

COMITE DE SURVEILLANCE DU SIDA



Rapport d'activité 2005

Dr Robert HEMMER, président
Mme Monique BETZ, M Günther BIWERSI, Dr Jean-Claude FABER,
M Henri GOEDERTZ, Dr Danielle HANSEN-KOENIG, Dr Pierrette HUBERTY-KRAU,
M Alain ORIGER, Mme Pascale PETRY, Dr Joseph SCHLINK, Dr François
SCHNEIDER, Dr Simone STEIL

SOMMAIRE

Introduction :	Le SIDA fête ses 25 ans	2
1.	Comité de Surveillance du SIDA : Missions, composition, réunions	4
2.	Epidémiologie	6
3.	Information et éducation	13
4.	Aidsberodung Croix-Rouge / Stop Aids now ASBL	15
5.	Education sexuelle et prévention du SIDA dans le cadre de la promotion de la santé à l'école	18
6.	Prévention et dépistage	24
7.	Résultats du dépistage anti-HIV dans le cadre du Service de la Transfusion Sanguine	26
8.	SIDA et Toxicomanie	37
9.	Drop In de la Croix-Rouge	42
10.	HIV/SIDA en milieu pénitentiaire	43
11.	Prise en charge médicale	48
12.	Recherche	51
13.	Dispositions légales et réglementaires	55

LE SIDA FÊTE SES 25 ANS

C'est une belle fête. HIV/SIDA a largement réussi son OPA sur les systèmes de Santé Publique des pays. Il continue à progresser dans le monde et au Luxembourg – 5 millions de nouvelles infections dans le monde et 63 nouvelles infections au Luxembourg en 2005. La prévention est théoriquement simple : HIV, bien que extrêmement méchant, est difficilement transmissible et seulement par 3 voies : voie sexuelle, voie sanguine et de la mère à l'enfant. Il suffisait donc de changer les comportements pour étouffer la pandémie. Sauf exceptions, l'humanité a jusqu'à maintenant largement échoué à l'épreuve.

Devant la recrudescence de HIV/SIDA au Luxembourg, le Ministre de la Santé, se rendant compte que l'engagement de l'Etat en faveur de la prévention était insuffisant, a courageusement décidé de préparer un nouveau plan pluri-annuel, et durant l'été 2005, une Task Force HIV/SIDA fut créée, composée de membres du Comité de Surveillance du SIDA, du Ministère de la Santé et de la Direction de la Santé. Les conclusions de la Task Force furent soumises pour évaluation et approbation au Comité de Surveillance du SIDA, et la version finale va être présentée au Ministre de la Santé en mars 2006.

Le nouveau plan

A part les indispensables campagnes de sensibilisation du grand public, l'accent principal du plan prévoit des moyens renforcés de prévention : je cite par exemple la création d'une unité mobile d'intervention qui fera des actions de prévention auprès des migrants et d'autres populations difficiles à atteindre, l'accès gratuit ou quasi-gratuit des préservatifs dans les écoles post-primaires, l'amélioration de l'accès au dépistage et au counselling, un site Internet diffusant des messages de prévention, l'implication accrue du Ministère de l'Education Nationale, du Ministère de la Famille (par l'intermédiaire du Planning Familial), du Ministère de l'Egalité des Chances.

Le plan est le fruit d'un compromis, et au fur et à mesure que les mois s'écoulaient, on sentait que les deniers publics s'amenuisaient, et ainsi des idées novatrices, coûtant de l'argent, ont été abandonnées.

Think out of the box. Act out of the box.

Le nouveau plan sera un outil de travail et de financement dont se serviront les acteurs impliqués durant les prochaines années. J'espère qu'il va contribuer à impliquer d'autres acteurs de la société civile (entreprises, milieux culturels, milieux sportifs...), et ne pas aboutir à une bureaucratisation stérile de HIV/SIDA. La prévention doit se faire non pas derrière des bureaux, mais sur le terrain, lors de rencontres culturelles, sportives, religieuses... Il faut essayer de faire de la prévention chez ceux qui n'en veulent pas, il faut aller à la rencontre de ceux qui ne

veulent pas vous recevoir, il faut tout le temps adapter les mesures de prévention aux nouveaux groupes vulnérables de la société.

J'espère aussi que les moyens financiers seront adéquats pour mener les actions envisagées sur le terrain.

Le traitement d'un patient infecté à HIV coûte 15 000 euros par an, 150 000 euros en 10 ans, 300 000 euros en 20 ans (frais médicaux uniquement). Combien coûte la prévention d'une seule infection ? Sûrement moins, mais elle coûte de l'argent.

Docteur Robert HEMMER
Président

7 mars 2006

1. Comité de Surveillance du SIDA: Missions, composition, réunions

1. 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 sur proposition du Directeur de la Santé. Ledit Comité s'est réuni pour la première fois le 04 mars 1984 sous la présidence du Dr Robert Hemmer.

Conformément à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 24 janvier 1984 le Comité a entre autres la mission d'informer les professions de santé, le grand public et les groupes cibles sur toutes les questions concernant le SIDA.

Par ailleurs, le Comité a pour mission de collaborer étroitement avec les organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, le Conseil de l'Europe, les Communautés Européennes etc., afin de mettre sur pied un programme de lutte contre le SIDA.

2. Composition

Le Comité de Surveillance du SIDA est actuellement composé des membres suivants :

BETZ Monique, <i>secrétaire</i>	juriste
BIWERSI Günther	pédagogue, Jugend an Drogenhelfer
FABER Jean-Claude	médecin-directeur du service de la transfusion sanguine de la Croix Rouge Luxembourgeoise
GOEDERTZ Henri	psychologue, AIDS-Berodung, Croix Rouge Lux.
HANSEN-KOENIG Danielle	directeur de la santé
HEMMER Robert, <i>président</i>	chef du département des maladies infectieuses au CHL
HUBERTY-KRAU Pierrette	médecin-chef de division, division de l'inspection sanitaire
ORIGER Alain	psychologue, service d'action socio-thérapeutique
PETRY Pascale	professeur, chargée de mission auprès du Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports
SCHLINK Joseph	médecin, chef de service, Centre Pénitentiaire
SCHNEIDER François	directeur du Laboratoire National de Santé
STEIL Simone	médecin-chef de division, division de la médecine préventive et sociale.

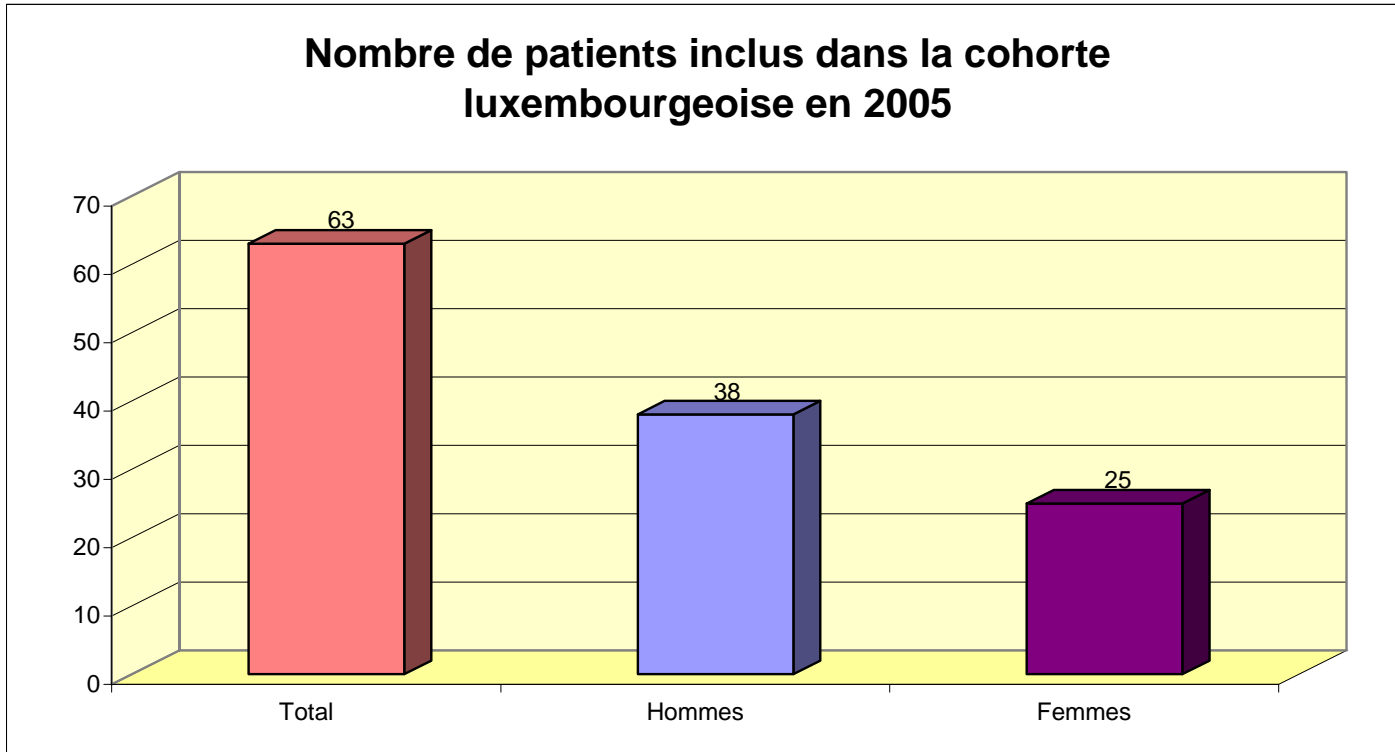
3. Réunions

Au cours de l'année 2005, les membres du Comité de Surveillance du SIDA se sont réunis aux dates suivantes: 11.01.; 22.03.; 19.04., 24.05., 14.07.; 09.08.; 20.09.; 11.10., 20.12.

- Le Ministre de la Santé a assisté à la réunion du 14 juin 2005 pour rencontrer une délégation du Ministère de la Famille, de la Caritas et de la Croix Rouge pour discuter de l'épidémiologie HIV à Luxembourg,
- Monsieur Alain Origer a été chargé de la rédaction du plan pluriannuel.
- Monsieur Frank Gansen en tant que délégué du Ministre a assisté à diverses réunions.

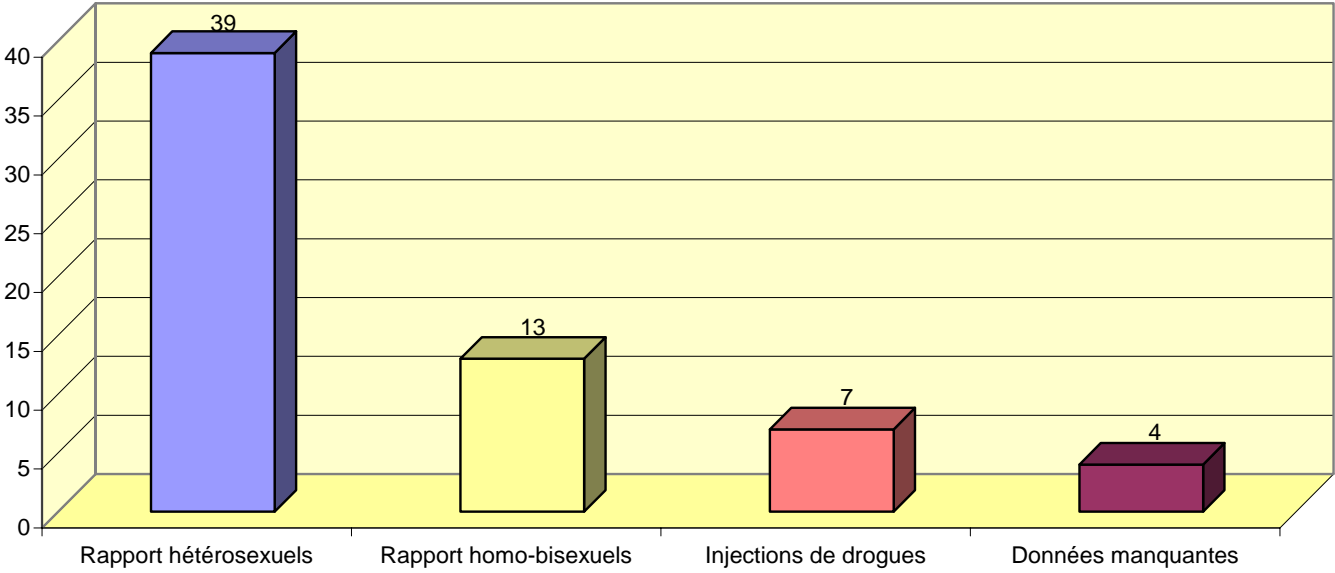
Les principaux sujets discutés et traités lors des différentes réunions sont les suivants:

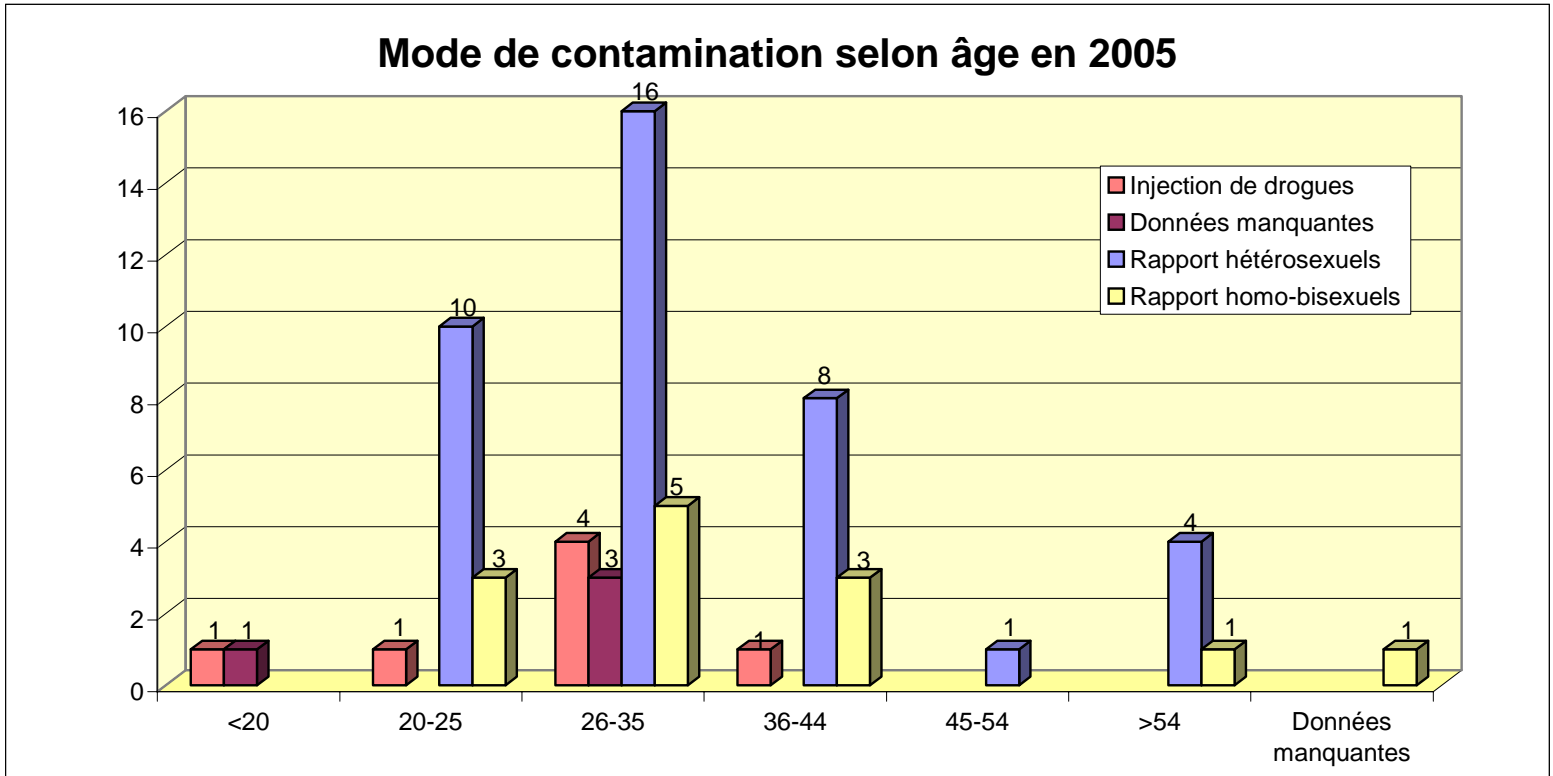
- Epidémiologie HIV à Luxembourg
- Mise à jour des recommandations pour coiffeurs, pédicures, esthéticiennes etc.
- Etablissement d'un plan pluriannuel
- Création d'une Task Force
- Prévention dans les écoles
- Information grand public
- Mise à disposition de préservatifs
- HIV en prison
- HIV et toxicomanes.

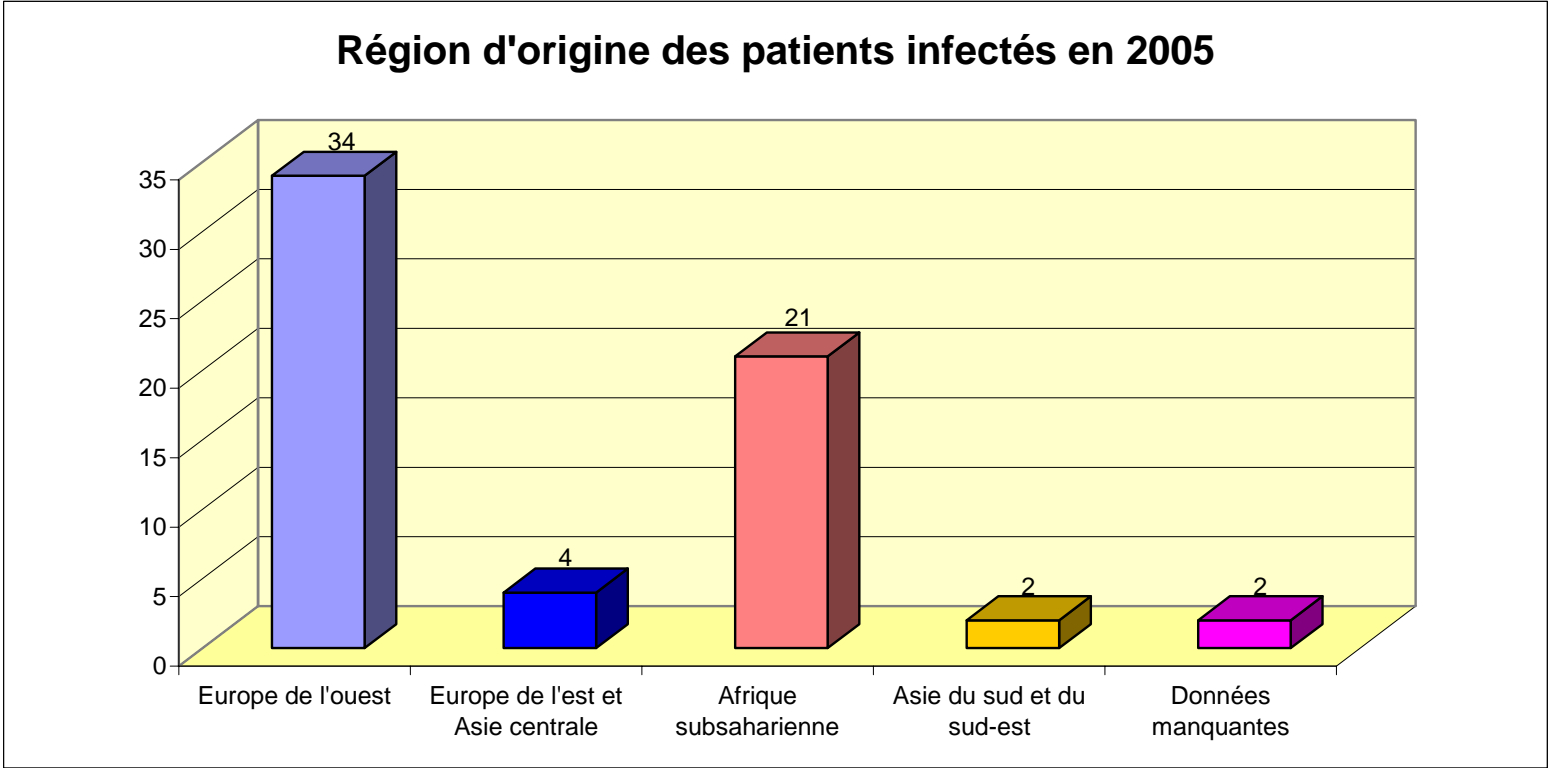


2. Épidémiologie

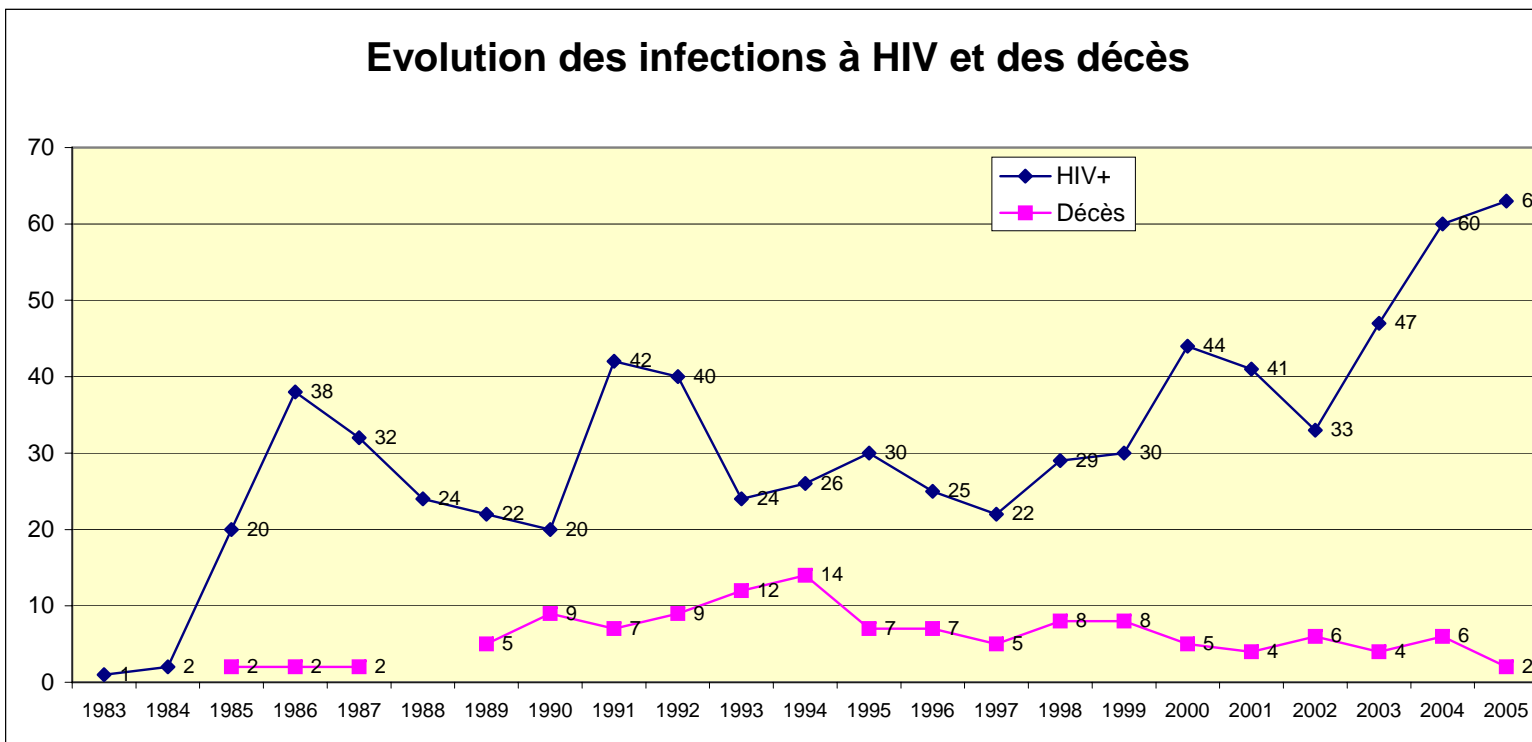
Mode de contamination en 2005



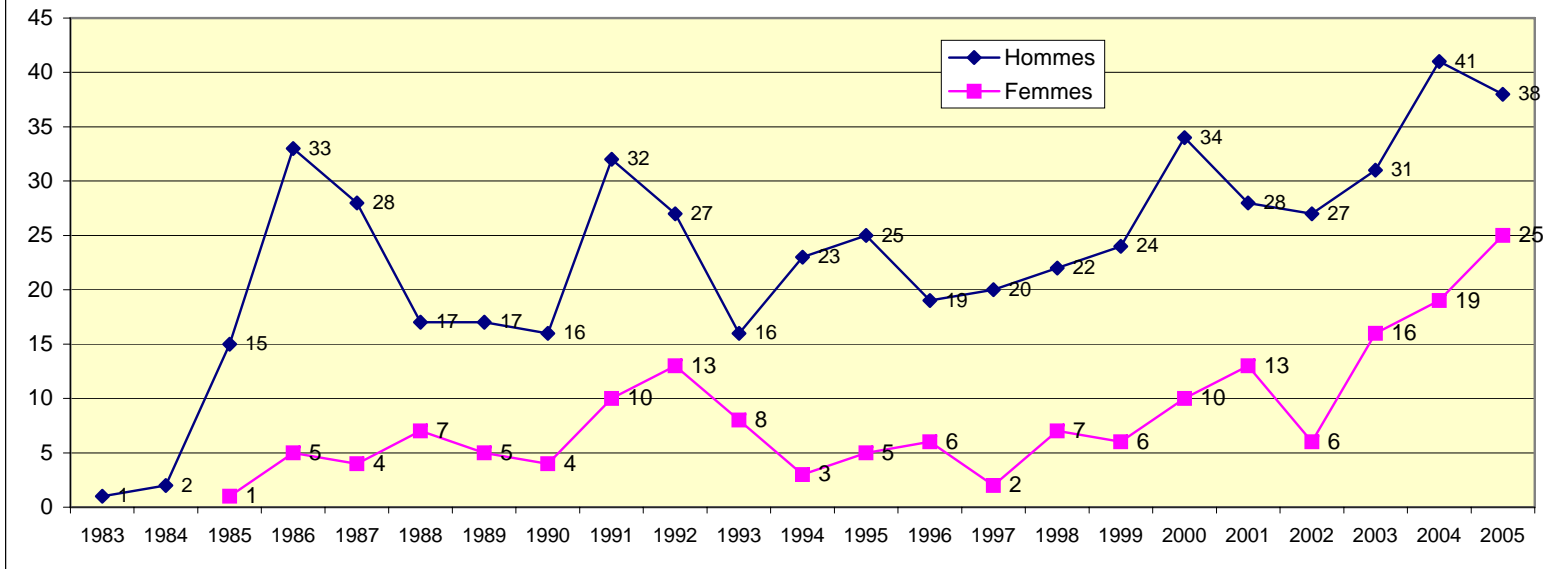




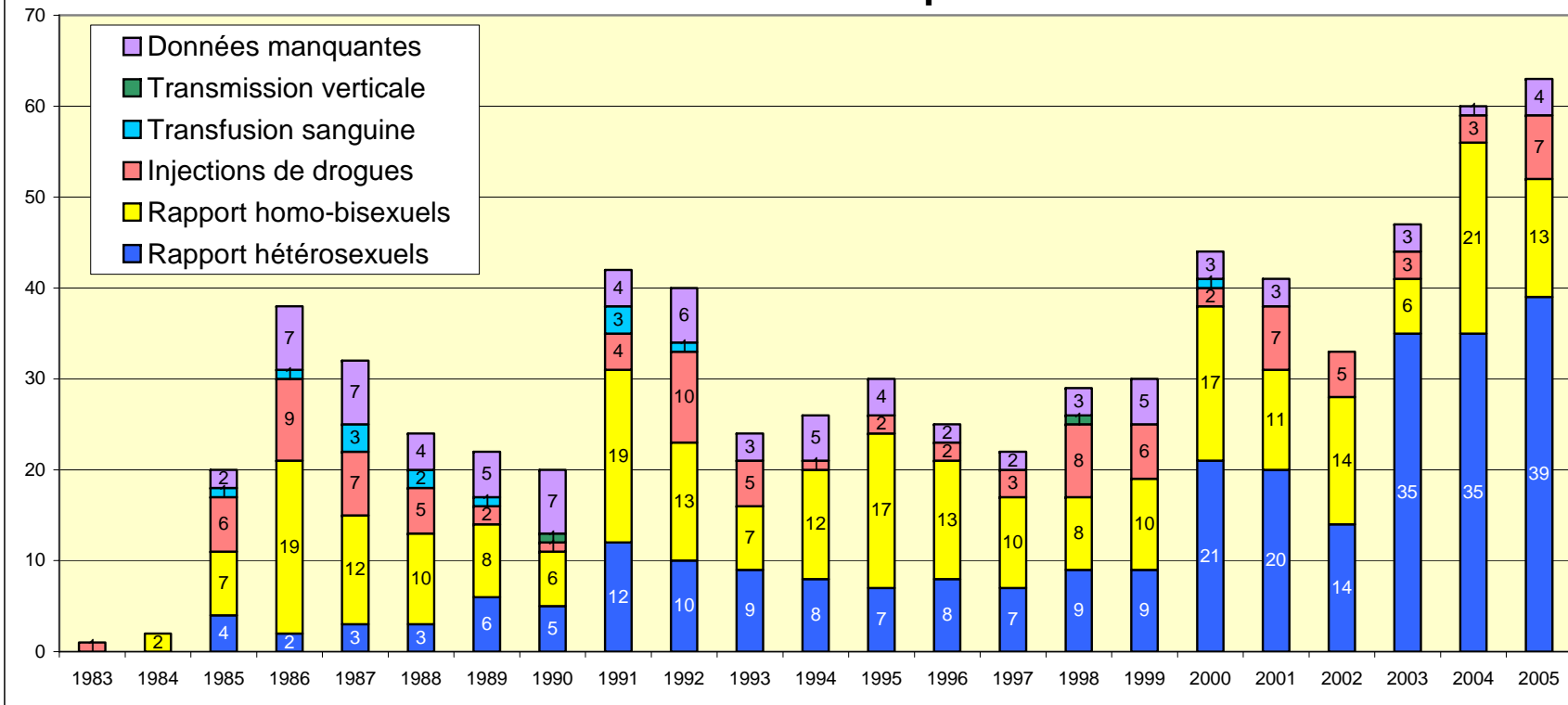
Evolution des infections à HIV et des décès



Nombre de nouvelles infections HIV par année



Mode de contamination par année



3. Information et Education

DIRECTION DE LA SANTE: DIVISION DE LA MEDECINE PREVENTIVE ET SOCIALE

Dans le cadre de la campagne de prévention du **SIDA 2005**, le Ministère de la Santé, Division de la Médecine Préventive, le Ministère de l'Education Nationale, l'Aidsberodung et Stop Aids Now asbl ont organisé un concours de slogans à imprimer sur des T-shirts.

Les meilleurs **slogans** avec visuels ont été imprimés sur des **T-Shirts** qui ont été mis en vente par l'Aidsberodung à l'occasion du 1^{er} décembre 2005, Journée Mondiale du Sida, et ceci au profit de la prévention et de la recherche.

Malgré tous les efforts de prévention, l'infection HIV a continué de progresser au GDL en 2005. Plus de 60 nouvelles infections ont été enregistrées durant l'année. Or, connaître le résultat d'un test de dépistage après une situation à risque permet de savoir si on est infecté, et de bénéficier le plus tôt possible d'un suivi médical : il s'agit d'une démarche libre, volontaire, gratuite et anonyme. Afin de diffuser cette information, des **affichettes** et des **feuilletts d'information** ont été édités et diffusés largement, en langue allemande, française, portugaise, et notamment apposés dans des lieux de passage.

Une nouvelle **Helpline en portugais** a été ouverte auprès de l'Aidsberodung.

Un **documentaire** de 30 minutes sur le Sida, intitulé « **No Take out** », produit en 2004, a été distribué en 2005 sur demande, via le Menfp et le SNJ.

Toutes ces actions ont été réalisées avec la collaboration de l'Aidsberodung et présentées lors du traditionnel vernissage au Cercle Municipal, à l'occasion du 1^{er} décembre 05.

En matière de **promotion de la santé sexuelle**, la brochure d'information destinée aux jeunes dès l'âge de 13 ans a été largement développée, ceci dans le cadre d'un groupe de travail interdisciplinaire de partenaires impliqués. Elle sera finalisée et distribuée en 2006.

La **distribution gratuite de préservatifs** a continué, par l'intermédiaire d'associations et lors d'actions socio-culturelles ou sportives ciblées.

Une nouvelle commande de **distributeurs de préservatifs** destinés à la distribution gratuite dans les lieux festifs et récréatifs (bistrot, bars, cafés...) est venue compléter ceux qui sont déjà installés.

Un projet d'achat de **distributeurs de préservatifs** destinés aux lycées du secondaire classique et technique, est en voie de finalisation, en collaboration avec le SCRIPT. La pochette de quatre préservatifs sera vendue pour 20 cents. Des séances d'information et de formation seront organisées concomitamment, à l'intention des élèves et du personnel enseignant.

En matière de **réduction des risques**, la Division de la Médecine Préventive participe au « programme de réduction des risques » dans le domaine des drogues et des toxicomanies, par la mise à disposition de seringues stériles, de préservatifs, d'eau stérile, de sachet de vitamines C et de tampons alcoolisés, ainsi que de matériel de soins et de désinfection des plaies, aux ONG « Abrigado », « Dropin » et « Jugend an Drogenhëllef.

Elle participe également à la surveillance et à l'évaluation du « **programme de substitution par la méthadone** », grâce à la fourniture et au financement de la méthadone, de seringues, de collecteurs et de distributeurs d'aiguilles stériles, par le financement de formations continues dans ce domaine, et par sa représentation au sein de la Commission de Surveillance du programme, qu'elle préside.

DIVERS :

La Division de la Médecine Préventive a distribué en tout en 2005 :

- 143 725 préservatifs « nature »
- 60 200 préservatifs « professionnel »
- 15 500 doses de lubrifiants

Financements :	Campagne de prévention :	80 000€
	Total :	80.000€

(Programme de Substitution pour les Toxicomanes 370 000€)

4. Aidsberodung Croix-Rouge

1. Missions et objectifs

L'Aidsberodung de la Croix-Rouge a été créée en 1988 avec comme objectifs :

- de fournir aux personnes vivant avec le Hiv/Sida et à leur entourage une palette de soutien émotionnel, psychosocial et pratique
- de lutter contre la propagation du virus Hiv en initiant des campagnes de prévention en direction de groupes spécifiques (jeunes, prostituées, migrants, hommes homosexuels etc).

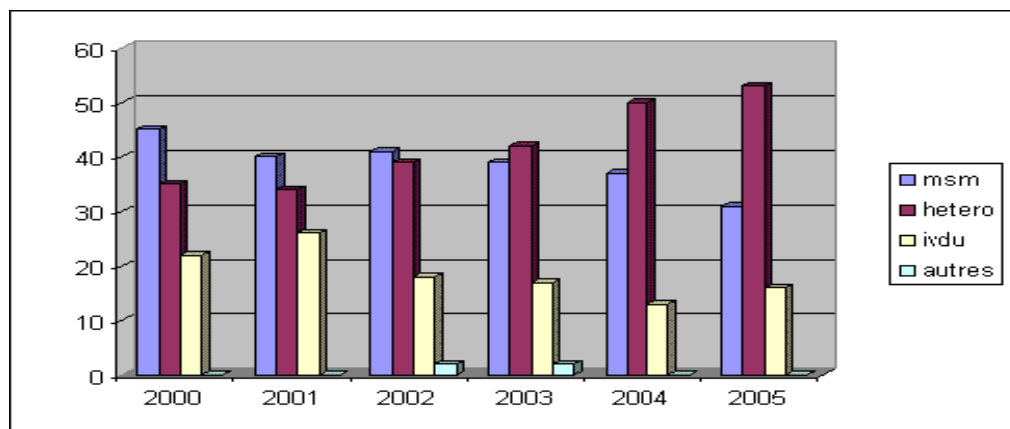
2. Travail psychosocial

L'équipe multidisciplinaire de l'Aidsberodung propose ses compétences à toutes les personnes touchées par le virus Hiv et aux proches. Elle respecte la déontologie pour professions de santé et de ce fait garantit la confidentialité.

Pour ce secteur : 378 personnes ont consulté dont 160 (148 en 2004) vivent avec le Hiv/Sida.

Concernant les personnes vivant avec le Hiv/Sida ayant consulté l'Aidsberodung, 31%(37% en 2004) se définissent comme hommes homosexuels, 53%(50%) comme hétérosexuelles, 16%(13%) comme usagers de drogues. 69% (70%) sont des hommes et 31% (30%) des femmes. 27% (25%) sont venues pour la première fois à l'Aidsberodung en 2005. 41% (46%) sont de nationalité luxembourgeoise, 33% (31%) sont originaires de l'union européenne et 26% (23%) des non-communautaires.

Graphique : Clients de l'Aidsberodung (en %) selon voie de transmission de 2000-05



3. Maison Henry Dunant : projet d'insertion

La Maison Henry Dunant est un lieu d'hébergement et d'accompagnement pour personnes vivant avec le virus du Hiv liée à un projet d'insertion et de restauration de l'autonomie.

En 2005, la maison Henry Dunant a hébergé 29 personnes (29 en 2004)

Au 1^{er} janvier 2005, il y avait 17 personnes dont 4 enfants.

Total des admissions durant l'année 2005 : 12 dont une naissance.

Total des départs durant l'année 2005 : 13 départs et 12 admissions.

Au 31 décembre 2005, il y a 16 résidents dont 4 enfants.

Les Bénévoles de l'Aidsberodung

Le travail des bénévoles consiste notamment à apporter une aide dans le cadre des besoins de la vie quotidienne des personnes vivant avec le Hiv/Sida et à participer à l'organisation des activités régulières ou ponctuelles, comme par exemple des cours de Yoga (tous les mercredi soir), 3 Dîner-Conférence (avec la participation des docteurs Thérèse Staub, Jean-Claude Schmit et Vic Arendt du service national des maladies infectieuses) et une Info Helpline Sida en langue portugaise tous les lundi soir (à partir du 3 octobre).

4. Prévention (en collaboration avec Stop Aids Now asbl.)

Journée mondiale du Sida 2005

La campagne a été placée sous le signe de la mobilisation. Le ministère de la Santé, l'Aidsberodung de la Croix-Rouge, Stop Aids Now asbl, le SCRIPT et le Centre de Technologie de l'Education (CTE) du Ministère de l'Education et de la Formation professionnelle, le Comité de surveillance du Sida, la maison de jeunes du Grund, le service national de la jeunesse ont œuvré ensemble pour développer des actions de sensibilisation et d'éducation. Un **concours de création d'un scénario** pour un spot de prévention du Sida a été proposé aux jeunes de 13 à 25 ans. Un jury a sélectionné les 5 meilleurs scénarios. Le CTE a pris en charge la réalisation du premier prix qui a été diffusé sur RTL télé et l'ensemble du réseau cinéma durant les 15 premiers jours du mois de décembre. Au mois de septembre, un concours de slogans et logos relatant des messages de prévention Sida a été lancé. Près de 133 projets ont été reçus et soumis au vote du public. Treize projets ont été récompensés lors du vernissage de la journée mondiale du Sida. Les projets gagnants ont été imprimés sur des t-shirts.

Distribution de matériel de prévention

Comme chaque année les bénévoles ont distribué régulièrement des préservatifs et des brochures lors d'évènements précis (plus de 85.000 préservatifs ont été distribués).

Le projet Roundabout Aids

Il s'agit d'un programme de prévention mobile, dynamique et interactif sur le sida, l'amour et la sexualité. Cette année, 6 nouveaux groupes de jeunes ont été formés pour pouvoir animer le parcours Roundabout Aids dans leur école respective (Lycée Garçon Limpertsberg, Lycée Emil Metz, Lycée de Wiltz, Lycée technique de Dudelange, Lycée technique Esch, Lycée technique Nick Biever).

Au total 75 jeunes ont été formés durant 6 week-ends comme experts et ils ont assuré 30 représentations du Roundabout Aids où plus de 1600 élèves ont participé.

Séances d'information dans des écoles

L'Aidsberodung de la Croix-Rouge propose des séances d'informations dans les lycées techniques et classiques. 10 séances de deux heures ont été tenues dans les lycées. Au total 185 lycéens ont ainsi été sensibilisés au Sida.

Séances d'information dans des institutions

15 séances à deux heures ont été tenues dans des institutions spécialisées suivantes : Internat pour garçons (Boulette) à Luxembourg (1), Jongenheem à Esch (1), Jugendhaus Mersch (1), Forum pour l'emploi (ouvriers) (1), Forum pour l'emploi Bastendorf (2), Proactif (6), Foyer Don Boscop (4), Foyer Ligue HMC (1), Liewens Haff (1). Au total 213 personnes ont bénéficié de ces cours. Au total 213 personnes ont bénéficié de ces cours.

Communauté lusophone

Depuis le 3 octobre l'Aidsberodung de la Croix-Rouge offre un service de permanence téléphonique en langue portugaise. Info Helpline Sida est un service d'écoute, de soutien et d'information, qui fonctionne tous les lundis de 18 à 20h.

Festival de film pour jeunes « Hautnah »

L'Aidsberodung de la Croix-Rouge en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale (SCRIPT), la maison de jeunes Grund (Interactions Faubourg), la Ville de Luxembourg (Cinémathèque) ainsi que quelques ont organisé pour la cinquième fois un festival de film pour jeunes.

5. Education sexuelle et prévention du SIDA dans le cadre de la promotion de la santé à l'école

L'éducation sexuelle et la prévention du SIDA font partie du rôle éducatif de l'école et sont réalisées dans le cadre général de la promotion de la santé.

1. Contexte : 'Mitten im Leben : Aktiv – hautnah – genussvoll'

L'approche holistique et positive de la promotion de la santé se base sur les ressources des individus, des groupes et des structures et entend initier des perspectives constructives et motivantes.

Dans une perspective de continuité, le SCRIPT du Ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle a poursuivi ses activités d'innovation pédagogiques selon les principes de la Charte d'Ottawa (approche holiste basée sur la salutogenèse, la participation, l'égalité et équité, le travail en réseau, la coopération, l'empowerment, ...), principes qui ont été et sont appliqués de façon systématique dans tous les projets ayant trait à la santé dans le contexte scolaire.

La prévention du SIDA s'inscrit dans le cadre général de la promotion de la santé qui porte sur plusieurs éléments:

- des campagnes de sensibilisation (élèves, personnel des écoles, parents) et des projets d'innovation dans les écoles
- la formation continue du personnel enseignant, dirigeant et psycho-socio-éducatif
- les curriculums officiels.

2. Axes prioritaires de développement en 2005 : réalisations et perspectives

2.1. Distribution de préservatifs

Suite à l'accord de coalition qui prévoit la distribution gratuite de préservatifs aux jeunes, sur avis du Comité de Surveillance du SIDA et après concertation avec les responsables de plusieurs lycées, il a été retenu que la distribution sera réalisée à faible coût.

Relevé des distributeurs de préservatifs mis à disposition des écoles par l'Aidsberodung de la Croix-Rouge depuis 1998 :

	Etablissements scolaires	Nombre de distributeurs
1	Athénée de Luxembourg	1
2	Lycée classique de Diekirch	1

3	Lycée de Garçons Luxembourg	1
4	Lycée du Nord	2
5	Lycée Hubert Clement	1
6	Lycée technique des Arts et Métiers	1
7	Lycée technique d'Esch/Alzette	1
8	Lycée technique d'Ettelbruck	1
9	Lycée technique du Centre	2
10	Lycée technique ECG	2
11	Lycée technique Josy Barthel	2
12	Lycée technique Matias Adam	1
13	Lycée technique Michel Lucius	2
14	Lycée technique Nic Biver	1
15	Lycée technique pour Professions de Santé	2
	Total	21

Les distributeurs en place ont été financés par le Ministère de la Santé et gérés par l'Aidsberodung.

Sur 25 établissements scolaires contactés par le Ministère de l'Education nationale pour faire l'inventaire de l'existant, 14 ont répondu. 2 distributeurs ont été déclarés être en panne. Aucun établissement n'a exprimé un refus quant à l'installation d'un distributeur. Plusieurs établissements ont indiqué qu'en complément aux distributeurs, une distribution gratuite se réalisait par les SPOS.

Quant au coût, les propositions étaient divergentes (prix trop élevé – gratuité – contribution minimale requise).

En vue d'équiper tous les sites des lycées et lycées techniques, 50 distributeurs ont été demandés par le Ministère de l'Education nationale. L'équipement, prévue en 2005, a été reporté en 2006.

Parallèlement à la campagne d'installation, le SCRIPT a prévu en coopération avec l'AidsBerodung de la Croix Rouge et la Division de la Médecine scolaire, une campagne de sensibilisation qui s'adresse notamment aux élèves des classes de 6^e, 7^e et de 8^e.

Dans le souci de proposer une campagne concertée et respectant un langage adapté aux différentes classes (public jeune, contexte culturel et socio-familial très hétérogène,...), une formation a été prévue pour janvier 2006 à l'attention du personnel de la médecine scolaire et des éducateurs/-trices des lycées et des lycées techniques.

2.2. Intégration de la perspective du genre

Les projets d'innovation pédagogique organisés dans le cadre de la promotion de la santé intègrent la perspective du genre. A cette fin une grille de réflexion pour les accompagnateurs/-trices de projet a été appliquée. Tous les documents emploient un langage (écrit et visuel) respectant les deux genres.

2.3. Mise en réseau et coopérations

- La coopération avec l'AidsBerodung de la Croix-Rouge a été poursuivie, notamment lors de la conception de la campagne de sensibilisation à l'attention des classes de 6^e, 7^e et de 8^e.
- Une coopération systématique avec le Mouvement Luxembourgeois pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle a été convenue afin de proposer une démarche concertée aux écoles.
L'offre du Planning familial en matière d'éducation sexuelle et affective s'adresse aux élèves des classes de 8 et 9^{ème} de l'enseignement secondaire technique ainsi qu'aux classes de 6 et 5^{ème} de l'enseignement secondaire.
En complément à l'éducation en matière de santé affective et sexuelle prévue au programme de l'enseignement primaire et secondaire dans le cadre de différents cours, l'intervention externe favorise la spontanéité des échanges et leur approfondissement ainsi qu'une prise de contact avec les locaux et le personnel des services spécialisés facilitant un recours ultérieur des élèves en cas de problème.
L'expertise d'intervenant(e)s spécialisé(e)s garantissant une information adaptée et actualisée est mise en œuvre lors d'activités de formation continue pour les enseignant(e)s.
- Les professionnel(le)s du secteur de la santé ont été invité(e)s à participer à des démarches de promotion de la santé. Des projets témoignent du succès d'une telle coopération qui reste cependant souvent ponctuelle faute de ressources humaines. En vue d'une cohérence des messages, il est souhaitable que les initiatives réalisées au niveau des écoles soient complétées / préparées / accompagnées par des initiatives 'public health' touchant e.a. les familles, le milieu extra-scolaire.

2.4. Evaluation et documentation (effet durable – transfert – visibilité)

- En terme de développement de la qualité, une évaluation a été préconisée pour chaque activité. Les méthodes ont été déterminées en fonction des objectifs formulés. La mise en œuvre reste un défi, nécessitant une formulation précise des objectifs (SMART : spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch, terminiert), des résultats mesurables, des instruments applicables et surtout une attitude favorable face à l'évaluation du travail réalisé.
- Pour entamer un échange de bonnes pratiques dans le cadre de la promotion de la santé, le SCRIPT en coopération avec le Collège des Inspecteurs a lancé un appel de documentation des projets de l'enseignement primaire ayant trait e.a. à l'éducation sexuelle. En effet, c'est grâce à l'engagement de nombreux enseignant(e)s et

éducateurs(-trices), que les initiatives organisées dans les écoles en vue de promouvoir le bien-être des enfants sont multiples et méritent certainement d'être connues et échangées. Une activité similaire est prévue en 2006 pour l'enseignement postprimaire.

3. Continuité et suivi

3.1. Suivi des écoles

Le SCRIPT a poursuivi en 2005 le soutien de projets locaux. Des actions d'accompagnement, d'animation, de formation et de documentation relatives aux différents domaines de la promotion de la santé, dont notamment l'éducation sexuelle et la prévention du SIDA ont été organisées en fonction des demandes des écoles.

3.2. Activités régulières

- Festival du film pour jeunes

Le cinquième festival du film pour jeunes 'Hautnah' a été organisé par le SCRIPT en coopération avec la Cinémathèque de la Ville de Luxembourg, Aids-Berodung de la Croix-Rouge, Inter-Actions Maison des jeunes Grund.

1072 élèves, accompagnés par 53 titulaires (37 enseignantes et 16 enseignants), ont participé au festival du film qui s'est proposé de sensibiliser les jeunes à différents problèmes actuels à travers le média cinématographique (long-métrage, documentaire, film-muet) complété par une discussion en classe et une rencontre avec des témoins et des expert/e/s.

Les thématiques suivantes ont été choisies en fonction de l'actualité nationale/internationale ainsi qu'en fonction des programmes des classes de l'enseignement secondaire et secondaire technique: dépendances - jeunesse et orientation sexuelle - racisme et multiculturalisme - amour et Sida - enfance et handicap - modernité et modèles de société - guerre et résistance - marginalité sociale.

Même si les sujets sont graves, les films présentent des facettes d'espoir, de solidarité et d'humanité et encouragent les jeunes à s'engager et agir en citoyen/citoyenne responsable

- Concours organisés dans le cadre de la Prévention du SIDA

Lors de l'organisation des concours en coopération avec l'AidsBerodung de la Croix Rouge et du Service national de la Jeunesse, une attention particulière a été portée aux élèves des classes de l'enseignement préparatoire.

3.3. Etude «Health Behaviour of School-aged Children» (HBSC), une enquête internationale sur la santé et les modes de vie des élèves de 11 à 17 ans

Le Luxembourg participe depuis 1999 à l'étude menée dans 40 autres pays sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé. Cette deuxième étude luxembourgeoise, encadrée scientifiquement par le Centre de Recherche Public-Santé et prévue en février-mars 2006 a été préparée en 2005 en coopération avec les Ministères de la Santé et de la Famille.

Ce projet ambitieux permet de mieux cerner l'état de santé des jeunes de 11 à 17 ans, d'observer l'évolution de leurs comportements et des déterminants de leur santé au niveau national et international. Les résultats de cette étude permettront au gouvernement luxembourgeois d'élaborer ou d'améliorer des politiques en réponse aux besoins spécifiques des adolescent(e)s mis en évidence grâce à l'étude, notamment en matière d'éducation sexuelle et de prévention du SIDA.

3.4. Formation initiale et continue du personnel enseignant et socio-éducatif

- Formation initiale

Enseignement postprimaire : 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

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 primaire et postprimaire.

3.5. Intégration dans les programmes scolaires officiels

La prévention du SIDA s'intègre dans l'approche visant 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 primaire: Eveil aux sciences et sciences naturelles, Langues, Education morale et sociale, Instruction religieuse.

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

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

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

4^e année d'études (éveil aux sciences - domaine d'apprentissage social) : création et développement d'un enfant

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

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

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

Enseignement postprimaire: Education morale et sociale, Instruction religieuse, Biologie, Langues, Education à la Santé et à l'Environnement.

7^e technique – biologie: Amour, sexualité, partenariat,

7^e technique – formation morale et sociale : famille, importance du dialogue, école

10^e PS – formation morale et sociale : Problèmes des jeunes adultes (suicide, sexualité-SIDA-drogues, responsabilité civile)

10^e / 11^e toutes les classes des régimes professionnel et technicien – éducation à la santé et à l'environnement : vie en commun et responsabilité.

6. Prévention et Dépistage

1. Buts des tests de dépistage

Les buts des tests de dépistage sont ceux définis par le Gouvernement au Programme National de Lutte contre le SIDA et la Toxicomanie:

- Sur le plan individuel:
permettre d'établir un diagnostic différentiel chez un patient. En cas de séropositivité être à même d'amener ce patient vers une surveillance médicale correcte et vers un comportement responsable pour éviter la transmission de l'infection.
- Sur le plan épidémiologique:
connaître et surveiller l'étendue de l'épidémie du HIV.
- Sur le plan de la transfusion et des transplantations d'organes:
pouvoir refuser le sang, les tissus ou les organes infectés.

On peut ajouter qu'actuellement il est d'autant plus important de connaître son état de séropositivité qu'il existe des moyens pour intervenir précocement au cours de l'évolution de l'infection à HIV pour en ralentir l'évolution.

2. Prévention de l'infection à HIV et tests

Le Comité de Surveillance du SIDA a toujours admis que l'épidémie peut être freinée par des mesures volontaires et par la responsabilisation de l'individu. Toutes les actions entreprises pour endiguer l'épidémie de HIV/SIDA doivent respecter les droits de la personne humaine (respect de styles de vie différents, d'orientations sexuelles différentes, non-discrimination). A part les tests obligatoires pour les dons du sang, de sperme et d'organes, le Comité de Surveillance du SIDA considère que le test doit être offert sur une large échelle sur base volontaire, confidentielle, gratuite et - si désiré - anonyme. En 1992, la Commission Nationale Consultative d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé et le Conseil du Gouvernement ont officiellement adopté la même position.

Le Comité a par ailleurs toujours estimé que le test n'est pas une mesure préventive en soi, mais qu'il doit être accompagné d'une consultation-conseil (counselling) concomitante destinée à faire adopter un comportement responsable. Une brochure est distribuée aux personnes qui viennent chercher le résultat de leur test volontaire: "Que signifie le résultat négatif de votre test?"

En octobre 1993, le Comité a envoyé une lettre circulaire à tous les médecins du Luxembourg rappelant que le test doit être fait uniquement avec le consentement du patient et doit être accompagné d'un counselling destiné à faire comprendre à la

personne qui se fait tester que c'est l'adoption d'un comportement excluant le risque de s'infecter qui importe plus que le test lui-même.

3. Tests effectués

A côté de la Croix-Rouge qui effectue des tests seulement pour les dons du sang, les tests payés par le Ministère de la Santé sont réalisés au Laboratoire National de Santé (LNS) et au Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL).

2005: 6 098 personnes se sont fait tester au LNS et 7 877 au CHL.

7. Résultats du Dépistage anti-HIV dans le cadre des activités du Service de la Transfusion Sanguine de la Croix-Rouge Luxembourgeoise

Les mesures sécuritaires

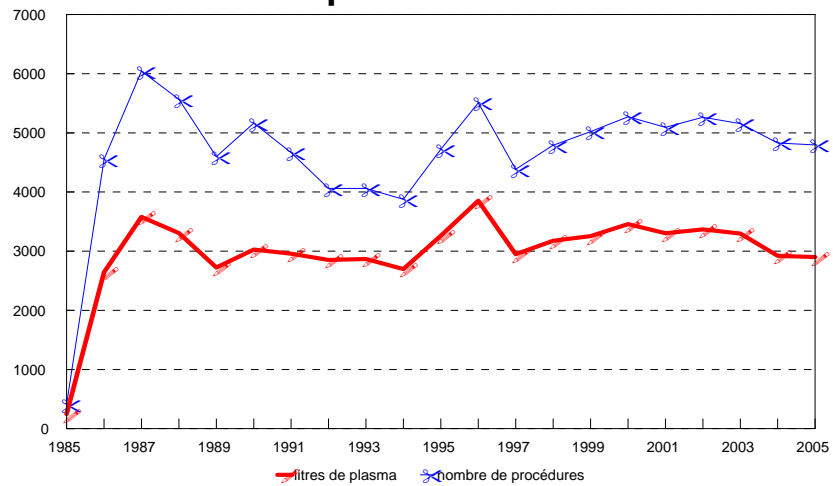
dans le cadre de la transfusion sanguine

Tableaux récapitulatifs des activités de prélèvement du Centre de Transfusion Sanguine (CTS) de la Croix-Rouge Luxembourgeoise (CRL)

Dons de sang total			
Période	Total	au CTS	en collecte externe
01.08.1985 - 31.12.1985	9 427	6 824	2 603
01.01.1986 - 31.12.1986	24 764	16 568	8 196
01.01.1987 - 31.12.1987	23 881	15 954	7 927
01.01.1988 - 31.12.1988	22 788	15 143	7 645
01.01.1989 - 31.12.1989	21 189	14 369	6 820
01.01.1990 - 31.12.1990	21 606	14 338	7 268
01.01.1991 - 31.12.1991	23 186	15 628	7 558
01.01.1992 - 31.12.1992	22 647	15 160	7 487
01.01.1993 - 31.12.1993	22 153	15 392	6 761
01.01.1994 - 31.12.1994	21 809	15 445	6 364
01.01.1995 - 31.12.1995	21 299	15 606	5 693
01.01.1996 - 31.12.1996	21 085	14 104	6 981
01.01.1997 - 31.12.1997	20 807	13 842	6 965
01.01.1998 - 31.12.1998	21 270	14 815	6 455
01.01.1999 - 31.12.1999	21 032	15 009	6 023
01.01.2000 - 31.12.2000	21 113	14 920	6 193
01.01.2001 - 31.12.2001	21 195	14 763	6 432
01.01.2002 - 31.12.2002	21 282	14 814	6 468
01.01.2003 - 31.12.2003	21 773	15 275	6 498
01.01.2004 - 31.12.2004	21 017	14 581	6 436
01.01.2005 - 31.12.2005	21 998	15 495	6 503
TOTAL	447 321	308 045	139 276

Total [01.08.1985 - 31.12.2005]: 447 321 dons de sang total testés

Activité d'Aphérèse: 1985-2005



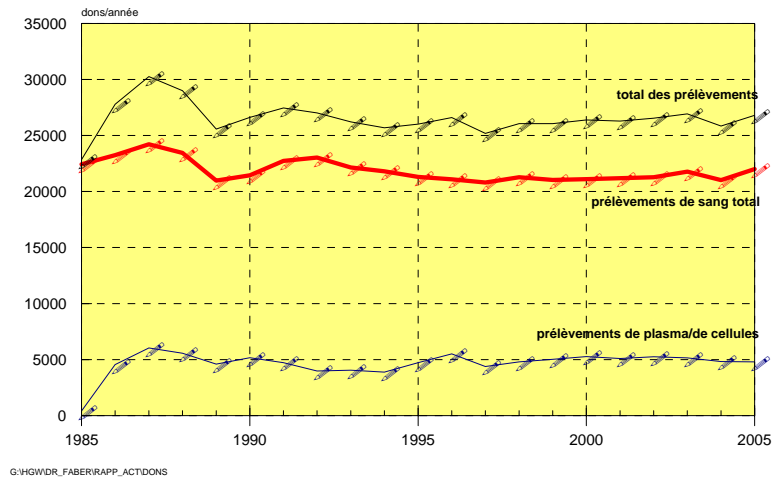
G:\HGWD\DR_FABER\RAPP_ACT\PLA\ACTIV

Dons de plasma/cellules	
01.08.1985 - 31.12.1985	890
01.01.1986 - 31.12.1986	5 265
01.01.1987 - 31.12.1987	5 972
01.01.1988 - 31.12.1988	5 498
01.01.1989 - 31.12.1989	4 549
01.01.1990 - 31.12.1990	5 285
01.01.1991 - 31.12.1991	4 595
01.01.1992 - 31.12.1992	3 798
01.01.1993 - 31.12.1993	4 060
01.01.1994 - 31.12.1994	3 878
01.01.1995 - 31.12.1995	4 723
01.01.1996 - 31.12.1996	5 508
01.01.1997 - 31.12.1997	4 386
01.01.1998 - 31.12.1998	4 790
01.01.1999 - 31.12.1999	4 295
01.01.2000 - 31.12.2000	5 271
01.01.2001 - 31.12.2001	5 094
01.01.2002 - 31.12.2002	5 256
01.01.2003 - 31.12.2003	5 155
01.01.2004 - 31.12.2004	4 828
01.01.2005 - 31.12.2005	4 796
TOTAL	97 892

Total [01.08.1985 - 31.12.2005]:

97 892 dons de plasma/ de cellules testés

Service de la Transfusion Sanguine Croix-Rouge Luxembourgeoise

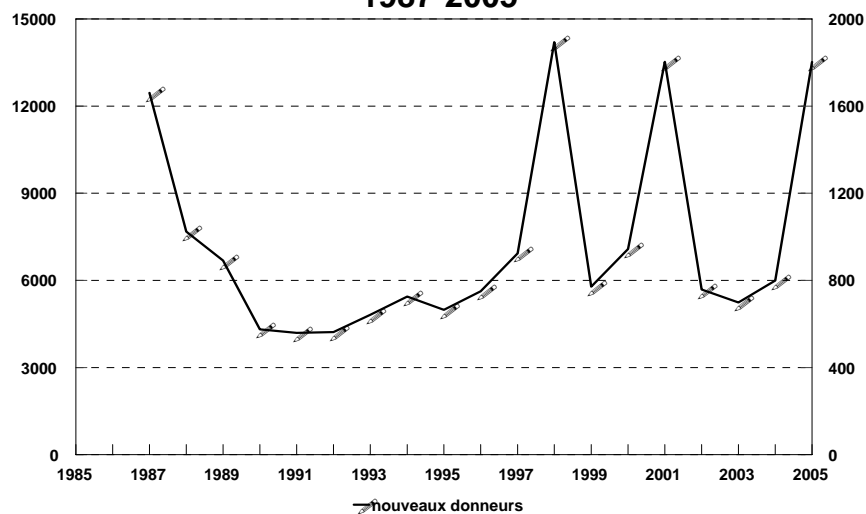


Dons (toutes catégories confondues)	
01.08.1985 - 31.12.1985	10 317
01.01.1986 - 31.12.1986	30 029
01.01.1987 - 31.12.1987	29 853
01.01.1988 - 31.12.1988	28 286
01.01.1989 - 31.12.1989	25 738
01.01.1990 - 31.12.1990	26 891
01.01.1991 - 31.12.1991	27 781
01.01.1992 - 31.12.1992	26 445
01.01.1993 - 31.12.1993	26 213
01.01.1994 - 31.12.1994	25 687
01.01.1995 - 31.12.1995	26 022
01.01.1996 - 31.12.1996	26 593
01.01.1997 - 31.12.1997	25 193
01.01.1998 - 31.12.1998	26 060
01.01.1999 - 31.12.1999	26 053
01.01.2000 - 31.12.2000	26 384
01.01.2001 - 31.12.2001	26 289
01.01.2002 - 31.12.2002	26 538
01.01.2003 - 31.12.2003	26 928
01.01.2004 - 31.12.2004	25 845
01.01.2005 - 31.12.2005	26 794
TOTAL	545 939

Total [01.08.1985 - 31.12.2005] :

545 939 dons de toute sorte testés

Recrutement, évictions et donneurs actifs 1987-2005



G:\HGWDR_FABER\RAPP_ACT\REGR_EV

Nombre de Nouveaux Donneurs (ND)	
01.08.1985 - 31.12.1985	325
01.01.1986 - 31.12.1986	2 789
01.01.1987 - 31.12.1987	1 718
01.01.1988 - 31.12.1988	1 186
01.01.1989 - 31.12.1989	ca.850
01.01.1990 - 31.12.1990	829
01.01.1991 - 31.12.1991	783
01.01.1992 - 31.12.1992	739
01.01.1993 - 31.12.1993	642
01.01.1994 - 31.12.1994	726
01.01.1995 - 31.12.1995	665
01.10.1996 - 31.12.1996	750
01.01.1997 - 31.12.1997	846
01.01.1998 - 31.12.1998	1 893
01.01.1999 - 31.12.1999	771
01.01.2000 - 31.12.2000	944
01.01.2001 - 31.12.2001	1 803
01.01.2002 - 31.12.2002	758
01.01.2003 - 31.12.2003	699
01.01.2004 - 31.12.2004	801
01.01.2005 - 31.12.2005	1 802
TOTAL	22 319

Total [01.08.1985 - 31.12.2005] : 22 319 nouveaux donneurs (candidats au don) testés

Résultats du **dépistage** sur les **dons de sang/de plasma/de cellules** pour **année 2005**

Tous les prélèvements de sang / de plasma / de cellules ont été testés :

- depuis le 01.08.1985 pour l'anti-HTLV III (par ELISA)
- depuis le 01.06.1990 pour l'anti-HIV 1+2 (par ELISA)
- depuis le 22.11.1999 en plus pour HIV-RNA par NAT-PCR
- depuis le 30.12.1999 en plus pour l'antigène p24 – HIV.

Qualification biologique des dons de sang / de plasma / de cellules et des autotransfusions (dépistage des marqueurs infectieux de maladies transmissibles par la voie sanguine): Sont utilisés des réactifs de dépistage autorisés par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé en France; ancienne dénomination: AdM, Agence du Médicament) **et** le PEI (Paul-Ehrlich-Institut en Allemagne).

Vue l'importance de la détection de toute séroconversion, et ceci aussi tôt que possible après la contamination, les seuils pour l'interprétation des résultats du dépistage sérologique ont été choisis de manière à garantir un maximum de sensibilité, tout en conservant un degré adéquat de spécificité.

Ainsi ont été utilisés au cours de l'année 2005, les tests/réactifs suivants:

- **HBsAg (hépatite B)**: Enzygnost HBsAg Monoclonal II de la firme Dade-Behring
- **anti-HIV 1+2 et HIV Ag p24 (HIV)**: Enzygnost HIV Integral de la firme Dade-Behring
- **anti-HCV (hépatite C)**: anti-HCV de la firme Ortho Diagnostic Systems
- **anti-HTLV I/II (Human T-lymphotropic virus)**: anti-HTLV I/II de la firme Murex (Abbott).

La PCR (« polymerase chain reaction », technique d'amplification génomique pour les virus HIV, HBV et HCV) a été introduite en routine le 22.11.1999 et constitue une barrière supplémentaire pour la sécurité des transfusions sanguines. Les analyses PCR se font en sous-traitance par la Croix-Rouge Allemande (DRK Hessen, Frankfurt/Main).

Depuis l'introduction de la PCR pour HIV, HBV et HCV, pour l'ensemble des échantillons analysés, il n'y a pas eu un seul résultat positif en PCR (test d'acide nucléique) et négatif en ELISA (test de sérologie classique).

Etant donné que les tests de PCR se font actuellement en "pools" contenant 96 échantillons à la fois, chaque test qui ne donne pas de résultat négatif pour un des trois paramètres peut avoir un impact potentiel important sur la disponibilité et les réserves nationales des produits sanguins.

Dans un souci d'éviter autant que possible des pénuries résultant de tests PCR non-négatifs, des stratégies de réduction du risque ont été élaborées et mises en place (entre autre, augmentation des limites inférieures des réserves de produits sanguins).

Etant donné que des contrôles internes de la PCR peuvent être inhibés, que des échantillons de dons de sang peuvent s'avérer positifs, que des difficultés techniques peuvent apparaître, etc... la quarantainisation de tous les produits sanguins préparés à partir des unités contenues dans les « pools » en question s'impose. Etant donné que des problèmes logistiques peuvent en résulter, il a été décidé de procéder de manière différente pour l'échantillonnage des « pools »: le « sampling » des échantillons du CTS/CRL a été modifiée et depuis lors les échantillons du CTS/CRL sont pipetés dans des « pools » qui ne contiennent que des tubes provenant du CTS/CRL. Pour des raisons de sécurité et de rapidité dans la disponibilité des résultats, un 2^{ème} pool de « back-up » est préparé en même temps: cette modification dans l'organisation a donné d'excellents résultats et a stabilisé la situation de ravitaillement, surtout pour les produits sanguins considérés comme « critiques », les concentrés plaquettaires avec une durée de conservation maximale de 5 jours.

R é s u l t a t g l o b a l p o u r l e H I V [0 1 . 0 8 . 1 9 8 5 - 3 1 . 1 2 . 2 0 0 5]
--

Nombre total des dons testés: 545 939

Nombre total des dons, qui n'ont pas donné de résultat négatif (suivant le cut-off interne): < 0,3 %

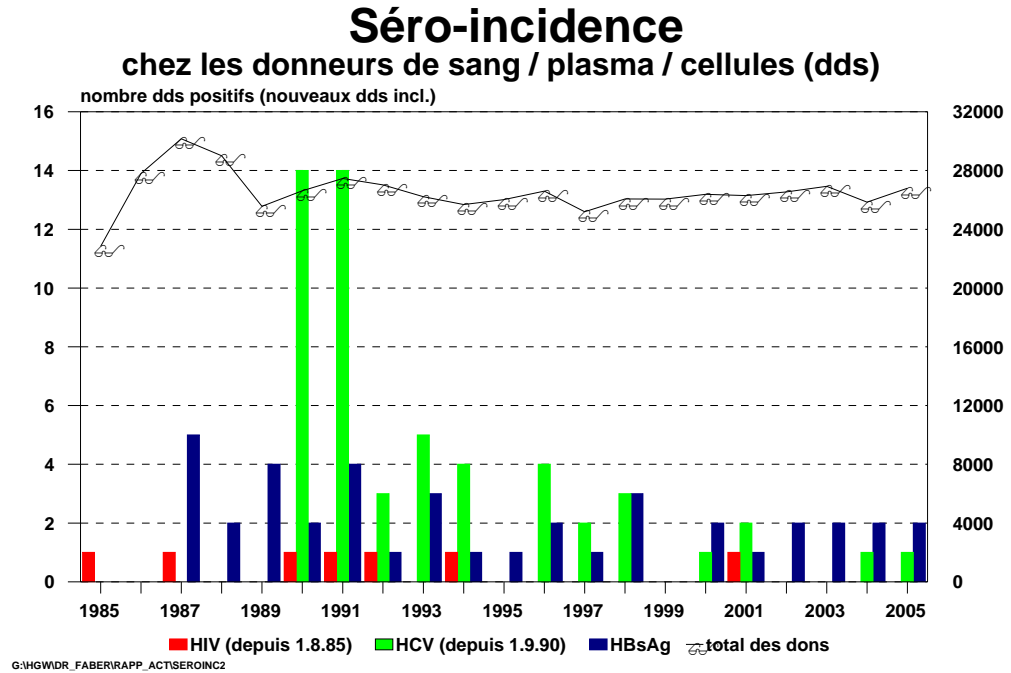
Nombre total des dons ELISA répétés positifs: < 0,1 %

Nombre total des dons montrant une réaction non-spécifique dans le test de confirmation (Western Blot , WB), mais qui ne peuvent pas être classés de positifs: < 0,05 %

du 01.08.1985 au 31.12.2005 :

nombre total des dons ELISA HIV-positifs, WB HIV-positifs [interprétés comme anti-HIV positifs]: 7 (dont 1 ND) = 0.128 par 10.000
--

Résultats du dépistage systématique sur les prélèvements de sang/de plasma (pour HIV , HCV , HBsAg ; en chiffres absolus)



En 2005 :

Nombre de donneurs de sang dépistés positifs (y compris les nouveaux donneurs qui ne peuvent pas faire de don du sang la 1^{ère} fois - à l'inscription) :

- pour anti-HIV 1 / 2 : **0**
- pour anti HCV : **1** (nouveau donneur sans don de sang, uniquement avec analyses)
- pour HbsAg : **2** (nouveaux donneurs sans don de sang, uniquement avec analyses)

Résultats HIV- positifs groupés par année :

année	période	dons de sang	dons de plasma/ de cellules	anti-HIV positif (confirmé)
1985	01.08.85-31.12.85	9 427 (10 317)	890	1 (12.12.1985)
1986	01.01.86-31.12.86	24 764 (30 029)	5 265	0
1987	01.01.87-31.12.87	23 881 (29 853)	5 972	1 ND (11.03.1987) *
1988	01.01.88-31.12.88	22 788 (28 286)	5 498	0
1989	01.01.89-31.12.89	21 189 (25 738)	4 549	0
1990	01.01.90-31.12.90	21 606 (26 891)	5 285	1 (02.07.1990)
1991	01.01.91-31.12.91	23 186 (27 781)	4 595	1 (04.07.1991)
1992	01.01.92-31.12.92	22 647 (26 445)	3 798	1 (28.04.1992)
1993	01.01.93-31.12.93	22 153 (26 213)	4 060	0
1994	01.01.94-31.12.94	21 809 (25 687)	3 878	1 (19.01.1994)
1995	01.01.95-31.12.95	21 299 (26 022)	4 723	0
1996	01.01.96-31.12.96	21 085 (26 593)	5 508	0
1997	01.01.97-31.12.97	20 807 (25 193)	4 386	0
1998	01.01.98-31.12.98	21 270 (26 060)	4 790	0
1999	01.01.99-31.12.99	21 032 (26 053)	5 021	0
2000	01.01.00-31.12.00	21 113 (26 384)	5 271	0
2001	01.01.01-31.12.01	21 195 (26 289)	5 094	1 (27.02.2001)
2002	01.01.02-31.12.02	21 282 (26 538)	5 256	0
2003	01.01.03-31.12.03	21 773 (26 928)	5 155	0
2004	01.01.04-31.12.04	21 017 (25 845)	4 828	0
2005	01.01.05-31.12.05	21 998 (26 794)	4 796	0

* en 1987 : 1 donneur de sang trouvé anti-HIV positif; ce donneur a été éliminé par le questionnaire médical, n'a pas été accepté au don de sang, mais a été testé à sa propre demande et a été trouvé anti-HIV positif confirmé [27.03.1987].

La politique sécuritaire du CTS/CRL pour protéger le ravitaillement en produits sanguins à des fins de transfusion sanguine

Le Centre de Transfusion Sanguine de la Croix-Rouge Luxembourgeoise (CTS/CRL) a une mission nationale, qui consiste à couvrir les besoins des malades du pays en produits sanguins (PS) labiles et en dérivés plasmatiques (DP) stables, qui doivent être sûrs et efficaces.

Etant donné que la transfusion sanguine peut transmettre des maladies, notamment des virus, le CTS/CRL a mis en place tout un arsenal de mesures visant à sécuriser les transfusions sanguines :

- système transfusionnel basé sur des donneurs de sang **bénévoles et non-rémunérés**
- concept de l' **autosuffisance** (en matière de ravitaillement en produits sanguins labiles et en dérivés plasmatiques stables)
- concept d' **assurance de qualité** (prévention, détection et correction des déficiences qui pourraient compromettre une qualité optimale et constante des produits et services) : le QMS (Quality Management System) du CTS/CRL a été certifié ISO9002 : 08.94 le 08.03.1999 et ISO9001 : 2000 depuis le 25.06.2003
- **sélection** médicale rigoureuse des donneurs de sang avant le prélèvement
- sécurisation des **nouveaux donneurs** (qui présentent statistiquement un risque plus élevé que les donneurs réguliers) : les candidats au don du sang ne peuvent pas donner au moment de l'inscription ; uniquement la sélection médicale et les analyses de qualification biologique sont faites, mais un don de sang n'est pas prélevé à l'inscription)
- **tests et analyses de laboratoire** (dépistage systématique des marqueurs infectieux dans le cadre de la qualification biologique des dons de sang)
- **techniques de préparation des produits sanguins** (par filtration, résultant dans une déleucocytation systématique des produits y inclus le plasma pour le fractionnement)
- **inactivation virale** (pasteurisation, méthode solvant-détergent - SD, ...) / **élimination d'agents pathogènes** (nanofiltration,...) [uniquement possible sur les dérivés plasmatiques].

Le CTS/CRL a l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer un niveau élevé de sécurité transfusionnelle et de qualité des produits, dans l'intérêt des patients avec besoins transfusionnels. Il y a lieu de souligner que la politique du CTS/CRL en matière de sécurité et de qualité respecte strictement le principe de précaution.

Bien entendu, le CTS/CRL soumet tous les dons de sang à des tests de laboratoire, entre autres pour détecter les virus HIV / AIDS, de l'hépatite B et de l'hépatite C. Hélas, ces analyses de laboratoire ne peuvent pas donner une garantie absolue, ceci pour des raisons techniques en relation avec la « fenêtre sérologique ».

Par conséquent, le CTS/CRL a la responsabilité de prendre des mesures additionnelles pour assurer un maximum de sécurité transfusionnelle. La sélection médicale des donneurs de sang est une mesure capitale dans ce contexte: elle a pour objectif l'évaluation des risques que peut présenter un individu qui se rend au don du sang.

La sélection médicale des donneurs de sang constitue une étape cruciale pour la sécurité des produits sanguins : dans ce contexte il est fait appel à un outil élaboré et validé, le questionnaire médical pour donneurs de sang. Ce questionnaire médical a été modifié en 2005 pour mieux détecter des individus avec comportement à risque élevé (version actualisée de la référence : Questdds/CF/04.2005/001, appliquée depuis le 02.05.2005).

Pour quantifier le risque d'un candidat au don du sang, notamment son risque viral, certaines informations sont prises. Ainsi un nombre important de questions sont posées: des questions en relation avec des maladies, des médicaments, des voyages, des comportements à risque,...

La collecte de ces informations permet au professionnel de la santé en charge de la cabine médicale au CTS/CRL de prendre une décision responsable quant à l'admissibilité des donneurs de sang, étape obligatoire prévue par la législation.

A la fin de la sélection médicale une décision importante doit être prise: le donneur est refusé (s'il présente un risque quelconque pour la sécurité transfusionnelle) ou il est accepté (s'il ne présente pas de risque détectable de nature à compromettre la sécurité).

A titre d'exemple, sont exclus (temporairement ou définitivement) du don du sang, des individus:

- qui sont atteints d'un cancer
- qui prennent un antibiotique
- qui ont eu une hépatite C
- qui ont séjourné pendant plus d'un an au Royaume Uni (entre 1980 et 1996) (à cause du risque de transmission des prions, pouvant causer la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob - vCJD, la forme humaine de la maladie de la vache folle, BSE)
- qui ont séjourné dans un pays à risque pour le paludisme (à cause du risque de transmission de la malaria)
- qui se sont injectés de l'héroïne (à cause du risque de transmettre le virus du SIDA-AIDS)
- de sexe masculin qui ont eu des relations sexuelles avec un autre homme (à cause du risque de transmission du HIV / virus du SIDA-AIDS ; les statistiques montrent que les hommes qui ont eu des relations sexuelles avec un autre homme continuent à représenter une part importante des nouvelles infections HIV)
- qui ont eu des relations sexuelles non protégées dans des régions endémiques pour le HIV / SIDA-AIDS (comme l'Afrique sub-saharienne) respectivement avec une personne originaire d'Afrique sub-saharienne
- etc,....

Ainsi les questions posées aux candidats au don du sang génèrent des informations qui permettent au CTS/CRL de sélectionner des donneurs de sang qui ne représentent pas de risque détectable pour les malades qui doivent se faire transfuser: cette démarche se fait en toute objectivité, dans une optique de stricte neutralité, dans le respect de la confidentialité et avec un souci constant de prévoyance.

Les moyens œuvrés à cette fin ont été choisis après mûre réflexion, sont conformes aux dispositions légales et répondent parfaitement aux pratiques internationales (comme les Pays-Bas, la Suisse, les US et bien d'autres pays avec un système transfusionnel développé).

Par ailleurs, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'UE (Union Européenne, et en premier lieu la Commission Européenne) ainsi que le FDA (Food and Drug Administration) ont émis des critères de suspension respectivement d'éviction pour donneurs de sang avec risque élevé pour des infections graves.

Les « Critères d'acceptation pour donneurs de sang / de plasma / de cellules » comprennent des algorithmes décisionnels dans ce contexte. Les versions actualisées des « Critères d'acceptation pour donneurs de sang / de plasma / de cellules » sont envoyées systématiquement au Ministre de la Santé. La version a été actualisée la dernière fois le 02.05.2005 : il s'agit de la révision no. 16 de la référence interne DIRSO002).

La **sélection médicale des donneurs de sang** ainsi que les suspensions temporaires respectivement les évictions définitives, qui peuvent en résulter, sont des sujets délicats pour différentes raisons, mais le CTS/CRL a toujours et va continuer à réserver une priorité absolue à la sécurité transfusionnelle, en appliquant strictement le principe de précaution. Tout intérêt autre que celui des patients avec besoins transfusionnels va continuer à avoir une priorité inférieure à celle des malades.

En résumé pour 2005:

A u c u n donneur de sang / de plasma / de cellules n'a été trouvé anti-HIV positif confirmé.

En conclusion pour 2005 :

L'incidence HIV parmi les donneurs de sang/de plasma reste infiniment faible.

8. SIDA et Toxicomanie

Une augmentation constante dans l'échange de seringues stériles s'est confirmée au cours des dernières années (cf rapports y relatifs). En 2005 le nombre de seringues distribuées correspondait plus ou moins au nombre de l'année 2004.

Le tableau ci-après reprend cette tendance des années 2002 à 2005.

Distribution et vente de seringues stériles 2002 – 2005

	2002	2003	2004	2005
Centres de distribution	217.715	285.771	398.334	401.451
Distributeurs de seringues	36.881	44.442	36.744	28.428
Total	254.596	330.213	435.078	429.879

Total des seringues échangées aux centres de distribution et vendues aux distributeurs en 2005 : 429.879

Les centres de distribution

(Jugend- an Drogenhëllef Luxembourg et Esch, Drop-in, Abrigado)

401.451 (398.334)* seringues stériles ont été distribuées en 2005 par les différents services, dont 370.039 à Luxembourg et 36.412 à Esch-sur-Alzette. Pour de plus amples renseignements, les personnes intéressées peuvent s'informer dans les rapports annuels détaillés des différents services.

Lieu	seringues stériles	retour seringues usagées
JDH Luxembourg Consultation et K25	143.841 (168.682)*	134.656 – 93,6%
JDH Esch	36.412 (17.653)	30.021 – 82,4%
Centre Oppen Dir Esch	- **(22.714)	-
Drop-in	140.639 (150.943)	138.677 – 98,6%
Abrigado	85.559 (38.342)	77.597 – 90,6%
Total	406.451 (398.334)	380.951 – 93,7%

* les chiffres en parenthèses se rapportent à l'année 2004

** Le Centre Oppen Dir a Esch a arrêté la distribution au 1.1.2005

La conception de l'échange de seringues dans les différents centres est un facteur constant de l'approvisionnement en seringues stériles. Le Centre Oppen Dir à Esch a arrêté l'échange de seringues au 1^{er} janvier 2005. Ainsi la Jugend- an Drogenhëllef est le seul service à Esch à échanger des seringues, tandis qu'à Luxembourg-Ville trois services distribuent des seringues dans le quartier de la gare. Les

consommateurs de drogues illégales reconnaissent l'utilité de ramener les seringues usagées au centre de distribution et de recevoir en échange des seringues stériles.

Le consommateur a droit à 2 seringues stériles en plus des seringues usagées qu'il ramène. Comme les drogues sont souvent consommées à deux, la remise de deux seringues stériles est considérée comme mesure préventive pour éviter qu'une seringue soit partagée.

Le taux des seringues usagées retournées est constamment très élevé (93,7%), ce qui représente un grand intérêt pour la santé publique.

Les consommateurs apprécient depuis des années la sécurité et la fiabilité des centres d'échange. Ceux-ci leur offrent, malgré toutes les rencontres possibles avec d'autres consommateurs, un grand anonymat. Les consommateurs ont la possibilité de bénéficier des services offerts par les centres, tels que informations, consultation, substitution, sevrages, thérapies ambulatoires ou orientation vers thérapies résidentielles. L'échange de seringues représente au moins une mesure de confiance importante dans la voie à suivre par le consommateur pour agir en toute responsabilité dans la prévention de la santé.

Réunion « échange de seringues » du 7 octobre 2005

Sur l'initiative de G. Biwersi (Jugend- an Drogenhëllef Esch) et A. Origer (AST), une réunion entre les services, échangeant des seringues et les services de la police a eu lieu. Le rapport y relatif est repris ci-après :

Rapport de la réunion "échange de seringues" du 7 octobre 2005

Présences:

Direction de la Santé: A. Origer, S. Schram, M. Nicolet

Aidsberôdung: H. Goedertz.

CNDS/Foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes: M. Graser

CPL: J. Schlink

Drop In: C. Cronshagen

JDH: G. Biwersi, H. Grün, P. Balthasar,

Police Grand-Ducale: M. Merz

SPJ- Section Stupéfiants: M. Colbett

1. Inventaire de la situation actuelle: problèmes, manquements

Une augmentation significative du nombre de seringues distribuées et du taux de retour de seringues usées a été observée les dernières années. Les modes de consommation ainsi que les besoins des clients ont changé. Les ONG rapportent un nombre élevé de cas psychiatriques très lourds parmi un certain groupe d'utilisateurs problématiques de drogues, une polyconsommation quasi généralisée (benzodiazépines, alcool) et une scène de drogues plus visible.

2. Distributeurs de seringues : emplacement, entretien, réaménagement

Actuellement les 5 distributeurs de seringues se trouvent à Ettelbrück, Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange et Dudelange. Le bon fonctionnement des distributeurs est souvent interrompu par des actes de vandalisme. Le Ministère de la Santé envisagera de contacter la Ville de Luxembourg au sujet d'une éventuelle intervention du service technique de la Ville pour l'entretien des distributeurs.

3. Types de seringues/aiguilles

Les nouvelles seringues avec aiguilles plus longues introduites par le CNDS sont largement acceptées par leurs client(e)s. Bien qu'un risque de piqûre/blessure plus élevé a été souligné, une mise à disposition sur demande des client(e)s comme alternative aux seringues conventionnelles (insuline) a été approuvée par les autres ONG présentes à la réunion.

4. Rôle des hôpitaux et pharmacies dans le cadre de l'échange de seringues

D'après le constat qu'un tiers des injecteurs se procurent leurs seringues en pharmacie, une collaboration plus soutenue avec l'association des pharmaciens serait souhaitable. Une intensification de la collaboration avec les hôpitaux n'est pas jugée prioritaire actuellement.

5. Mise en réseau/ heures d'ouverture des sites d'échanges de seringues

Il est convenu que chaque ONG poursuivra sa procédure de distribution/échange de seringues. Une harmonisation des heures d'ouverture des guichets d'échanges de seringues entre les différentes ONG ainsi qu'une élaboration d'un concept commun concernant l'échange de seringues est prévue après une réorganisation structurelle d'ABRIGADO et de la SCT.

6. La salle de consommation pour personnes toxicomanes (SCT) et son impact sur le réseau de prise en charge

L'ouverture de la SCT n'a connu aucun impact négatif. Les heures d'ouverture actuelles doivent être élargies pour être en adéquation avec les comportements de consommation des clients.

7. Seringues usées aux endroits publics

Une diminution des plaintes auprès des forces de l'ordre à Luxembourg Ville concernant les seringues trouvées à des endroits publics a été constatée. Des sites publics privilégiés de consommation existent néanmoins. A Esch-sur-Alzette un container pour seringues usées a été installé à un endroit particulièrement fréquenté par les usagers intraveineux de drogues. Le Ministère de la Santé discutera avec la Ville de Luxembourg l'éventualité de placer des containers similaires aux endroits les plus sensibles.

Un concept de JDH en collaboration avec la Ville de Luxembourg concernant un projet pour éliminer les endroits publics de seringues abandonnées n'a pas été poursuivi. La JDH communiquera le concept au Ministère de la Santé.

8. Divers

Une réunion dédiée exclusivement à l'échange de seringues sera organisée au moins une fois par année à l'initiative du Coordinateur national « drogues ».

Il a été convenu encore de se réunir régulièrement pour pouvoir se concerter sur les stratégies à développer et afin d'optimiser la collaboration entre les services concernés.

Les distributeurs de seringues

Emplacements : Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange, Dudelange, Ettelbruck

Nombre de seringues vendues

2001 - 59.970

2002 - 36.881

2003 - 44.442

2004 - 36.744

2005 - 28.428

Lieu	Seringues stériles vendues
Luxembourg	24.516 (22.029)*
Esch-sur-Alzette**	pas installé** (9.309)
Differdange***	pas installé**
Dudelange	1.359 (2.433)
Ettelbrück	2.553 (2.973)
Total	28.428 (36.744)

* les chiffres en parenthèses se rapportent à l'année 2004

** les distributeurs d'Esch et de Differdange étaient en panne en 2005

Dans les boîtes pour seringues usagées, installées à côté de chaque distributeur, 300 seringues usagées ont été récupérées. Dès le début de la vente de seringues par les distributeurs le taux de retour des seringues usagées a été très bas.

Les distributeurs de Esch et Differdange n'étaient pas installés en 2005. Ceci explique la diminution du nombre de seringues vendues.

A Esch un nouvel emplacement a été trouvé en collaboration avec la commune entre temps. Une boîte pour seringues usagées a été installée sur l'initiative de la commune d'Esch à un endroit où des seringues usagées ont été trouvées fréquemment. Le distributeur sera installé au début de l'année 2006. Des pourparlers ont été entamés avec la commune et l'hôpital de Differdange pour trouver un emplacement adapté sur le territoire de la commune de Differdange pour un nouveau distributeur de seringues.

Au cours des années des problèmes techniques pour cause de vandalisme, vol etc. ont mis hors service certains distributeurs. Cette expérience nous mène à la réflexion s'il n'était pas utile de charger un service spécialisé (p.ex. service technique des

communes respectifs ou service technique centralisé) de l'entretien des distributeurs (voir rapport réunion du 7.10.2005).

Une première prise de contact entre les services distributeurs et la police concernant l'échange de seringues stériles a eu lieu lors de la réunion du 7 octobre 2005. Une collaboration entre ces services pourrait, par un système plus efficient et plus cohérent de distribution de seringues, avoir des répercussions positives sur la santé publique.

Le rôle des distributeurs de seringues dans le système de distribution, ainsi que la vente de seringues par les pharmacies, dont des chiffres ne sont pas connus, restent d'actualité.

** les chiffres en parenthèses se rapportent à l'année 2004*

9. Drop In de la Croix-Rouge

Durant l'année 2005, le service a accueilli 5 083 clientes (340 transsexuelles, 654 travestis et 4 107 femmes) (une augmentation de 25 %) dans ses locaux.

34 749 préservatifs ont été distribués au Drop In, ainsi que des lubrifiants et des tampons vaginaux.

Lors des streetworks 2 550 femmes ont été contactées, 176 transsexuelles et 125 travestis (une augmentation de 33%). 37 173 préservatifs ont été distribués.

Au guichet d'échanges de seringues, 14 257 clients ont été comptés. 140 639 seringues ont été échangées dont 138 676 ont été rendues soit un retour de 98,60%.

Cabinet médical du drop In

La permanence médicale est assurée tous les mercredis de 20h à 22h. Un pool de médecins et deux infirmières assurent le fonctionnement du cabinet médical.

1 016 visites ont été comptées au cabinet médical.

Les sexworkers viennent pour faire des:

- Dépistages du sang (Hiv, hépatite B+C, vaccinations): 106
- Tests de grossesse: 24
- Pansements & soins infirmiers: 775
- Dépistages uro-génitaux (PAP, frottis, bactério, candida): 42
- Ordonnances: 99
- Vaccinations : 32
- Anti-Grippine: 5
- Hospitalisation: 9
- Dépo Provera: 7

Durant l'année 2005 le cabinet médical compte au total 670 clients dont 137 nouveaux contacts.

10. HIV/SIDA en milieu pénitentiaire

1. Epidémiologie

Le test de dépistage du HIV est proposé à tout détenu par les médecins des Etablissements Pénitentiaires, dès son admission au Centre Pénitentiaire. Un dépistage systématique de la syphilis, des hépatites A, B et C est effectué en même temps.

En 2005 plus de 500 tests ont été effectués pour dépister une infection à HIV. 11 tests ont été positifs. Toutes les personnes infectées sont du sexe masculin. 7 personnes sont des consommateurs connus de drogues dures par voie intraveineuse et souffrent également de l'hépatite C. 4 personnes ne présentent pas d'hépatite C et ne sont pas connus pour avoir injecté des drogues. Chez une personne il s'agissait du premier test positif au HIV.

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 2005 : 51 vaccinations contre l'hépatite A, 141 vaccinations contre l'hépatite B et 71 vaccinations combinées contre les hépatites A et B ont été proposées.

Plus de 26% des détenus examinés souffrent d'une hépatite C.

477 examens sérologiques ont été faits pour dépister les hépatites virales (A, B et C), la syphilis et le HIV. Parmi les détenus examinés il y avait 42 femmes.

Le nombre d'examens sérologiques positifs:

Hépatite A :	348 cas, dont 61 vaccinations
Hépatite B :	128 cas
Antigène HBS :	18 cas
Anticorps HBS uniquement:	142 cas
Hépatite C :	125 cas
Syphilis :	5 cas
HIV :	11 cas

Le nombre de personnes ayant eu un seul type d'hépatite:

Hépatite A :	152 personnes
Hépatite B :	5 personnes
Hépatite C :	51 personnes

Le nombre de personnes ayant eu au moins deux types d'hépatite:

Hépatites A et B :	79 personnes
Hépatites A et C :	30 personnes
Hépatites B et C :	18 personnes
Hépatites A et B et C :	26 personnes

Le nombre de personnes vaccinées contre l'hépatite B (anticorps HBS uniquement) et ayant eu une autre hépatite virale:

Absence d'hépatite :	53 personnes
Hépatite A :	35 personnes
Hépatite C :	36 personnes
Hépatites A et C :	18 personnes
Total des personnes vaccinées contre l'hépatite B :	142 personnes

Le nombre de personnes vaccinées contre l'hépatite A et ayant eu une autre hépatite virale:

Absence d'hépatite :	31 personnes
Hépatite B :	0 personne
Hépatite C :	22 personnes
Hépatites B et C :	8 personnes
Total des personnes vaccinées contre l'hépatite A :	61 personnes

Le nombre de personnes vaccinées contre l'hépatite A et contre l'hépatite B ayant eu une hépatite C :

Absence d'hépatite :	26 personnes
Hépatite C :	21 personnes
Total des personnes vaccinées contre les hépatites A et B:	47 personnes

116 personnes examinées n'avaient pas d'hépatite virale.

2. Le traitement de substitution dans le Centre Pénitentiaire de Luxembourg

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.

Au Centre pénitentiaire aucune analyse pour contrôler la consommation accessoire d'héroïne, de benzodiazépines, de cannabis, d'alcool, de cocaïne, d'amphétamines etc. n'est effectuée.

Un peu plus de 12% des personnes qui sont entrées en prison en 2005, présentaient une dépendance aux morphiniques.

Le nombre total de patients ayant suivi un traitement de substitution au CPL était de 194 personnes.

186 personnes ont pris la méthadone (dont 3 personnes ont également pris du Subutex pendant un certain temps).

11 personnes ont pris du Subutex (dont 3 personnes ont également pris de la méthadone pendant un certain temps).

La dose moyenne pour la méthadone a été de 41mg par jour, les doses extrêmes variant de 2,5mg à 100mg. La durée moyenne du traitement en 2005 a été de 102 jours, les durées extrêmes du traitement variant de 1 à 365 jours.

La dose moyenne pour le Subutex a été de 11mg par jour, les doses extrêmes variant de 1mg à 16mg. La durée moyenne du traitement en 2005 a été de 164 jours, les durées extrêmes du traitement variant de 2 à 365 jours.

80 patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés vers une autre institution (Centre pénitentiaire de Givenich, hôpital).

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

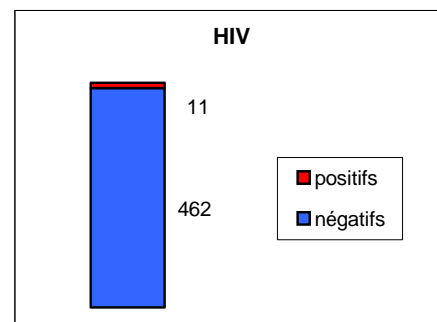
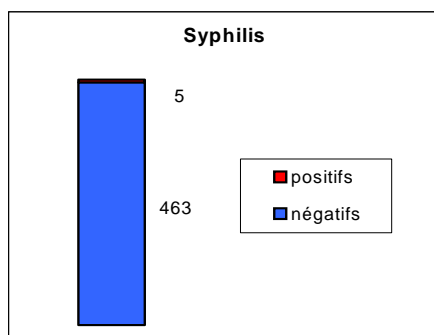
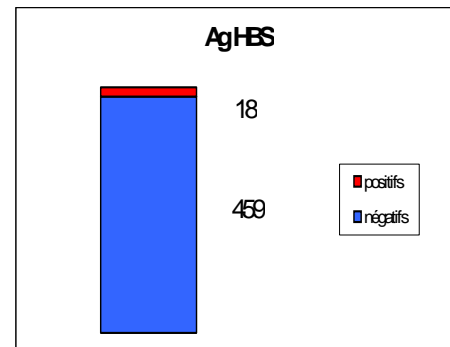
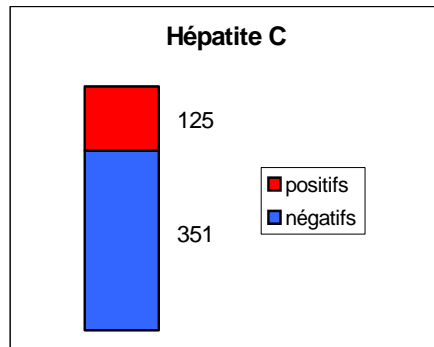
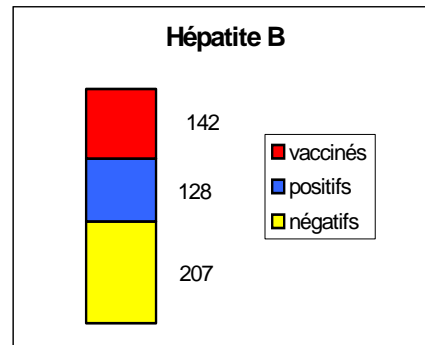
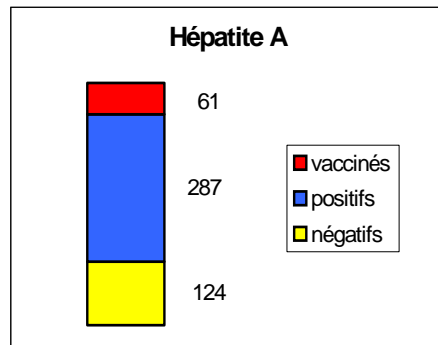
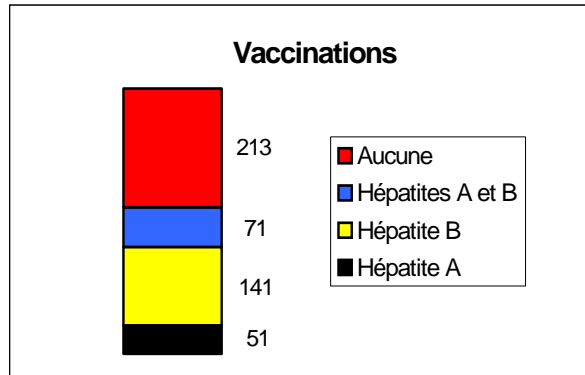
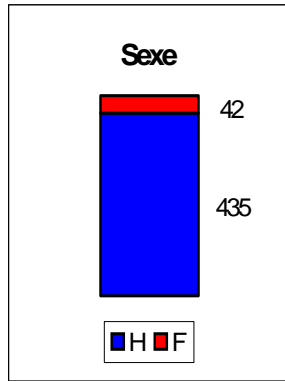
13 personnes ont recommencé un traitement de substitution en prison, qu'ils avaient arrêté auparavant.

23 personnes substituées ont été réincarcérées ou retransférées du Centre pénitentiaire de Givenich durant l'année 2005.

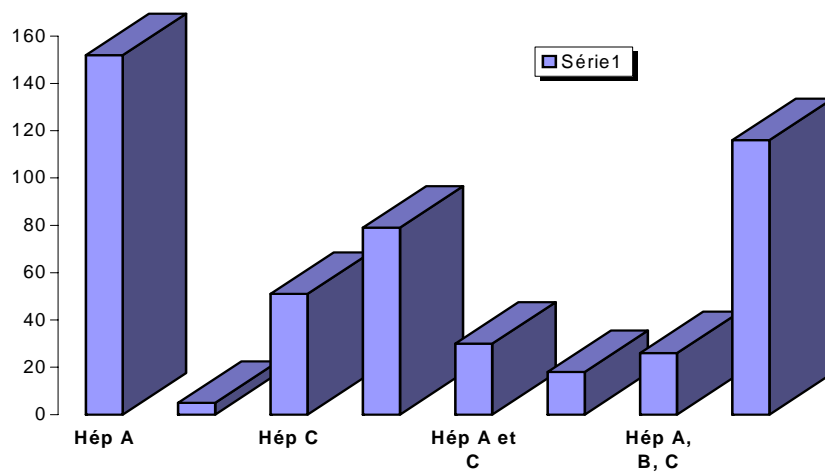
3. L'échange de seringues dans le Centre Pénitentiaire de Luxembourg

Depuis le mois d'août 2005 un programme officiel d'échange de seringues pour les détenus toxicomanes a débuté au CPL. Le détenu demandeur écrit une lettre à un médecin de la prison qui après une consultation lui fournit un étui contenant une seringue à insuline. La seringue peut être échangée 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.

Étude épidémiologique des hépatites virales A,B et C, de la syphilis et de l'infection HIV au Centre Pénitentiaire de Luxembourg (total des personnes examinées : 477)



**Répartition des hépatites virales A, B et C parmi les détenus du
Centre Pénitentiaire de Luxembourg
Total des personnes examinées : 447**



11. Prise en charge médicale

Nous disposons en 2006 de plus de 20 médicaments antirétroviraux divisés en 4 classes : les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, les inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse, les antiprotéases et les inhibiteurs de fusion.

La combinaison d'au moins 3 médicaments antirétroviraux permet une réduction maximale de la charge virale et une remontée des CD4 Helper cells. Ces traitements ne provoquent cependant pas des miracles :

1. Aucun traitement n'est parvenu à ce jour à éliminer HIV du corps, c'est-à-dire à guérir l'infection.
2. Les contraintes liées au traitement sont nombreuses. Le nombre de comprimés à avaler par jour peut être important, l'intervalle entre 2 prises et la façon de prendre les comprimés, soit avec les repas, soit à distance des repas sont importants. La tendance de la recherche est de trouver des médicaments à durée d'action prolongée, ce qui simplifie les schémas d'administration, et d'année en année les schémas d'administration se simplifient. Le médicament de la 4^{ème} classe d'antirétroviraux n'est pas simple à administrer : il nécessite 2 injections sous-cutanées par jour.
3. Le virus peut développer des résistances aux médicaments, quelquefois à un ou à plusieurs d'entre eux, quelquefois à tous les médicaments qui sont à notre disposition.
4. Les médicaments peuvent présenter des effets secondaires qui quelquefois sont légers et transitoires – maux de tête, nausées, colique néphrétique, – ou invalidants – diarrhée persistante, anémie, inflammation du pancréas ou des nerfs périphériques – nécessitant alors l'arrêt définitif de certaines classes de médicaments.
5. De façon générale, la compliance au traitement, c'est à dire l'adhérence quotidienne et permanente aux contraintes de la prise des médicaments, constitue le principal élément de succès.

Lipodystrophie et anomalies métaboliques

Une complication majeure décrite depuis 1997 est un syndrome appelé "lipodystrophie". Ce syndrome consiste en modifications corporelles dues à des relocalisations des graisses à l'intérieur du corps humain.

Ainsi les patients peuvent constater une augmentation de la graisse abdominale et du cou, une diminution de l'épaisseur de graisse au niveau du visage, des bras et des jambes, donnant l'impression que les veines sont saillantes ainsi qu'une hypertrophie des seins chez les femmes. Ces anomalies morphologiques sont souvent

accompagnées d'anomalies métaboliques, surtout augmentation du cholestérol et des triglycérides ainsi que plus rarement apparition d'un diabète sucré.

A part les changements cosmétiques, souvent déjà difficilement acceptables par les patients, se pose la question d'éventuelles conséquences cardio-vasculaires, type infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral. Des études sont en cours pour donner des réponses à cette question, entre autre l'étude EuroSida (voir chapitre Recherche).

Ostéoporose

Les anomalies osseuses constituent l'une des complications de l'infection à HIV que la littérature décrit les dernières années, avec des chiffres variant de 3 à 50 % chez les hommes de plus de 40 ans. Il semble que la diminution de la densité osseuse soit due au HIV plutôt qu'aux traitements antirétroviraux. En 2003, le Comité de Surveillance du SIDA a fait une demande pour que l'infection à HIV soit incluse sur la liste des affections pour lesquelles l'ostéodensitométrie est remboursée aux patients. Le comité n'a toujours pas eu de réponse positive à sa demande.

Co-infections HIV et Hépatite C

Depuis que nous savons mieux traiter l'infection à HIV et que l'espérance de vie est nettement prolongée, la prise en charge des patients doublement infectés (HIV et Hépatite C) devient différente : non seulement faut-il traiter avec succès l'infection à HIV, mais prendre en charge également l'hépatite C chronique. Un 2^{ème} traitement difficile s'ajoute à un 1^{er} traitement contraignant.

Interruptions des traitements

Actuellement les chercheurs essaient de savoir si dans certaines situations, par exemple la primo-infection, l'échec thérapeutique ou aussi en cas de succès thérapeutique, des interruptions programmées de traitement sont possibles et, si oui, pendant combien de temps. Tous les essais ont jusqu'ici été conduits sur un petit nombre de patients et ne permettent pas de conclusions définitives. Donc pour le moment nous sommes obligés de dire à nos patients que la démarche est expérimentale et, sauf circonstances particulières, nous leur déconseillons les interruptions thérapeutiques.

Situation au Luxembourg

Au Luxembourg environ 300 patients sont actuellement traités par multithérapie. Dès l'introduction en 1996 des traitements par combinaisons d'antirétroviraux nous avons assisté à une diminution des hospitalisations et à une survie nettement augmentée.

Actuellement, nous constatons malheureusement que certains patients "échappent" au traitement parce que leur virus devient résistant ou parce qu'ils ont abandonné leur traitement pour d'autres raisons.

Nous avons connu quelques patients infectés qui refusaient tout traitement antirétroviral jusqu'à l'apparition de complications sérieuses mettant immédiatement leur vie en danger et qui auraient pu être évitées si le traitement avait commencé à temps.

Autres prises en charge médicales

Le traitement des femmes enceintes infectées, les diverses prophylaxies primaires et secondaires, le traitement prophylactique après exposition accidentelle, l'épidémie parallèle de tuberculose : peu de changements sont intervenus par rapport aux années précédentes (pour les détails voir rapport des années précédentes).

Prise en charge médicale multidisciplinaire

L'infection à HIV a toujours posé un défi à des médecins de plusieurs spécialités, et plus on arrive à prolonger la vie des patients infectés, plus l'équipe multidisciplinaire devient importante (infectiologues, gastro-entérologues, cardiologues, neurologues, nutritionnistes, chirurgiens plastiques pour n'en mentionner quelques spécialités).

12. Recherche

1. Recherche en Rétrovirologie

Le Laboratoire de Rétrovirologie, créé en 1991 à l'initiative du Service National des Maladies Infectieuses (Centre Hospitalier de Luxembourg) et du Laboratoire National de Santé, fait actuellement partie du CRP-Santé pour son volet recherche. En 2005, les collaborateurs (personnel scientifique et technique) étaient les docteurs Vic Arendt, Robert Hemmer, Jean-Claude Schmit, Thérèse Staub, Sabrina Deroo, François Roman, Sylvie Delhalle, ainsi que Mesdames et Messieurs Pierre Kirpach, Christine Lambert, Valérie Etienne, Jean-Marc Plesseria, Thérèse Plesséria-Baurith, Aurélie Fischer, Karin Hawotte, Jean-Yves Servais, Cécile Masquelier, Daniel Struck, Nadia Beaupain, Samiha Regaia, Manu Counson. Deux scientifiques bénéficiant d'une bourse de recherche du Ministère de la Culture, de l'Education Supérieure et de la Recherche (Monsieur Cyrille Lejczak, Université de Strasbourg ; Monsieur Jean-Marie Zimmer, Université de Leuven) ainsi que des stagiaires (Mme Mélanie Vausort, Université de Liège, Monsieur Arnaud Engrand, Université de Strasbourg) ont complété l'équipe en 2005. Deux collaboratrices externes ont contribué à certains projets, à savoir Mme Fanny Huselstein (Projet Rwanda, LuxDevelopment) et Mme Anne-Marie Ternes (étudiante Master en Bioinformatique, Université de Manchester).

Le suivi régulier de l'évolution des patients HIV au Luxembourg, notamment la mesure de la charge virale et la détermination du profil de résistance du virus sont réalisés au Laboratoire de Rétrovirologie sous la responsabilité du laboratoire de microbiologie du CHL. Le laboratoire de rétrovirologie exécute des projets de recherche luxembourgeois et participe à des projets de recherche européens. En plus, à la demande de la Direction de la Santé, le laboratoire contribue au suivi épidémiologique de l'infection dans notre pays. Il joue aussi un rôle actif dans l'enseignement supérieur (formation de doctorants).

Le Laboratoire de Rétrovirologie a des contacts étroits et réguliers avec les laboratoires de référence SIDA de Belgique et notamment avec l'AIDS Research Unit, Rega Institute for Medical Research, Leuven (Prof. Vandamme), et le laboratoire de référence SiDA de l'UCL à Bruxelles (Prof. Goubau). Par ailleurs, il collabore sur des projets de recherche avec de nombreux instituts de recherche européens.

En 1995 le projet "An European Network for the Virological evaluation of international trials for new anti-HIV therapies" (ENVA) a été sélectionné pour co-financement par le programme de recherche biomédicale (BioMed 2) de la Commission européenne. Neuf laboratoires, dont le nôtre, participaient au projet. Une demande de prolongation de cette collaboration, sous la forme d'un nouveau projet "Strategy to Control Spread of HIV Drug Resistance (SPREAD)" a débuté en 2002, cette fois avec 17 pays (5^e programme cadre de l'EU). Le laboratoire de rétrovirologie a la responsabilité de la construction et du maintien de la base de donnée européenne de ce projet. A partir de 2006, un nouveau projet « Europe HIV Resistance » (6^e programme cadre de l'EU) prendra la suite avec maintenant la participation d'une trentaine de pays.

Projets de recherche entrepris depuis 1992

1. Projets de recherche co-financés par le CRP-Santé et par la Fondation Recherche sur le SIDA

1a) projets terminés

(détails disponibles sur le site du laboratoire <http://www.retrovirology.lu>)

Infection à HIV et SIDA: étude des facteurs de pronostic (virologie et sérologie).

Détection quantitative par PCR de l'ARN du virus de l'immunodéficience humaine (HIV) au décours de l'infection.

Etude de souches HIV-1 résistantes à de multiples analogues didéoxynucléosidiques.

L'épidémiologie moléculaire de l'infection HIV au Luxembourg.

Human immunodeficiency virus type 1 protease : natural polymorphism and evolution under antiretroviral therapy.

Viral and host factors in HIV entry : pathogenic and therapeutic implications of the interaction between human chemokine receptors and HIV-1 envelope.

1b) projets en cours

Screening new anti-HIV compounds targeted to the virus entry. Ce projet utilise la technologie de phage display afin de trouver des peptides qui puissent inhiber l'entrée du virus dans les cellules.

Evaluation of viral load determination of high risk HPV types as marker for progression of perianal HPV-infections in HIV-positive men who have sex with men. L'infection HPV est dans le contexte HIV un risque majeur pour l'apparition de certains cancers. Le projet essaie de développer des outils de biologie moléculaire afin de mieux estimer ce risque et de guider des actions préventives.

ESTHER et projets Rwanda. Deux projets de recherche sont réalisés en collaboration avec le TRAC (Treatment and Research on AIDS Center) et le Centre Hospitalier de Kigali au Rwanda : l'extension du projet Rwanda021 (CRP98/06 et 98/07) et le programme ESTHER (Entente Solidarité Thérapeutique En Réseau). Les volets clinique et recherche au Rwanda sont financés par le Ministère de la Coopération luxembourgeois et exécutés sur place par LuxDevelopment.

RWA021 : étude des facteurs virologiques et immunologiques influençant la transmission verticale (mère-enfant) et horizontale (couples discordants) du HIV.

ESTHER : large programme de prise en charge clinique de patients au stade 4, comprenant des volets de recherche opérationnelle au Rwanda et un volet détermination de résistance au laboratoire de rétrovirologie de Luxembourg, ainsi qu'un volet « therapeutic drug monitoring » au laboratoire de toxicologie du LNS. Ce programme a débuté en octobre 2002 et durera jusqu'en 2007.

2. Projets réalisés en collaboration avec l'industrie pharmaceutique et biotechnologique

2a) projets terminés

Trois nouveaux médicaments antirétroviraux ont été investigués chez des patients en France, en Belgique ou en Allemagne, et le laboratoire de Rétrovirologie de Luxembourg a effectué les analyses virologiques.

Le Laboratoire de Rétrovirologie a évalué ensemble avec la firme Innogenetics (Gent, Belgique) les kits LiPA de détection des mutations de résistances au niveau de la transcriptase inverse et de la protéase.

En 1998 et en 1999 le Laboratoire de Rétrovirologie a évalué ensemble avec un laboratoire privé à Luxembourg et la firme Boehringer (Allemagne) un test rapide de sous-typage des souches HIV.

2b) projets en cours

Une collaboration existe au sujet du molecular modeling et de la technique du phage display avec la société gantoise Algonomics (spin-off de l'Université de Leuven) et avec Université de Strasbourg (Prof. J.L. Galzi).

Une collaboration existe également avec la société luxembourgeoise Advanced Biological Laboratories (ABL) pour le développement et la mise à jour d'algorithmes d'interprétation de résistance aux antiviraux et de bases de données intégrées clinico-virologiques.

Depuis 2005, le laboratoire collabore avec la société VIRCO, leader mondial dans la détermination des résistances aux antiviraux, sur le développement d'un test de résistance à une nouvelle classe de molécules contre l'infection HIV, les inhibiteurs de l'entrée du virus.

Présentation des résultats du Laboratoire de Rétrovirologie à des congrès internationaux (détails : voir site du laboratoire : <http://www.retrovirology.lu>)

131 présentations ont eu lieu à des congrès scientifiques internationaux dont 15 en 2005.

Publications du Laboratoire de Rétrovirologie

40 articles ont été publiés dans des revues scientifiques de 1997 à 2004 dont 2 en 2005.

2. Recherche clinique

Collaboration depuis 20 ans à de nombreuses études, souvent européennes et multi-centriques ayant donné lieu à de nombreuses présentations à des congrès internationaux et à de nombreuses publications (voir les rapports d'activité des années précédentes). Les principales études en cours en 2005 étaient :

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

Etude multi-centrique européenne en cours depuis 1994 qui inclut actuellement plus de 11000 patients infectés à HIV. Les caractéristiques cliniques, l'évolution et la charge virale de ces patients sont analysés tous les 6 mois afin de déterminer les facteurs significatifs influençant le pronostic. Depuis 1999 sont analysés aussi les lipodystrophies et les anomalies métaboliques, facteurs potentiels de risques cardiovasculaires.

EuroSIDA a été sélectionné à cause de son mérite scientifique pour co-financement par les programmes successifs de recherche de la Commission Européenne.

Environ 250 patients luxembourgeois ont participé à EuroSIDA depuis 1994.

- **SPREAD (Strategy to prevent SPREAD of HIV Drug Resistance)**

Etude européenne multicentrique soutenue et financée par la Commission Européenne dont le but est d'étudier dans 16 pays la transmission du virus HIV-1 résistant aux différents anti-rétroviraux.

28 patients de la cohorte luxembourgeoise participent à l'étude SPREAD.

- **SMART (Strategies for Management of Anti-Retroviral Therapy)**

Vaste étude prospective initiée par les National Institutes of Health à laquelle participent de nombreux patients des Etats Unis, du Canada, d'Amérique du Sud, du Japon, de l'Australie, de Nouvelle Zélande et d'Europe. Cette étude qui devait inclure 6000 patients en tout était conduite pour trouver une réponse à la question si chez des patients stabilisés une interruption de traitement était possible. L'étude devait durer 6 à 9 ans et le recrutement des patients se faire jusqu'au milieu 2006. Plusieurs patients luxembourgeois participaient en 2005 à l'étude et d'autres étaient prévus en 2006.

(L'étude a été arrêtée prématurément en janvier 2006, parce que les résultats intermédiaires montraient que le groupe de patients qui avait interrompu le traitement avait de moins bons résultats que le groupe qui continuait le traitement).

- **Investigation de nouveaux médicaments anti-rétroviraux.**

Des patients de la cohorte luxembourgeoise ont participé en 2005 à 3 études cliniques ayant pour but de déterminer l'efficacité de nouveaux anti-rétroviraux. Il s'agit des études **Klean, Tipranavir et Atazanavir**.

13. Dispositions légales et réglementaires

Dans le rapport 2004, le comité a renvoyé au problème du refus des assureurs d'accorder une assurance-vie à des personnes séropositives ou atteintes du SIDA.

Le comité a sensibilisé le Ministre de la Santé sur cette position et celui-ci a adressé une lettre à l'Association des Compagnies d'Assurances (A.C.A) dans laquelle il réitère la position du comité en insistant sur le fait que grâce aux efforts thérapeutiques déployés, les chances de survie des personnes simplement infectées ont très nettement augmenté. Le ministre a lancé un appel aux sociétés membres de l'A.C.A de reconsidérer la position adoptée en 1995 lors d'une entrevue avec le comité, compte tenu des progrès médicaux en la matière.

Il a suggéré comme solution d'établir un code de bonne conduite tel que celui adopté en 1991 par les assureurs en France, qui contient quelques conditions restrictives, telles que la limitation des capitaux garantis ainsi que la limitation de la durée de la garantie.

Le comité vient d'apprendre que les assureurs seraient disposés à changer leur attitude de refus systématiques de conclure de tels contrats en adoptant une position d'apprécier au cas par cas.