l'entrée dans la cohorte luxembourgeoise, décrivant une transmission identique des 2 types de virus dans le pays.

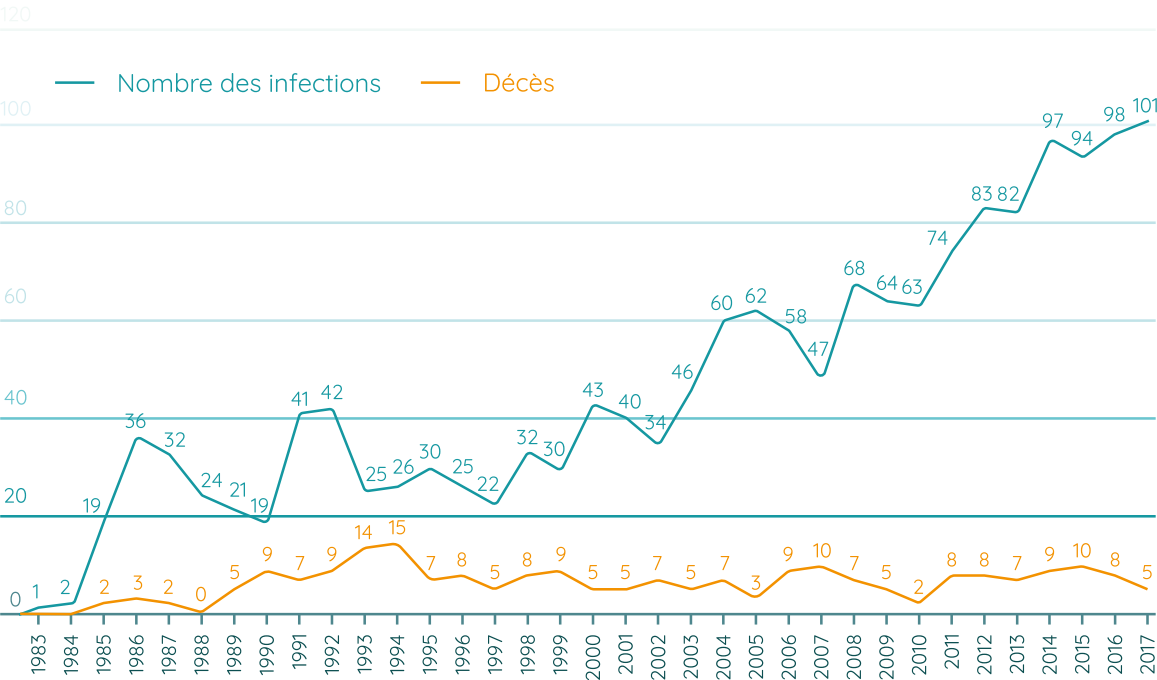
Nombre de nouvelles entrées HIV dans la cohorte luxembourgeoise par année



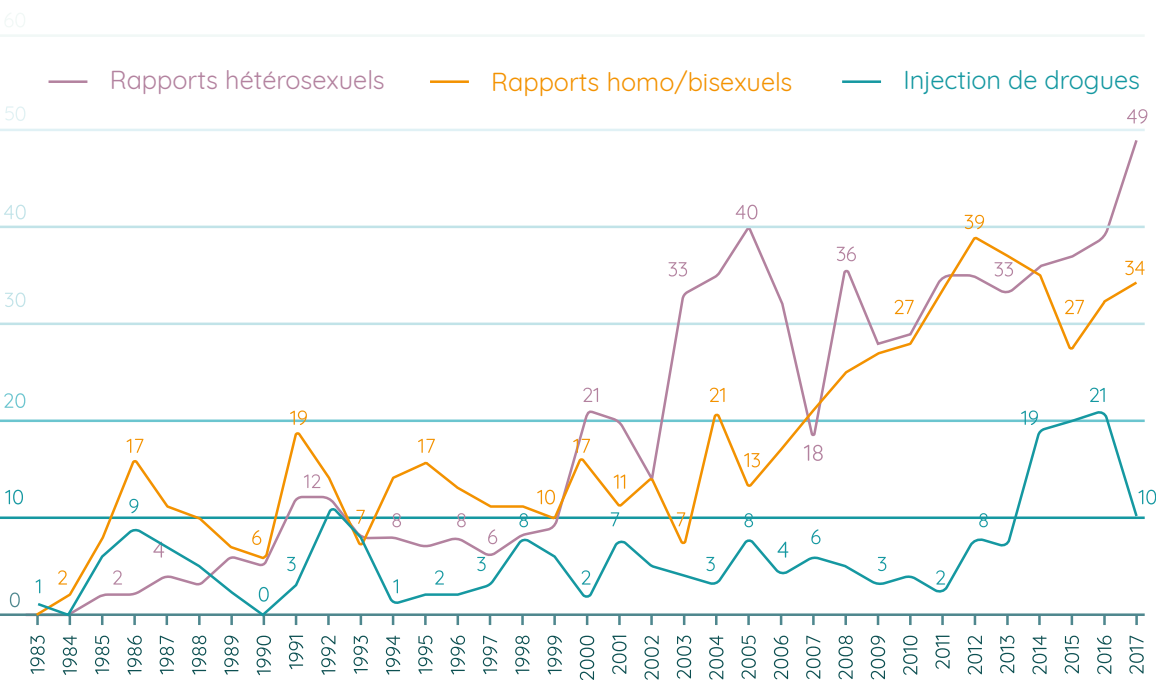
Nombre de SIDA déclarés par année



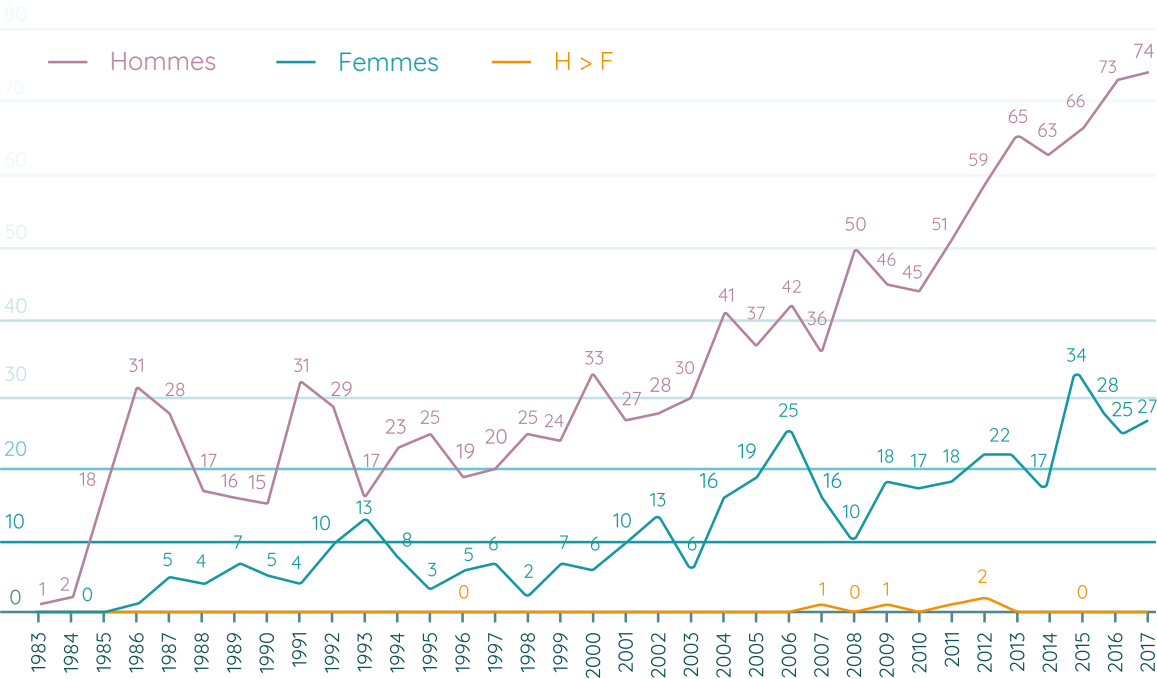
Evolution des infections à HIV et des décès



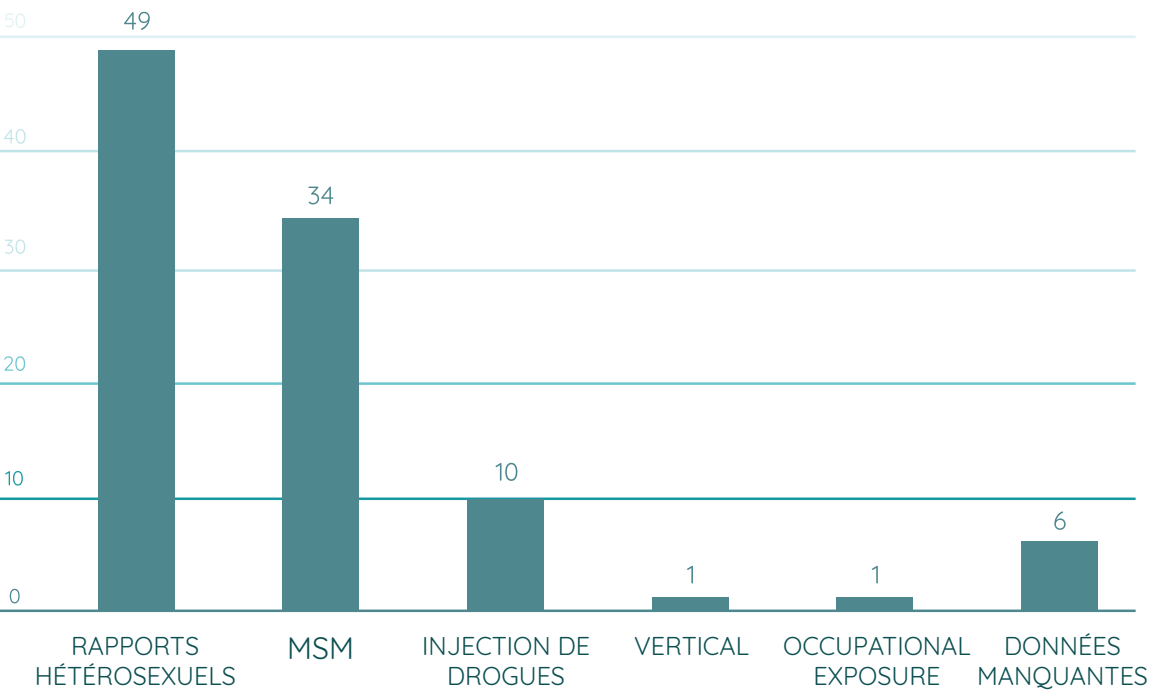
Evolution du mode de contamination



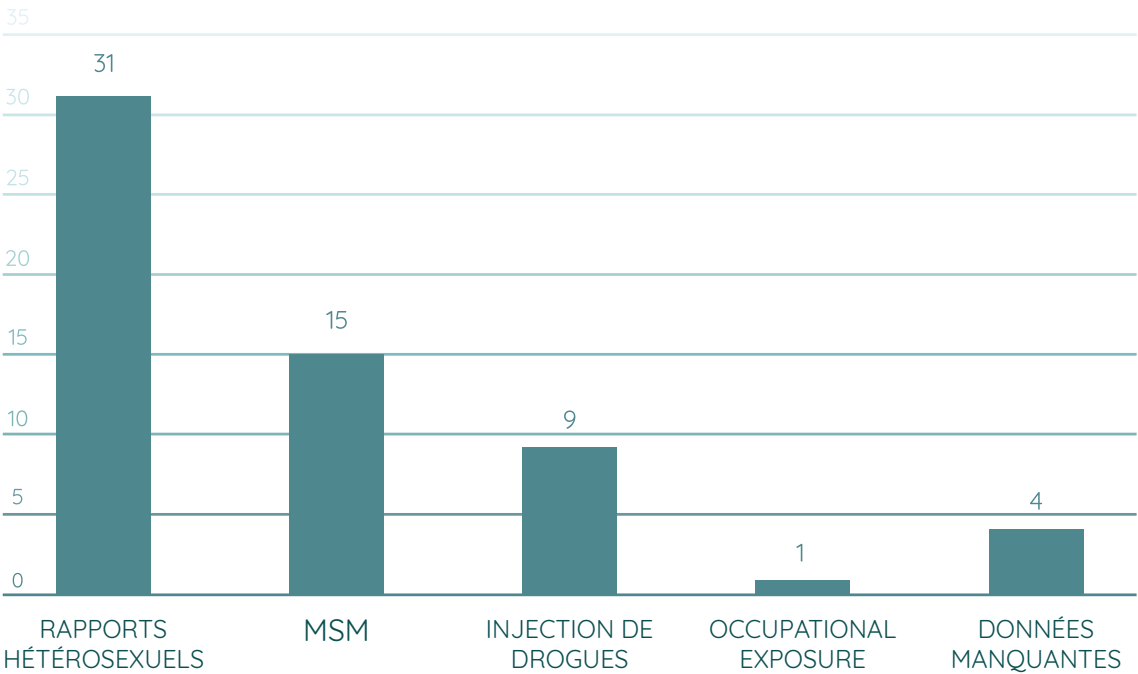
Evolution au fil des années des infections à HIV en fonction du sexe



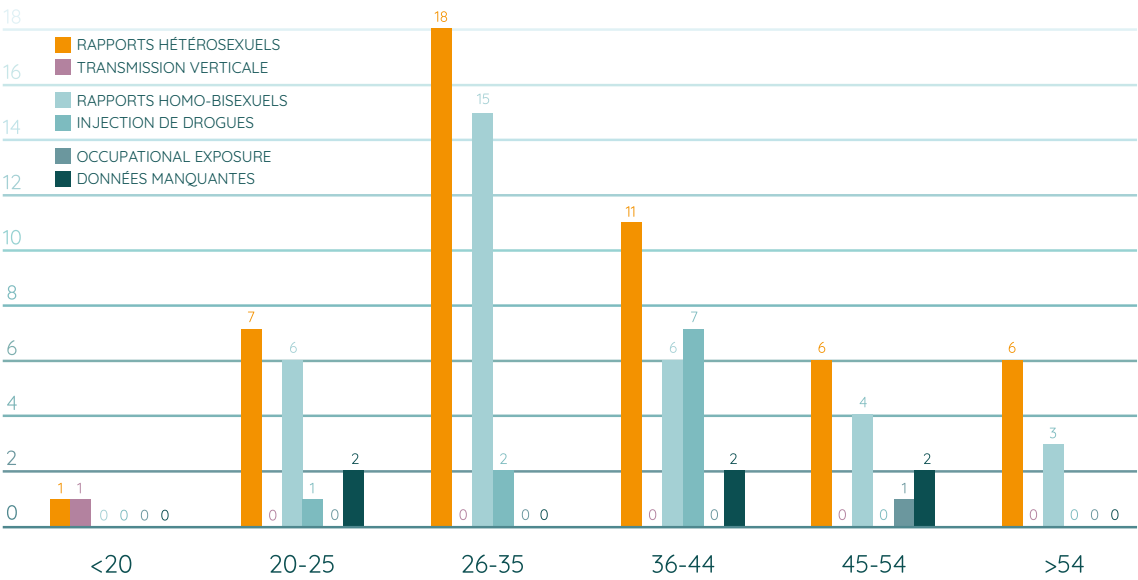
Mode de contamination des infections inclus dans la cohorte luxembourgeoise en 2017



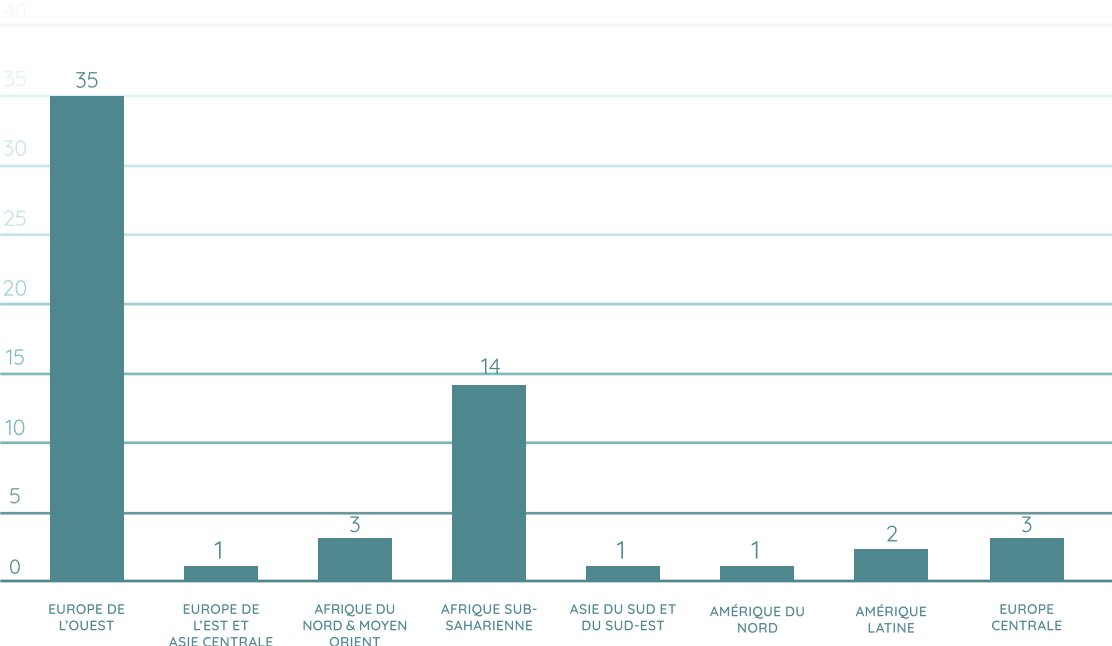
Mode de contamination des nouvelles infections incluses dans la cohorte luxembourgeoise en 2017



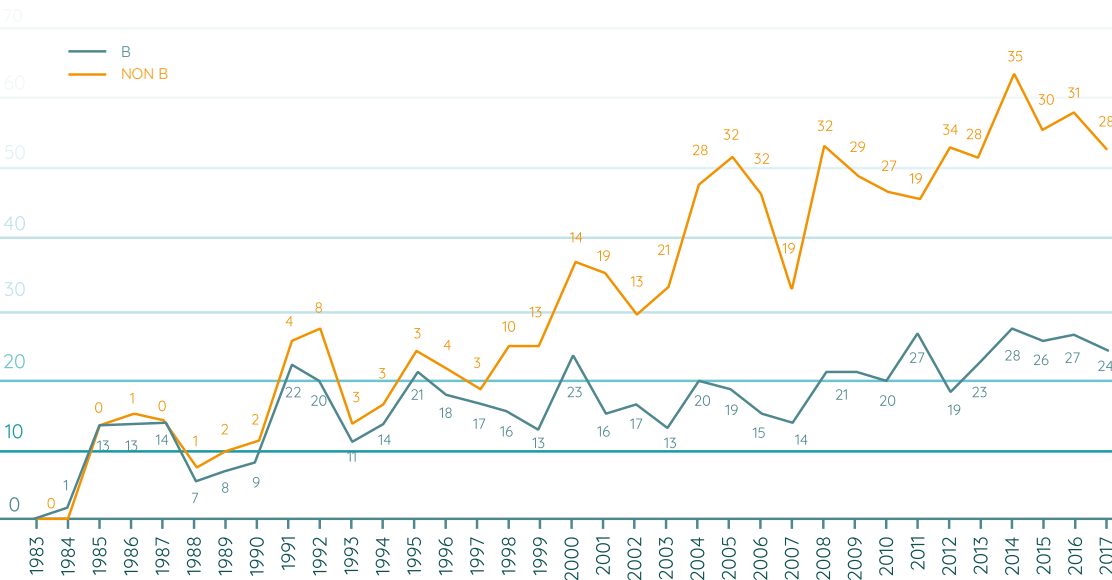
Mode de contamination selon l'âge en 2017



Région d'origine des nouvelles infections (newly diagnosed) dans la cohorte luxembourgeoise en 2017 (pays de naissance)



Evolution de la distribution des génotypes lors de l'inclusion dans la cohorte luxembourgeoise au fil des années



La cascade de soins du VIH au Luxembourg en 2017

La cascade de soins reflète les différents services dont une personne vivant avec le VIH nécessite pour un suivi de santé optimal. Elle comprend la séquence des étapes nécessaires successives pour obtenir une charge virale indétectable, et donne la proportion de personnes séropositives impliquées dans chaque étape à partir du diagnostic.

Elle représente un système de surveillance avancée permettant de connaître les services de soins à améliorer pour diminuer l'épidémie VIH/SIDA. Elle a ainsi montré que de nombreuses personnes échappent encore au continuum de soins lors de diverses étapes de soins du patient.

Avec le projet 90-90-90, ONUSIDA s'est fixé une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du SIDA à l'horizon 2030. Il s'agit de la cible suivante :

- 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
- 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable.
- 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

En 2017, 919 personnes vivant avec le VIH ont été recensées au CHL au Luxembourg.

Grâce à un outil de modélisation de l'ECDC (European Center for Disease Control), il a été estimé que 85 % des personnes vivant avec le VIH avaient été diagnostiquées, donnant ainsi un nombre total estimé de 1081 personnes vivant avec le VIH dans le pays.

899 personnes ont été gardées en soins VIH durant l'année 2017, et 812 ont reçu un traitement antirétroviral, soit 75.1 % des 1081 personnes estimées vivre avec le VIH.

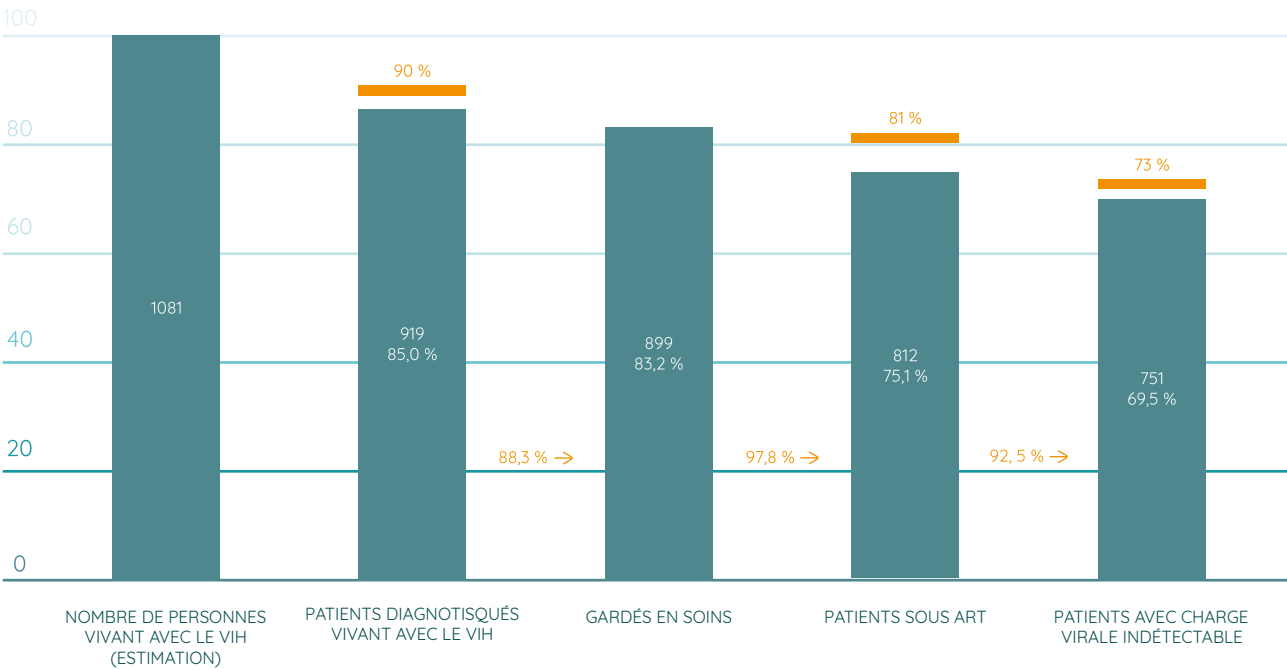
Parmi ces personnes, 751 avaient une charge virale indétectable, soit 69.5 % des personnes estimées vivre avec le VIH au Luxembourg.

La cible 90-90-90 est indiquée sur le graphique en rouge (ci-dessous) : si 90 % des personnes vivant avec le VIH ont été diagnostiquées, alors la cible 90 % sous traitement antirétroviral représente 81 % du total des personnes estimées, et la cible 90 % en suppression virale représente 73 % du total des personnes estimées.

Si l'on calcule ces proportions sur le nombre total de patients diagnostiqués (919), et non pas sur le nombre total estimé de 1081 personnes vivant avec le VIH, 97.8 % des patients étaient gardés en soins en 2017, 88.3 % ont reçu un traitement antirétroviral et 92.5 % avaient une charge virale indétectable.

Cette étude démontre que nous sommes proches des objectifs à atteindre pour 2030 au Luxembourg, notamment au niveau du dépistage. Des efforts ont été mis en oeuvre depuis 2015 pour augmenter la mise sous traitement, afin d'atteindre la stratégie 90-90-90 et être en adéquation avec les recommandations d'ONUSIDA.

Cascade de soins Luxembourg 2017



Définitions :

- Nombre de personnes vivant avec le VIH : nombre estimé de personnes vivant avec le VIH habitant au Luxembourg (estimation faite en utilisant le nouveau logiciel de modélisation ECDC).
- Patients sous ART : % des personnes vivant avec le VIH avec une prescription de médicaments antirétroviraux documentée dans l'année observée.
- Patients avec charge virale indétectable : % des personnes vivant avec le VIH avec une charge virale < 200 copies/ml sur le dernier test de charge virale durant l'année observée.
- « Dénominateur pour la prévalence de la cascade »
- Patients diagnostiqués vivant avec le VIH : nombre de personnes qui ont été diagnostiquées et qui vivent avec le VIH, sur la base des données de la cohorte luxembourgeoise (moins le nombre de personnes décédées ou ayant quitté le pays).
- Gardés en soins : % des personnes vivant avec le VIH avec au moins une visite avec soins médicaux VIH au cours de l'année observée (détermination charge virale ou consultation au SNMI)

3. Information et éducation

Les activités de Prévention, d'Information et de Sensibilisation de la Division de la médecine préventive de la Direction de la Santé, en collaboration avec la HIV Berodung de la Croix-Rouge :

La stratégie poursuivie par la division de la médecine préventive et la HIV Berodung comporte plusieurs axes prioritaires, dont :

- Des campagnes d'information et de sensibilisation grand public et populations à risque accru, impliquant les personnels de soins et de santé.
- L'augmentation de l'accès au dépistage et au traitement.
- L'implication des laboratoires hospitaliers et privés dans cette action, avec une offre de formation du personnel au counseling pré-et-post-test par les psychologues de la HIV Berodung.
- Une offre de dépistage bas seuil, avec des tests rapides proposés dans des sites particuliers et lieux de rencontres sexuelles (tests offerts dans les locaux de la HIV Berodung et dans le DIMPS (Dispositif d'intervention mobile pour la santé sexuelle)).

Les activités suivantes ont été organisées en 2017 par la Division de la médecine préventive, en étroite collaboration avec la HIV Berodung et le Comité de Surveillance du Sida :

Journée mondiale contre l'hépatite : (28 juillet 2017)

La Journée mondiale contre l'hépatite, le 28 juillet 2017, est l'une des quatre journées mondiales officielles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). C'est chaque année l'occasion d'intensifier les efforts nationaux et internationaux de lutte contre cette maladie.

Afin de sensibiliser le grand public sur le risque que représentent les hépatites, la division de la médecine préventive, en collaboration avec le Luxembourg Institute of Health (LIH), la HIV Berodung de la Croix-Rouge luxembourgeoise et le Centre hospitalier de Luxembourg (CHL), ont invité le vendredi, 28 juillet 2017, à une journée de tests de dépistage et d'information afin de rappeler l'importance de la prévention, de la détection précoce et de la vaccination.

La division de la médecine préventive a invité la population à s'informer sur les hépatites, à se faire dépister pour connaître son statut sérologique personnel, et à prendre les traitements prescrits en cas d'infection, pour réduire le nombre des décès dus aux hépatites.

- Un stand d'information a été installé sur le parvis de la gare de 13h à 16h, et des préservatifs et des flyers y ont été distribués.
- Des enveloppes « surprise » ont été confectionnées, afin de faciliter l'approche avec les passants et de leur permettre de découvrir le contenu en toute tranquillité. Les enveloppes contenaient un flyer, un préservatif, un bic, les lieux et horaires du passage DIMPS et nos messages de prévention en matière de protection et de dépistage.



- Des « experts » du LIH, de la HIV Berodung, du CHL et de la Division de la médecine préventive de la Direction de la santé ont été présents pour répondre à toute question relative aux hépatites.
- Le flyer qui a été élaboré en collaboration avec le LIH et la HIV Berodung pour la journée mondiale de 2016, a été réutilisé et redistribué en 2017.
- Le DIMPS (Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé sexuelle) était sur place et a offert des tests rapides de dépistage gratuits et anonymes.



- Les passants ont pu répondre à un Quizz sur les hépatites sur place, et se sont vus offrir une pomme en guise de remerciement pour leur participation.



- Des mises à jour concernant les hépatites ont été effectuées sur le site internet du ministère de la santé (www.sante.lu) et une actualité concernant la journée mondiale contre l'Hépatite et annonçant le stand a été créée.
- Facebook : Plusieurs « posts » ont été publiés sur la page Facebook du ministère de la santé (3800 abonnés), avant, pendant et après l'événement. www.facebook.com/sante.lu/



- Des affiches personnalisables ont été créées à partir du toolkit mis à disposition par la World Hepatitis Alliance (WHA) (www.worldhepatitisday.org/node/65666/) et affichées au stand ainsi qu'au ministère de la santé.



- Un communiqué de presse commun entre tous les partenaires et un dossier de presse ont été envoyés aux organes de presse, et des interviews ont été donnés dans les médias luxembourgeois.

Campagnes de prévention du Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles

Campagne d'été : « Les maladies sexuellement transmissibles, dépistez-les ! »

Face à la progression préoccupante des IST au niveau mondial, la Division de la médecine préventive organise chaque année une campagne d'information et de sensibilisation s'adressant à la population générale, et aux jeunes adolescents et adultes en particulier, avant leur départ en vacances, en été.

En 2017, la campagne d'été s'adressait aussi bien aux jeunes garçons qu'aux jeunes filles, avec comme slogan « Vous protéger peut vous sauver ! ».



Elle a comporté les éléments suivants :

- Mise-à-disposition d'affiches DIN A3 en FR ainsi que de dépliants en FR/DE.
- Annonces et interviews dans la presse quotidienne, mensuelle, ainsi que dans les médias ciblés jeunes et vacanciers.
- Mise-à-disposition d'un minisite www.safersex.lu pour informer, sensibiliser et éduquer le public en matière d'IST.
- Page de couverture adaptée et posts réguliers sur la page Facebook « Healthy & friends ».

Journée Mondiale du Sida (1^{er} décembre 2017)

La journée mondiale du Sida, qui est commémorée chaque 1^{er} décembre depuis 1988, invite le monde entier à lutter activement contre la propagation du VIH et à montrer sa solidarité à l'égard des personnes séropositives. Mettre fin à l'épidémie du sida est aujourd'hui plus qu'un devoir historique en mémoire de toutes les personnes qui sont mortes de la maladie : cela représente également une occasion unique pour construire les bases d'un monde plus sain, plus juste et plus équitable pour les générations futures.

Faits et chiffres, dans le monde et en Europe :

Depuis la découverte des premiers cas de Sida il y a plus de 35 ans, 78 millions de personnes ont été infectées par le VIH, et 35 millions sont décédées de maladies liées au sida. Dès ses débuts en 1996, l'ONUSIDA a piloté et inspiré les leaderships locaux, nationaux, régionaux et internationaux, et a encouragé l'innovation et les partenariats, pour faire en sorte que le VIH appartienne un jour définitivement au passé.

En 2017, il y a eu 101 nouveaux patients infectés par le VIH au Luxembourg. Parmi ces 101 nouveaux patients, 60 ont été infectés au cours de l'année 2017, les autres ont été infectés les années antérieures. Pour les 60 nouveaux infectés : il y avait 44 hommes et 16 femmes. Pour les 101 nouveaux patients : il y avait 74 hommes et 27 femmes.

Le mode de contamination principal reste les rapports hétérosexuels (49), suivi de près par les rapports homo- et bisexuels (34) et l'usage de drogues par voie intraveineuse (10).

Au-delà des actions de dépistage et des campagnes d'information, il est essentiel de développer des stratégies nouvelles complémentaires dans le cadre de la finalisation du nouveau plan

d'action national SIDA, pour endiguer notamment la flambée épidémique chez les UDI, marginalisés et en grande précarisation sociale pour la plupart.

Evènements de la Journée Mondiale du Sida – 1^{er} décembre 2017

Au Luxembourg, le 1^{er} décembre a été marqué par diverses activités : Dès 7h30, et jusqu'à 9 heures, une distribution de préservatifs a eu lieu à la gare de Luxembourg.

Parallèlement, de jeunes lycéens ont eu l'occasion de participer à des ateliers d'information, animés par les différents acteurs nationaux experts dans le VIH/Sida, tels que le service HIV Berodung de la Croix-Rouge, la Division de la Médecine Préventive du Ministère de la Santé, le Luxembourg Institute of Health, le Service National des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier de Luxembourg, l'asbl Paticka, et l'ONG Stop Aids Now/Access. Ces ateliers se sont déroulés à partir de 8h30 à l'Oekozen-ter, à Luxembourg.

Le dépistage restant la pierre angulaire de la prévention du VIH, l'Unité Mobile DIMPS (Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé Sexuelle) était présente à la gare de Luxembourg, de 11h à 15h, pour offrir, à toute personne désireuse de le faire, un test de dépistage du VIH, rapide, anonyme et gratuit.

A partir de 16h30, l'Oekozen-ter était ouvert au public, qui a pu découvrir l'exposition « Sida, 35 ans après », ainsi que les différents projets artistiques réalisés dans le cadre du concours « Preventive Art : Demistify Condoms ». Ces projets, réalisés à l'aide de préservatifs, ont été créés tant par de jeunes lycéens que par des participants adultes. Une remise de prix a eu lieu pour les projets primés par le service HIV Berodung de la Croix-Rouge. Enfin, les photos du projet « Red », initié par l'asbl Paticka, ont également été exposées.

Madame la Ministre de la Santé, Lydia Mutsch, y a tenu un discours, ciblant la situation de l'épidémie au Luxembourg.

Stop Aids Now/Access a fêté en 2017 ses 25 ans, et a invité à leur manifestation le 1^{er} décembre, de 18h à 20h30, au théâtre des Capucins, à Luxembourg.

Une projection en avant-première du film documentaire « Listen », réalisé par Jacques Molitor sur les aspects des droits humains et l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest, a eu lieu. Le film a été suivi d'une table ronde sur ces sujets. Une rétrospective de photos-affiches (réalisées par Mich Dimmer), reflétant le travail mené par Stop Aids Now depuis 1992 pour la prévention du SIDA au Luxembourg, a été exposée, et une performance d'André Mergenthaler et de Sylvia Camarda a clôturé la soirée.

La distribution gratuite de préservatifs

La distribution gratuite de préservatifs a continué, par l'intermédiaire des associations actives dans les domaines de la prévention du Sida et des IST, et à la demande, lors d'actions socioculturelles ou sportives ciblées.

La Division de la médecine préventive a distribué en tout en 2017 :

- Préservatifs « nature » : 64.450
- Préservatifs « professionnel » : 73.200
- Doses de lubrifiants : 15.150
- Pochettes « Don't forget me » : 4.650

Distribution de matériel d'information et de sensibilisation en matière de prévention du HIV et des IST : Les différentes brochures sur le sujet ont été mises à jour et distribuées à la demande, dont la brochure « VIH/SIDA, mieux comprendre sa transmission », la brochure « On l'a fait », également téléchargeables sur www.sante.lu et sur www.sida.lu.

Plan national sida (2018-2022)

Le nouveau plan national Sida et IST a été finalisé et approuvé. La division de la médecine préventive a contribué au volet « prévention » de ce plan, qui met l'accent sur l'éducation, l'information, la prévention, le dépistage et une meilleure prise-en-charge et traitement des groupes-cibles à risque.

4. Le service HIV Berodung de la Croix-Rouge

Comme tous les acteurs mondiaux de la riposte au VIH, le service HIV Berodung s'est engagé dans la résolution des objectifs 90-90-90 défini par l'ONU-SIDA en octobre 2014, à savoir qu'à l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral, et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée. Afin d'atteindre efficacement cet objectif, le travail du service met particulièrement l'accent sur trois axes d'intervention : prévention-dépistage-traitement.

La prévention ciblée initiée par le service HIV Berodung Croix-Rouge

La prévention cible tout d'abord le grand public par des campagnes annuelles soutenues par la distribution de dépliants informatifs et de préservatifs lors d'actions de sensibilisation, mais se décline également en plusieurs thématiques ciblées :

Les jeunes

Chaque année l'HIV Berodung organise des séances d'information, de sensibilisation et de prévention ainsi que le Round About Aids. 3632 jeunes ont eu l'opportunité cette année d'assister à une séance de prévention ou de participer au parcours Round About Aids.

Les acteurs-relais en prévention (Multiplicateurs)

Les demandes d'intervention étant sans cesse croissantes, le service prévention a mis sur pied une formation permettant au personnel éducatif intéressé d'acquérir les connaissances néces-

saires sur le VIH, mais également des techniques éducatives et interactives pour informer et sensibiliser leurs groupes. Grâce aux acteurs-relais formés en 2016 et 2017, 381 personnes ont également bénéficié de ces séances de prévention.

Le centre pénitentiaire

L'HIV Berodung travaille en collaboration étroite avec le Centre pénitentiaire de Luxembourg. Les séances de prévention VIH pour les prévenus, sont organisées toutes les semaines par le projet TOX et animées par le service de prévention de l'HIV Berodung. C'est ainsi que 79 prévenus ont pu bénéficier de ces séances.

Le groupe Gay-Region

Depuis 2015, le service HIV Berodung est représenté aux différentes réunions du groupe Gay-Region. Ce groupe est composé de collaborateurs de divers services de prévention et de prise en charge du VIH, comme Aidshilfe Trier, Aidshilfe Saarbrücken, Aides Lorraine, et de particuliers actifs dans le domaine. Les objectifs de ce groupe sont de réaliser des actions de sensibilisation pour les gays de la Grande-Région qui passent facilement les frontières pour se rencontrer entre eux. En 2017, le groupe Gay-Region a organisé, avec le soutien du Ministère de la Grande-Région, une conférence sur le thème « Sex et VIH : une pilule et tout va bien ? ».

Cette première conférence regroupant des experts nationaux et internationaux venus de France et d'Allemagne a été un franc succès.

Journée mondiale des Hépatites

Pour la deuxième année consécutive, le service HIV Berodung a collaboré avec le Luxembourg Institute of Health, le Service National des Maladies Infectieuses du CHL et la Division de la médecine préventive lors de la journée mondiale des Hépatites pour organiser un stand d'information à la Gare de Luxembourg. La journée a également été l'occasion de se focaliser sur le dépistage de l'Hépatite C, et le DIMPS était présent à la gare de Luxembourg-ville pour offrir, aux personnes intéressées, la possibilité de faire un test de dépistage. 11 personnes ont profité de cette journée pour faire un test.

DIMPS et activités de dépistage par le service HIV Berodung

La connaissance de son statut sérologique est l'une des clés de la lutte contre l'épidémie : en effet, un diagnostic précoce permet à une personne infectée d'adapter son comportement, mais également de bénéficier d'une prise en charge médicale et d'atteindre rapidement une charge virale indétectable.

Grâce aux permanences de dépistage à la HIV Berodung et à l'ouverture d'une nouvelle permanence hebdomadaire d'une durée de deux heures au Centre d'Information Gay et Lesbien (CIGALE), 627 tests ont été réalisés en 2017, ce qui a entraîné une augmentation des tests de dépistage par rapport à 2016, année pour laquelle un total de 531 tests avaient été réalisés. Le DIMPS – Dispositif d'intervention mobile pour la promotion de la santé sexuelle, a quant à lui, assuré 79 permanences de dépistage directement auprès des populations cibles, et a ainsi permis la réalisation de 246 tests de dépistage du VIH, 46 de l'hépatite C et 34 de la syphilis. Les consultations réalisées ont par ailleurs révélé que 58 personnes ayant utilisé l'offre du DIMPS n'avaient pas de CNS. D'autre part, sur les 102 usagers de drogues injectables testés, 73 étaient déjà infectés par l'hépatite C.

La HIV Berodung s'est à cet effet engagée avec le CHL et le LIH dans une étude visant à mieux comprendre les facteurs à risque associés à la consommation. Les activités de dépistage ont permis de dépister une infection au VIH chez 4 personnes, 5 étaient porteuses de la syphilis et 2 avaient une hépatite C. Pour toutes ces personnes, une orientation vers le Centre Hospitalier a été faite.

Lieux des permanences de dépistage avec DIMPS et sans DIMPS	Nombre de permanences	Nombre de personnes dépistées		Sorties du DIMPS	Nombre de personnes dépistées	
	2017			2016		
HIV Berodung	98	533	3+	97	531	3+
Abrigado	21	78	1+	22	78	2+
Tapin (Sex Workers)	11	32		10	33	
Sauna n°1 (men having sex with men)	Cessation d'activité			8	9	
Jugend-an-Drogenhellëf	10	25		16	28	
Cigale	44	94		4	3	
Abrisud	6	21		5	24	
Ettelbrück Gare	5	3				
Centre Ulysse	4	13		6	16	
WanterAktioun	3	9		3	19	
GayMat	1	13		1	11	
Testing Week	6	28		1	7	
Journée Mondiale contre les Hépatites (Gare de Luxembourg)	1	11		1	11	
World Aids Day (1/12 Gare de Luxembourg)	1	16		1	14	
Avant-première film « Freddie »				1	4	
TOTAL	211	876		176	788	

Projet XChange

En 2017, le service HIV Berodung a contribué à la mise en place d'un nouveau projet visant la réduction de nouvelles infections ainsi que le dépistage de nouvelles infections au VIH et à l'hépatite C parmi les usagers de drogue. L'Xchange, est un projet commun du service HIV Berodung de la Croix-Rouge, de la Fondation Jugend- an Drogen- hëllef et d'Abrigado du CNDS. La camionnette Xchange offre un échange de seringues, ainsi qu'une possibilité de dépistage du VIH et de l'hépatite C sur le parking vis-à-vis de l'Office des Publications (Luxembourg Gare). L'équipe est constituée de personnel des trois associations et est présente deux fois par semaine de 17h à 21h. Les premières sorties de l'Xchange, qui ont eu lieu du 19 septembre au 21 décembre (20 permanences), ont permis la réalisation de 31 tests de dépistage du VIH.

Etude HCV-UD

Dans le cadre de cette étude sur la prévalence de l'Hépatite C et les facteurs à risque associés à la consommation parmi les injecteurs de drogue, réalisée en collaboration avec le CHL et le LIH, un membre du personnel de la HIV Berodung a participé à 28 consultations à l'Abrigado et au Kontakt 28.

Accompagnement Psycho-social des personnes vivant avec le VIH

Afin d'assurer l'accès et une bonne adhérence au traitement pour les personnes séropositives, le service HIV Berodung offre un suivi psycho-médicosocial et, pour les personnes en détresse psychologique ou sociale liées à leur VIH, une possibilité de rejoindre un logement encadré au sein du foyer Henri Dunant.

Le suivi psycho-médicosocial se base sur les objectifs de mise sous traitement et de charge virale durablement supprimée de l'ONUSIDA. C'est ainsi que les actions des assistants sociaux du service

visent, entre autres, à assurer aux personnes vivant avec le VIH un accès au suivi médical et au traitement. Pour ce faire, il est primordial d'entreprendre les démarches nécessaires pour affilier une personne à la CNS et de s'assurer que cette affiliation perdure en stabilisant la situation sociale (logement, revenu). L'infirmière du service accompagne les personnes pour se rendre à leurs rdv médicaux, réaliser leurs analyses sanguines et prendre leur traitement. En 2017, l'infirmière a assuré la gestion médicamenteuse de 23 clients, dont 18 usagers de drogues par injection. Les psychologues sont présents pour stabiliser la personne en détresse psychologique. Ils accompagnent la personne pour accepter son diagnostic et vivre avec le virus, afin que la personne prenne conscience de l'importance du traitement pour sa santé et y adhère. En effet, bon nombre des personnes suivies par le service vivent dans la précarité sociale et/ou psychologique, ce qui constitue un facteur de vulnérabilité pour le suivi médical. En 2017, 157 personnes ont bénéficié de l'aide du service HIV Berodung, dont 52 étaient des nouveaux clients n'ayant jamais fréquenté le service auparavant.

Pour les personnes présentant une détresse psychologique et/ou sociale qui les empêche de gérer leur infection de manière autonome, il leur est possible de rejoindre le foyer Henri Dunant qui leur offre un encadrement quotidien et une prise en charge multidisciplinaire rapprochée. En 2017, 30 personnes ont bénéficié de ce logement, et 11 personnes ont quitté le foyer après avoir réussi à reprendre le cours de leur vie et vivre à nouveau de façon autonome.

5. Rapport d'activités 2017 SIDA du MENJE-SCRIPT-CePAS

Formation initiale et continue du personnel enseignant et socio-éducatif

Formation initiale

Enseignement secondaire : La formation initiale des professeur/e/s en biologie comprend une unité d'éducation sexuelle et de prévention du SIDA dans le module de la promotion de la santé.

Formation continue organisée par l'Institut de formation de l'Éducation nationale (IFEN)

Des activités de formation continue visant le développement de compétences dans les domaines de l'éducation sexuelle et de la prévention du SIDA sont organisées de façon systématique pour les besoins de l'enseignement fondamental et secondaire.

Cours d'éducation sexuelle :

- Sexualerziehung leicht gemacht! Praktische Übungen und Tipps für Lehrer/-innen (EFC2-4)
- Sexualerziehung leicht gemacht! Praktische Übungen und Tipps für Lehrer/-innen (ES/T)

Homosexualité :

- Hash, Homo & HIV – Sex an Drogen an der Schoul
- Pourquoi (encore) parler d'homosexualité au Lycée ?

Offres ciblant les jeunes garçons :

- Kann denn Lesen männlich sein? – Jungen lesen, aber sie lesen anders
- Vortrag: Starke Mädchen, starke Jungen. Bildungsprozesse fördern, jenseits von Geschlechtersymbolen und -stereotypen
- Workshop: Starke Mädchen, starke Jungen. Geschlechterbewusste Pädagogik als Chance für Bildungsprozesse in der Schule
- Ech kämpfe fair! Gewaltprävention mit Jungen
- Wohin mit meiner Kraft? Laufen, raufen, toben, kämpfen

Offres ciblant les deux sexes :

- Judo in der Schule - der sanfte Weg zum Ringen und Raufen
- Leichtathletik für Halle und Platz: Laufen-Springen-Werfen ab der Sekundarstufe
- Differenzielles Lehren und Lernen im Sportunterricht: Springen und Werfen
- Bewegte Musik - Springen und Singen - Trommeln und Tönen
- Ringen und Raufen (3-12 Jahre)

Offres ciblant la famille, dans sa diversité :

- Familie heute: ein «buntes» Nest - wie Schule den Lebensrealitäten von Kindern gerecht wird
- Flüchtlingsfamilien mit ihren Kindern: Willkommen heißen und integrieren, aber wie? Handlungsoptionen und Wege des Gelingens (Früherziehung, Vorschule, Grundschule)

Un total de 303 personnes a participé à ces formations.

Intégration dans les programmes scolaires officiels

La prévention du SIDA vise le développement de l'autonomie des élèves.

Il s'agit d'aider les jeunes à devenir des citoyens et des citoyennes autonomes, capables de s'exprimer, de prendre une décision et d'agir avec compétence et responsabilité (cf. approche basée sur le développement des compétences psychosociales – OMS).

Pour le volet explicite de l'éducation sexuelle et de la prévention du SIDA, différents sujets y relatifs ont été intégrés dans les programmes scolaires, à savoir :

Enseignement fondamental :

Éveil aux sciences et sciences naturelles, Langues, Éducation morale et sociale, Instruction religieuse.

Cycles 1-4/1^{re} – 6^e années d'études (éducation morale et sociale) : domaine 'se connaître soi-même et les autres' (Thèmes : Moi, tu, amitié-rivalités, sexualité, famille)

Cycle 2.2/2^e année d'études (éveil aux sciences – domaine d'apprentissage social) : rôles et charges au sein de la famille, grossesse, naissance et enfance

Cycle 3.1/3^e année d'études (éveil aux sciences – domaine d'apprentissage social) : conflits et résolutions de conflits

Cycle 3.2/4^e année d'études (éveil aux sciences – domaine d'apprentissage social) : conception et développement d'un enfant

Cycle 4.1/5^e année d'études (allemand) : chapitre 'Ensemble' (entrer en contact, conflits, parler avec son corps)

Cycle 4.2/6^e année d'études (sciences naturelles) : L'être humain (puberté)

Cycle 4.2/6^e année d'études (allemand) : chapitre 'Seulement un signe' (Ben aime Anna, l'amour c'est...)

Enseignement secondaire et secondaire technique : Vie et société, Sciences naturelles et humaines, Culture générale, Biologie, Langues, Éducation à la Santé et à l'Environnement.

Classes de l'enseignement secondaire technique : 7^e technique : – sciences naturelles : amour, sexualité, partenariat

8^e technique : – vie et société : amour, modèles sociaux liés aux différences hommes-femmes

9^e technique : – sciences naturelles : maladies sexuellement transmissibles, hormones sexuelles

7^e/8^e/9^e modulaire : – culture générale : corps humain, sexualité (puberté, organes génitaux, contraception, maladies sexuellement transmissibles)

10^e PS : – biologie humaine et sciences sociales : santé – maladie, développement personnel, maladies infectieuses/maladies sexuellement transmissibles, maladies héréditaires

Problèmes des jeunes adultes (suicide, sexualité-SIDA-drogues, responsabilité civile)

11^e PS : – biologie humaine et sciences sociales : système hormonal, organes génitaux, sexualité-attractance

10^e/11^e/12^e, toutes les classes des régimes professionnel et technicien : – éducation à la santé et à l'environnement : vie en commun et responsabilité, maladies infectieuses/maladies sexuellement transmissibles, planning familial

12^e SI : – biologie humaine : génétique humaine, anatomie

13^e SI : – biologie humaine : système hormonal

14^e ED : – éducation à la santé : hygiène, maladies infectieuses/maladies sexuellement transmissibles

Classes de l'enseignement secondaire :

7^e : – mon corps, ma santé – puberté – méthodes de contraception – maladies sexuellement transmissibles

5^e : – infections sexuellement transmissibles – contraception – cycle menstruel

4^e : – l'étude du corps humain: anatomie, physiologie – éducation à la santé

3^e : – virus, infections, Sida, hygiène – une sexualité responsable – les systèmes reproducteurs

Cours de prévention réalisés par les membres du SePAS et/ou Service éducatif des différents lycées :

Dans ces lycées suivants, des cours de prévention VIH/SIDA et d'éducation affective et sexuelle ont été réalisés dans les classes du cycle inférieur (7^{ème} – 9^{ème}) : EIDE – LTE – EPMC – LNBD – LJBM – NOSL – LAML – LTML – LTC – LTL – LNW – LTEtt – LAM.

Ces séances d'informations variaient de 2 à 4 heures scolaires. Au total, 2120 élèves ont été sensibilisées à la problématique du VIH/SIDA et à l'éducation affective et sexuelle par le personnel du SePAS/SE.

6. Activités au Laboratoire National de Santé concernant le VIH, les hépatites et les maladies sexuellement transmissibles en 2017

VIH

Le nombre total d'analyses VIH effectuées au LNS en 2017 : 1919 demandes dont 1391 demandeurs de protection internationale. Les demandes VIH anonymes sont de 105 et 68 clients du Service Dropln.

Le nombre de cas VIH positifs confirmés détectés en 2017 est de 7, dont 6 demandeurs de protection internationale, et une demande de confirmation par le CHdN.

Hépatite C (HCV)

Un total de 1671 analyses HCV ont été effectuées au LNS, dont 1390 dans le cadre de demandes de protection internationale, 48 par le service Dropln, et 26 du Centre de Transfusion sanguine de la Croix-Rouge.

Un total de 66 cas a été confirmé, dont 43 demandeurs de protection internationale, 2 clients du centre de transfusion sanguine.

Hépatite B (HBV)

Un total de 2138 analyses HBV ont été effectuées au LNS, dont 1797 dans le cadre de demandes de protection internationale, 41 par le service Dropln et 40 par le centre de Transfusion sanguine de la Croix-Rouge.

Un total de 54 cas positifs à antigène HBs (porteur infectieux) ont été confirmés, dont 47 demandeurs de protection internationale, 4 clients du service Dropln et 2 clients du Centre de Transfusion sanguine.

Syphilis

En 2017, un total de 1701 analyses sérologiques syphilis ont été effectuées au LNS, dont 1391 dans le cadre de demandes de protection internationale, 60 par le service Dropln et 29 par le Centre de Transfusion sanguine de la Croix-Rouge.

Un total de 40 cas a été confirmé, dont 9 demandeurs de protection internationale, 10 clients du centre de transfusion sanguine, et 11 clients du service Dropln de la Croix-Rouge.

Neisseria gonorrhea

Le service MycoBac-ARH a reçu 19 souches pour la surveillance aux résistances antibiotiques et a lui-même isolé 1 souche. Sur les 20 souches testées au total, 15 (75 %) étaient résistantes à la ciprofloxacine, 15 (75 %) étaient intermédiaires à la pénicilline G, et 5 (25 %) y étaient résistantes. Aucune souche n'était résistante, ni au cefixime, ni à la ceftriaxone, ni à la spectinomycine.

En même temps, 421 demandes de PCR ont été traitées, dont 7 étaient positives (1,7 %) et 429 cultures ont été réalisées, dont 1 était positive.

Le service de cytologie a effectué 11.027 tests dont 29 (0,3 %) étaient positifs.

Chlamydia trachomatis

Le service de cytologie a effectué 11.027 tests dont 320 (2,9 %) étaient positifs.
Le service MycoBac-ARH a effectué 552 tests dont 40 (7,2 %) étaient positifs. 75 % des prélèvements provenaient des centres de Planning familial.

Trichomonas vaginalis

Le service MycoBac-ARH a analysés 625 échantillons. La recherche par PCR temps réel, beaucoup plus sensible que l'examen direct, a été positive dans 15 cas, soit 2,4 %.

Mycoplasma genitalium

574 recherches par PCR en temps réel ont été réalisées. La PCR s'est révélée positive dans 16 cas, soit 2,8 %.

HPV – papillomavirus humain

Dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, le service de cytologie a effectué 20.283 tests HPV, dont 4250 (21 %) étaient positifs pour un génotype high risk. Au total, 850 (4,2 %) étaient positifs pour HPV 16, et 406 (2 %) étaient positifs pour HPV 18/45.

Le service de surveillance épidémiologique a démarré un projet de recherche Papillux, financé par le Fonds National de la Recherche, dont le but est d'estimer l'impact du programme de vaccination sur la prévalence des HPV au Grand-Duché de Luxembourg. En 2017, 176 participantes d'une moyenne d'âge de 22 ans ont été recrutées par le Planning Familial ou par des gynécologues de ville. La prévalence de HPV high risk dans cette population était de 34 %. La prévalence de HPV 16 dans cette population ciblée par le programme de vaccination était de 3 %. 59 % des participantes ont déclaré être vaccinées contre les HPV.

Publications réalisées dans le domaine du VIH, hépatites et IST

A. Latsuzbaia et al., "Introduction of liquid-based cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening in Luxembourg.", Diagn. Cytopathol., vol. 45, no. 5, pp. 384–390, May 2017.

7. Activités dans les laboratoires des hôpitaux et les laboratoires privés concernant le VIH en 2017

Laboratoire	Tests non anonymes		Tests anonymes		Total tests	
	Total	Résultats positifs	Total	Résultats positifs	Total	Résultats positifs
Centre Hospitalier de Luxembourg	10.095	189	192	3	10.287	192
Hôpitaux Robert Schuman	6.869	28	0	0	6.869	28
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	1.476	10	64	0	1.540	10
Centre Hospitalier du Nord	2.031	15	27	0	2.058	15
Laboratoires Ketter-Thill	28.883	60	11	Inconnu	28.894	60
Laboratoires réunis	19.583	34	207	0	19.790	34
Bionext Forges du Sud	6.429	8	0	0	6.429	8
Centre de Transfusion Sanguine	24.662	0	0	0	24.662	0
TOTAL	100.028	344	501	3	100.529	347

8. SIDA et toxicomanie 2017

Ce rapport est à considérer comme un résumé des différents services et structures spécialisés dans la toxicomanie et le milieu de la prostitution : **Abrigado, Jugend- an Drogenhellef, Drop-In.**

Tous les services offrent en exclusivité l'échange de seringues. Cet échange représente un moyen pour faire passer les informations essentielles concernant le « Safer Use » et le « Safer Sex ».

Après une diminution constante des échanges de seringues depuis l'année 2010, nous constatons à partir de 2014 un accroissement important des échanges de seringues. Si nous regardons les statistiques de « l'Abrigado », de la « Jugend- an Drogenhellef » et du « Drop-In », nous voyons que ce nouvel accroissement pour 2014 se réfère pour Luxembourg-ville exclusivement à la structure ouverte jour et nuit « Abrigado ». Pour l'année 2015, tous les autres services – sauf le Bas-Seuil de la JDH à Esch – ont une augmentation de plus de 50 % des seringues échangées.

Les centres d'échange : ABRIGADO, DROP-IN (Luxembourg), JUGEND-AN DROGENHELLEF (Lux., Esch, Ettelbruck)

Pour l'année 2017 nous constatons pour tous les services confondus un total de 437 946 seringues distribuées, 14 000 de plus qu'en 2016. Le retour de 406 641 correspond à un taux d'échange de 92 %.

A Luxembourg-ville, le nombre croissant des seringues distribuées à partir de 2016 par « l'Abrigado », par rapport aux services du « Drop-In » et de la « Jugend-an Drogenhellef », peut être expliqué par l'élargissement des offres et des horaires de « l'Abrigado » (service de jour, service de nuit, guichet externe, salle de consommation).

En 2017, parallèlement à l'augmentation du nombre de seringues distribuées au service de jour de « l'Abrigado », une diminution de cette distribution est notée dans les autres services de « l'Abrigado ». De plus, une baisse considérable de seringues distribuées est constatée au Drop-In et au K28, les deux autres services sur le terrain de la ville de Luxembourg.

Une hypothèse possible serait que la consommation de drogues à l'extérieur des structures a augmenté par rapport à la consommation à l'intérieur de la salle de consommation (2016 : 45.449 ; 2017 : 39.298).

A Esch nous retrouvons quasiment les mêmes chiffres qu'en 2016, et à Ettelbruck, où seule la JDH offre un échange de seringues, nous constatons une hausse des chiffres de 50 %, avec un très haut taux de retour.

En ce qui concerne le nombre de visiteurs/clients à « l'Abrigado », l'infrastructure a atteint ses limites. On pourrait penser qu'une grande structure comme « l'Abrigado » attire plus de consommateurs que les petites structures.

En vue d'une prise en charge meilleure de ces nombreux consommateurs (prévention et sensibilisation face aux maladies infectieuses), une décentralisation des structures et services semble être plus adaptée, c.à.d. plusieurs structures de moindre taille.

Le défi, pour les acteurs professionnels sur le terrain, sera de répartir le grand nombre de clients sur les différentes structures envisagées.

Malheureusement, la consommation de drogues illicites a encore lieu en dehors de la structure « Abrigado » et de ses alentours. On doit se poser la question si les places de consommation que « l'Abrigado » met à disposition répondent aux besoins spécifiques des consommateurs de cocaïne.

Ces développements, déjà constatés au cours des dernières années, ont incité le Comité à inviter M. Patrick Klein, chargé de direction, au mois de juin 2017, pour avoir une vue plus détaillée de la situation dans et autour de la structure « Abrigado ».

Plusieurs conclusions ont été tirées après cette réunion :

Après une analyse de la situation de l'infection par VIH chez les UDI (utilisateurs de drogues injectables) au Luxembourg, et en parallèle avec une analyse de la situation actuelle de « l'Abrigado » du CNDS, **le Comité de surveillance du SIDA et le CNDS** arrivent à un nombre de conclusions communes visant à réduire le risque de transmission chez les UDI :

- Trop forte centralisation et ghettoïsation à « l'Abrigado »
- Séparer la salle de consommation et le foyer de nuit
- Diminuer le temps d'attente pour injections, augmentation du personnel à « l'Abrigado »
- Encourager l'inhalation vs l'injection
- Envisager une deuxième salle de consommation en ville pour diminuer le nombre d'usagers à « l'Abrigado » et le regroupement

- Favoriser l'accès aux programmes de substitution, l'accès au dépistage, au traitement (stratégie test and treat), étude pilote PrEP et améliorer le suivi médical de « l'Abrigado »
- Trouver une nouvelle forme de financement pour le travail des médecins et psychologues spécialistes en addictions à « l'Abrigado »
- Diminuer la précarisation et le décrochage social des usagers (63 % sans aucun droit social à « l'Abrigado »)
- Augmentation des possibilités de logement, de cures, de substitution bas seuil et d'activités de réinsertion.
- Programmes de resocialisation, travail, logement
- Augmenter les offres et les modalités de sevrage et de thérapies, l'offre doit être adaptée aux changements de consommation
- Individualiser l'aide en fonction des besoins sociaux (femmes, SDF, classes d'âge, étrangers...)
- Couverture médicale universelle aux soins
- Discordance entre le budget toxicomane et le budget traitement hépatite C : investir plutôt dans la prévention et l'aide sociale
- Evaluation indépendante de la salle de consommation

TABLEAU 1 :
Cumul de l'échange de seringues stériles dans les centres 2008 – 2017

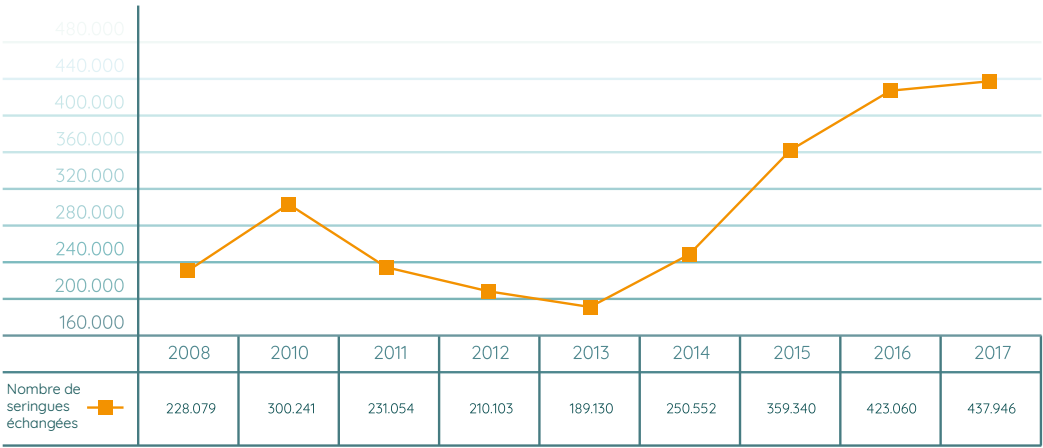


TABLEAU 2 :
Échange et retour des seringues dans les différents centres

		2013	2014	2015	2016	2017
JDH Kontakt 28		17.194	17.203	30.985	20.164	13.438
		14.683	14.730	24.470	17.377	11.798
JDH Contact Esch		6.140	9.465	7.295	10.835	10.801
		5.689	7.502	5.968	9.725	10.384
JDH Contact Nord			279	330	1.425	2.183
			171	288	771	1.915
Croix-Rouge Drop-In		27.519	28.002	49.876	51.571	43.546
		99 %	99 %	48.778	51.571	37.015
CNDS Abrigado services de jour		105.965	157.336	155.706	180.113	218.760
		98.550	148.093	143.200	166.710	204.505
CNDS Abrigado services de nuit		8.681	14.011	14.116	21.637	13.831
		7.993	13.290	12.834	19.943	12.350
CNDS Abrigado Guichet externe					91.866	96.089
					85.859	89.376
CNDS Abrigado Salle de consom.		23.631	24.256	33.633	45.449	39.298

	 seringues distribuées	 seringues retournées
TOTAL 2017	437.946	406.641 (92 %)

Le Dispositif Mobile MOPUD/ x-CHANGE

En 2015 les associations « Jugend-an Drogen-hëllef », « l'Abrigado » et la « HIV-Berodung » se sont associées avec le Dr. Alain Origer, coordina-teur national drogues, et le Dr. Vic Arendt, ancien président du Comité et infectiologue, pour travail-ler sur le concept d'un « dispositif mobile pour usa-gers de drogues ».

Les professionnels du terrain ont constaté une réelle difficulté dans la prise de contact avec la po-pulation toxicomane sans domicile fixe et vivant dans des squats. Par ailleurs, cette population for-tement marginalisée fréquente très peu les centres d'aide déjà existants.

Afin de pouvoir approcher cette population, une in-tervention mobile promouvant le « safer use » et le « safer sex » constituerait un moyen efficace. En ef-fet, le dispositif mobile représente un outil adapté et flexible afin d'aller à la rencontre de cette popu-lation. Il fait suite à une politique de réduction des risques, visant à réduire les risques de transmission du VIH et des hépatites, grâce à des moyens de prévention et d'éducation en période de consom-mation active.

Le concept MOPUD-X/Change a finalement dé-marré en septembre 2017 avec les ressources du personnel disponible à « l'Abrigado », la JDH, l'HIV-Berodung, et la camionnette DIMPS de la Croix-Rouge.

Voici quelques objectifs du dispositif mobile pour éviter les risques de transmission du VIH et des hépatites :

- Une sensibilisation et un accès au dépistage
- Des informations spécifiques sur les risques de transmission
- Accès au matériel de « safer use et safer sex »
- Sensibilisation sur l'abandon des seringues sur la voie publique

- Orientation vers les structures sociales et médicales
- Traitement pour toutes les personnes infectées
- Intégration de l'avis des consommateurs
- Prévention par le biais de « peers » (consomma-teurs stabilisés et fiables)
- Rédaction d'un tract contenant les informations essentielles

Le nombre total de sorties de la Camionnette MO-PUD/X-Change pour la période de septembre à décembre 2017 est de 26. Les sorties ont eu lieu les mardis et jeudis soir de chaque semaine.

Veuillez trouver en annexe une statistique détaillée sur l'échange de seringues, la distribution de lin-gettes, de préservatifs, de papier d'aluminium, le nombre de dépistages, et la répartition entre hommes et femmes.

Les collaborateurs des 3 organisations ont distri-bué un total de 1457 seringues et récupéré un total de 1352 seringues (93 %).

Echange de seringues

	IN		OUT	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mardi	214	28	254	46
Jeudi	604	455	645	472
Total	818	483	899	518
	TOTAL IN	1.301	TOTAL OUT	1.417
	Moyenne/sortie	50	Moyenne/sortie	55

Passages

	Passages	Femmes	Hommes	Nouveau	Non Tox	Sex-Worker
Mardi	160	83	77	6	13	26
Jeudi	392	171	221	9	22	31
Total	552	254	298	15	35	57
Moyenne/sortie	21	10	11	0	1	2
Pourcentage	100	46	54	3	6	10

Distribution

	Lingettes	Préservatifs	Aluminium	Dépistage
Mardi	34	23	2	9
Jeudi	150	81	13	25
Total	184	104	15	34

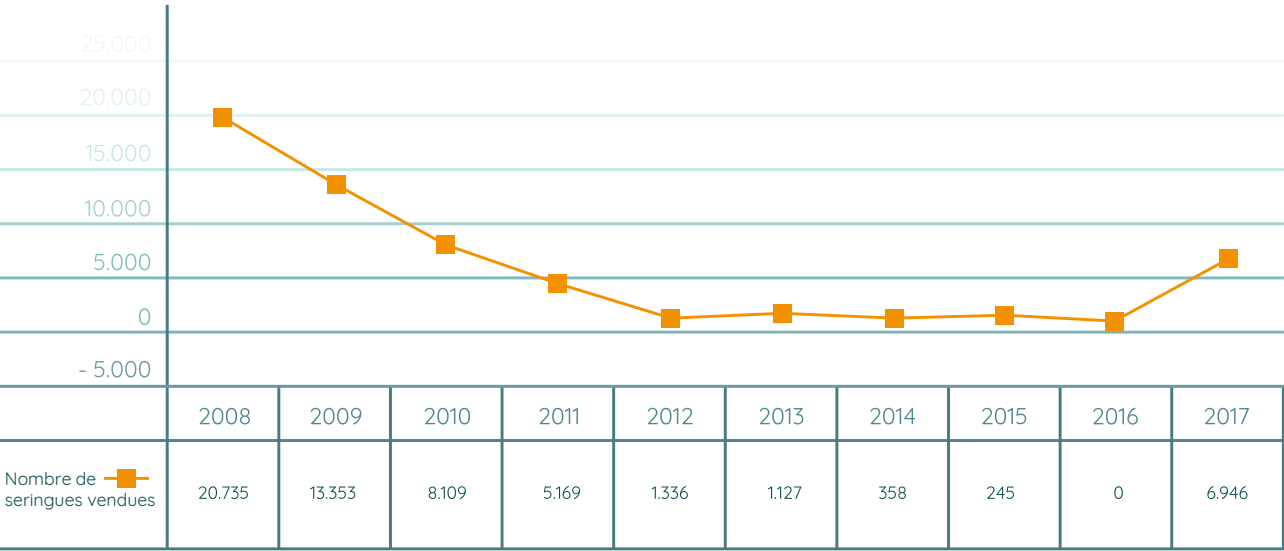
Les distributeurs de seringues
(Emplacements : Luxembourg,
Esch/Alzette, Ettelbruck)

La JDH propose de nouvelles boîtes à seringues (comprenant 2 aiguilles, de l’ascorbine, de l’eau stérile et du désinfectant) au prix d’1 euro. Les parois des distributeurs ont été rénovées (ruban rouge).

A partir de mars 2017 les distributeurs à côté de « l’Abrigado » et à Esch/Alzette fonctionnent très bien, celui à Ettelbruck est en fonction depuis novembre 2017.

Le nombre total de seringues vendues pour la période de mars 2017 est de 6946.

Le distributeur devant « l’Abrigado » est de loin le plus utilisé avec 4810 boîtes vendues. Le distributeur à Esch fonctionne très bien aussi, avec 1867 boîtes vendues. A Ettelbruck 150 boîtes ont été vendues pour les deux mois de fonctionnement.



Contenu d’une boîte à 1 euro

- 1 seringue
- 1 eau
- 1 stericup
- 2 alcool tips
- 2 ascorbine
- 2 aiguilles (0.55/25 ; 0.45/12)



9. Dépistage des demandeurs de protection internationale

La Division de l'inspection sanitaire de la Direction de la Santé procède au contrôle sanitaire systématique des personnes qui demandent une protection internationale (DPI) au Grand-Duché du Luxembourg. Ce contrôle s'effectue conformément à la loi du 18 décembre 2015 relative à l'accueil des demandeurs de protection internationale, qui rend le contrôle médical des demandeurs de protection internationale obligatoire. Pour éviter des problèmes de barrière linguistique, des traducteurs sont présents lors de ces examens.

Ce contrôle consiste en une anamnèse, ainsi qu'un examen médical, une analyse de sang, une radiographie du thorax, ainsi qu'une vaccination en cas de nécessité.

L'analyse de sang comprend un examen sérologique (Hépatite A, B et C, le VIH et la Syphilis), un test de dépistage de la tuberculose (Quantiféron®), ainsi qu'une numération et formule sanguine. Cette analyse est proposée à chaque personne âgée de 14 ans et plus, et peut être refusée, ce qui est d'ailleurs rarement le cas. En cas d'un résultat positif, les personnes en sont informées et un suivi médical est organisé.

Une vaccination, en cas de nécessité, contre les maladies suivantes est proposée : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Rougeole, Rubéole, Varicelle et Oreillons, ceci sur décision médicale. Une carte de vaccination est fournie.

En 2017, 2499 vaccinations ont été réalisées (1321 Boostrix®, 1178 Priorix tetra®)

Chaque enfant âgé de moins de 14 ans se voit proposer un test intradermique pour détecter un éventuel contact avec une tuberculose. Une vaccination est aussi réalisée. Pour que les vaccinations soient par après réalisées selon les recommandations actuellement en vigueur au Grand-Duché du Luxembourg, la famille est invitée à consulter un médecin pédiatre de leur choix.

En 2017, 2358 personnes ont été convoquées pour ces examens au centre médico-social de la Ligue Médico-Sociale à Luxembourg. 1850 personnes sont présentées, dont 190 enfants âgés de moins de 14 ans ; la plupart étaient âgés entre 20 et 39 ans. Chez 374 personnes les résultats de l'examen médical ou des analyses ont rendu nécessaire un examen médical plus détaillé (20,21 %). Ce nombre a nettement augmenté.

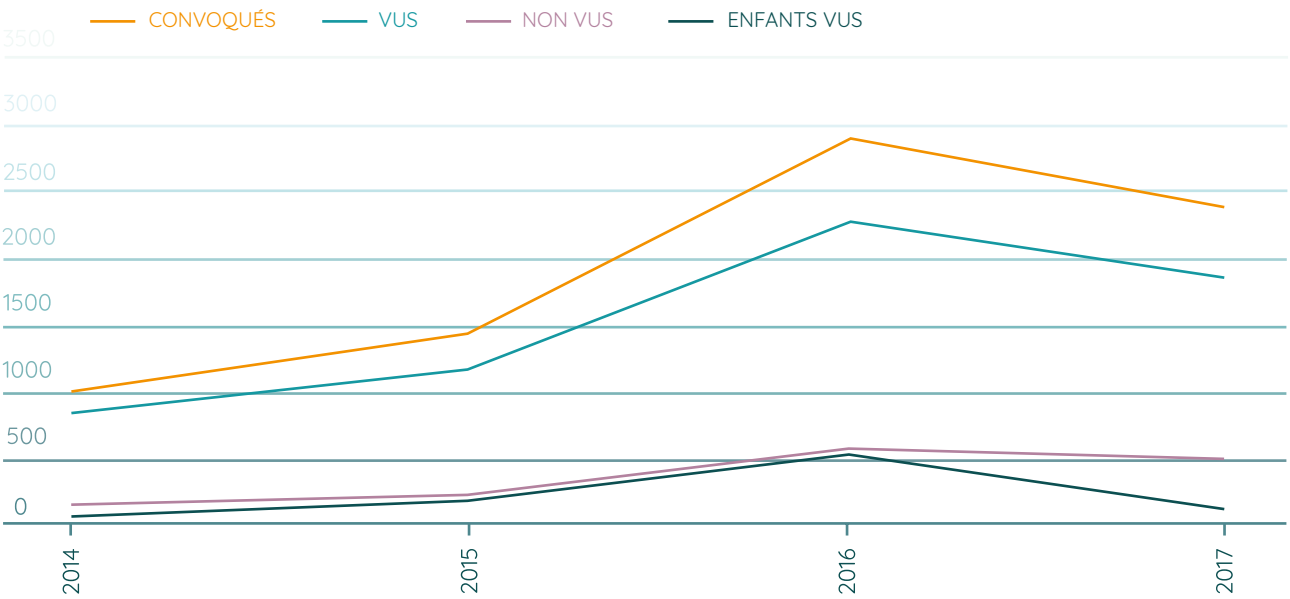
Les personnes présentaient 68 nationalités différentes.

Les pays les plus représentés en 2017 étaient la Syrie (495), l'Erythrée (215), l'Iraq (97), l'Albanie (97) ainsi que le Maroc (90).

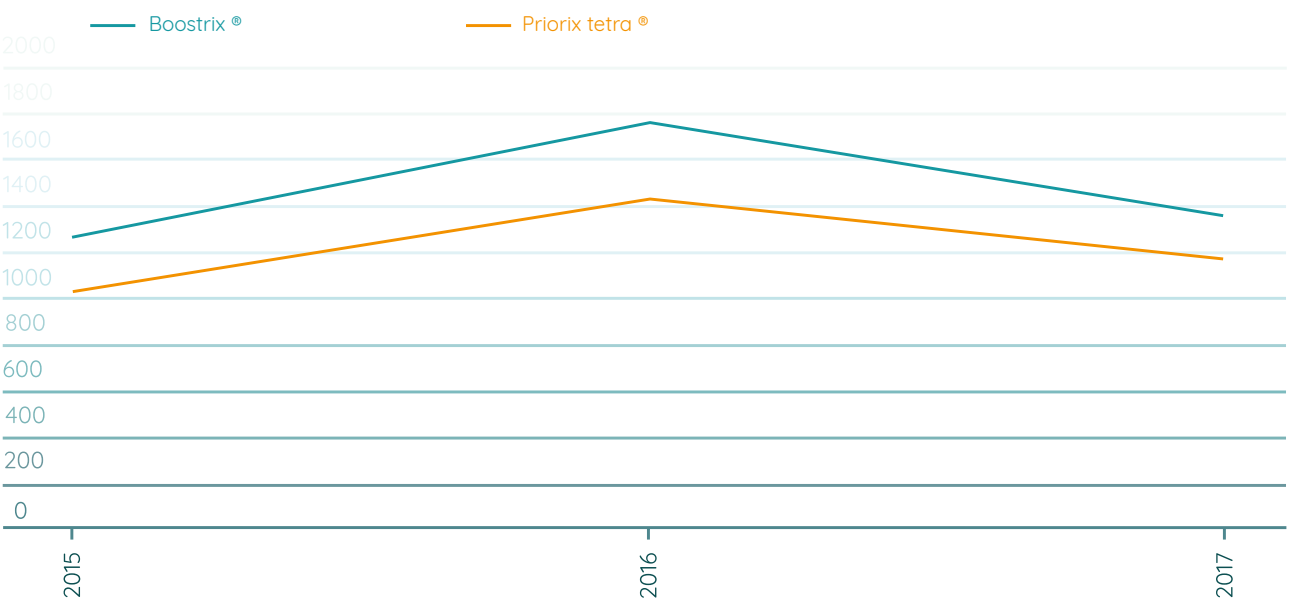
508 personnes ne se sont pas présentées aux examens (21,54 %).

Evolution de la prise en charge des demandeurs de protection internationale :

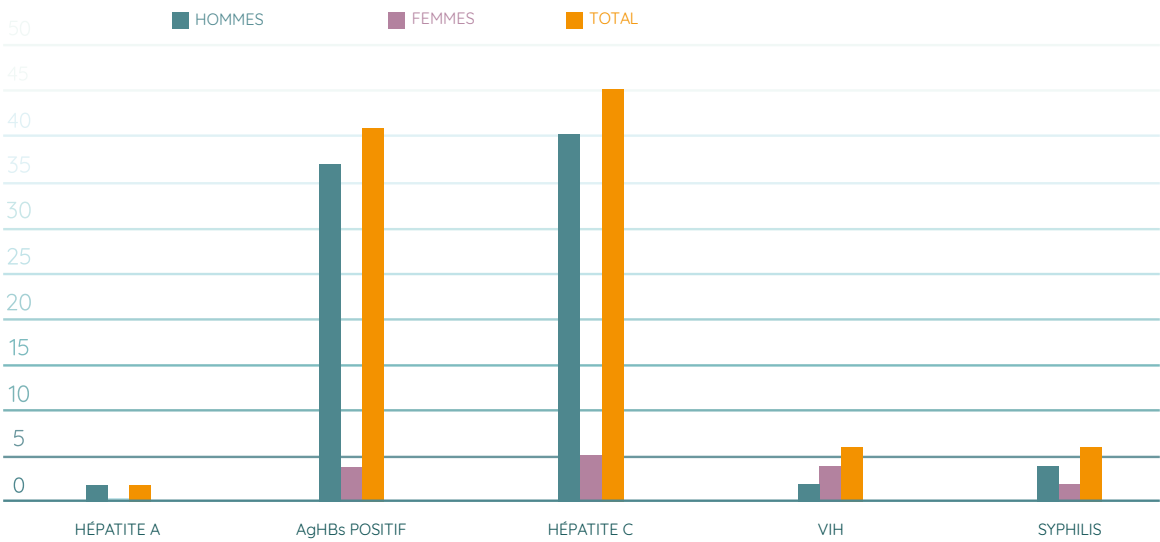
Evolution 2014 - 2017



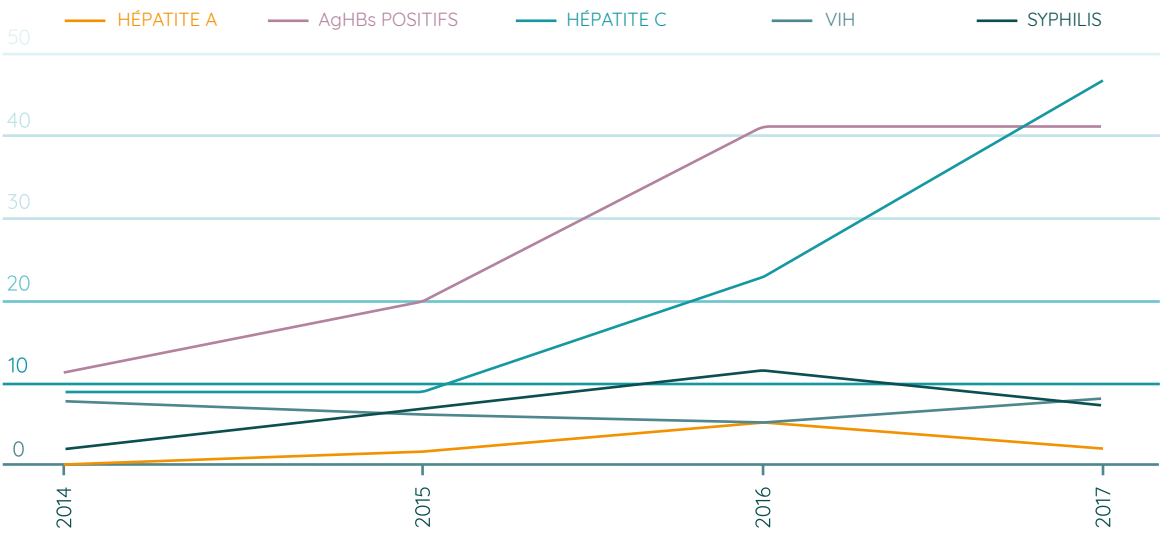
Vaccinations 2015 - 2017



Cas séropositifs

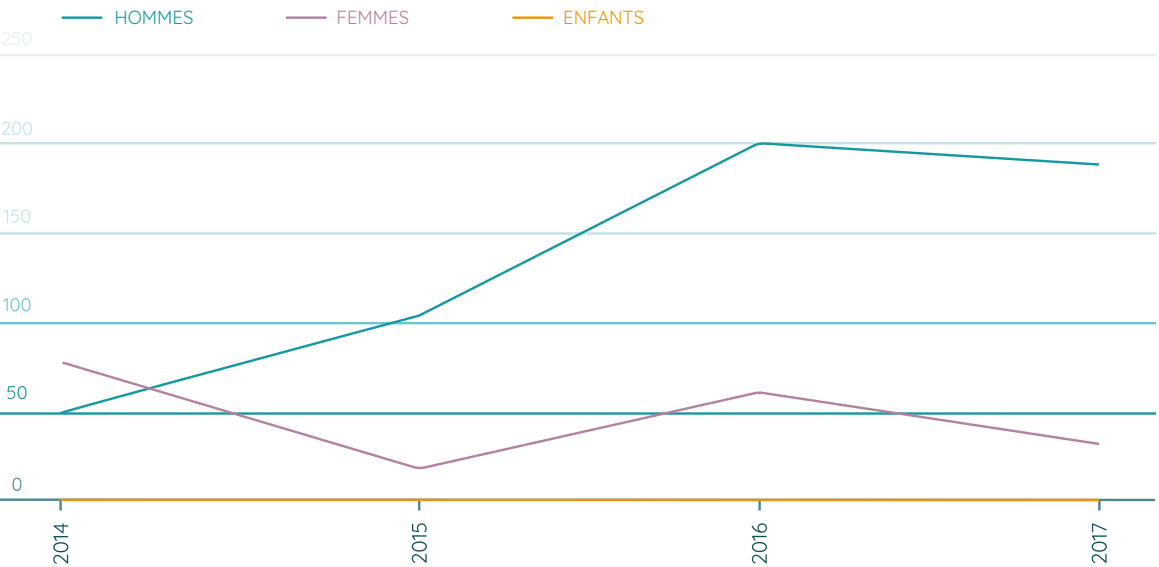


Cas séropositifs 2014 - 2017



223 personnes avaient un test positif pour le Quantiféron®, dont 185 hommes et 38 femmes. Aucun test intradermique ne s'est avéré positif chez un enfant.

Tuberculose latente positive 2014 - 2017



Les cas séropositifs ont augmenté nettement, ceci étant dû à un changement de la population migrante.

10. DropIn de la Croix-Rouge luxembourgeoise 2017

Echange de seringues

Contacts au guichet d'échange : 7.207
Seringues échangées : 43.546

Vaccinations :

14 vaccins Engerix B®

Dépistage des maladies transmissibles

VIH :	70 dépistages/0 cas positif
Hépatite B :	47 dépistages/0 cas positif
Hépatite C :	67 dépistages/0 cas positif
Syphilis :	70 dépistages/2 cas positifs, dont 1 cas ancien (connu par la personne et traité antérieurement), et 1 nouveau cas (traité au DropIn)
Nombre de personnes ayant effectué un dépistage : 73 personnes	

11. Rapport sur le travail effectué en milieu pénitentiaire durant l'année 2017 en vue de prévenir l'infection par le VIH, les hépatites et les maladies sexuellement transmissibles

Epidémiologie

Le test de dépistage du VIH est proposé à tout détenu dès son admission dans un centre pénitentiaire soit à Givenich (CPG), soit à Schrassig (CPL). Un dépistage systématique de la syphilis, des hépatites A, B et C est effectué en même temps.

En 2017, 947 tests ont été effectués pour dépister une infection à VIH. 25 tests ont été positifs. Il s'agit de 21 hommes et de 4 femmes.

16 personnes (13 hommes et 3 femmes) ont été positives pour le VIH et l'hépatite C, et étaient connues pour être des consommateurs de drogues par voie intraveineuse (sauf un homme).

Les 9 autres personnes (1 femme et 8 hommes) ne présentent pas d'hépatite C, ils ne sont pas connus pour avoir consommé des drogues par voie intraveineuse. La contagion est probablement d'origine sexuelle.

En 2017, 4 hommes et une femme ont été testés positifs à VIH pour la première fois au CPL et au CPG.

3 hommes et une femme ont également présenté une hépatite C et étaient connus pour être des consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Un homme ne présente pas d'hépatite C.

Les vaccinations contre l'hépatite B et contre l'hépatite A sont proposées à tous les détenus qui ont présenté une sérologie négative pour l'hépatite B ou pour l'hépatite A.

En date du 31 décembre 2017, 15,2 % des détenus présentaient une hépatite C, 2,2 % étaient porteurs de l'Ag HBS (hépatite B contagieuse), et 2,9 % étaient positifs pour le VIH.

Le traitement de substitution dans les Centres Pénitentiaires

Le traitement de substitution est proposé à tous les détenus qui présentent une dépendance aux opiacés dès leur entrée en prison. Pratiquement tous les morphinomanes acceptent ce traitement. Les détenus ont la possibilité de maintenir le traitement de substitution, ou bien de le diminuer progressivement.

A l'exception des mineurs et des personnes qui restent moins de 24 heures au Centre Pénitentiaire (la prescription d'une substitution est tout à fait exceptionnelle pour ces groupes de personnes), 16 % des personnes incarcérées à Schrassig en 2017 et 17 % des personnes incarcérées à Givenich en 2017 ont bénéficié d'un traitement de substitution.

Au CPL 71 personnes en moyenne par jour recevaient un traitement de substitution en 2017. Au CPG il s'agissait de 6 personnes en moyenne par jour.

Le nombre de patients qui ont suivi un traitement de substitution en 2017 au CPL était de 195 personnes et au CPG de 31 personnes.

Au CPL 175 personnes ont pris la méthadone dont une a également pris de la Suboxone®. 22 personnes ont pris uniquement de la Suboxone®.

Au CPG 29 détenus ont pris la méthadone. 4 détenus ont pris de la Suboxone®.

La dose moyenne pour la méthadone a été de 24 mg par jour, les doses extrêmes étaient de 2 mg et de 100 mg.

La dose moyenne pour la Suboxone® a été de 8.3 mg par jour, les doses extrêmes étaient de 1mg et de 16 mg.

La durée moyenne du traitement de substitution en 2017 a été de 145 jours.

87 patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés vers une autre institution.

58 patients ont arrêté le traitement de substitution pendant leur incarcération.

37 patients sous traitement de substitution ont été transférés du Centre Pénitentiaire de Schrassig à Givenich ou de Givenich à Schrassig.

11 personnes ont recommencé à prendre un traitement de substitution en prison, qu'ils avaient arrêté auparavant.

9 personnes substituées ont été élargies et réincarcérées durant l'année 2017.

L'échange de seringues en milieu carcéral

Depuis le mois d'août 2005 un programme officiel d'échange de seringues pour les détenus toxicomanes a débuté au Centre pénitentiaire de Schrassig. Le détenu demandeur écrit une lettre à un médecin de la prison qui, après une consultation, lui fournit un étui contenant deux seringues à

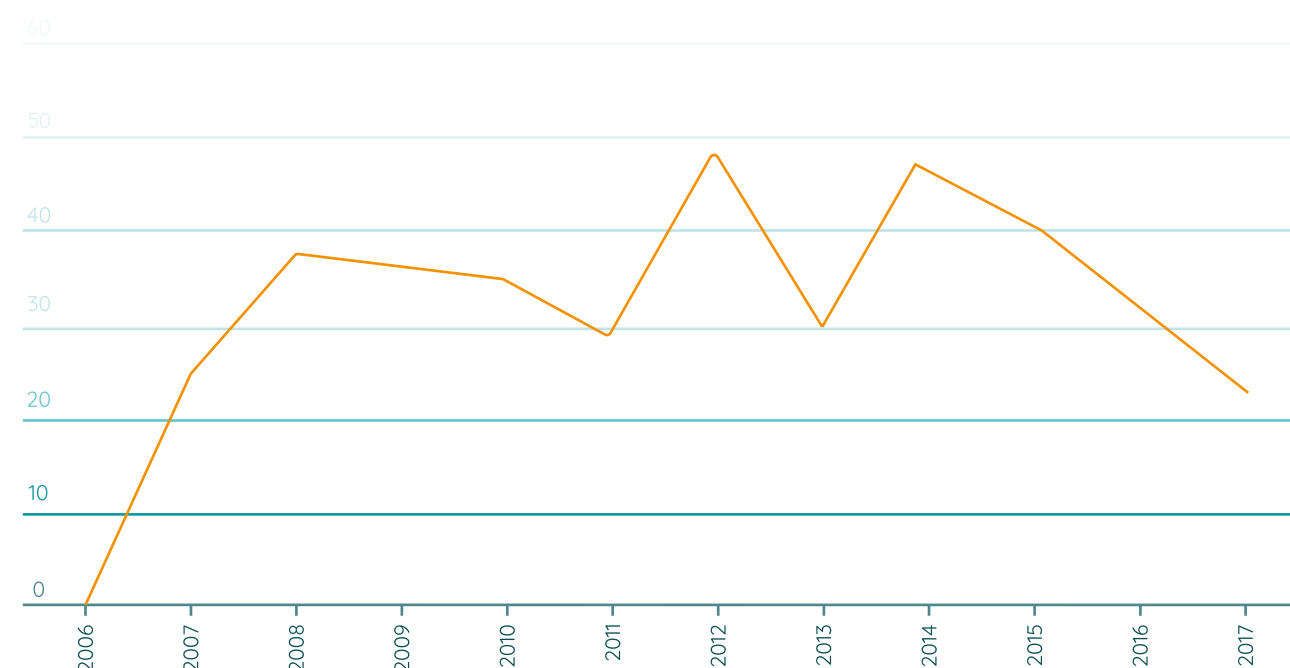
insuline. Les seringues peuvent être échangées dans l'infirmerie par le personnel soignant.

Le détenu chez qui le personnel de garde découvre une seringue dans son étui ne subit pas de sanction. La consommation et la possession de drogue restent bien sûr interdites. Le programme d'échanges de seringues tombe sous le secret médical.

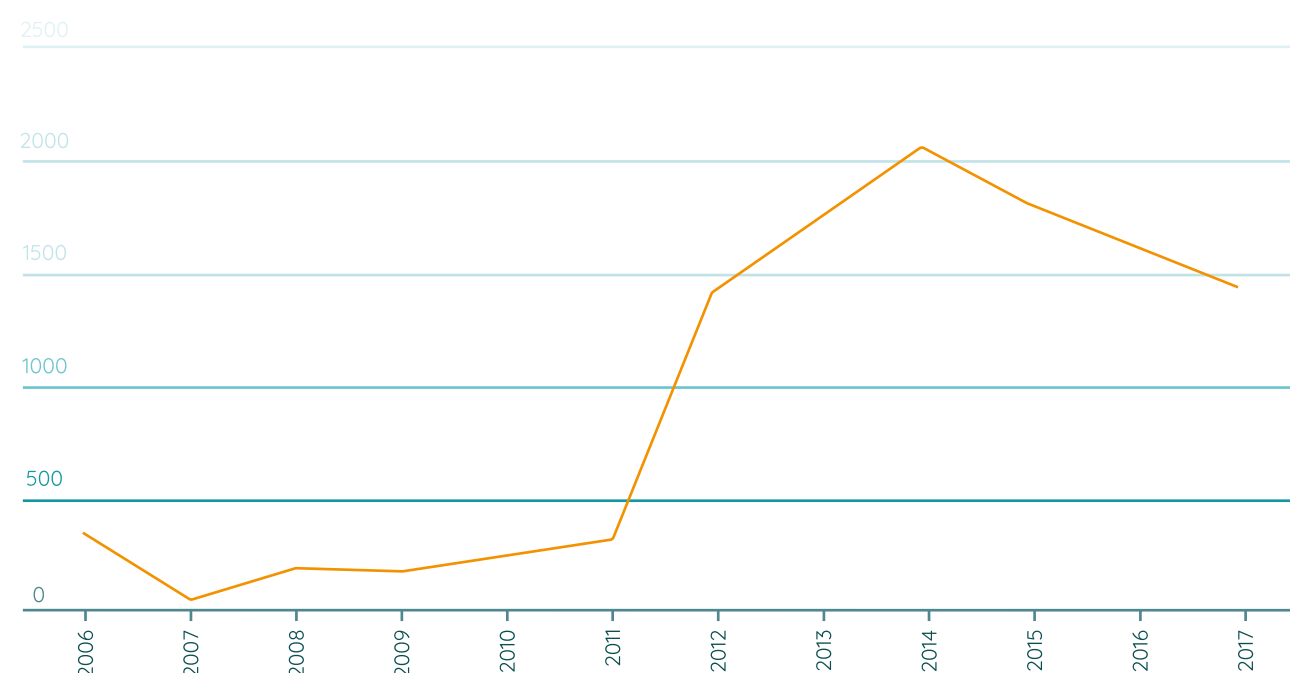
En 2017, 23 étuis ont été distribués dont 2 au CPG. 1.362 seringues ont été échangées au CPL, 10 au CPG. Le 31 décembre 2017, 21 étuis étaient en circulation au CPL.

De l'acide ascorbique, des filtres, des cuillères en inox, de l'eau physiologique stérile, des tampons d'alcool et des petits pansements sont à la disposition en vrac dans les deux infirmeries du Centre pénitentiaire de Schrassig et à l'infirmerie du Centre pénitentiaire de Givenich.

Kits



Seringues



L'accès aux traitements et au suivi médical

Le service médical pénitentiaire dépend du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL).

L'accès aux traitements et au suivi médical, en ce qui concerne les maladies transmissibles, est très facile. En fait, chaque détenu testé positif pour une des maladies transmissibles, notamment pour les hépatites A (aiguë), B (AgHBs positif) et C, ainsi que pour le VIH, la Syphilis et la Tuberculose, est informé par le médecin-généraliste et entre immédiatement dans un fichier de suivi médical. En principe, le détenu passe chez le médecin-spécialiste endéans les 6 premières semaines. En cas d'urgence, la visite peut se faire plus tôt, le cas échéant, le détenu est transféré à l'hôpital. Ceci compte aussi bien pour le Centre Pénitentiaire de Schrassig que pour le Centre Pénitentiaire de Givenich.

Après que tous les résultats (de laboratoire, Fibroscan®, radiographies, et autres) soient disponibles, le médecin décide en commun accord avec le patient de la nécessité d'un traitement éventuel et entame celui-ci. Bien sûr, en cas d'urgence, un traitement peut être entamé de suite. Un suivi médical avec prises de sang, ainsi que des visites médicales régulières sont garantis. Une équipe pluridisciplinaire prend en charge le patient ; en cas de libération de la prison, le traitement lui est donné en principe pour au moins une semaine avec les documents nécessaires pour garantir un suivi extra-pénitentiaire. Des collaborations avec différents services externes à la prison garantissent une prise en charge adéquate extra-muros.

Tous les traitements sont administrés selon les guidelines internationales actuelles. Une DOT (Directly Observed Therapy) peut se faire en cas de nécessité.

Les traitements par DAA (Directly Acting Agents) contre l'hépatite C sont disponibles.

366 personnes ont été vues en consultation médicale spécialisée en 2017, ceci lors de 28 consultations médicales. De plus 187 personnes ont eu un examen non-invasif pour déterminer la fibrose hépatique (Fibroscan®) et 131 personnes ont subi un examen échographique.

Au total, 52 personnes ont débuté un traitement contre une maladie transmissible aux centres pénitentiaires, dont 29 contre l'hépatite C, 3 contre l'hépatite B, 12 contre le VIH, 2 contre la Syphilis, et 6 pour une tuberculose latente.

En ce qui concerne les vaccinations, chaque détenu qui en a besoin, se voit proposer la vaccination nécessaire (notamment les hépatites A et B). Dès le premier vaccin, une carte de vaccination est fournie au patient.

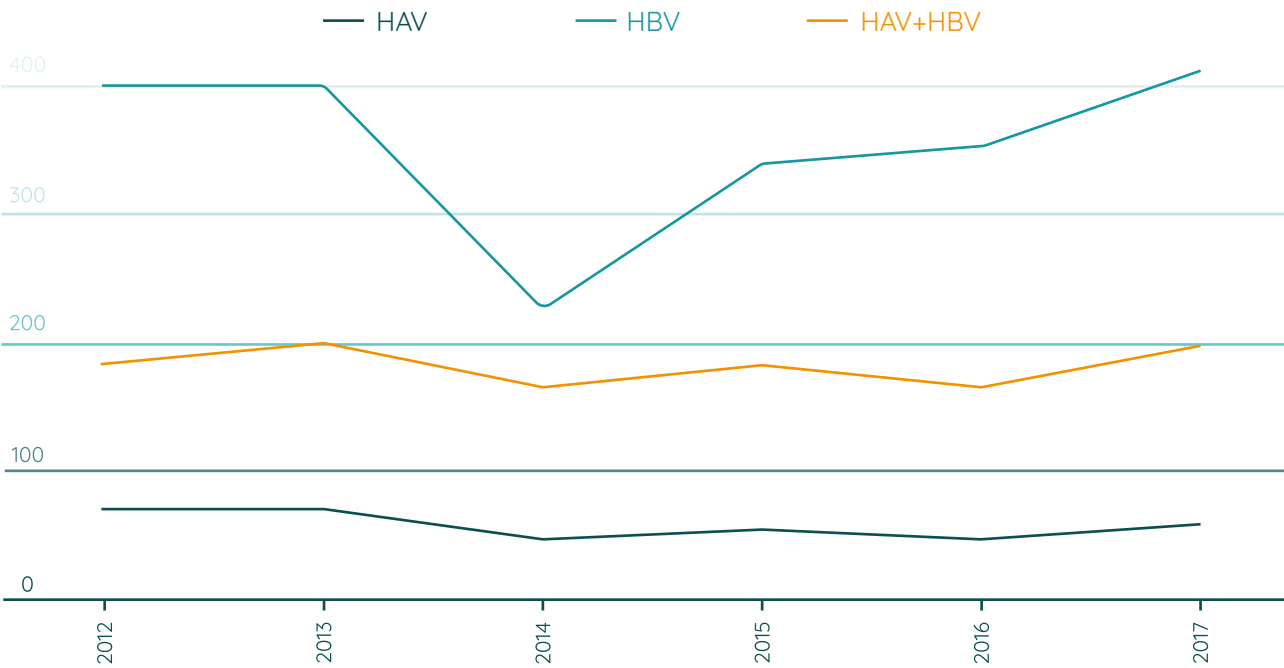
Chaque détenu qui est testé séropositif, aura la possibilité de se faire vacciner contre la pneumonie (toutes les 5 années), ainsi que contre la grippe saisonnière une fois par an.

Voici le nombre des doses de vaccins réalisés en 2017 contre les hépatites A et B :

HÉPATITE A	HÉPATITE B	HÉPATITE A ET B	TOTAL
79	361	200	640

Vaccinations 2012 - 2017

Total = 3244



En date du 31 décembre 2017, 127 personnes avec au moins une maladie transmissible se trouvaient dans les prisons du CPL et du CPG.

Le travail de prévention en prison

Les séances d'informations

Le travail de prévention en prison est fait par le Programme TOX du CHNP et le Service de l'HIV Berodung de la Croix-Rouge Luxembourgeoise. Bien sûr, une personne intéressée peut aussi avoir des informations auprès du service médical, lequel assure surtout la prévention secondaire.

Chaque détenu qui entre à la prison de Schrassig est invité endéans les premières semaines de son incarcération à participer à deux séances d'informations sur les hépatites (séance assurée par un à deux membres du Programme TOX) et le VIH/SIDA (séance en présence d'un membre de l'HIV Berodung et d'un membre du Programme TOX).

424 personnes ont été invitées pour participer aux groupes d'information du VIH / SIDA. 51 groupes ont été organisés et 285 personnes ont participé (taux de participation 67,21 %).

420 personnes ont été invitées pour participer aux groupes d'information sur les hépatites. 50 groupes ont été organisés et 278 personnes ont participé (taux de participation 68,98 %).

La barrière linguistique est un grand problème en prison.

Des entretiens individuels pour avoir plus d'informations sur les différentes maladies sont proposés.

En tout, l'infirmière de prévention du Programme TOX a eu 179 entretiens individuels avec 126 personnes sur les maladies transmissibles.

Projets réalisés en 2017

Organisation et participation à l'activité « Test rapide » pour la journée mondiale du VIH en date du 18 novembre 2017, ensemble avec le service médi-

cal du centre pénitentiaire. 53 intéressés ont participé et 6 tests ont été réalisés ultérieurement.

Participation au développement d'une nouvelle brochure hépatite avec la firme ABB-Vie pour le CPL.

Participation au développement d'une brochure IST pour la clientèle CPG.

Distribution de préservatifs

Des préservatifs sont disponibles dans différents lieux au Centre Pénitentiaire (service médical, programme TOX). Un comptage n'est pas fait. Chaque détenu peut se procurer des préservatifs ainsi que du lubrifiant, tant qu'il le veut.

Distribution de matériel de prévention

Afin de supporter le travail de prévention et de donner la possibilité d'informations supplémentaires aux détenus, des cartes santé et différentes brochures sont disponibles.

Projet « Safe tattoo »

Au mois de mars 2017, un projet « Safe tattoo » a été mis en place au Centre Pénitentiaire de Luxembourg à Schrassig. Ce projet « Erasmus + » est un projet de pair par pair et donne la possibilité de se laisser faire un tatouage dans des conditions d'asepsie, et éviter ainsi la transmission d'une maladie contagieuse par voie sanguine comme le VIH et l'hépatite B et C.

Ce projet est soumis à une réglementation stricte.

Des détenus intéressés peuvent faire une demande de devenir tatoueur officiel et doivent suivre des formations, aussi bien en matière de tatouage qu'en matière d'hygiène. La formation sur l'hygiène comprend aussi des informations sur les différentes maladies transmissibles et est suivie d'un test.

Après la réussite du test, le tatoueur peut réaliser des tatouages avec du matériel professionnel mis à disposition par la prison dans des localités prévues à cet effet et sous surveillance d'un membre du personnel infirmier.

Depuis la mise en place du projet, 9 tatoueurs ont été formés, actuellement il y en a 7 qui sont actifs.

69 personnes ont eu un tatouage.

Pour réaliser les tatouages, 115 rendez-vous ont été pris avec 322 heures de tatouage en tout.

Le projet est actuellement unique au monde et sera poursuivi en 2018.

Conférence internationale

En date du 29 et 30 juin 2017, une conférence internationale a eu lieu à Luxembourg sur les mesures de réduction des risques en milieu pénitentiaire.

Cette conférence a été organisée par la Direction de la santé, dont un inspecteur sanitaire de la Division de l'inspection sanitaire fait partie d'une action jointe européenne nommée HA-REACT (www.hareact.eu).

Cette action jointe a été mise en place dans le contexte de la prévention et de la réduction des risques du VIH et des co-infections.

Un groupe de travail s'occupe de la situation en prisons et les pays ciblés sont la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie et la République Tchèque. Les partenaires de l'action jointe essaient de soutenir ces cinq pays dans leurs démarches pour intégrer des programmes de réduction des risques dans leurs prisons (traitement de substitution des opiacés, programmes de mise à disposition de préservatifs, programmes d'échange de seringues, programme de safe-tattoo, etc.), ainsi que des mesures de « test and treat ».

Le Luxembourg étant un pays phare en Europe en matière de réduction des risques en milieu pénitentiaire, il a été décidé parmi les responsables de l'action jointe d'organiser cette conférence au Grand-Duché.

La conférence a été présidée par M. Patrick Hoffmann, inspecteur sanitaire à la Division de l'inspection sanitaire, et le Professeur Heino Stöver de l'Université de Francfort.

Lors de cette conférence quelque 60 délégués de 13 pays ont été accueillis au Luxembourg. Les discours ont été présentés par des membres des services suivants :

- Ministère de la Justice
- Service médical pénitentiaire du CHL
- Service national des maladies infectieuses du CHL
- Service médical psychiatrique du CHNP
- Programme TOX du CHNP
- HIV Berodung de la Croix-Rouge
- Jugend- an Drogenhëllef
- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) de Stockholm

La présence de Madame la Ministre de la Santé Lydia Mutsch et de Monsieur le Ministre de la Justice Felix Braz constituait une plus-value pour la conférence.

Une visite de la prison de Schrassig (CPL) a fait partie intégrante du programme, et des précisions sur le fonctionnement de la prison, le service médical pénitentiaire et le service psychiatrique ont été données par la direction du CPL, des gardiens et des membres des deux services médicaux.

A la fin de la conférence, les délégués se sont mis d'accord sur le « Luxembourg Paper » qui reprend des recommandations servant à implémenter des programmes de réduction des risques dans une prison.

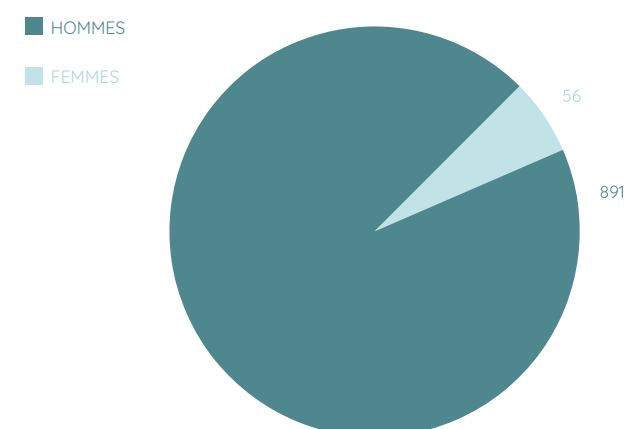
La conférence a connu un grand succès et il faut remercier encore une fois tous les intervenants pour leur énorme soutien.



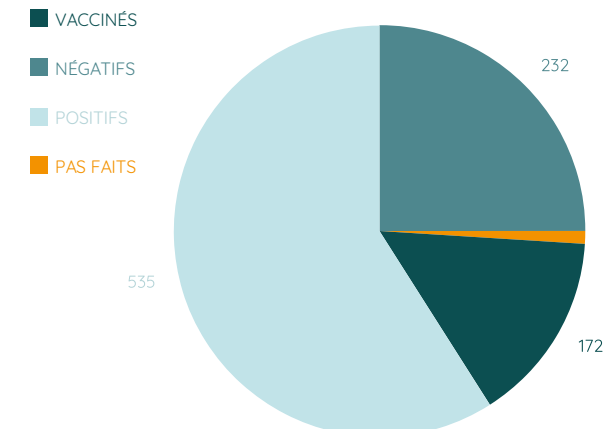
Photo des participants à la conférence

Résultats des sérologies des hépatites virales A, B et C, de l'infection VIH et de la syphilis pratiquées dans les prisons luxembourgeoises en 2017 (Total des personnes : 947)

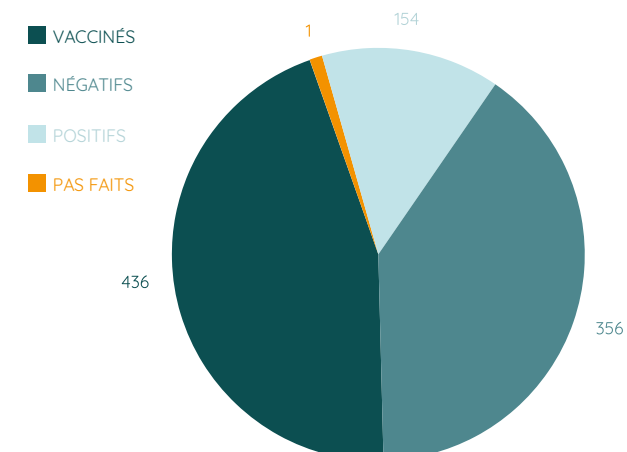
Sexe (n=947)



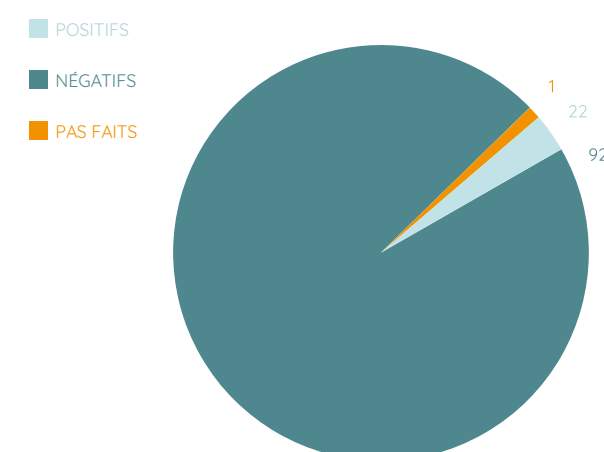
Hépatite A (n=947)



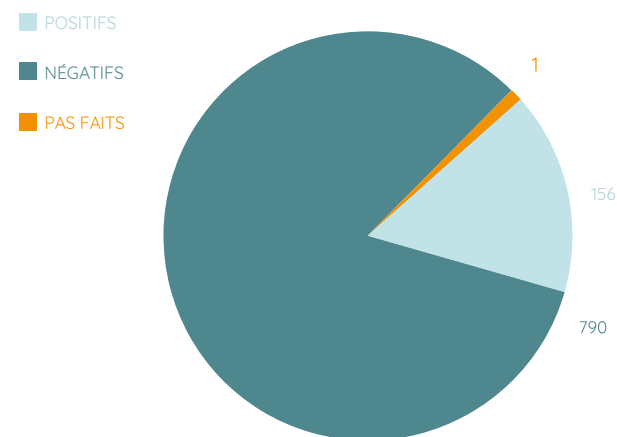
Hépatite B (n=947)



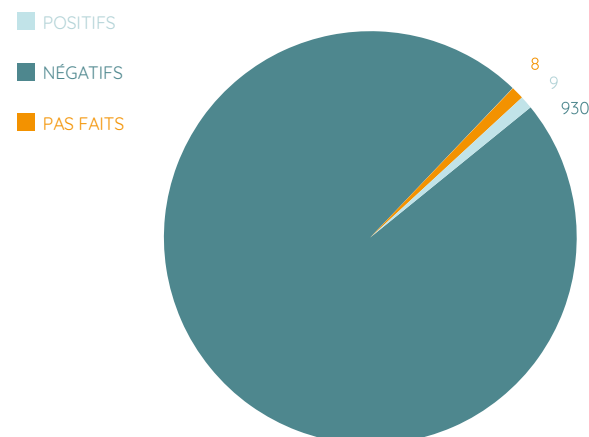
AgHBs (n=947)



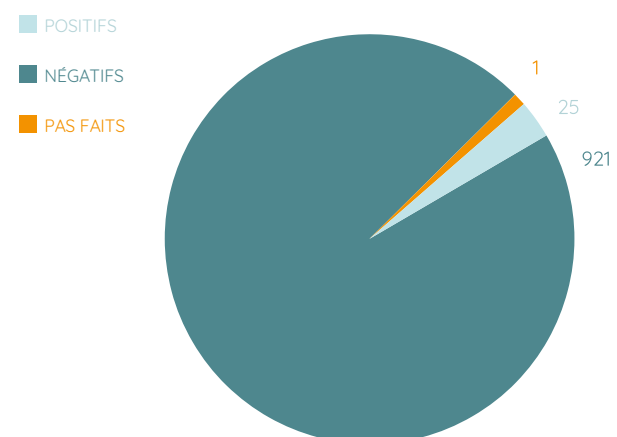
Hépatite C (n=947)



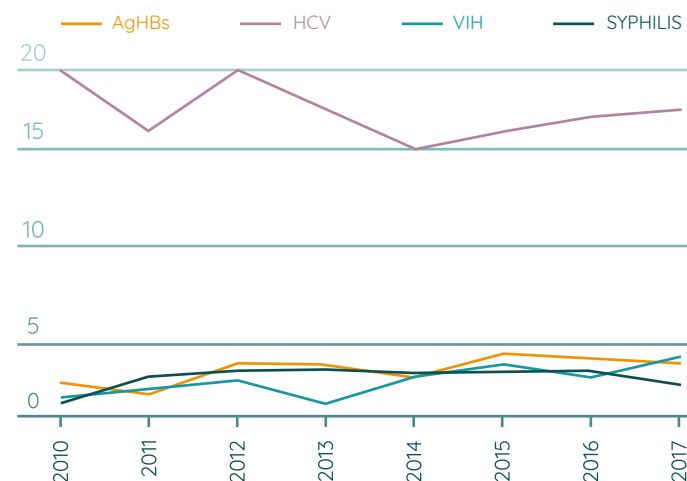
Syphilis



VIH (n=947)



Tendances 2010 – 2017 (en %)



12. Les autotests VIH seront bientôt disponibles au Luxembourg

Les tests rapides à orientation diagnostique sont recommandés par le Comité de surveillance du SIDA pour accélérer le dépistage et la mise sous traitement, pour le bénéfice du patient et éviter la transmission à une autre personne. Les tests rapides VIH ne sont pour l'instant pas encore disponibles en vente libre (autotests VIH) au Luxembourg. Le Ministère de la Santé a annoncé en mars 2018 qu'une modification de la législation autorisant les autotests dans les pharmacies devrait être finalisée avant l'été et que les autotests seraient ainsi disponibles dans le pays pour la fin de l'année. Le comité de surveillance du SIDA a donné un avis positif pour la vente de ces autotests en pharmacie depuis septembre 2016, et a émis une fiche d'information afin de mieux guider les utilisateurs luxembourgeois. L'autotest représente un outil supplémentaire de dépistage aux tests déjà disponibles, ciblant une population qui recherche plus de discrétion afin de réaliser le test à domicile en toute confidentialité. Ils ciblent, par exemple, les personnes qui vivent une sexualité cachée. On estime que 650 tests seraient vendus par semaine en France et que 40 % des personnes utilisant les autotests sont homo- ou bisexuelles. Etant donné la commercialisation des autotests en France, en Belgique et sur internet, les membres du Comité de surveillance du SIDA estiment qu'il est bon d'autoriser la commercialisation au Grand-Duché tout en précisant que les dépistages du VIH doivent être prioritairement réalisés dans des lieux encadrés, tels que les laboratoires, hôpitaux, le Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé Sexuelle de la Croix-Rouge (DIMPS), ou dans tout autre service habilité à réaliser des dépistages.

Comment les tests rapides VIH fonctionnent ?

Ce sont des tests rapides d'orientation diagnostique basés sur la détection des anticorps VIH -1 et VIH-2, sans prescription médicale, sous forme d'un kit. Ce

sont des tests rapides identiques aux tests de grossesse, très simples à utiliser, et rapides (minimum 15-20 minutes), avec une réponse « oui », « non », ou « indéterminée ». Le prélèvement et l'analyse se fait par la personne souhaitant se faire dépister.

A qui s'adressent les autotests ?

- L'utilisation des autotests est recommandée par le Comité de surveillance du SIDA, pour toutes personnes ne souhaitant pas réaliser un test de dépistage par voie classique chez un médecin, un laboratoire, au Centre hospitalier, ou encore une structure offrant des tests rapides de dépistage à orientation diagnostique, tel que le service HIV Berodung de la Croix-Rouge.
- Le dépistage du VIH par autotest s'adresse à toute personne ayant vécu, au cours de sa vie, un risque d'infection au VIH, et ce dans un délai supérieur à 3 mois.

Est-ce que les résultats sont fiables ?

Oui, très bonne spécificité, mais moindre sensibilité (98-99 %) sur prélèvement sanguin par rapport aux tests de laboratoires (99-100 %), s'il est utilisé dans la fenêtre d'utilisation par rapport à la prise de risque (3 mois), car plus tôt il y a un risque d'absence d'anticorps. En résumé, le résultat du test est fiable si celui-ci est réalisé plus de 3 mois après le dernier risque d'infection au VIH.

Les tests en laboratoire sont des tests Elisa combinés dits de 4^{ème} génération qui détectent en même temps les anticorps IgG, IgM (anti-VIH-1 et anti-VIH-2) et l'antigène p24. Ils sont plus sensibles, les tests de 4^{ième} génération en laboratoire sont ainsi fiables à partir de 6 semaines d'infection.

Si le risque date de moins de 3 mois et de plus de 6 semaines, il est conseillé de se rendre chez un médecin et/ou de réaliser une analyse sanguine anonyme et gratuite dans un des différents centres de dépistage repris à la fin de ce document.

Si le risque date de moins de 72h, il est conseillé de se rendre sans tarder au Service National des Maladies Infectieuses du CHL, 4 rue Barblé, Luxembourg-Strassen.

Que faire si le résultat du test est négatif ?

- Le résultat négatif réfère à la situation 3 mois avant la réalisation du test. Si le risque remonte à moins de 3 mois, il est nécessaire de refaire un test dès que ce délai sera respecté.
- Si le délai des 3 mois est respecté et que le marqueur contrôle du test négatif est présent, il n'est pas nécessaire de refaire un test de confirmation. Le test est négatif, il n'y a pas d'infection au VIH.

Attention, un résultat négatif au test ne protège en aucun cas d'une possible infection et ne déresponsabilise pas la personne pour ses comportements futurs !

Que faire si le résultat du test est positif ?

Si le marqueur d'une réaction positive apparaît, il est nécessaire de contacter au plus vite le Service National des Maladies Infectieuses au Centre Hospitalier de Luxembourg, au 4411 3091 ou au 4411 8348 (24/24) et de refaire le test en laboratoire.

Ainsi, les conseils du pharmacien et de la notice explicative doivent être respectés et l'utilisateur doit être bien prévenu de la possibilité de faux négatifs (si le test est réalisé trop tôt et qu'il n'y a pas encore d'anticorps, la personne s'estime négative et risque d'infecter d'autres personnes) et de faux positifs : la probabilité d'un résultat faussement

positif est de 0,2/1000, ce qui peut arriver, et si la personne n'est pas bien informée sur ce risque, cela pourrait amener à une situation alarmante.

Lorsque la commercialisation des autotests de dépistage du VIH sera autorisée au Luxembourg, le Comité estime qu'il faut un encadrement de cette commercialisation :

- Cette vente ne devrait avoir lieu qu'en pharmacie : lieux dans lesquels les personnes peuvent recevoir un conseil personnalisé, et non pas en grandes surfaces
- Les pharmaciens doivent recevoir une formation sur les autotests
- Des brochures devraient être réalisées et mises à disposition en pharmacie
- Un listing des recommandations doit être réalisé : par exemple, pour la vente aux mineurs d'âge
- Les informations contenues sur la notice d'utilisation de l'autotest doivent être adaptées au Luxembourg : des références ou des sites internet doivent être indiqués (Ministère de la Santé, service HIV Berodung de la Croix-Rouge, Centre Hospitalier- service des maladies infectieuses)

En conclusion, si une société pharmaceutique souhaite vendre des autotests au Luxembourg, elle doit adapter sa notice.

Au Luxembourg, la mise sur le marché des autotests est réglementée par le Règlement grand-ducal du 24 juillet 2001 relatif aux dispositifs médicaux qui transpose la directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

13. La syphilis au Luxembourg

Bien que la syphilis soit une maladie à déclaration obligatoire au Luxembourg, le nombre de cas déclarés par les médecins, même s'il a plus que doublé depuis 2010, reste largement en-dessous du nombre de cas traités. En 2017, 23 cas ont été déclarés à la division de l'inspection sanitaire du ministère de la santé, soit 4,5/100.000 habitants. Avec cette incidence, nous nous trouvons en-dessous de la moyenne européenne, qui est de 6,1/105. La variabilité est grande entre pays européens et semble plus dépendre des modalités de déclaration que de la fréquence réelle de la maladie. A titre d'exemple, l'incidence au Danemark a plus que doublé de 2014 à 2015, du fait que le pays est passé d'une déclaration par les médecins à une déclaration combinée par les médecins et les laboratoires. De ce fait la complétude des déclarations serait passée de 50 à 95 %. D'autres pays n'ont pas de déclaration obligatoire mais se basent sur des sites sentinelles, ce qui ne permet pas de calculer des incidences, mais permet au moins de suivre des trends dans des populations clés particulièrement exposées ou chez les femmes enceintes. La benzathine pénicilline G (BPG) ou pénicilline retard est le traitement de premier choix de la syphilis et l'infection à *Treponema pallidum*, ssp *pallidum*, en est la principale indication. Nous avons combiné la déclaration par site sentinelle (le service national des maladies infectieuses, SNMI) avec l'analyse des cas déclarés au ministère de la santé (Misa) de façon pseudonymisée pour améliorer la complétude des données. En parallèle, nous avons évalué la consommation totale de LentocillineR dans le pays comme substitut du nombre de cas de syphilis diagnostiqués et traités au Luxembourg en 2017, pour voir si ce marqueur pouvait améliorer les estimations.

La consultation infirmière de maladies infectieuses du CHL s'occupe de dépistage VIH et d'infections sexuellement transmissibles (IST), de suivi biologique et de conseils aux personnes vivant avec le virus VIH, de prophylaxie post-exposition au VIH, mais aussi de l'administration d'antibiothérapies intraveineuses et intramusculaires pour des patho-

logies diverses et notamment pour la syphilis. Ce service est également utilisé par des médecins externes au CHL qui adressent parfois leurs patients, en particulièrement pour l'administration de la Pénicilline retard, pas toujours disponible dans les pharmacies et difficile d'administration. De ce fait, nous avons observé une nette augmentation de ces traitements ces dernières années, sans qu'elle n'ait été chiffrée avec précision.

Nous avons analysé de façon rétrospective les cas de syphilis traités au CHL de même que les doses de BPG utilisées, toutes indications confondues et spécifiquement pour infection à *T. pallidum* en 2017.

Nous avons par ailleurs obtenu le nombre total de doses de LentocillineR distribuées par les grossistes en 2017 dans le pays et à la pharmacie du CHL. A partir du nombre de cas traités au SNMI et de la proportion de doses utilisées pour la syphilis par rapport au total, nous avons fait une extrapolation du nombre de syphilis traitées par BPG dans le pays.

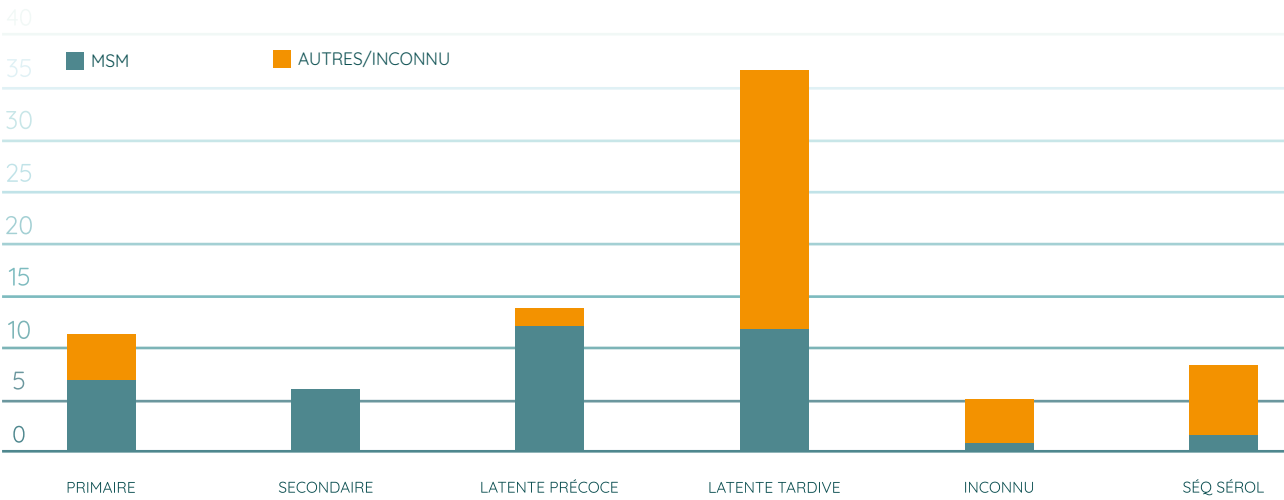
Nous avons également fait une analyse des stades cliniques et des motifs de dépistage et essayé de corréliser les stades cliniques à l'orientation sexuelle, si elle était connue et au titre d'anticorps mesurés par le VDRL.

Résultats :

65 séries d'injections ont été faites chez 61 patients au CHL en 2017. En comparant, après pseudonymisation, les cas du CHL et les cas déclarés au MiSa, nous sommes arrivés à un total de 81 cas.

Le rapport homme/femme était de 10/1 : 73 hommes, 7 femmes (1 non rapporté). Les stades cliniques se répartissent comme suit : 11 syphilis primaires, 6 syphilis secondaires (roséoles, condylomes), 14 cas de latence précoce, 37 cas de latence tardive, 8 séquelles sérologiques et 5 pour lesquelles cette information n'était pas disponible.

Au total donc, 31/81 (38 %) cas sont des syphilis précoces, 37/81 (46 %) sont des formes latentes tardives. Il est à noter qu'il n'y a pas lieu de déclarer des séquelles sérologiques puisqu'elles ne rentrent pas dans une des catégories de définitions de cas. Les orientations sexuelles étaient : 40 HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), 24 hétérosexuels, 17 inconnu (info non disponible).



Les motifs du test étaient : lésions cliniques de syphilis 1aire ou 2aire : 19 (23,5 %) ; dépistages proposés systématiquement dans le cadre de : a) co-infection VIH 23 (28,4 %), b) dépistage d'IST ou

31/81 (38 %) étaient infectés par VIH, 38 ne l'étaient pas, et pour 12 l'information n'était pas disponible.

Une corrélation très forte existe entre l'orientation sexuelle HSH et l'existence d'une forme précoce/récente de syphilis : 25/40 versus 6/41 (p < 0,00001).

suivi de patient sous PrEP : 10 (12,3 %), c) incarcération : 8 (10 %), d) migrants/demandeurs de protection internationale : 6 (7,4 %), e) grossesse ou FIV : 6 (7,4%), inconnu : 8 (10 %).

Motif test	N	%
Clinique	19	23,5
Screen VIH +	23	28,4
Screen prison	8	10
Screen migrants/dpi	6	7,4
Screen gynéco	6	7,4
Screen IST/PrEP	10	12,3
Screen don sang	1	1
Inconnu	8	10
TOTAL	81	

Le nombre de doses utilisées au CHL était de 480 doses, dont 84,6 % pour des cas de syphilis, contre 15,4 % pour 6 patients avec d'autres pathologies chroniques (2 érysipèles récurrents, 4 patients sous Eculizumab).

Le nombre total de doses de LentocillineR distribuées en 2017 au Luxembourg était de 620, dont 514 pour le CHL (83 %) et 106 (17 %) pour d'autres hôpitaux et officines. En supposant que les indications soient comparables à celles au CHL, on peut extrapoler à un nombre supplémentaire de 14 cas de syphilis hors CHL. Le nombre total estimé de cas de syphilis traités par BPG au Luxembourg serait donc de 75 cas pour 580.000 habitants, soit 13,4/105 hab. On peut supposer que quelques 5-10 % de patients supplémentaires aient été traités par des médicaments alternatifs, comme la Doxycycline, l'Azithromycine ou la Ceftriaxone à cause d'allergie à la pénicilline, refus de traitement par injection ou d'autres raisons. Le nombre

total de cas traités devrait donc être de ± 78-82 cas/585.000 habitants, soit 13,5/105. Ceci nous amène au niveau du Danemark, pays rapportant le nombre le plus élevé de cas en Europe.

Conclusion :

Le nombre de cas traités au Luxembourg est 3 fois plus élevé que le nombre de cas officiellement rapportés au ministère. Le nombre total estimé de cas de syphilis traités au Luxembourg serait donc de 78 cas pour 580.000 habitants, soit 13,4/105 hab. Le nombre de cas estimé par habitant est similaire à celui déclaré par le Danemark, rapportant le nombre le plus élevé de cas en Europe.

L'épidémie de syphilis actuelle touche beaucoup de HSH et de PVVIH, même si un biais de sélection existe, du fait du screening fréquent pour IST dans ces groupes.

14. La PrEP au Luxembourg

Depuis la fin 2016, la consultation pilote PrEP (prophylaxie préexposition) du service national des maladies infectieuses (SNMI), fait partie des outils mis en œuvre au Luxembourg pour renforcer les efforts de prévention. La PrEP permet aux personnes à haut risque qui n'utilisent pas systématiquement des préservatifs de réduire leur risque d'infection en prenant des médicaments antirétroviraux soit de manière temporaire, soit en continu, en fonction de leur comportement sexuel.

Si on en croit les études Proud et Ipergay, réalisées en Angleterre et en France respectivement, l'usage du Truvada (combinaison de Tenofovir et Emtricitabine) ou de ses génériques, pourrait amener une **réduction du risque d'infection d'environ 85 %** aussi bien en cas d'utilisation continue du médicament qu'en cas d'une prise temporaire, évidemment à condition d'une adhérence rigoureuse aux modalités du traitement. Dans des études plus anciennes, insistant moins sur la bonne adhérence au traitement, les taux de protection étaient nettement moins bons, de l'ordre de 50 % (iPrEx par exemple).

Après la France et la Norvège, le Luxembourg, à partir d'avril 2017, a été le troisième pays de l'UE, ex aequo avec l'Ecosse, à prendre en charge le coût de la PrEP. La Belgique, le Portugal et l'Allemagne ont suivi peu après. Déjà avant la décision d'autoriser le remboursement, certains patients luxembourgeois avaient commencé le traitement en prenant à leur charge le coût de 500 euros par mois respectivement de 50 euros au cas où le médicament est acheté en Asie via des pharmacies en ligne.

Néanmoins, **la PrEP n'est pas appelée à remplacer le préservatif, mais à venir en complément des autres moyens de prévention. Car aucun moyen n'est sûr à 100 %.** Pour pouvoir en bénéficier, il faut remplir des critères spécifiques, concernant le type d'exposition à risque, l'âge, le statut sérologique.

L'analyse des résultats au 31 mars 2018, couvrant donc la première année de PrEP au Luxembourg, vient d'être réalisée. Voici les principaux résultats :

56 patients au total ont consulté pour s'informer sur la PrEP et **49 patients ont débuté** ce traitement, 3 patients ont décidé de ne pas prendre ce traitement et 4 sont en attente de démarrage.

Un peu **plus de la moitié ont opté pour la prise quotidienne**, alors que les autres préfèrent la prise à la demande au moment des expositions à risque. 12 patients avaient déjà commencé avant le remboursement officiel. Les demandes sont fluctuantes, avec entre 3 et 8 nouveaux patients par mois, peut-être en rapport avec des articles dans la presse.

Jusqu'à présent la PrEP n'est utilisée que pour l'exposition sexuelle au VIH, pas encore pour l'exposition parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. On compte 1 femme pour 55 hommes. La **grande majorité** sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (**HSH/MSM**) ; **5 personnes font partie de couples séro-discordants** (partenaire infecté par le VIH).

Parmi les 49 personnes ayant débuté la PrEP, le nombre de partenaires différents est rapporté pour 43 d'entre eux. Il est de 17,2 en moyenne (1-50), avec une médiane de 12. Le nombre de partenaires avec des rapports non protégés est en moyenne de 4,4 avec une médiane de 2.

Aucun de cas de transmission de VIH n'a heureusement été constaté jusqu'à présent, mais nous avons peu de recul.

Autres IST : A l'enrôlement, 13/47 (28 %) ont des traces sérologiques de syphilis, alors que près de 40 % ont déjà eu des urétrites à gonocoque ou chlamydia.

Jusqu'à présent, **16 patients sur les 49 sous PrEP ont présenté au moins un épisode d'IST** (infection sexuellement transmise) (5 syphilis, 7 gonorrhées et 7 infections à chlamydia).

Ces chiffres sont d'interprétation difficile : ils témoignent du fait que les patients qui ont débuté une PrEP ont effectivement un risque élevé d'exposition à des IST. Le chiffre peut paraître élevé mais il faut dire que nous pratiquons des recherches systématiques trimestrielles par prise de sang et prélèvements génitaux, rectaux et oraux, même si une grande partie de ces épisodes ne sont pas symptomatiques. D'un autre côté, la durée de suivi pour de nombreux patients n'est que de 3 mois, ce qui veut dire qu'à 12 mois de suivi, ces nombres seront certainement plus élevés.

On retrouve une corrélation entre le nombre total de partenaires et le risque de présenter une IST, ce qui n'est pas surprenant. Il faut aussi savoir que les 3 principales IST recherchées se transmettent très bien par des rapports oro-génitaux et que l'usage du préservatif pour ce type de rapports sexuels est quasiment inexistant, les patients sous-estimant largement le risque de se contaminer par cette voie.

Michaux, pour le suivi des patients infectés par le VIH et le VHC (Virus Hépatite C) et la recherche clinique dans le domaine des infections virales chroniques. Les autres collaborateurs du groupe sont les Drs Xavier Derville et Mathieu Amand, ainsi que Mesdames Christine Lambert, Samiha Regaia, Cécile Masquelier, Charlene Verschueren, Laurence Guillorit, Siu-Thinh Ho et Messieurs Jean-Yves Servais, Jean-Marc Plessier et Gilles Iserentant. Le suivi régulier de l'évolution des patients VIH du Luxembourg est réalisé par le Labo-

ratoire de Biologie Moléculaire du CHL, tandis que le groupe VIH-CTR assure les suivis de routine plus spécialisés, comme les profils de résistance des patients VIH-2, des patients VIH-1 traités par des inhibiteurs d'intégrase ou d'entrée, des patients infectés par le VHC. Dans ce contexte, le groupe HIV-CTR a des contacts étroits et réguliers avec les Laboratoires de Référence SIDA de Belgique : il est certifié ISO9001 pour ses activités de service et de recherche. Le groupe suit l'épidémiologie VIH/SIDA et VHC au Luxembourg et réalise des travaux de recherche clinique et fondamentale en collaboration avec le Centre d'Investigation d'Epidémiologie Clinique (CIEC) du LIH.

Recherche et surveillance épidémiologique

Deux études épidémiologiques ont été présentées au centre de conférence de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) à Lisbonne le 14 et le 15 juin 2017, au cours de 2 conférences :

- Joint meeting "ECDC European Network for hepatitis B and C surveillance" and "EMCDDA expert network on drug-related infectious diseases (DRID)": **High recurrence rate of hepatitis C infection after treatment in prison inmates in Luxembourg.**

Nous avons décrit les protocoles d'accès au traitement contre les maladies infectieuses dans les prisons de Schrassig et Givenich et mené une étude prospective pour enquêter sur l'accès et l'efficacité des traitements de l'hépatite C de 2003 à 2015. En intention de traiter, 135/209 (64.6 %) détenus ont atteint une SVR12. 39/209 (18.7 %) ont présenté un échec au traitement et 16.3 % (34/209) d'individus ont été perdus de vue. Parmi eux, 31 patients guéris ont été réinfectés pendant la période de suivi, ce qui conduit à un taux de réinfection de 22.9 %. Seules 13/31 réinfections ont été confirmées par un changement de génotype. Ces données serviront à la rédaction des nouvelles recommandations de L'ECDC pour le diagnostic, le suivi et le traitement des patients infectés par l'hépatite C en prison.

- EMCDDA expert network on drug-related infectious diseases (DRID) meeting: **HIV treatment cascade and epidemiological analysis of the new HIV outbreak in injecting drug users from Luxembourg**

17 % de toutes les nouvelles infections au VIH depuis 1983 sont liés à l'injection de drogues au Luxembourg, mais ce taux a atteint 30 % en 2016. La cascade de soin contre le VIH pourrait être améliorée puisque seulement 60.5 % des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIs) étaient sous traitement par antirétroviraux, et 53.7 % de ces personnes avaient une charge virale non détectable en 2016. Nous avons constaté une augmentation de nouveaux cas d'infection au VIH parmi les usagers de drogues depuis 2013, avec 67 nouvelles entrées de janvier 2013 à décembre 2016. Les 67 nouveaux cas inclus ont été analysés : 86 % étaient co-infectés par le virus de l'hépatite C, 62,5 % étaient en traitement de substitution aux opioïdes. Ces personnes ont été probablement infectées dans le pays. Une fréquence plus haute de femmes a été observée dans ce groupe en comparaison à tous les UDIs suivis au Luxembourg (31 contre 21 %, $p < 0.05$). Les entretiens de 32/67 UDIs ont révélé que 12 étaient actuellement sans abri et 27 injectaient de la cocaïne en plus ou non à de l'héroïne. Une augmentation accrue de l'injection de cocaïne et de l'utilisation de cocaïne globale a été observée entre 2012 (53 %) et 2015 (63 %) dans la base de données RELIS, ainsi que chez les clients de la salle de consommation de drogues (de 5 % en 2012 à 22 % en 2016). A la salle de consommation, les personnes injectant de la cocaïne en plus ou non à de l'héroïne ($n = 107$) étaient plus jeunes (médiane de 44 contre 38 ans, $p = 0.001$), consommaient plus souvent des drogues (70 contre 50 %, $p = 0.01$) et étaient plus fréquemment infectées par le VIH (15.6 % contre 4.9 %, $p < 0.05$) que les personnes consommant uniquement de l'héroïne ($n = 63$). Le changement de consommation de l'héroïne vers la cocaïne, associé au décrochage social, pourrait expliquer en partie cette recrudescence d'infections au VIH chez les UDIs. De nouvelles interventions ciblant plus particulièrement les UDIs hors des circuits de traitements et de soins doivent être mises en

place, ainsi que le renforcement de mesures de prévention, telle que la prophylaxie préexposition (PrEP) chez les injecteurs de drogues actifs.

L'épidémiologie et la cascade de soins chez les UDIs ont également été présentées sous forme de poster à la « 9th IAS Conference on HIV Science », du 23 au 26 Juillet 2017, à Paris : **Epidemiology of HIV and cascade of care in 2016 in injecting drug users from 1983 to 2016 in Luxembourg.**

Une étude concernant la flambée épidémique VIH chez les UDIs au Luxembourg a été présentée oralement lors d'une table ronde sur les différentes flambées épidémiques VIH chez les UDIs en Europe et aux Etats-Unis à la conférence Lisbon Addiction en Octobre 2017. Cette table ronde a permis de faire une synthèse des différentes épidémies en terme de taille, de services pour les UDIs, de consommation des drogues et des facteurs à l'origine de ces épidémies. Un état des lieux des interventions menées dans les différents pays ont mis en exergue l'importance d'identifier des indicateurs précoces des changements de consommation, mais également de mettre à disposition des services spécifiques pour personnes sans domicile fixe. Une forte couverture de prévention combinée associant les échanges de seringues, la substitution à la méthadone et la thérapie antirétrovirale est essentielle. Il est important de noter que la mise en place de ces services et de la prévention combinée reste coût-efficace.

- European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies in Lisbon, 21-24 octobre 2017: **Injection of cocaine is associated with a recent HIV outbreak in People Who Inject Drugs in Luxembourg.**

Une étude présentant l'épidémiologie moléculaire et les analyses phylodynamiques des réseaux de transmission VIH chez les usagers de drogues a été sélectionnée comme meilleur poster à l'EACS 2017 et a fait l'objet d'une présentation orale. Cette étude montre que les transmissions VIH qui ont conduit à la flambée épidémique chez les usagers de drogue sont des transmissions de réseau (2 principaux clusters) qui proviennent de souches virales locales circulant dans ce groupe à risque depuis 2005 au Luxembourg.

- European AIDS Conference, 25-27 octobre 2017: Molecular investigation of the HIV-1 outbreak among people who inject drugs (PWID) in Luxembourg: **Evidence for local origin and increased transmission rate during 2013-2015.**

Enfin, le Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB) meeting s'est déroulé à Bruxelles le 07 et 08 novembre 2017 et s'est concentré cette année sur la Belgique et le Luxembourg. Différentes présentations du Luxembourg ont eu lieu pour décrire le système de Santé, l'épidémiologie des hépatites virales dans le pays, le dépistage et les soins en prison, la stratégie vaccinale contre l'hépatite B, la surveillance des infections VHC, VHB et VHA, les traitements VHC disponibles et la situation nationale vers une éradication de l'hépatite C. Plusieurs recommandations ont été émises :

- La maintenance d'un fort taux de couverture de la vaccination à l'hépatite B.
- L'établissement d'un programme national de surveillance afin de déceler à temps les flambées épidémiques, évaluer l'incidence, estimer le fardeau de la maladie et suivre en temps réel les diagnostics et la cascade de soins et de traitement, en particulier chez les populations vulnérables.
- Le renforcement des campagnes de sérologie dans la population générale et dans les groupes à risques.
- L'établissement d'un registre national pour suivre l'efficacité des traitements et de la mortalité liée aux hépatites B et C.
- Un renforcement de la prévention qui doit être adaptée en fonction des populations à risque et être soutenue par la communauté.
- **Prevention and control of Viral Hepatitis in Belgium and Luxembourg: lessons learnt and the way forward.**
www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Presentations/BRUS101.pdf

Surveillance des épidémies VIH et hépatites au Luxembourg :

Valérie Etienne, data manager, Aurélie Fischer, coordinatrice de Recherche Clinique au CIEC du département de santé publique du LIH, ainsi que Laurence Guillorit, bio-informaticienne au HIV-CTR, travaillent en étroite collaboration pour compiler les chiffres nationaux et les transmettre à des instances européennes et mondiales, comme le European Center for Diseases Control (ECDC), ONUSIDA, l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Cette année encore, l'ECDC et l'OMS se sont associés pour la collecte et l'analyse des données liées à l'épidémie VIH en Europe et ont publié le rapport « HIV/AIDS surveillance 2017 in Europe, 2016 data » présentant les données luxembourgeoises. Deux communications ont aussi été faites par ECDC. L'une portait sur les infections sexuellement transmissibles chez les jeunes en Europe entre 2005 et 2015 et a été publiée dans le journal Eurosurveillance, et l'autre sur les nouveaux cas observés chez les personnes de plus de 50 ans en Europe.

Enfin les chiffres liés à l'épidémie VIH au Luxembourg ont également été communiqués à ONUSIDA, au travers du Global AIDS Monitoring en mars 2017, ce qui a permis la publication de deux rapports sur le site de l'ONUSIDA : « UNAIDS data 2017 » et « Ending AIDS : Progress towards the 90-90-90 targets ».

Ce dernier rapport fait en particulier un état des lieux de l'avancement des différents pays pour l'atteinte des objectifs 90-90-90 (90 % des personnes infectées par le virus sont informées de leur statut, 90 % d'entre elles sous traitement antirétroviral, et enfin 90 % des personnes sous traitement avec une charge virale indétectable). D'importants progrès ont été faits pour atteindre ces objectifs. Au niveau mondial on estime que 70 % de l'ensemble des personnes infectées par le virus connaissent leur statut en 2016. Parmi ces personnes, 77 % ont bé-

néficié d'un traitement antirétroviral et 82 % des personnes sous traitement avaient une charge virale indétectable. Malheureusement de grandes disparités existent entre les différentes régions, avec des objectifs presque atteints dans les pays d'Europe de l'Ouest et centrale et en Amérique du Nord, alors qu'ils sont très loin d'être atteints en Europe de l'Est, Asie Centrale et Afrique. Enfin, il y a aussi des disparités en fonction des différentes populations, avec notamment des objectifs difficiles à atteindre chez les usagers de drogue, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les personnes transgenres, les prisonniers, les personnes jeunes (en particulier les 15-24 ans). Cibler ces populations clés reste donc une priorité pour une atteinte globale des objectifs 90-90-90.

Références :

- "Sexually transmitted infections among young adults in the EU/EEA: 2005-2015" Alison Brown, Gianfranco Spiteri, Anastasia Pharris, Otilia Mardh, Judit Takacs, the ECDC HIV/AIDS Surveillance
- "New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15: an analysis of surveillance data" Lara Tavošchi, Joana Gomes Dias, Anastasia Pharris, on behalf of the EU/EEA HIV Surveillance Network. www.thelancet.com/hiv. Published online September 26, 2017 [dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30155-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30155-8)

Estimation de la prévalence globale de l'infection VHC :

Deux études internationales dirigées par un large consortium, « The Polaris Observatory HCV Collaborators », comprenant 100 pays et représentant plus de 85 % de la population mondiale, a permis d'estimer la prévalence de l'hépatite C à 1,0 % dans le monde. 71,1 millions de personnes ont été estimées être virémiques (0,1 %) et les génotypes 1 et 3 du VHC étaient la cause d'infection la plus fréquente. Cette étude est d'une grande importance pour le développement de stratégies au niveau national et régional pour contrôler le fardeau de

l'hépatite d'ici 2030. L'étude européenne a évalué le fardeau de l'infection par l'hépatite C dans les 28 États membres de l'UE et évalué le niveau d'intervention requis pour atteindre les objectifs de l'OMS. La prévalence du VHC a été estimée à 0,63 % en Europe en 2015, soit 3,2 millions d'infections, et à 1,0 % au Luxembourg. Les auteurs affirment que les objectifs de l'OMS sont réalisables en Europe grâce à un effort commun. Les deux publications ont paru dans la revue « The Lancet Gastroenterology & Hepatology » dans les numéros de mars et mai 2017.

Projets de recherche

Plusieurs projets de recherche ont été réalisés en 2017. Les détails sont disponibles sur le site du LIH : www.lih.lu. Le groupe collabore avec de nombreux instituts de recherche européens, p.ex. : Institut de Médecine tropicale, Anvers – Pr Guido Vanham, University of Utrecht – Dr. A.M. Wensing, Université de Liège – Pr Moutschen, University of Ghent – Pr C Verhofstede et Pr Linos Vandekerckhove, Université d'Athènes – Dr Dimitrios Paraskevis, ISPED Bordeaux – Dr Valérie Leroy, Université de Reims – Pr Jacques Cohen. Le laboratoire contribue aux travaux des projets européens suivants : EuroSida, EuroHIV, Euresist, ESAR et Hepvir.

Projets de recherche financés par le Fonds National de la Recherche :

ETUDE ANRS MONOD : simplification thérapeutique précoce en Afrique de l'ouest
www.anrs.fr/fr/actualites/444/anrs-monod-simplification-therapeutique-precoce-en-afrique-de-louest

Depuis 2016, l'OMS recommande que tous les enfants de moins de 3 ans commencent un traitement antirétroviral à base d'inhibiteurs de protéase avec du lopinavir/ritonavir (LPV/r). Ce traitement a l'avantage de présenter une barrière génétique élevée permettant d'obtenir un succès virologique, malgré des oublis de prise qui sont fréquents lors de l'initiation du traitement antiré-

troviral. Cependant, le LPV/r, présente un coût élevé. De plus, il n'est actuellement disponible que sous la forme d'un sirop peu pratique, au goût amer et qui doit être conservé au froid, rendant difficile sa mise en œuvre opérationnelle dans les pays à ressources limitées. Enfin, il pose des problèmes d'interactions thérapeutiques avec les traitements antituberculeux.

C'est à partir de ce constat que s'est mis en place l'essai MONOD ANRS 12206 coordonné par le Dr Valérie Leroy (Inserm U1027, Toulouse, et site ANRS PACCI Abidjan) et dont les résultats ont été présentés à la 9e édition de l'International Workshop on HIV Pediatrics à Paris en juillet 2017. Cette étude a été co-financée par l'European Developing Countries and Clinical trial Partnership (EDCTP), le Fonds National pour la Recherche du Luxembourg et l'ANRS en France.

L'objectif principal de cet essai clinique multicentrique international était d'évaluer la faisabilité, et l'efficacité d'une simplification thérapeutique après 12 mois de traitement antirétroviral précoce basé sur le LPV/r chez le nourrisson ayant initié une trithérapie antirétrovirale avant l'âge de 2 ans. Douze mois après la randomisation, 106 nourrissons de moins de 2 ans infectés par le VIH ont été randomisés en 2 bras, le premier qui a continué le traitement à base de LPV/r pris 2x/jour (bras LPV), l'autre qui a initié un traitement basé sur efavirenz pris 1x/jour (bras EFV) à la place du LPV/r. Le taux d'échec virologique était de 13 % pour le bras LPV et 13.5 % pour le bras EFV permettant de conclure à la non-infériorité de l'EFV par rapport au LPV. L'EFV a été bien toléré et il n'y a pas eu de différence significative concernant la survenue d'événements indésirables. Cependant les chercheurs ont pu observer l'apparition de mutations de résistance dans les deux bras de l'étude, ce qui doit inciter à assurer un suivi virologique régulier des enfants ayant changé de traitement. Le laboratoire de Rétrovirologie était impliqué dans l'assurance qualité des 2 sites africains, la formation des étudiants-cliniciens, et a réalisé les tests de résistances pour le Burkina Faso.



Photo n°1. L'équipe MONOD à Abidjan.

Cette étude a permis de faire évoluer les recommandations de l'OMS en 2016 et de publier 7 articles importants pour la prise en charge des enfants en Afrique de l'Ouest.

Projets de recherche financés par LIH :

Les équipes du Dr Carole Devaux et Jacques Zimmer ont publié en 2017 les résultats d'une étude examinant le rôle des lymphocytes Natural Killers (NK) dans des cohortes d'individus sains et infectés par le virus du VIH. Les NK, aussi appelés cellules tueuses naturelles, font partie de la première ligne de défense du système immunitaire. Elles peuvent reconnaître et tuer sélectivement les cellules étrangères de l'organisme ou anormales (cellules tumorales ou infectées par des microbes). Dans une cohorte d'individus sains, les équipes du LIH ont découvert l'existence d'une nouvelle sous-population, principalement immature, de cellules Natural Killers. Chez les individus infectés par le VIH, la fréquence de cette sous-population est diminuée, et elle est moins fonctionnelle. Cette perte de fonctionnalité pourrait partiellement expliquer la réponse NK altérée observée chez les patients vivant avec le virus du VIH. Cette étude a été publiée dans le journal « Frontiers in Immunology » en Juin 2017.

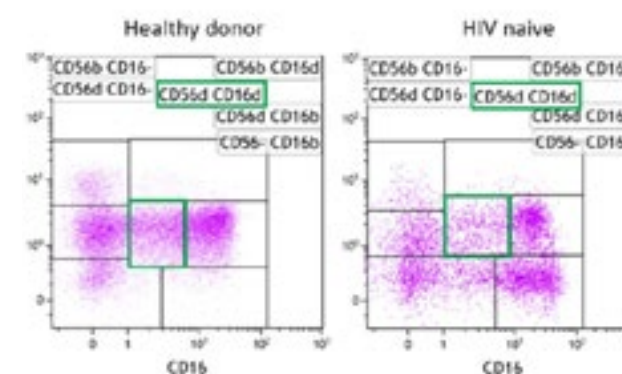


Figure n°1

Les cellules NK sont classiquement définies par l'expression de 2 marqueurs : CD56 et CD16. Chez les individus sains, nous avons découvert l'existence d'une nouvelle population, exprimant un niveau intermédiaire de chaque marqueur (cadre central). Cette population est largement moins représentée chez les personnes infectées par le VIH. Cette diminution contribue probablement à une réponse moins efficace des cellules NK au cours de l'infection au VIH.

Projets de recherche clinique :

Mme Aurélie Fischer, Mme Valérie Etienne et Mme Myriam Menster (data-managers), au sein de l'unité Infectious Diseases du CIEC, ont participé à la réalisation des études cliniques du SNMI et du LIH. Ces études sont souvent européennes et multicentriques.

Les principales études de recherche clinique en cours en 2017 étaient :

EuroSIDA : prospective clinical follow-up of HIV infected patients in Europe

Etude multicentrique européenne en cours depuis 1994 incluant, en 2013, 18791 patients positifs en Europe. Les caractéristiques cliniques et l'évolution de la charge virale de ces patients sont analysées tous les 6 mois. Depuis 1999 sont également relevées les lipodystrophies et les anomalies métaboliques. Depuis 2011 les atteintes hépatiques sont aussi recensées. Au Luxembourg, 221 patients sont suivis.

SPREAD : étude européenne multicentrique dont le but est d'étudier dans 29 pays la transmission du virus VIH-1 résistant aux antiviraux. 110 patients ont été inclus depuis 2002.

START : Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment

Cette étude multicentrique a été mise en place pour évaluer la meilleure stratégie de traitement en comparant deux groupes de patients, le premier avec traitement immédiat, le second avec un début de traitement quand les CD4 chutent en-dessous de 350. Sept patients participent à cette étude au Luxembourg.

HCV-UD : Toxicomanie, hépatite C et substitution : étude épidémiologique, comportementale et clinique au Luxembourg réalisée au sein de l'Abrigado, Jugend an Drogenhellef et Kontakt 28, afin d'identifier les facteurs de risques et les clusters de transmission liés à l'infection VHC. 383 patients ont été inclus en 2017.

Go-Shape : Prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral - étude épidémiologique prospective, afin d'évaluer le taux de réinfection en prison et à la sortie de prison. 74 patients ont participé à cette étude à la prison de Schrassig et Givenich en 2017.

ISALA : 25 patients ont participé en 2017 à la mesure des réservoirs VIH en vue d'un arrêt de traitement aux antirétroviraux en 2018, pour évaluer la reprise de la charge virale.

Formation des étudiants à la recherche

Deux étudiants en thèse ont bénéficié d'une bourse de recherche du Fonds National de la Recherche en 2017 (Madame Rafaela Schober et Monsieur Philipp Adams).

Publications scientifiques et présentations à des congrès internationaux :

En 2017, 9 articles ont été publiés par le groupe HIV-CTR dans des revues scientifiques internationales (détails sur site du LIH : www.lih.lu). Le laboratoire a présenté ses travaux scientifiques sous forme de 5 présentations orales et 4 posters lors de congrès scientifiques internationaux.

16. Les plans nationaux

Le plan d'action national VIH 2018-2022

Le plan d'action national VIH 2018-2022 est l'outil principal de pilotage, de monitoring et d'évaluation pour les acteurs publics et de la société civile engagés dans la riposte au VIH. Le plan couvre la période de 5 ans de 2018 à 2022. Il s'aligne aux objectifs internationaux et repose sur une démarche participative associant les différents acteurs, qui prend en compte trois facteurs importants :

- Les enjeux épidémiologiques au Grand-Duché de Luxembourg
- Les réalisations sur le terrain
- Les besoins identifiés et les défis rencontrés

Objectifs généraux

Le plan d'action national VIH 2018-2022 vise à améliorer la prévention, la prise en charge, et la surveillance de l'infection au VIH au Luxembourg sous forme de 2 objectifs généraux et à deux niveaux de finalité :

- Pour la population générale et d'un point de vue de santé publique, il s'agit de prévenir les nouvelles infections au VIH par tous les moyens disponibles.
- Cependant, le plan vise également l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes qui vivent actuellement avec le VIH, en favorisant un environnement non discriminant et qui répond à leurs besoins spécifiques.

Les objectifs spécifiques se déclinent en 5 axes stratégiques.

Objectifs spécifiques

1. Perception des risques et changements de comportement – grâce à l'accès aux informations et aux moyens de prévention adaptés aux différents publics (Axe 1, La prévention).
2. Connaissance du statut sérologique et début de prise en charge précoce – grâce à l'accès au dépistage adapté aux différents publics (Axe 2, Le dépistage).
3. Observance du traitement et charge virale indétectable – grâce à l'accès pour tous au traitement, aux soins spécialisés en matière de VIH, et à l'accompagnement psychomédicosocial (Axe 3, Le traitement et la prise en charge psycho-médicosociale des PVVIH).
4. Non-discrimination face au statut sérologique, l'orientation et l'identité sexuelle, à la consommation de drogues, et création d'un environnement répondant aux besoins des différentes populations concernées – grâce à l'information et la formation à visée d'inclusion (Axe 4, La non-discrimination et l'inclusion).
5. Réponse adaptée aux besoins et aux évolutions – grâce à un haut niveau de recherche médicale et de surveillance épidémiologique (Axe 5, La recherche).

La mise en oeuvre des objectifs prend en compte les sujets transversaux, comme l'égalité des genres, l'inclusion des personnes en situation de handicap, la lutte contre la discrimination et les violences, le respect des droits humains. Elle se réalisera à différents niveaux :

- Individuel : amélioration des connaissances, changement des représentations et des comportements.
- Institutionnel : renforcement des capacités des professionnels des domaines social et médical

pour la prise en charge des PVVIH, changement des représentations pour l'inclusion en milieu du travail.

- Réseaux : coordination de la mise en oeuvre du plan avec les différents acteurs, collaboration avec l'ensemble des acteurs publics et privés, afin de garantir une prise en charge complète et de qualité aux personnes infectées et affectées.
- Environnemental : amélioration de l'accessibilité des moyens de prévention et des services de dépistage, garantie d'une prise en charge médicale, lois adaptées et spécifiques de non-discrimination.

Les 5 axes stratégiques

- Axe 1 – La Prévention
- Axe 2 – Le Dépistage
- Axe 3 – Le traitement et la prise en charge psycho-médicosociale des PVVIH
- Axe 4 – La non-discrimination et l'inclusion
- Axe 5 – La Recherche

Pilotage, Monitoring et Evaluation

Le Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles, assisté par la personne en charge de la coordination technique du plan, suivra l'implémentation du plan d'action en ce qui concerne la mise en oeuvre des mesures, le relevé des indicateurs et la coordination entre acteurs. Les indicateurs opérationnels établis par le comité de pilotage durant la première année du plan d'action seront repris dans un tableau de monitoring national. Des bilans intermédiaires seront présentés et discutés sur base annuelle dans le Comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles. Au besoin, des ajustements seront proposés. Une évaluation finale en fin de parcours servira de base à la rédaction du prochain plan d'action.

Mécanismes de financement du plan d'action

Le financement des actions peut impliquer une seule instance ou dépendre du co-financement ou de la mobilisation de ressources diverses de plusieurs parties impliquées. L'ensemble des actions prévues au présent plan d'action seront à réaliser sous réserve que les budgets et fonds nécessaires à leur exécution soient dûment demandés et mobilisés par les gestionnaires et acteurs retenus et accordés le cas échéant pour les exercices budgétaires respectifs.

Processus d'élaboration du plan d'action

Le processus d'élaboration du plan d'action a été piloté et suivi par le Comité de surveillance du SIDA et notamment par son président. L'élaboration du plan d'action a été coordonnée et mise en oeuvre par la coordinatrice technique du plan d'action national VIH et la responsable du service HIV Berodung de la Croix-Rouge luxembourgeoise. L'élaboration du plan d'action a eu lieu en plusieurs phases. Pour commencer, des discussions interdisciplinaires entre différents experts ont eu lieu au sein du Comité de surveillance du SIDA sur les acquis du dernier plan et les besoins actuels. Plusieurs réunions ont par la suite eu lieu au sein d'un groupe de travail, composé d'experts des ministères concernés et des acteurs du terrain, issu du Comité de surveillance du SIDA. Cet échange a permis de définir les objectifs, les piliers stratégiques et les actions prioritaires du présent plan d'action. La phase de rédaction initiale a été suivie d'échanges avec les membres du Comité de surveillance du SIDA, avant de procéder à la validation du plan par le Comité et par le Ministère de la Santé.

Le plan complet peut être téléchargé sous www.sante.public.lu/fr/politique-sante/plans-action/plan-action-nationale-sida-2018-2022/index.html

Le plan d'action national de lutte contre les hépatites au Luxembourg (PANHEL) 2018-2022

Le plan d'action national de lutte contre les hépatites au Luxembourg (PANHEL) vise à améliorer la prévention, la prise en charge et la surveillance des hépatites au Luxembourg. Le plan d'action servira d'orientation au secteur de la santé et propose des stratégies multisectorielles pour atteindre les objectifs fixés. L'approche préconisée est fondée sur le respect des droits de l'homme, interdisant toute stigmatisation, discrimination ou exclusion.

Le comité de rédaction a retenu **5 axes stratégiques** qui mènent aux objectifs spécifiques et aux actions prioritaires pour la période 2016-2021.

Une **coordination** sera mise en place pour assurer le suivi de l'exécution du plan d'action. La coordination travaillera en étroite collaboration avec tous les acteurs impliqués dans la mise en oeuvre et sera chargée de donner un feedback deux fois par an sur la réalisation des indicateurs et les corrections éventuelles à apporter.

Axe stratégique 1 :

Analyse de la situation : mesurer l'ampleur du problème, décrire les caractéristiques de la population concernée, visant à définir une stratégie de prévention (axe 2). Le plan d'action permettra une meilleure quantification de l'étendue des hépatites et une bonne caractérisation des personnes touchées, et de mieux suivre la prévalence et l'incidence annuelles. L'évaluation continue et la recherche est complémentaire de l'axe 1 et est reprise dans l'axe 5.

Objectifs spécifiques

1.a. : Préciser l'ampleur du problème et décrire les caractéristiques épidémiologiques de la population concernée

Actions prioritaires :

- **Situation de base** : analyse des bases de données pseudonymisées des laboratoires publics et privés afin d'estimer le **nombre de patients** vivant actuellement avec le HCV (Drs Devaux et Mossong; LIH et LNS).
- Analyser **l'incidence annuelle de l'hépatite C** : cela présuppose d'activer le volet hépatites du projet de loi sur les maladies à déclaration obligatoire par l'intermédiaire des laboratoires de diagnostic biologique; présuppose la création d'un registre des hépatites, dans le cadre d'un observatoire de la santé national.
- Analyser le **nombre de patients traités** par les nouveaux régimes de traitement de l'hépatite C et les résultats de ces traitements; présuppose que ces données puissent être collectées de façon anonymisée auprès de la CNS.

Axe stratégique 2 :

Prévention primaire : réduire l'incidence de l'hépatite C au sein de la population du Luxembourg. Pour réduire l'incidence des hépatites, il s'agit de sensibiliser le grand public, mais aussi et surtout de s'adresser aux groupes les plus exposés pour réduire les risques d'infections. Un volet important est consacré à la formation et à l'éducation.

Objectifs spécifiques

Réduire l'incidence des hépatites

Actions prioritaires :

- Renforcer **l'information et la communication sur les hépatites** et les moyens de se protéger et de se traiter (campagnes, brochures etc.) dans la population générale et auprès des **jeunes** (film pour les écoles; dans le cadre du/en partenariat avec le projet éducation affective et sexuelle).
- Renforcer la prévention dans les **groupes cibles des usagers de drogues, les MSM (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), la population carcérale et les migrants** : bro-

chures ciblées ; renforcement des changements des modes de consommation; renforcement du safer sex/safer use auprès de ces groupes (messages sur les sites de rencontre online et via les réseaux sociaux).

- Renforcer la prévention des accidents d'exposition au sang dans le cadre professionnel (santé) et par tatouage/piercing.

Axe stratégique 3 :

Prévention secondaire : promouvoir le dépistage des personnes porteuses des virus des hépatites : comme beaucoup de personnes ignorent leur infection, il y a lieu d'étendre largement et à tous les niveaux l'offre de dépistage, surtout de l'hépatite C. Dans un souci de prévention/et pour éviter des réinfections, le dépistage sera accompagné si possible par des séances d'informations-conseils.

Objectifs spécifiques

Prévention secondaire : promouvoir le diagnostic précoce des populations cibles par le dépistage

Actions prioritaires :

- Réaliser une étude épidémiologique, clinique et comportementale auprès de 1000 usagers de drogues actifs et anciens. Etude débutée en 2015 ; résultats attendus fin 2016 (analyse intermédiaire) et fin 2017 (analyse finale).
- Retracer les anciens usagers de drogue par l'intermédiaire des médias et des médecins traitants pour dépister et définir leur stade de fibrose.
- Dépistage proactif dans les autres groupes cible : MSM, transfusés sanguins d'avant 1990 ; tatouages et piercings dans des conditions d'hygiène/stérilité incertaines ; bilans préopératoires ; femmes enceintes ; populations migrantes.
- Augmentation de l'offre des tests rapides d'orientation diagnostique (TRODs).

Axe stratégique 4 :

Prévention secondaire : **Accès aux soins, prise en charge et traitement**, afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection par les virus des hépatites. Le plan d'action décrit les stratégies et les critères thérapeutiques pour améliorer l'accès aux soins, tout en tenant compte de l'évolution des médicaments disponibles. Le plan prévoit des mesures sociales (logement, encadrement) à l'encontre des populations touchées les plus vulnérables, notamment les usagers de drogues, pour leur permettre de suivre les traitements.

Objectifs spécifiques

Prévention tertiaire : faciliter l'accès précoce aux soins et standardiser les approches, afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection à HCV, par la création d'un « réseau hépatites » multidisciplinaire.

Actions prioritaires :

- Orienter tous les patients éligibles au traitement vers des médecins/équipes spécialisées.
- Traiter tous les patients éligibles selon les recommandations mises à jour de l'EASL (European Association for the study of the liver).
- Améliorer l'accès aux soins des personnes/populations en situation précaire ou en rupture sociale (fonds de solidarité ; sécurité sociale).
- Améliorer et faciliter l'accès aux sevrages, aux thérapies des dépendances et à la réinsertion sociale des UDI et alcooliques porteurs de virus d'hépatites chroniques, et ainsi prévenir les réinfections chez les personnes traitées.

Axe - 5

Surveillance, recherche et évaluation :

Cet axe est la prolongation dans le temps de l'axe 1 : analyse de la situation. Le plan national sera évalué de façon continue au cours de son exécution en suivant les principaux indicateurs retenus. Ce système de surveillance solide guidera la coordination du plan dans les décisions à prendre.

Le but d'une stratégie nationale ainsi que d'un plan d'action national est :

- Une détection précoce d'un maximum de personnes.
- Une prise en charge adéquate des personnes atteintes d'une hépatite avec un suivi clinique et un traitement de la maladie en cas de besoin selon les recommandations internationales.
- Une réduction à long terme des conséquences en matière de santé publique de l'épidémie de l'hépatite C.
- Un renforcement de la prévention des hépatites aussi bien pour le grand public que pour les populations à risque.
- Une meilleure prévention de la réinfection chez les usagers de drogue.
- La connaissance des données épidémiologiques des infections VHB et VHC : dans le contexte d'un observatoire de la santé.

Les obstacles du plan sont :

- Une consommation de cocaïne par voie intraveineuse incontrôlée.
- Le prix des traitements actuels de l'hépatite C.
- Un manque de logements pour les usagers de drogues permettant leur suivi pendant le traitement.

Le risque majeur du plan peut être un impact financier important pour la Caisse Nationale de Santé (CNS).

Une analyse du plan d'action contre les hépatites en Écosse a montré :

- Une augmentation de 400 % de matériel distribué aux injecteurs de drogues (cuillères, filtres).
- Une diminution des hépatites C aiguës parmi les injecteurs de drogues.
- Une réduction importante du risque d'infection par la mise en place d'une OST ainsi que de programmes d'échanges de seringues.
- Une augmentation jusqu'à 33 %/an de nouvelles détections d'hépatites C grâce aux nouveaux programmes de détection.
- Un doublement du nombre de traitements.
- Une augmentation de 800 % des traitements en prison.

Une analyse sur base d'un modèle mathématique du Center for Disease Analysis (CDA) montre qu'en cas de traitement massif, il y a une réduction des cas virémiques (qui peuvent transmettre le virus) de 86 % par rapport au nombre de départ. De plus, les coûts à long terme pourraient baisser d'une manière importante.

Ce modèle ne prend pas en considération les consommateurs de drogues des pays avoisinants qui viennent consommer au Grand-Duché, ainsi que les personnes qui se réinfectent. Ce plan national devra donc s'accompagner d'une étude économique, notamment pour évaluer l'impact des nouveaux DAAs très coûteux.

Evaluation – Indicateurs d'impacts des actions prioritaires :

Le plan stratégique sera évalué à travers toute sa période d'implémentation et une annexe sera publiée avec les résultats, à savoir :

- Incidence annuelle de l'hépatite C en général, et par groupe à risque
- Usagers de drogues par voie intraveineuse qui participent au programme d'échange de seringues
- Estimation de la prévalence
- Estimation de la population non-diagnostiquée
- Nombre des personnes sous traitement
- Efficacité thérapeutique
- Evaluation des tests de diagnostic
- Nombre des personnes ayant subi une transplantation du foie
- Mortalité annuelle liée aux hépatites
- Rapports sur les projets soutenus financièrement

Le plan complet peut être téléchargé sous
www.sante.public.lu/fr/politique-sante/plans-action/plan-action-nationale-hepatites-2018-2022/index.html

Notes

Notes

Numéro ISBN 978-99959-41-66-6



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé

Sante.lu