

COMITE DE SURVEILLANCE DU SIDA



Rapport d'activité 2006

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 :	Prévention HIV: Nouveau départ	1
1.	Comité de Surveillance du SIDA : Missions, composition, réunions	2
2.	Epidémiologie	3
3.	Information et éducation	10
4.	Aidsberodung Croix-Rouge / Stop Aids Now ASBL	13
5.	Education sexuelle et prévention du SIDA dans le cadre de la promotion de la santé à l'école	16
6.	Prévention et dépistage	21
7.	Résultats du dépistage anti-HIV dans le cadre des activités du Service de la Transfusion Sanguine de la Croix-Rouge Luxembourgeoise	23
8.	SIDA et Toxicomanie	29
9.	Drop In de la Croix-Rouge	32
10.	HIV/SIDA en milieu pénitentiaire	34
11.	Prise en charge médicale	37
12.	Recherche	39
13.	Dispositions légales et réglementaires	43

Prévention HIV: Nouveau départ

Lorsque nous parlons de prévention, nous pensons d'abord à 2 préventions :

1. Prévenir l'infection.
2. Empêcher les personnes infectées de devenir malades et de mourir.

La prévention de l'infection

Le Conseil de Gouvernement a adopté en 2006 un nouveau plan d'action pluriannuel (2006-2010) que le Ministre de la Santé a présenté à la presse en septembre 2006. Ce plan qui peut être téléchargé sur le site du Ministère de la Santé (www.ms.etat.lu), prévoit une cohérence accrue entre les différents acteurs de la lutte contre HIV/SIDA (administrations publiques, services actifs sur le terrain, structures hospitalières, instances de recherche, associations et fondations). Le Comité de Surveillance du Sida continue d'assurer la coordination nationale.

Parmi les actions entreprises en 2006 notons l'installation dans tous les lycées du pays de distributeurs de préservatifs quasi-gratuits (chapitre 5), une nouvelle sensibilisation du corps médical et en particulier des obstétriciens à la valeur du dépistage (chapitre 6) ainsi que des efforts accrus de prévention dans les milieux des migrants (chapitre 4). Dès 2007 l'accent sera mis sur la prévention au sein des personnes particulièrement vulnérables par la création d'une unité mobile d'intervention.

La prévention des décès

Malgré des traitements efficaces, 7 personnes infectées sont décédées en 2006. L'analyse des décès montre qu'au moins 4 des 7 décès résultaient d'une non utilisation, d'une utilisation trop tardive ou d'une utilisation non optimale des médicaments anti-rétroviraux. Ce constat d'échec nous force à repenser la question qui nous préoccupe depuis 10 ans: Que faire pour convaincre les personnes infectées que le traitement contraignant tous les jours, 365 jours sur 365, est indispensable pour sauver leur vie ?

Prévenir les infections, prévenir les décès, le programme est chargé pour les prochaines années. Il y a d'autres préventions. Prévenir les personnes infectées d'être montrées du doigt à cause de leur infection, prévenir qu'elles soient victimes de discrimination et quelles risquent de glisser vers la précarité doit rester, comme par le passé, un souci constant du Comité. En attendant que peut-être, un jour, HIV/SIDA deviendra une maladie acceptée. On n'en est pas là.

Docteur Robert HEMMER
Président
23 février 2007

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

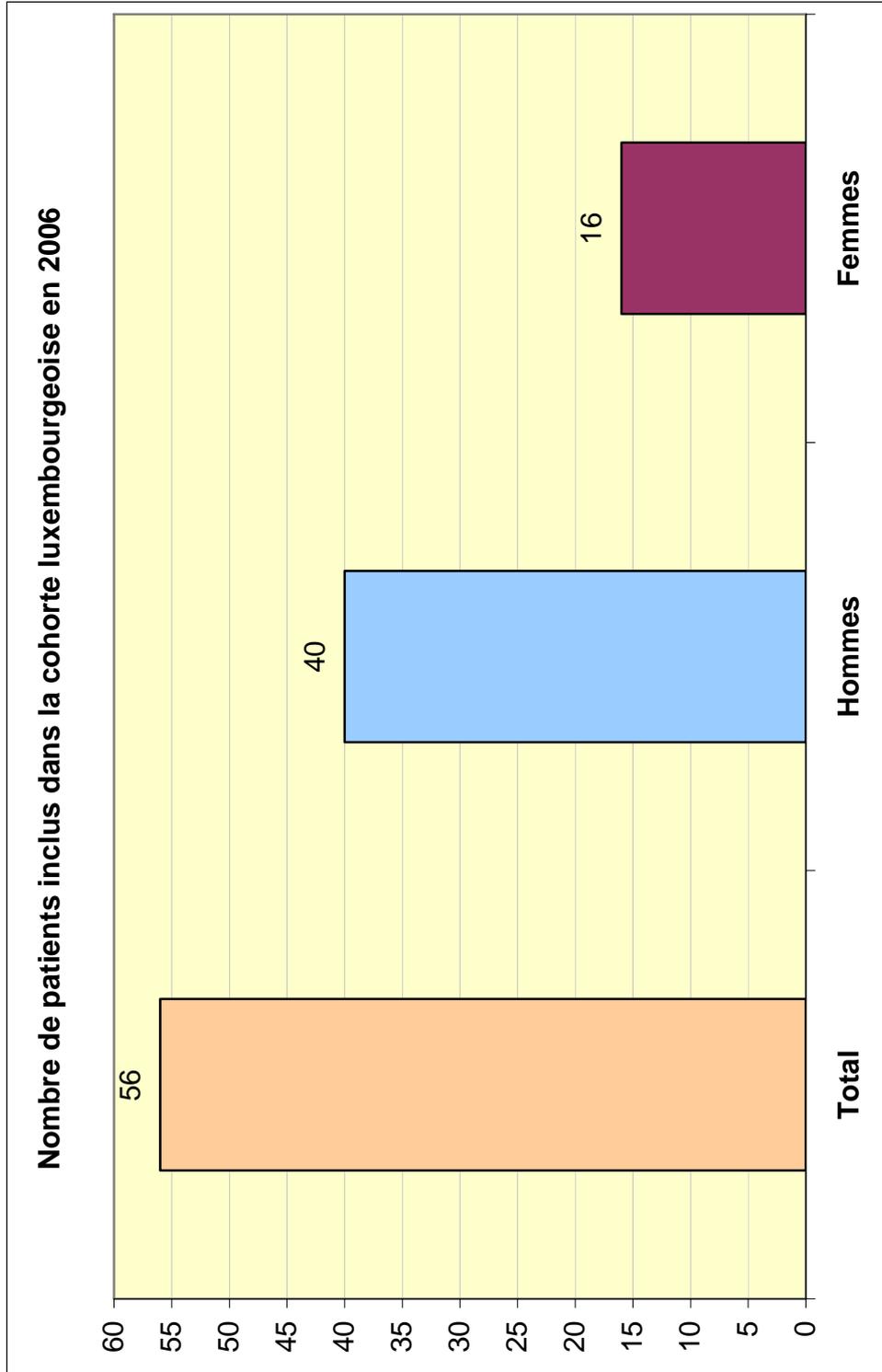
Le Comité de Surveillance du SIDA est actuellement composé des membres suivants :

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.

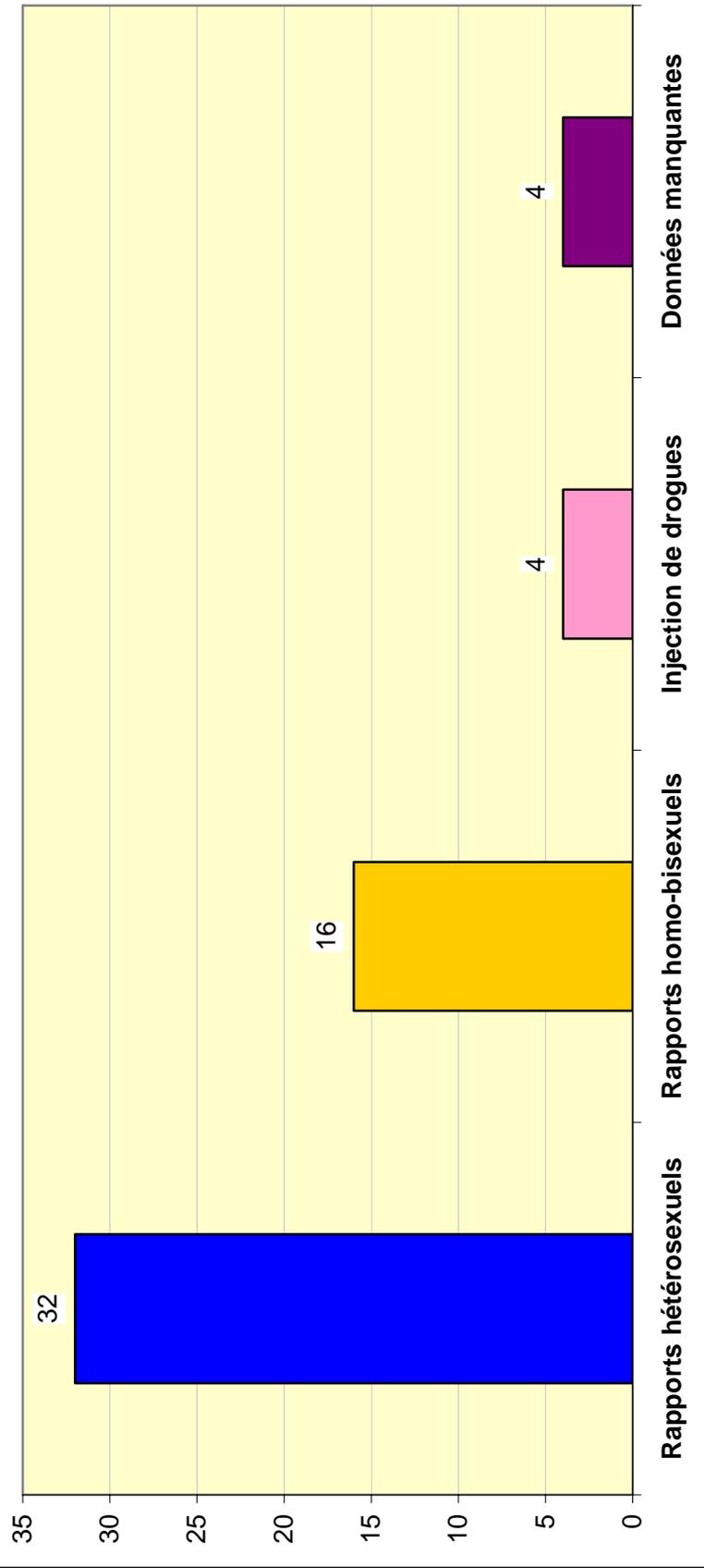
3. Réunions

Au cours de l'année 2006, les membres du Comité de Surveillance du SIDA se sont réunis aux dates suivantes: 17.01.; 07.03.; 13.06., 01.08.; 03.10 et le 14.11.

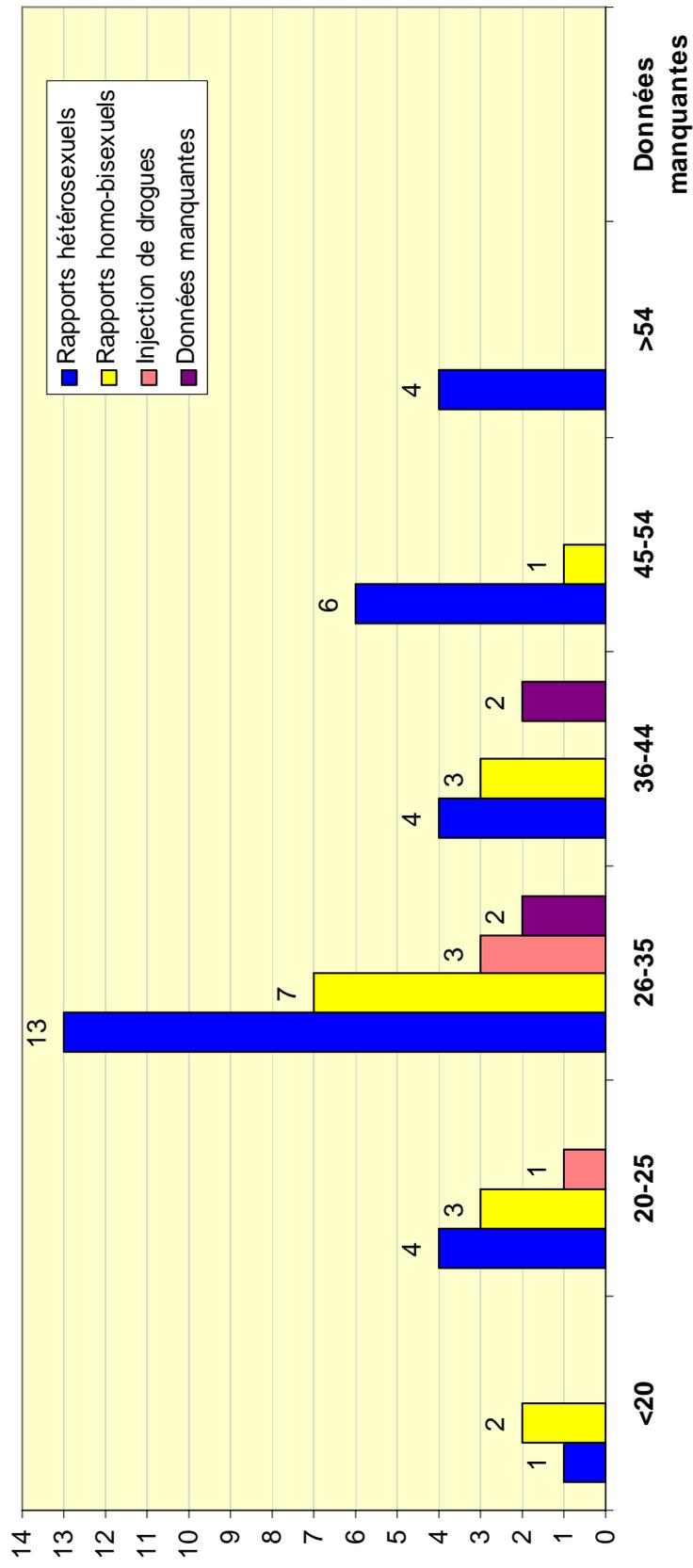
2. Epidémiologie



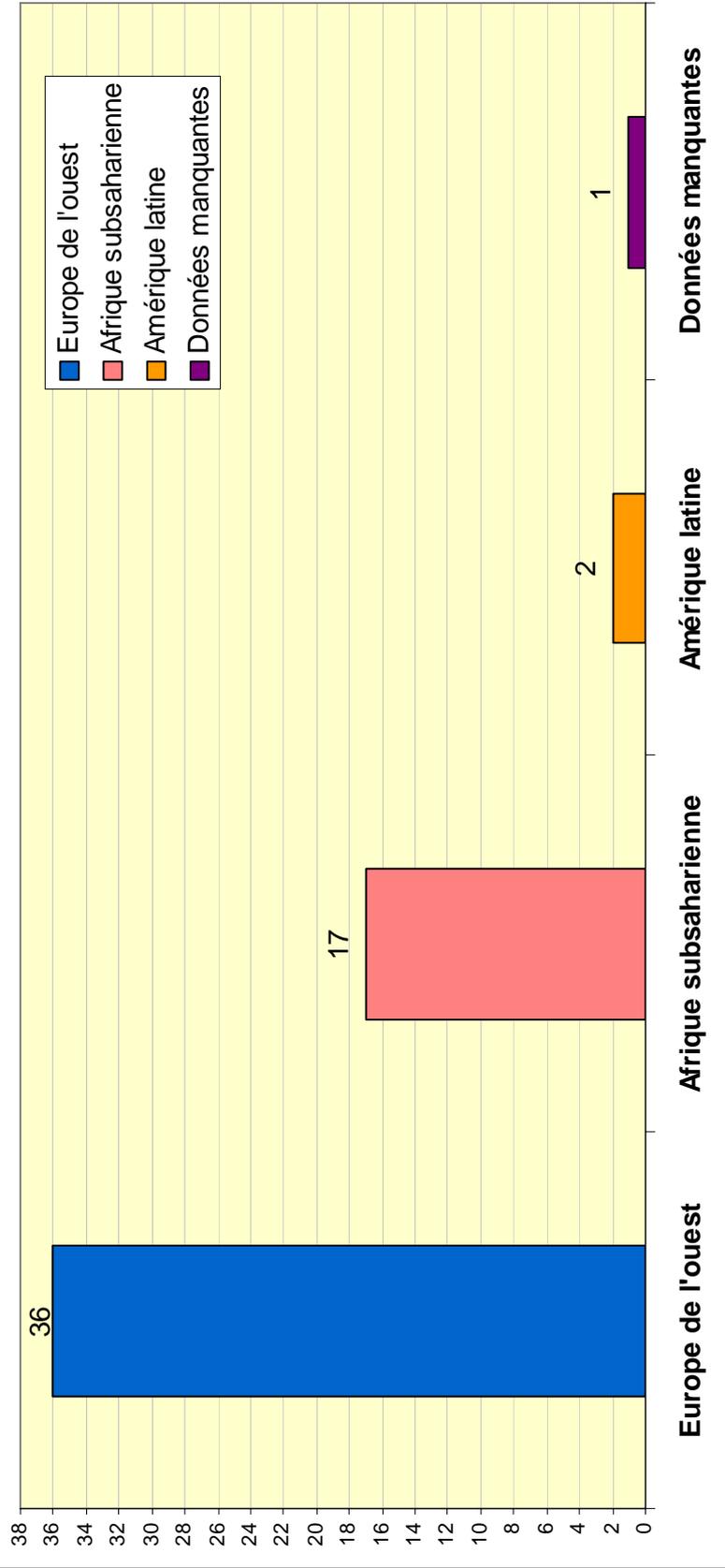
Mode de contamination en 2006



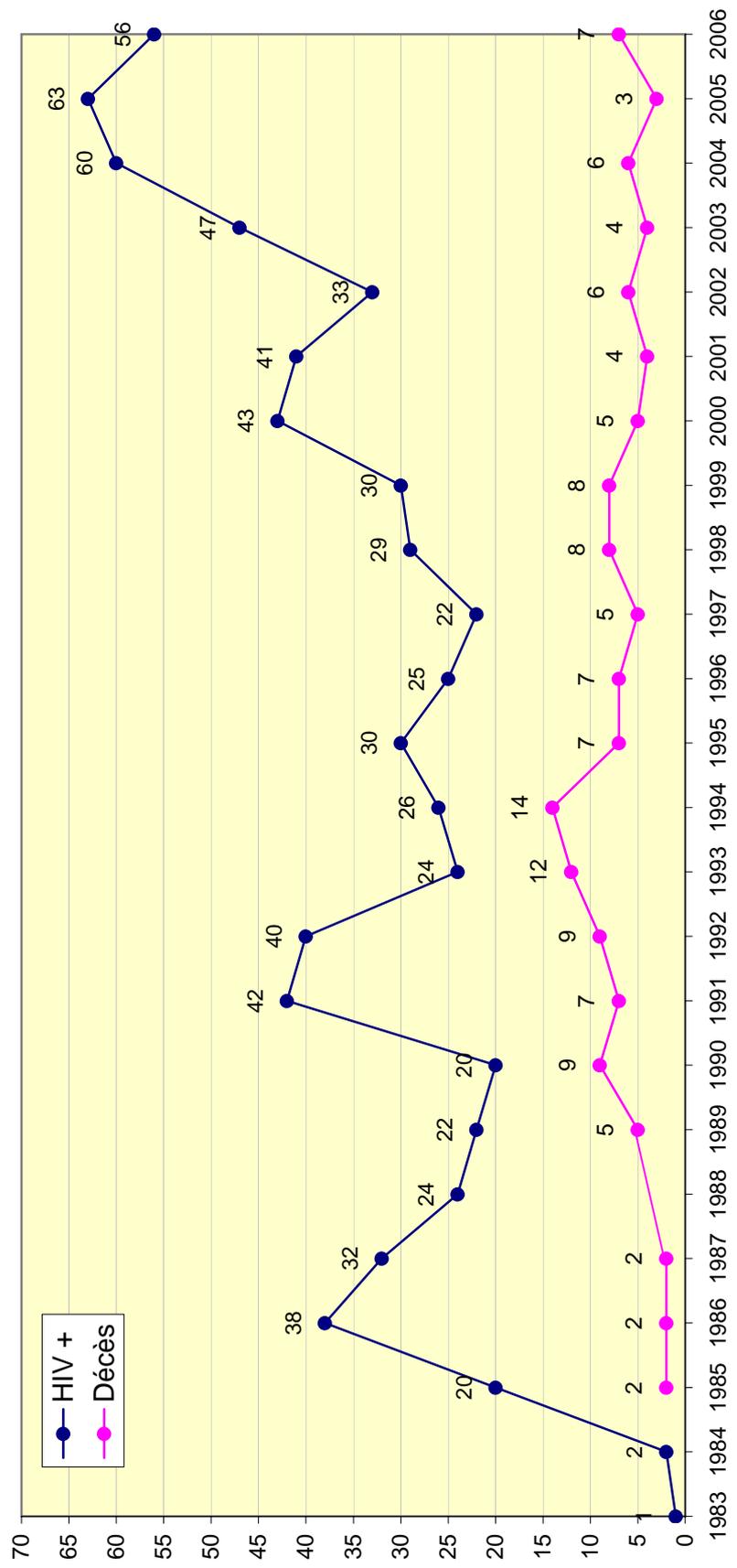
Mode de contamination selon l'âge en 2006



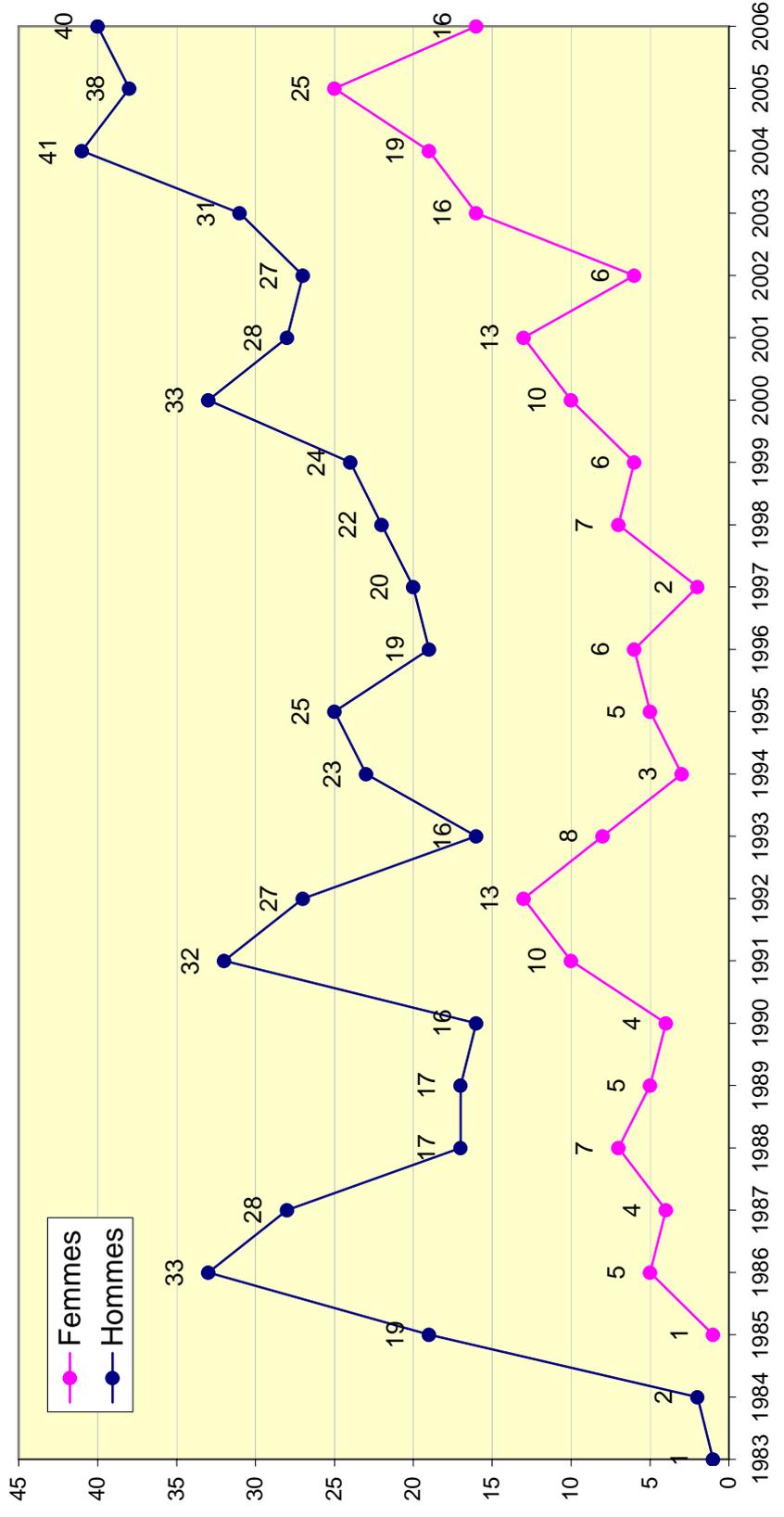
Région d'origine des patients infectés en 2006 (pays de naissance)



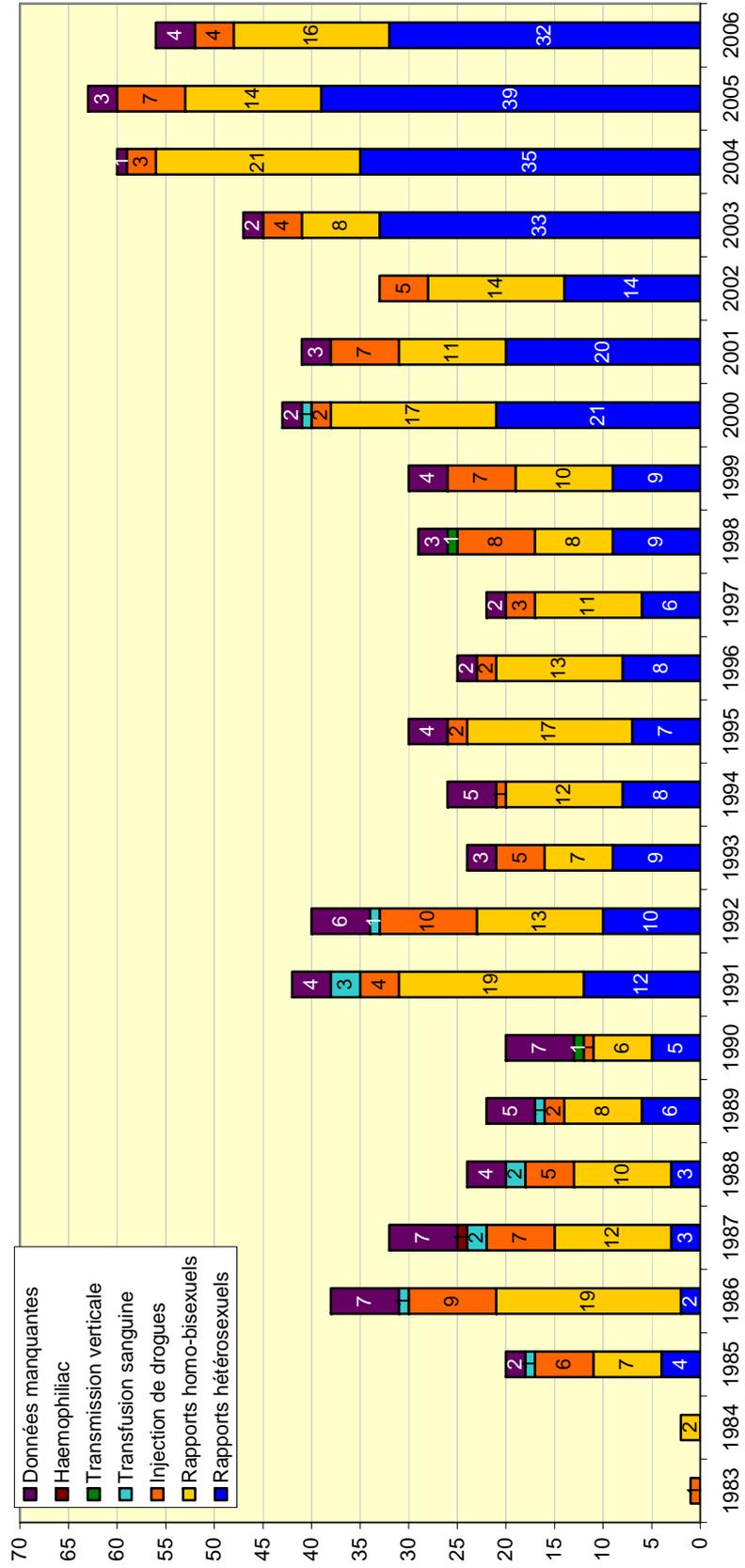
Evolution des nouvelles infections à HIV et des décès



Nombre de nouvelles infections HIV par sexe et par année



Mode de contamination connu au moment ou après le diagnostic de l'infection à HIV par année



3. Information et Education

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

Campagne de prévention du SIDA

Face à la progression inquiétante du nombre de nouveaux cas, la division de la médecine préventive a plutôt mis l'accent en 2006 sur la nécessité d'une utilisation systématique du préservatif lors de rapports sexuels avec un(e) partenaire, dont le statut sérologique est inconnu ou incertain. Le message clé de cette année était «Stop Aids ! Don't die for love - Use a condom !». Dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale, des actions diverses ont été réalisées en 2006 avec les partenaires de terrain (l'Aidsberodung de la Croix- Rouge, Stop Aids Now, le SCRIPT du Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, Eldorado, LuxGSM,...):

1) Action jeunes: « Pour une sexualité responsable »

A partir de la rentrée scolaire 2006-2007, des distributeurs de préservatifs ont été installés dans les lycées, permettant aux jeunes d'acheter des préservatifs discrètement et à faible coût (0.20€ les 4). Pour promouvoir un comportement responsable, des séances d'information concernant l'utilisation du préservatif et l'éducation sexuelle en général ont été organisées dans les classes de 7^{ème} et 8^{ème} du secondaire classique et technique.

2) Exposition « Le Sida, 25 ans déjà »

Une nouvelle exposition bilingue destinée au grand-public a été présentée à la Belle Etoile entre le 3 et le 11 novembre. Pour approfondir les connaissances sur le sujet du Sida, les différentes stations de l'exposition ont montré des animations interactives sur les modes de transmission et l'utilisation du préservatif et donné des informations sur le test de dépistage ainsi que des témoignages de personnes vivant avec le HIV.

3) Concours de slogans «World Aids Day is every day»

Au mois de septembre, un concours de slogans, dessins, logos, en matière de messages de prévention du Sida, a été lancé. Plus de 140 slogans ont été reçus, réalisés par des professionnels, mais également par des élèves. 10 slogans ont été choisis par un jury d'experts et grâce à un vote du public via le site www.aids.lu.

4) **Participation au concours « AIDS- Remember-me ? »**

Pour soutenir cette initiative de la Commission européenne, la Division de la Médecine préventive a présenté ses spots audiovisuels «Coccinelles » (1998) et « Jeans » (2000) à la nuit des publicités télévisées sur le VIH/Sida, organisée au cinéma Kinopolis à Bruxelles, le 30 novembre 2006.

5) **Journée Mondiale du Sida**

En 2006 l'OMS et l'ONUSIDA ont choisi comme thème pour la Journée Mondiale du Sida, «**Stop Sida ! Tenons notre promesse**». A l'occasion de cette journée, le 01 décembre 2006, les activités suivantes ont été réalisées:

- **Communiqué de presse** en commun avec le Ministère des Affaires Etrangères.
- **Edition d'une affiche abribus** sur la base d'un des visuels gagnants du concours « World Aids Day is every day ». Le slogan « Livin', Lovin' », a été sélectionné à cause de son approche positive, promouvant l'utilisation du préservatif comme une preuve évidente de comportement responsable et d'amour en la vie. Durant la semaine du 1er décembre ce visuel a été exposé dans les abribus du réseau Decaux et Publilux. Ce même visuel a été publié dans des magazines ciblant les jeunes ainsi que sur les sites web des différents partenaires en matière de prévention du Sida.

- **Vernissage « World Aids Day is every day »**

Les meilleurs slogans sélectionnés lors du concours «World Aids Day is every day» ont été imprimés sur des tee-shirts et seront présentés au public lors d'un défilé assuré par des grands noms du sport luxembourgeois. Le vernissage présentant les différents projets de ce concours «World Aids Day is Everyday» s'est déroulé le vendredi 1er décembre 2006 au Musée d'Art Moderne Grand-Duc Jean (MUDAM) en présence du Ministre de la Santé.

- 6) **La distribution gratuite de préservatifs** a continué, par l'intermédiaire d'associations et lors d'actions socioculturelles ou sportives ciblées. Une nouvelle commande de distributeurs de préservatifs destinés aux lycées, à l'Université de Luxembourg et à certaines maisons pour jeunes est venue compléter ceux qui étaient déjà installés.

- 7) **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 sachets de vitamine C, et de tampons alcoolisés, 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, par le financement de formations continues et de séances de supervision pour les médecins participant au programme, et par sa représentation au sein de la Commission de surveillance du programme qu'elle préside.

Divers

La Division de la Médecine Préventive à distribué en tout en 2006 :

- préservatifs « nature » : 195.500
- préservatifs « professionnel » : 61.000
- doses de lubrifiants : 7.000
- pochettes de préservatifs : 48.000

Elle a distribué par ailleurs 13400 brochures, dépliants ou autres matériels pédagogiques, à des fins d'information et de sensibilisation à la population sur commande.

Site web d'information et de sensibilisation

Depuis la fin de l'année, La Division de la Médecine Préventive dispose d'un site web, (www.medecine-preventive.lu) sur lequel le visiteur trouve entre autres une présentation de la Division, les campagnes de l'année, les actualités, ainsi que la possibilité de télécharger ou de commander des publications.

Financements

- Campagne de prévention : 40.000 €
- (Programme de lutte contre les drogues et le Sida, y compris fourniture et distribution des préservatifs) 432.000 €

4. Aidsberodung Croix-Rouge / Stop Aids Now asbl

1. Missions et objectifs

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

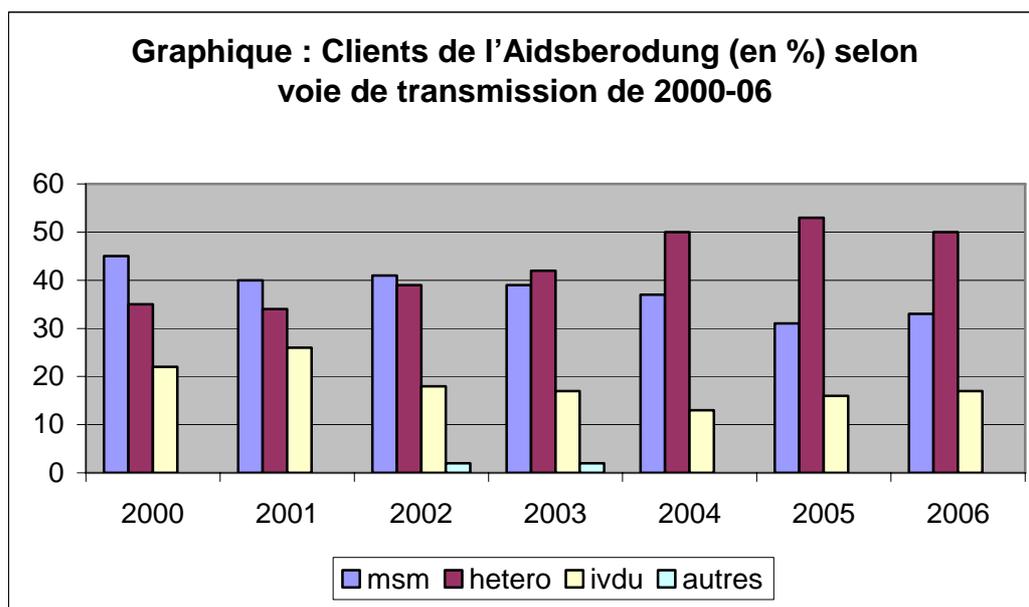
- de fournir aux personnes vivant avec le Hiv/Sida et à leur entourage une palette de soutien émotionnel, psychosocial et pratique
- de lutter contre la propagation du virus Hiv en initiant des campagnes de prévention en direction de groupes spécifiques (jeunes, prostituées, migrants, hommes homosexuels 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 : 332 personnes ont consulté dont 163 (160 en 2005) vivent avec le Hiv/Sida.

Concernant les personnes vivant avec le Hiv/Sida ayant consulté l'Aidsberodung, 33% (31% en 2005) se définissent comme hommes homosexuels, 50% (53%) comme hétérosexuelles, 17% (16%) comme usagers de drogues. 68% (69%) sont des hommes et 32% (31%) des femmes. 22% (27%) sont venues pour la première fois à l'Aidsberodung en 2006. 40% (41%) sont de nationalité luxembourgeoise, 37% (33%) sont originaires de l'union européenne et 23% (26%) des non-communautaires.



3. Maison Henri Dunant : projet d'insertion

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

Deux éducateur/rices travaillent à la maison Henri Dunant et sont les personnes de référence en première instance pour les résidents.

En 2006, la maison Henry Dunant a hébergé 26 personnes, dont 8 enfants (29 en 2004 et 2005).

Au premier janvier 2006, 15 personnes, dont 4 enfants résidaient dans la maison.

Total des admissions durant l'année 2006: 11 personnes, dont une naissance.

Total des départs durant l'année 2006: 6 personnes.

Au 31 décembre 2006, il y a 21 résidents, dont 7 enfants, vivant dans la maison Henry Dunant.

4. Le projet OPPE FAMILL

Le projet OPPE FAMILL veut offrir à des demandeurs d'asile présentant un facteur de vulnérabilité supplémentaire (par exemple des personnes vivant avec le Hiv/Sida), la possibilité de vivre dans une famille d'accueil ; afin de leur faciliter l'intégration et de leur offrir un cadre familial les aidant à mieux vivre leur situation.

Le cofinancement par le Fonds Européen pour les Réfugiés et le Commissariat du Gouvernement aux étrangers du Luxembourg, prévoit l'accueil de treize demandeurs.

Le projet ayant été lancé en mars 2006, compte actuellement quatre familles partageant leur quotidien avec un demandeur d'asile ou une famille de demandeurs d'asile. Trois familles d'accueil et sept candidats à l'accueil (pour la plupart avec enfants) attendent encore de trouver un partenaire de projet correspondant. Les familles ont participé à trois modules de formation et deux rencontres d'échange des expériences. Une première visite de supervision et d'évaluation auprès des participants montre des résultats prometteurs.

Les échos des participants sont positifs par rapport à l'enrichissement que représentent la cohabitation et l'échange des cultures. Les personnes accueillies se sentent mieux prises en charge, elles rapportent que leur anxiété a baissée et qu'ils font plus de progrès dans l'apprentissage des langues usuelles du pays.

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

- Aids and Mobility
Depuis avril 2006, l'Aidsberodung fait partie du réseau européen Aids & Mobility Europe et est donc devenu un « National Focal Point » de ce réseau.

- Les séances d'information dans la population adulte : Centres pénitentiaires, Centres de formation pour adultes, foyers pour demandeurs d'asile, foyer Ulysse, malentendants, enseignants etc.
381 personnes ont été informées dans ces structures dont 180 migrants. 201 ont été informées en luxembourgeois.
- Le Round About Aids
4 formations au Round About Aids ont été réalisées durant l'année 2006.
85 élèves ont participé à ces formations et ont animé le Round About Aids à près de 1385 élèves !
- Séances d'information pour les jeunes
401 jeunes ont bénéficié de séances d'informations dans divers établissements scolaires du pays.
- Semaine de Prévention à la Belle Etoile
Une exposition dont le but était de sensibiliser le tout public sur la situation du sida s'est tenue du 3 au 11 novembre 2006 à la Belle-Etoile, elle traitait de l'historique, des traitements, l'action du virus, les modes de transmission etc.
- Le 1^{er} décembre
Un concours de réalisation de slogans et de logos destinés à être imprimés sur des tee-shirts à été réalisé. 142 projets ont été remis dont 10 gagnants ont été imprimés sur des tee-shirts. Les tee-shirts ont été présentés lors d'un vernissage le 1^{er} décembre 2006 au Musée d'Art Moderne.
- Affiches
Une affiche «patchwork », composée de nombreuses affiches mondiales a été créée et est affichée dans les lycées, cabinets médicaux, lieux publics, etc.
Deux modèles de cartes postales ont été imprimés : l'un décrivant la situation épidémiologique au Luxembourg et dans le monde, l'autre décrivant les actions de l'Aidsberodung de la Croix-Rouge luxembourgeoise.
- Divers
Une formation sur l'interculturalité : *Sexualité, Hiv/Sida et diversité culturelle- « Essai de réponse »* animée par le SIREAS Bruxelles a été organisée par le service du 12 au 14 septembre. 9 personnes y ont participé dont 5 du service.
Comme chaque année, des stands étaient présents lors de diverses manifestations : Gay Mat, Festival des Migrations, etc.
Plus de 80 000 préservatifs ont été distribués durant l'année 2006.

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 2006 : 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 serait réalisée à faible coût.

Tous les sites des lycées et lycées techniques ont été aménagés en 2006 par au moins deux distributeurs. Les distributeurs en place ont été financés par le Ministère de la Santé et sont gérés par les écoles.

Parallèlement à la campagne d'installation, le SCRIPT a mis en oeuvre en coopération avec l'AidsBerodung de la Croix Rouge et la Division de la Médecine

scolaire, une campagne de sensibilisation pour les élèves des classes de 7^e de 8^e et de 9^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 organisée 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 7^e de 8^e et de 9^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.

176 interventions en classes ont pu être prises en charge.

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.

3. Continuité et suivi

3.1. Suivi des écoles

Le SCRIPT a poursuivi en 2006 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 sixième 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.

1471 élèves, accompagnés par les titulaires des classes, 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: Amour et Sida - Jeunesse et sans-abri - Traumatisme - Ecole et handicap - Médias et manipulation - Biotechnologie et éthique - 2^e Guerre Mondiale et Résistance - L'origine de l'Univers.

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, a été réalisée en février-mars 2006 en coopération avec le Ministère de la Santé et le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

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

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 de 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.

Sur cette base le Comité encourage les tests, et a défini une nouvelle fois sa position en octobre 2006 par une lettre envoyée à tout le corps médical dont voici le texte :

Chères consoeurs et chers confrères,

Le Comité de Surveillance du SIDA aimerait attirer votre attention sur le fait que depuis 2000, les infections à HIV sont en nette augmentation au Luxembourg. La principale voie de transmission est la transmission hétérosexuelle, suivie par la transmission homosexuelle chez des hommes ayant ou bien des relations exclusivement homosexuelles ou bien des relations bisexuelles. En 3^e position vient la transmission par injection parentérale de drogues illicites. Alors que dans les années 1990 une moyenne annuelle de 30 nouvelles infections survenaient, en 2004, 60 nouvelles infections (42 hommes et 18 femmes) et en 2005, 63 nouvelles infections étaient diagnostiquées (38 hommes et 25 femmes).

Un autre constat inquiétant est le fait que de nouveau un certain nombre de patients ne sont diagnostiqués qu'au moment où ils présentent une complication grave de leur infection, alors que, si leur infection était connue plus tôt, ils auraient pu bénéficier des traitements existants et éviter ainsi dans une large mesure la survenue de complications. Les traitements actuels sont beaucoup moins contraignants et plus efficaces que ceux qui étaient à disposition il y a quelques années. Ils sont mieux tolérés par les patients, ce qui favorise l'adhérence au traitement.

Pour tout ce qui est prévention secondaire, il est évidemment important de connaître l'éventuelle séropositivité aussi tôt que possible.

Pour éviter les conséquences désastreuses des découvertes tardives d'une infection à HIV, nous vous suggérons de proposer plus largement les tests de dépistage, en respectant les 3 C : Confidentialité, Consentement et Counselling.

Au Luxembourg les tests de dépistage se font sur base volontaire. Suite aux prises de position durant les années 1980 et 1990 du Comité de Surveillance du Sida,

puis de la Commission Nationale Consultative d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, ce principe fut adopté par le Conseil de Gouvernement en 1992 et énoncé lors d’une conférence de presse par le Premier Ministre. Avant de demander un test de dépistage HIV, il convient d’informer les patients et d’obtenir leur accord, et ensuite, après avoir reçu le résultat, de le leur communiquer. Pour ce qui est du Counselling en matière HIV/SIDA, l’Aidsberodung de la Croix-Rouge se tient volontiers à disposition pour des entretiens plus approfondis avec ceux qui veulent faire un test ou ceux qui ont fait un test.

Nous vous envoyons, chers consoeurs, chers confrères, nos meilleures salutations.

Une autre lettre a été envoyée en 2006 aux médecins gynécologues-obstétriciens pour leur recommander de proposer sur les mêmes bases un test aux femmes enceintes ou à celles qui planifient une grossesse.

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).

2006 : 5.745 personnes se sont fait tester au LNS et 8.594 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

Résultats du **d é p i s t a g e** sur les **dons de sang / de plasma / de cellules** pour l'année **2006**

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 2006, 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 6]
--

Nombre total des dons testés: **572 990**

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

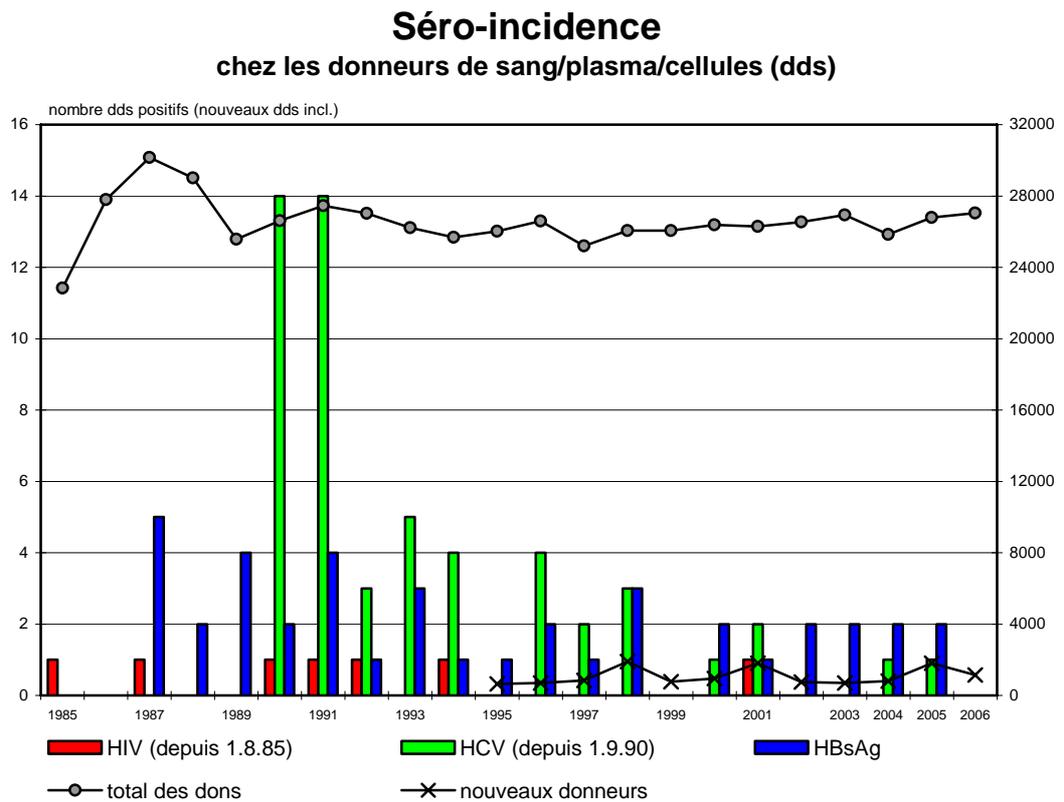
Nombre total des dons ELISA répétés positifs: < 0,1 %

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

du 01.08.1985 au 31.12.2006 :

nombre total des dons ELISA HIV-positifs, WB HIV-positifs [interprétés comme anti-HIV positifs]:
7 (dont 1 ND) = 0.122 par 10.000

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



En 2006 :

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 : **0**
- pour HBsAg : **0**

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 2006 pour mieux détecter des individus avec comportement à risque élevé (version actualisée de la référence : Questdds/CF/03.2006/001, appliquée depuis avril 2006).

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 18.09.2006: il s'agit de la révision no. 17 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 2006:

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

En conclusion pour 2006 :

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

8. SIDA et Toxicomanie

Après une augmentation constante pendant les dernières années, l'échange de seringues stériles par les différents services a nettement diminué en 2006.

Le tableau ci-après reflète clairement cette évolution.

Distribution et vente de seringues stériles 2003 – 2006

	2003	2004	2005	2006
Centres de distribution	285.771	398.334	401.451	304.315
Distributeurs de seringues	44.442	36.744	28.428	28.032
Total	330.213	435.078	429.879	332.347

Total des seringues échangées aux centres de distribution et vendues aux distributeurs en 2006 : 332.347

Les centres de distribution

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

304.315 (401.451)* seringues stériles ont été distribuées en 2006 par les différents services, dont 246.924 à Luxembourg et 57.391 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 K28	55.584	50.400 – 91%
JDH Luxembourg Consultation**	3.824	2.656 – 69%
JDH Esch	57.391	51.030 – 89%
Drop-in	56.679	53.822 – 95%
Tox-in (Nuetseil et Abrigado)	130.837	125.001 – 96%
Total	304.315 (401.451)	282.909 – 93%

* les chiffres entre parenthèses se rapportent à l'année 2005

** le centre de consultation à Luxembourg ne distribue plus de seringues à partir du mois de mars 2006 (date du déménagement dans la rue d'Anvers)

La conception de l'échange de seringues dans les différents centres est un facteur constant de l'approvisionnement en seringues stériles. La Jugend- an Drogenhëllef est le seul service à Esch à échanger des seringues, tandis qu'à Luxembourg-Ville trois services spécialisés offrent l'échange de seringues dans le quartier de la gare. Les consommateurs de drogues illégales reconnaissent l'utilité de ramener les seringues usagées aux centres de distribution et de recevoir en échange des seringues stériles. Le Kontakt 28 et le Tox-in ont trouvé un accord pour fonctionner pendant des heures d'ouverture complémentaires. Depuis avril 2006, le Kontakt 28 est ouvert le matin, tandis que le Tox-in est ouvert l'après-midi et dans la soirée.

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% (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 du 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.

Les distributeurs de seringues

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

Nombre de seringues vendues

2001 - 59.970

2002 - 36.881

2003 - 44.442

2004 - 36.744

2005 - 28.428

2006 - 28.032

Lieu	Seringues stériles vendues
Luxembourg	18.114 (24.516)*
Esch-sur-Alzette**	6.378**(-)
Dudelange	1.695 (1.359)
Ettelbrück	1.845 (2.553)
Total	28.032 (28.428)

* les chiffres entre parenthèses se rapportent à l'année 2005

** le distributeur d'Esch a été réinstallé en mars 2006

Dans les boîtes pour seringues usagées, installées à côté des distributeurs 2.200 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.

Le distributeur d'Esch-sur-Alzette fonctionne à nouveau depuis mars 2006. Il a été installé en collaboration avec la commune d'Esch à un nouvel endroit plus adapté.

Au début de l'année 2007, les représentants de la Jugend- an Drogenhëllef ont eu une entrevue avec la commission sociale de la commune de Differdange, concernant la problématique de la drogue sur le territoire de cette commune. Dans cette réunion, il a été convenu qu'il sera procédé le plus vite possible à l'installation d'un nouveau distributeur. Un emplacement devra être trouvé par les autorités communales.

Dans une entrevue entre les représentants de la commune d'Esch, des différents services sociaux et de la police d'Esch, le problème des seringues traînant aux endroits publics a été discuté. Cette situation sera documentée et une stratégie commune devra être trouvée pour y remédier. Des réunions régulières entre les partenaires sociaux de la commune d'Esch sont prévues à l'avenir.

Bien qu'en mars 2006 le distributeur d'Esch a été réinstallé, le chiffre des seringues vendues n'a pas augmenté par rapport à l'année 2005. Ceci signifie que l'importance de la vente par les distributeurs diminue de plus en plus. On peut espérer que les utilisateurs de drogues fréquentent plutôt les services qui échangent les seringues stériles contre les usagées, ce qui serait dans la logique du programme d'échange de seringues et dans l'intérêt de la santé publique.

Commentaire

Une réunion entre les services « échange de seringues » et le Ministère devra avoir lieu dans la première moitié de l'année 2007, où on tâchera de formuler des hypothèses et trouver des explications sur l'énorme diminution du nombre des seringues stériles distribuées en 2006 par rapport aux années précédentes. A noter néanmoins qu'à Esch-sur-Alzette le nombre de seringues distribuées a nettement augmenté de 36.412 en 2005 à 57.291 en 2006.

Le système de distribution de seringues stériles des différents centres devra être optimisé, aussi bien dans la vente que dans l'échange des seringues stériles. L'élaboration des statistiques y relatives devra être harmonisée.

9. Drop In de la Croix-Rouge

Durant l'année 2006, le service a accueilli 5 554 clientes (264 transsexuelles, 741 travestis et 4 605 femmes) (2005=5 808 clientes ; 340 transsexuelles, 654 travestis et 4 107 femmes) dans ses locaux. Le service a pu constater une progression d'une clientèle fidèle qui a rendu visite régulièrement ainsi qu'une augmentation importante d'une clientèle en provenance d'Amérique Latine et de l'Afrique Noire.

Dans le service 36 199 (34 749) préservatifs ont été distribués avec participation, ainsi que des lubrifiants et des tampons vaginaux.

Lors des streetworks 3 097 (2 550) femmes ont été contactées, 276 (176) transsexuelles et 259 (125) travestis. 44 055 (37 173) préservatifs ont été distribués (ainsi que des tampons et des lubrifiants). En hiver l'équipe du DropIn s'est rendue également avec du café chaud, du bouillon et des gâteaux dans les rues.

Au guichet, l'échange de seringues a diminué grâce au bon fonctionnement de la structure TOXIN, 9 644 (14 257) clients ont été comptés. 56 679 (140 639) seringues ont été échangées dont 53 822 (138 676) ont été rendues ... soit un retour de 94,96 (98,60)%.

Le DropIn fait parti des programmes européens:

- TAMPEP ... Transnational AIDS/STD prevention among Migrant Prostitutes in Europe/Project
- CORRELATION (European Network, Social inclusion & Health) «drug added sex-workers»

Grâce au Ministère d'Égalité des Chances le DropIn a pu lancer un projet qui consiste à distribuer des lingettes intimes (1.568 paquets) et des sous-vêtements (474 slips et 405 paires de chaussettes ou collants) aux clientes du service une fois par semaine.

Le personnel du DropIn se rend régulièrement à des réunions, conférences et journées de réflexions concernant les problématiques liées à la prostitution, la violence et autres:

- Dans le cadre du programme TAMPEP 7, Exchange Visit, le DropIn a eu la visite pendant trois jours de deux travailleurs sociaux de Sofia (Bulgarie, International Health Foundation). De notre part le DropIn a fait un échange avec les Pays-Bas (TAMPEP Netherlands, Amsterdam&Aalkmart)
- Visites d'assistantes sociales, stagiaires et psychologues de différents services sociaux
- Conférence Internationale de TAMPEP (General Meeting) à Turin (Italie).
- Conférence à Varsovie (Pologne) dans le cadre du programme européen CORRELATION.

Avec un grand succès le DropIn a organisé ensemble avec ses clientes une fête d'automne en octobre et une fête de Noël bouleversante en décembre.

Cabinet médical

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.

898 visites ont été comptées au cabinet médical.

Les sexworkers viennent pour faire des:

- Dépistages du sang (HIV, hépatite B+C, vaccinations): 112 (106)
- Tests de grossesse: 29 (24)
- Pansements & soins infirmiers: 846 (775)
- Dépistages uro-génitaux (PAP, frottis, bactério, candida): 37 (42)
- Ordonnances: 113 (99)
- Vaccinations (hep A, B1, B2, B3 et Tedivax-Polio): 24 (32)
- Anti-Grippine: 4 (5)
- Hospitalisation: 9 (9)
- Dépo Provera: 0 (7)

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 2006 plus de 500 tests ont été effectués pour dépister une infection à HIV. 21 tests ont été positifs. Il s'agit de 18 hommes et de 3 femmes. 8 hommes positifs pour le HIV et l'hépatite C sont des consommateurs connus de drogues par voie intraveineuse. Les 3 femmes ne présentent pas d'hépatite C et ne consomment pas de drogues par voie intraveineuse.

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.

Plus de 23% des détenus examinés souffrent d'une hépatite C. 4% présentent une hépatite B contagieuse (présence de l'Ag HBs). 4% présentent une sérologie positive pour le HIV.

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

Le traitement de substitution est proposé à pratiquement 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.

Un peu plus de 12% des personnes qui sont entrées en prison en 2006, présentaient une dépendance aux morphiniques.

Le nombre total de patients ayant suivi un traitement de substitution au CPL était de 221 personnes.

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

2 personnes ont pris du Subutex® uniquement.

Depuis le 2e semestre 2006 le Subutex® n'est plus prescrit parce que la prise en est plus difficile à contrôler.

La dose moyenne pour la méthadone a été de 34mg par jour, les doses extrêmes variant de 5mg à 100mg. La durée moyenne du traitement en 2006 a été de 126 jours.

85 patients sous traitement de substitution ont été élargis ou transférés vers une autre institution (hôpital par exemple).

9 patients sous traitement de substitution ont été transférés vers le Centre pénitentiaire de Givenich.

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

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

18 personnes substituées ont été réincarcérées durant l'année 2006.

2 personnes ont commencé à prendre un traitement de substitution plusieurs semaines après leur admission au Centre pénitentiaire.

3. L'échange de seringues au Centre Pénitentiaire de Luxembourg

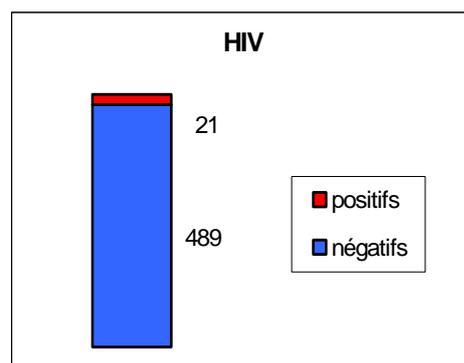
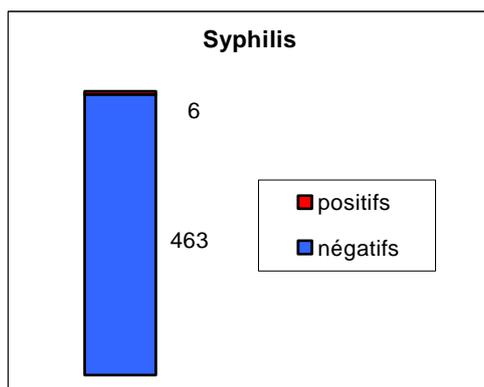
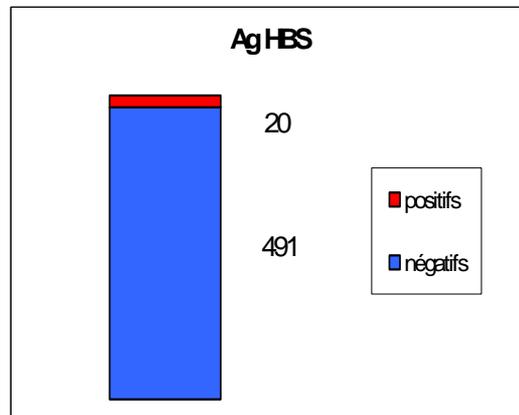
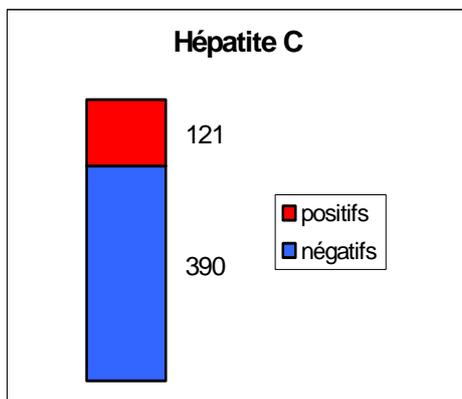
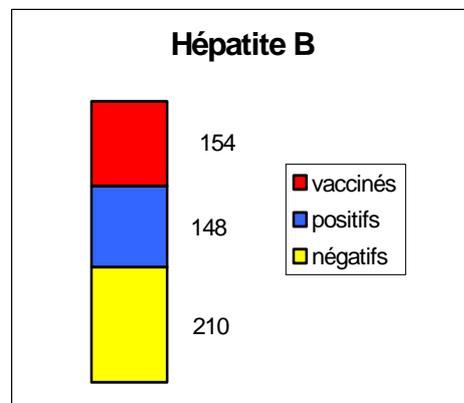
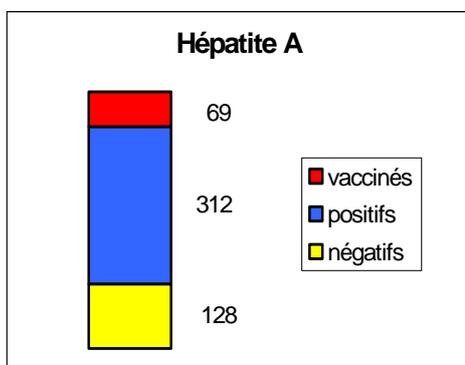
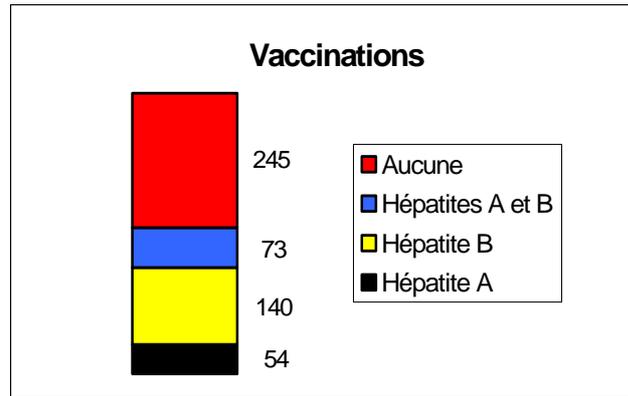
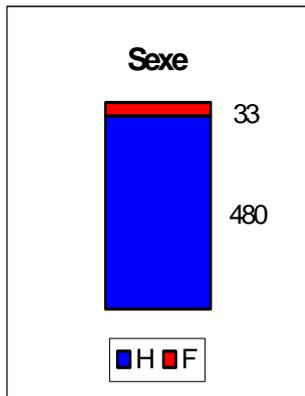
Depuis le mois d'août 2005 un programme officiel d'échange de seringues pour les détenus toxicomanes a débuté au CPL. Le détenu demandeur écrit une lettre à un médecin de la prison qui après une consultation lui fournit un étui contenant deux seringues à insuline. Les seringues peuvent être échangées dans l'infirmierie 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. Depuis l'introduction du programme d'échanges 64 étuis ont été distribués et 300 seringues ont été échangées.

Le programme d'échanges de seringues tombe sous le secret médical. On estime que 10 à 20% des consommateurs de drogues par voie intraveineuse profitent de ce programme. On pense que beaucoup n'y participent pas parce qu'ils ont peur que le secret médical ne soit pas sauvegardé ou bien parce que l'étui est plus difficile à cacher qu'une simple seringue à insuline.

De l'acide ascorbique, des filtres, de l'eau physiologique stérile, des tampons d'alcool et des petits pansements sont à la disposition en vrac dans les deux infirmieries du CPL.

Étude épidémiologique des hépatites virales A,B et C, de la syphilis et de l'infection HIV au Centre Pénitentiaire de Luxembourg en 2006 (total des personnes examinées : 513)



11. Prise en charge médicale

Depuis 1996, des médicaments anti-rétroviraux puissants sont à notre disposition (actuellement plus de 20), et leur association – au moins 3, d'où le nom de trithérapie – a permis de baisser considérablement la mortalité dans les pays qui peuvent financer ces traitements chers. Même si jusqu'à présent aucun de ces anti-rétroviraux ne permet d'éliminer HIV du corps humain, c'est-à-dire de guérir les patients, ils permettent souvent une réduction maximale de la charge virale et une remontée des CD4 Helper-cells.

Un consensus international prévoit que tous les patients infectés à HIV ne sont pas automatiquement mis sous traitement anti-rétroviral, mais seulement ceux dont l'immunité est en train de s'effondrer ou ceux qui présentent une activité virale importante ou encore ceux qui présentent une complication de leur infection à HIV.

Pour décider du moment optimal quand il faut commencer un traitement, nous disposons de 2 mesures de laboratoire.

1. La mesure de l'immunité, c'est-à-dire la mesure du nombre des CD4 Helper-cells.
2. La mesure de la charge virale, c'est-à-dire la mesure du nombre de virus HIV présents dans le sang.

Au Luxembourg actuellement environ 300 patients sont sous traitement anti-rétroviral.

La contrainte majeure, c'est l'adhérence quotidienne et permanente au traitement : même si la motivation est présente, il n'est pas aisé de prendre un traitement tous les jours, 365 jours sur 365, pendant toute sa vie. Mais prendre les anti-rétroviraux irrégulièrement peut provoquer des résistances du virus à un, à plusieurs et parfois à tous les anti-rétroviraux à notre disposition. En 2006, nous avons constaté au Luxembourg 7 décès du SIDA dont une partie était due au refus de traitement ou à l'incapacité à une adhérence convenable.

Accès au traitement médical

La prise en charge médicale est assurée au Luxembourg les frais des médicaments anti-rétroviraux et des traitements accessoires pour les infections opportunistes et les autres infections en relation avec l'immunodépression ainsi que le suivi biologique sont couverts soit par l'UCM soit par le Ministère de la Santé. Ceci n'exclut pas qu'il y a des problèmes. Outre l'adhérence difficile au traitement, déjà mentionné, citons comme exemple :

- Un accès parfois trop tardif au traitement :

Même si les traitements sont accessibles, encore faut-il savoir qu'on est infecté. Chez trop de patients l'infection à HIV est seulement découverte au moment où cette infection a déjà progressé vers un stade avancé de complications.

- Les co-infections :

Il s'agit surtout de l'hépatite C chronique, de l'hépatite B chronique et de la tuberculose. Là aussi des traitements existent, mais ce sont également des traitements où l'adhérence est difficile et qui s'ajoutent donc au traitement déjà contraignant du HIV. Ces traitements durent dans le meilleur cas 6 mois, sinon 12 mois, ou davantage en cas d'hépatite chronique B.

- Les cancers :

Certains types de cancers sont plus fréquents chez les patients infectés à HIV et évoluent souvent défavorablement. D'où la nécessité de dépistages précoces (ex. col de l'utérus, cancer de la marge anale).

- Le désir d'avoir des enfants :

Les personnes infectées vivent longtemps et éprouvent le désir d'avoir des enfants. Ceci pose des problèmes éthiques et fait appel aux techniques de procréation assistée pour éviter l'infection du (de la) partenaire et des enfants à naître.

- Des complications liées au traitement et/ou à l'association traitement et virus (lipodystrophies, anomalies métaboliques, ostéoporose...) ont été décrites dans les rapports des années précédentes (voir site du Ministère de la Santé : www.ms.etat.lu).

Traitement post-exposition :

En 2006, 37 patients sont venus consulter après une exposition non protégée à un risque de transmission, le plus souvent par voie sexuelle. Ces patients ont bénéficié d'un traitement post-exposition d'une durée de 28 jours.

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 et est dirigé par le Dr Jean-Claude Schmit. En 2006, les autres collaborateurs (personnel scientifique et technique) étaient les docteurs Vic Arendt, Robert Hemmer, 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 Franky Baatz, Université libre de Bruxelles) ainsi que des stagiaires ont complété l'équipe en 2006. 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 données européenne de ce projet. A partir de 2006, un nouveau projet « Europe HIV Resistance » (6^e programme cadre de l'EU) a pris la suite avec maintenant la participation d'une trentaine de pays.

Depuis 2006, le Laboratoire de Rétrovirologie fait également partie du réseau d'excellence européen VIRGIL.

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>)

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 décembre 2009.

Deux nouvelles composantes s'y sont ajoutées :

- 1) L'étude AMATA, étudiant la transmission du HIV par l'allaitement maternel chez la mère sous trithérapie à visée prophylactique ;

- 2) L'étude delta 24, étudiant la prévalence et l'impact sur la transmission du HIV d'une délétion du corécepteur CCR5 découverte par l'équipe du projet CRP 02/01 en 2005 ;

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

2a) projets terminés (détails disponibles sur le site www.retrovirology.lu)

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.

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

148 présentations ont eu lieu à des congrès scientifiques internationaux dont 17 en 2006.

Publications du Laboratoire de Rétrovirologie

43 articles ont été publiés dans des revues scientifiques de 1997 à 2006 dont 3 en 2006.

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 2006 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 cardio-vasculaires.

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) et Europe HIV 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.

- **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 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. Les patients continuent à être suivis régulièrement.

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

Des patients de la cohorte luxembourgeoise ont participé en 2006 à des études cliniques ayant pour but de déterminer l'efficacité de nouveaux anti-rétroviraux. Il s'agit des études **TMC-114** et **TMC-125**.

13. Dispositions légales et réglementaires

Le plan pluriannuel de lutte contre le HIV/SIDA souligne sous la rubrique A.2.2. « Dispositions légales et réglementaires », que le comité se voit confronté à deux problèmes majeurs à savoir : le refus persistant des assureurs d'accorder une assurance-vie dans le cadre d'un prêt immobilier à des personnes séropositives ou atteintes du SIDA ainsi que la prise en charge médicale des étrangers vivant au Luxembourg en situation irrégulière.

Le premier problème, itérativement exposé dans les différents rapports annuels, n'a toujours pas trouvé de solution, malgré la perspective optimale du rapport 2005. En effet, le comité est sans nouvelles sur l'attitude des assureurs qui semblent attendre les solutions que les pays voisins trouveront en matière d'assurance-vie pour les personnes malades.

Le deuxième problème, concernant les étrangers en situation irrégulière, est toujours réglé au cas par cas.

Le plan pluriannuel prévoit sub A.7.2.3. « Lutte contre la discrimination » qu'il faut impliquer davantage les employeurs, les assureurs, les personnes vivant avec le HIV/SIDA et les professions de santé, y compris les médecins dans la lutte contre la discrimination.

Ainsi un message anti-discriminatoire sera intégré systématiquement dans toute campagne.

Une évaluation de la législation en matière d'anti-discrimination et de sensibilisation du grand public sera réalisée.