

COMITE DE SURVEILLANCE DU SIDA



Rapport d'activité 2012

Dr Vic ARENDT, président
M. Günther BIWERSI, Mme Cristina DOS SANTOS, Dr Jos EVEN, Dr Jean-Claude
FABER, M. Henri GOEDERTZ, Dr Danielle HANSEN-KOENIG, M. Patrick HOFFMANN,
M. Ralph KASS, Mme Laurence MORTIER, M. Alain ORIGER, M. Jean-Claude SCHLIM,
Mme Astrid SCHORN, Dr Simone STEIL, Dr Pierre WEICHERDING

SOMMAIRE

Introduction : Editorial	1
1. Comité de surveillance du SIDA, Missions, composition	3
2. Epidémiologie	4
3. Information et Education	10
4. Aidsberodung	18
5. Prévention et dépistage	26
6. SIDA et Toxicomanie	30
7. SIDA et Égalité des chances	33
8. dropIn de la Croix-Rouge	34
9. Rapport sur le travail effectué en milieu pénitentiaire durant l'année 2012 en vue de prévenir l'infection par le HIV	36
10. Prise en charge médicale	42
11. Recherche	44
12. Dispositions légales et réglementaires	49

Ce rapport peut être consulté sur :

<http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/systeme-sante/acteurs/index.html>

Editorial

Depuis 15 ans et l'avènement des trithérapies antivirales, nous avons appris à traiter nos patients, avec des régimes médicamenteux de plus en plus simples et mieux tolérés, entraînant une diminution nette de la mortalité.

Nous savons également que ces traitements peuvent empêcher la transmission du virus à des partenaires non infectés. Dans une grande étude bien contrôlée cette efficacité de réduction était de 82%, et l'OMS ONUSIDA recommandent cette approche à grande échelle pour arriver à contrôler l'épidémie dans les pays à forte mais aussi à faible prévalence.

Tester et diagnostiquer tôt, traiter tôt afin de réduire les nouvelles infections.

Dans 25 pays à forte prévalence, on a pu, grâce aux traitements et à la prévention, voir le nombre de nouveaux cas diminuer de plus de 50%.

Et ces progrès ont été obtenus en Afrique, alors qu'en Europe –surtout de l'Est, mais aussi chez nous- l'épidémie continue à augmenter.

Et ce n'est évidemment pas à cause d'un manque d'accès aux traitements ni au diagnostic précoce.

Malheureusement nous avons observé 83 nouveaux cas dans la cohorte luxembourgeoise, et parmi ceux-ci tout de même 51 « vrais nouveaux », qui n'étaient pas encore au courant de leur diagnostic avant janvier 2012. Ceci comparé à 72 et 63 pour les nouveaux totaux en 2011 et 2010 respectivement, et 44 pour les « vrais » nouveaux en 2011, soit une augmentation continue de plus de 10% par an. La différence entre les nouveaux totaux et les vrais nouveaux diagnostics est représentée par une trentaine de personnes qui étaient déjà au courant de leur diagnostic et suivis ailleurs avant leur prise en charge au Luxembourg.

On estime que un quart environ des personnes vivant avec le VIH ne sont pas au courant de leur infection et continuent donc potentiellement de transmettre le virus à leur insu.

Pour cette raison le sujet de la campagne 2013 sera le dépistage, toujours et encore et à toutes les sauces.

D'une part un dépistage ciblé basé sur les maladies indicatrices, les « indicator diseases », à l'attention des médecins de toutes les spécialités. On voit encore trop souvent des patients qui présentent un zona, un syndrome mononucléosique, des problèmes de peau inexpliqués, des maladies sexuellement transmises ou des hépatites virales et auxquelles on n'a pas proposé de dépistage pour le VIH ! Autant d'occasions ratées pour un diagnostic précoce !

D'autre part le dépistage à grande échelle, à l'occasion de prises de sang réalisées pour toutes sortes d'autres raisons. Le dépistage comme mesure préventive : tout comme on dosera le cholestérol ou la glycémie, nous suggérons de faire au moins une fois pour toute personne en âge d'activité sexuelle et plus régulièrement pour des

personnes exposées plus souvent au virus de par leur mode de vie, leurs activités ou leur environnement.

Ainsi on proposerait que les hommes aimant les hommes se testent une fois par an, voire plus souvent s'ils ont beaucoup de partenaires différents.

Si on pouvait arriver ainsi à détecter en l'espace de quelques années une grande partie des personnes porteuses du virus qui ne se savent pas contaminées, on pourrait avoir un impact réel.

Tous les laboratoires du pays participent à cette action, en faisant former leur personnel au « counselling » en matière de dépistage et prévention du VIH.

De nouveaux sites de dépistage avec la possibilité de faire le test de façon anonyme et sans avoir besoin d'une demande d'analyse émise par un médecin, ont débuté leurs activités à Esch et à Ettelbruck dans les hôpitaux.

Et la Zithaklinik prévoit de suivre la même démarche si la demande s'en fait sentir. Mais il faudra aller plus loin, continuer à étendre l'offre vers les personnes à risque qui ne recherchent pas spontanément l'accès aux soins, notamment les usagers de drogues et les travailleurs/euses du sexe.

En augmentant la présence du DIMPS, dispositif d'intervention mobile pour la prévention en matière de santé sexuelles, qui va à la rencontre de ces populations.

Et finalement il faudra des sites offrant des tests rapides avec remise dans la même séance du résultat, par des tests diagnostics rapides et du counselling, et ceci également en dehors des heures de bureau.

L'Aidsberodung prévoit d'offrir ces tests rapides d'orientation diagnostique, qui existent déjà dans certains de nos pays voisins.

Il y a du pain sur la planche, mais, si le concept fonctionne, on devrait voir le nombre de nouvelles infections diminuer dans quelques années

Luxembourg, le 12 mars 2013

Dr Vic ARENDT
Président

1: Comité de surveillance du SIDA

Missions, composition

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, ONUSIDA, le Conseil de l'Europe, les Communautés Européennes etc., afin de développer et mettre en oeuvre un programme de lutte contre le SIDA.

2. Composition

La composition du Comité de Surveillance du SIDA a été en 2012 la suivante :

ARENDT Vic, président	médecin au Service National des Maladies Infectieuses
WEICHERDING Pierre, secrétaire	médecin chef de division, Division de l'Inspection Sanitaire
BIWERSI Günter	pédagogue, Jugend an Drogenhelf
DOS SANTOS Cristina,	juriste
EVEN Jos	microbiologiste
FABER Jean-Claude	hématologue
GOEDERTZ Henri	psychologue, AIDS-Berodung, Croix-Rouge Luxembourgeoise
HANSEN - KOENIG Danielle	Directeur de la Santé
HOFFMANN Patrick	Infirmier en chef, Centre Pénitentiaire
KASS Ralph	politologue, Ministère de l'Égalité des Chances
MORTIER Laurence	psychologue, AIDS-Berodung, Croix-Rouge Luxembourgeoise
ORIGER Alain	Coordinatrice technique du Plan d'Action
SCHLIM Jean-Claude	psychologue, Direction de la Santé
SCHORN Astrid	cinéaste
	psychologue, Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports
STEIL Simone	médecin-chef de division, division de la médecine préventive et sociale

2. Epidémiologie

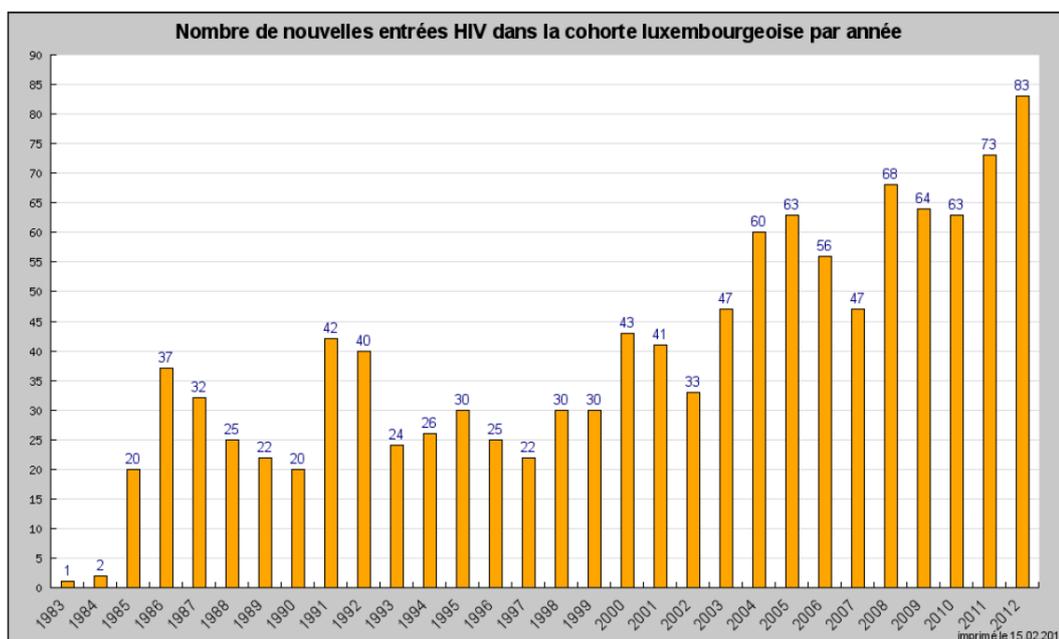
Les chiffres 2012 montrent une augmentation sensible encore par rapport à 2011 : 83 nouvelles entrées dans la cohorte HIV luxembourgeoise, comparé à 72 nouveaux en 2011. Le nombre de vrais nouveaux cas (non au courant de leur diagnostic avant 2012) est de 51, comparé à 44 pour 2011. La courbe épidémique est donc toujours nettement ascendante, pas question de stabilisation en tout cas au Luxembourg.

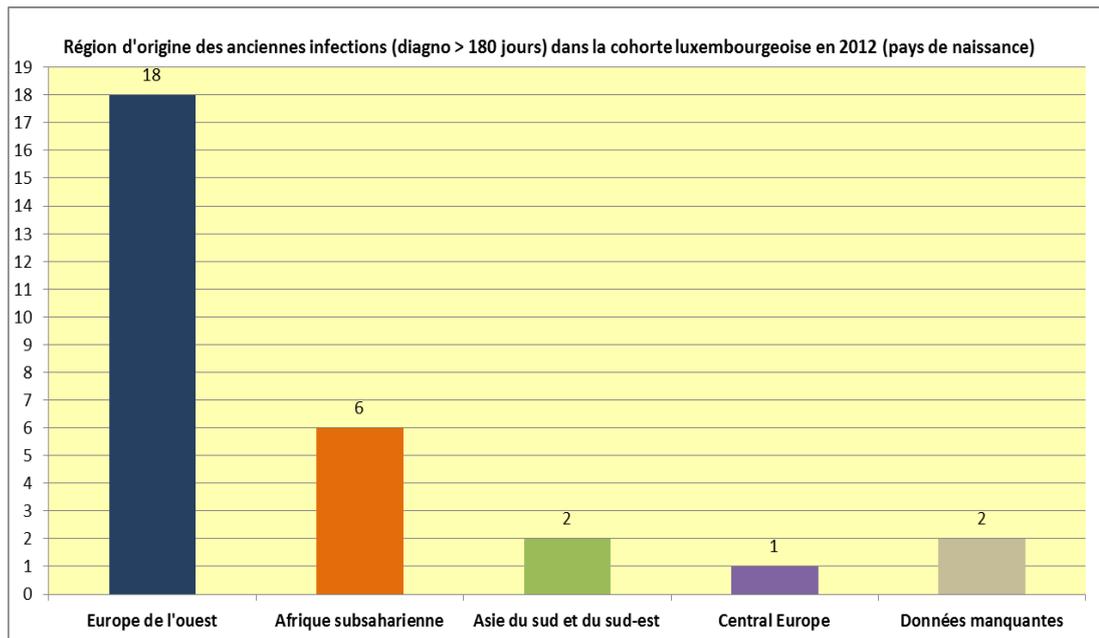
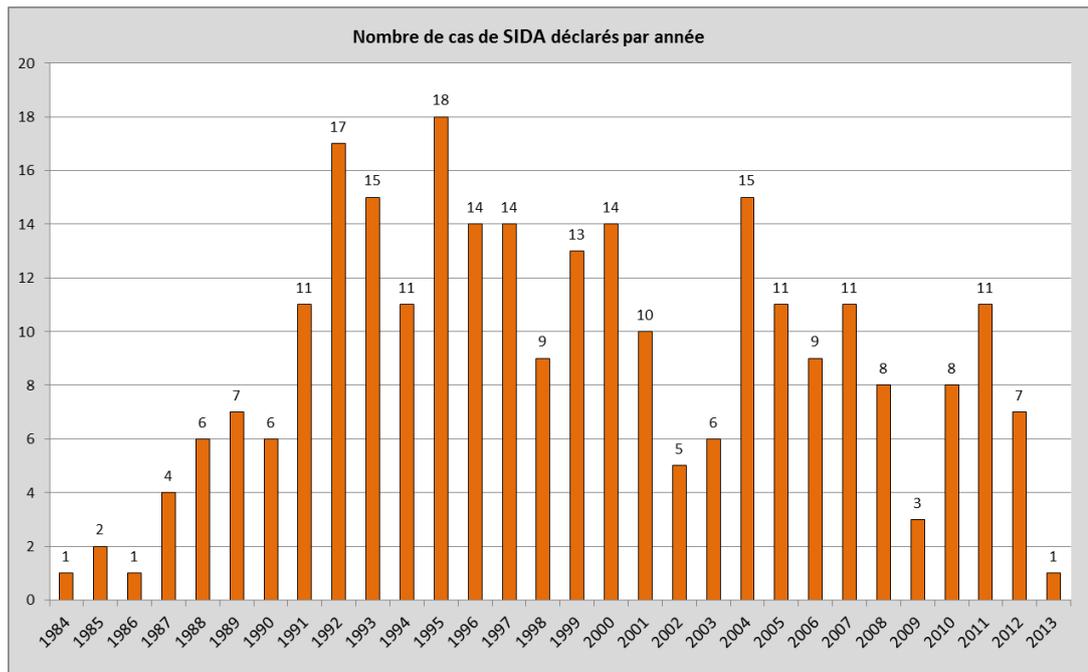
Cependant il n'est pas impossible que ceci soit en partie dû à des changements dans les stratégies de dépistage : promotion à grande échelle du dépistage, proposition systématique du dépistage de l'infection à HIV à tous les demandeurs d'asile etc.

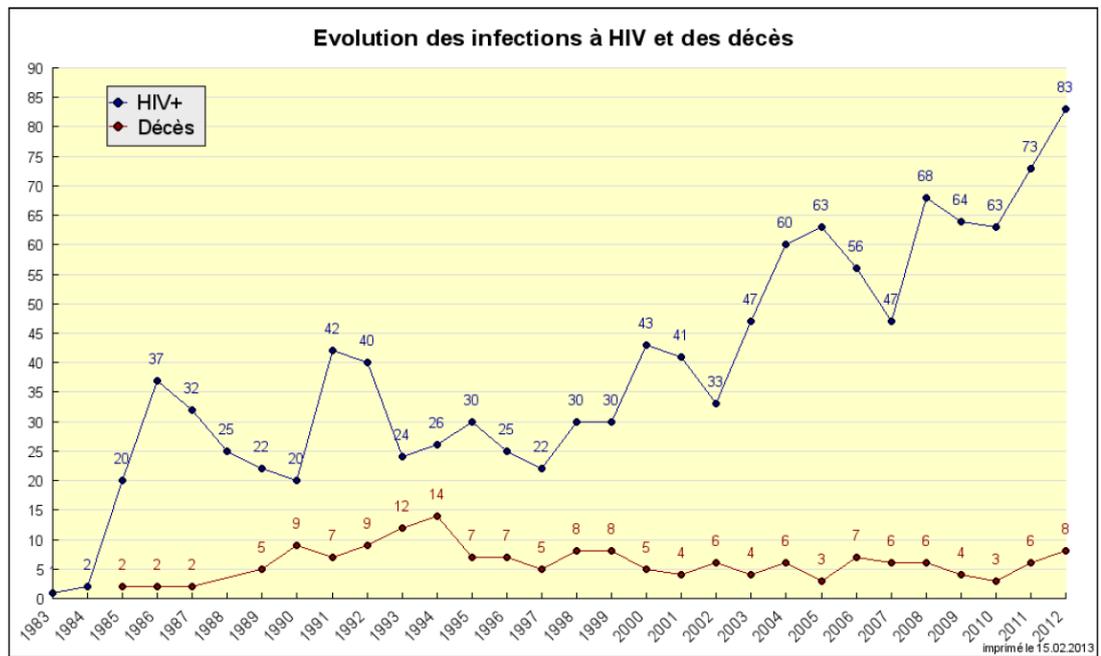
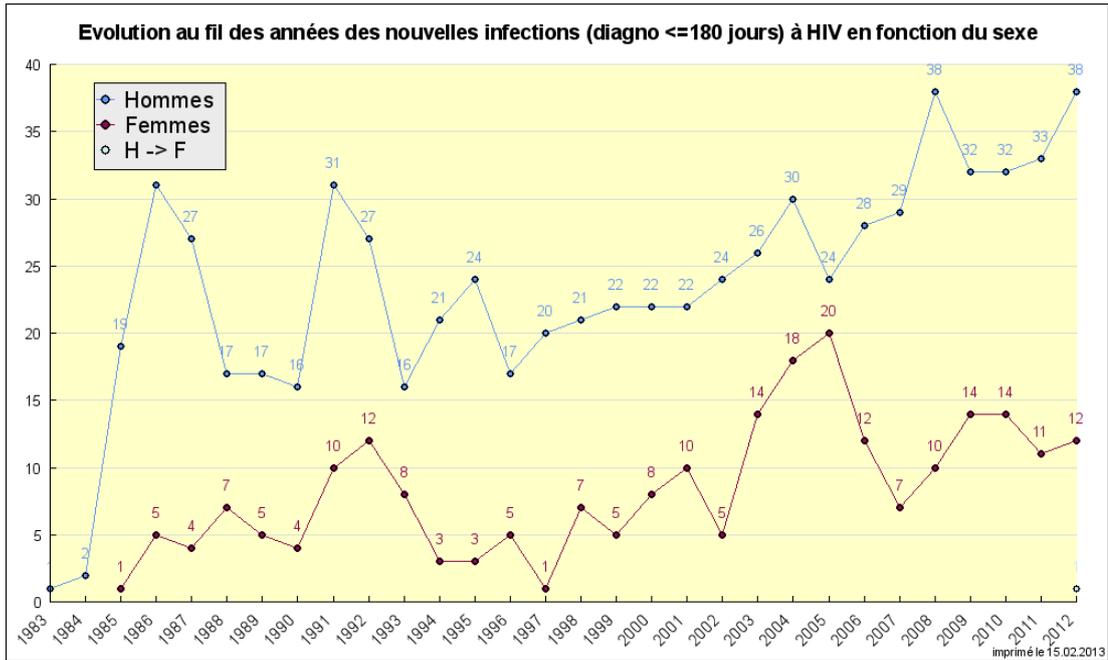
Les taux de CD4, reflétant le degré de destruction du système immunitaire au moment du diagnostic, continuent à montrer que le diagnostic se fait plus tardivement chez les hétérosexuels par rapport aux HSH ou aux usagers de drogues. Même constat pour les africains chez lesquels le diagnostic est fait plus tardivement que chez les européens.

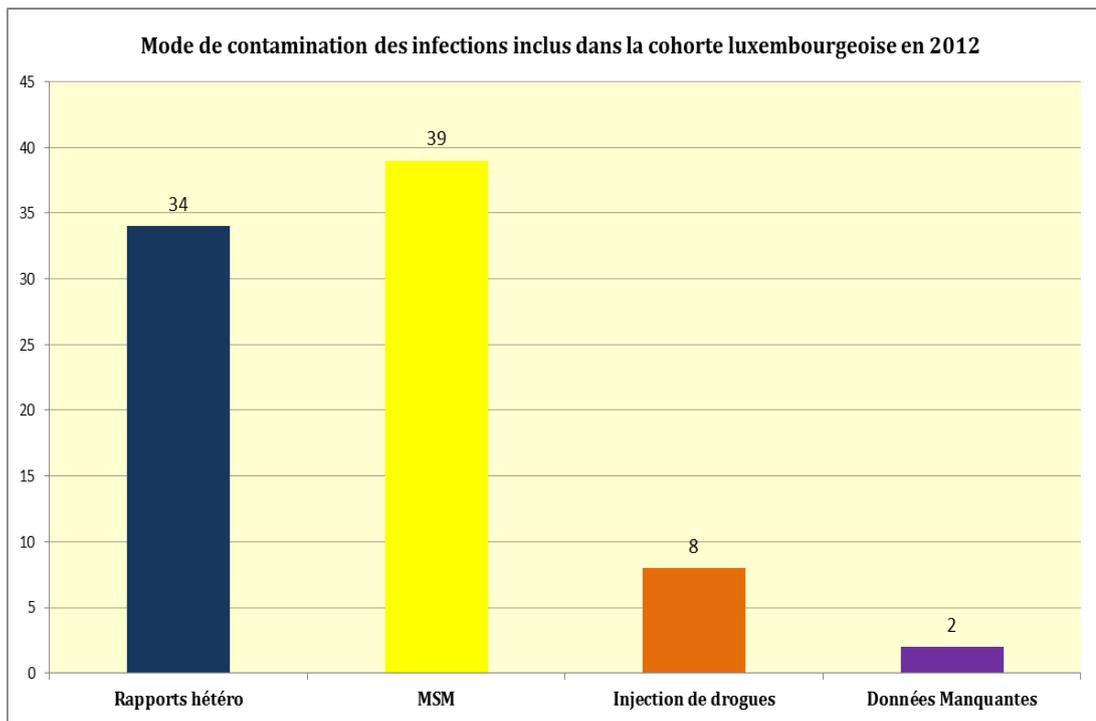
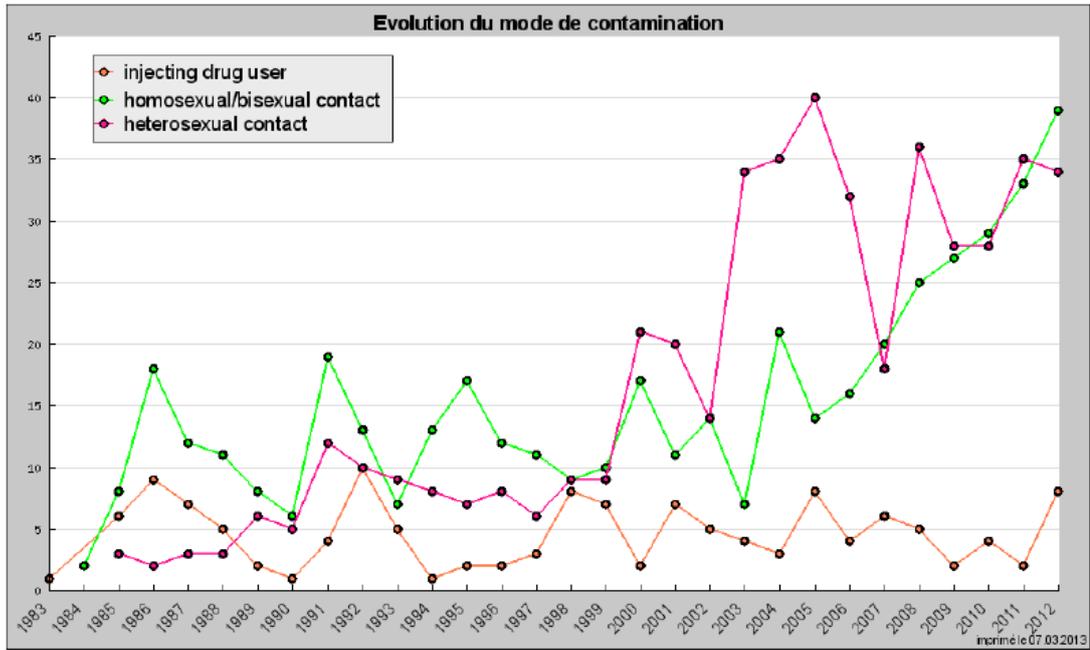
Nous verrons si ces différences s'estomperont à l'avenir par la promotion du dépistage.

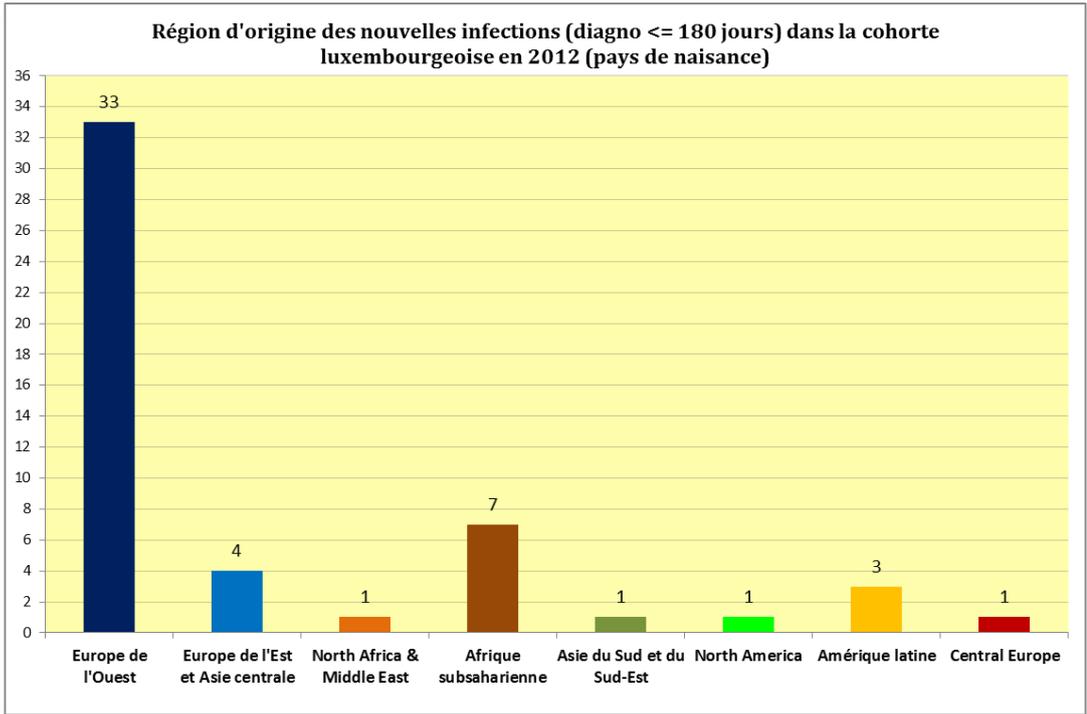
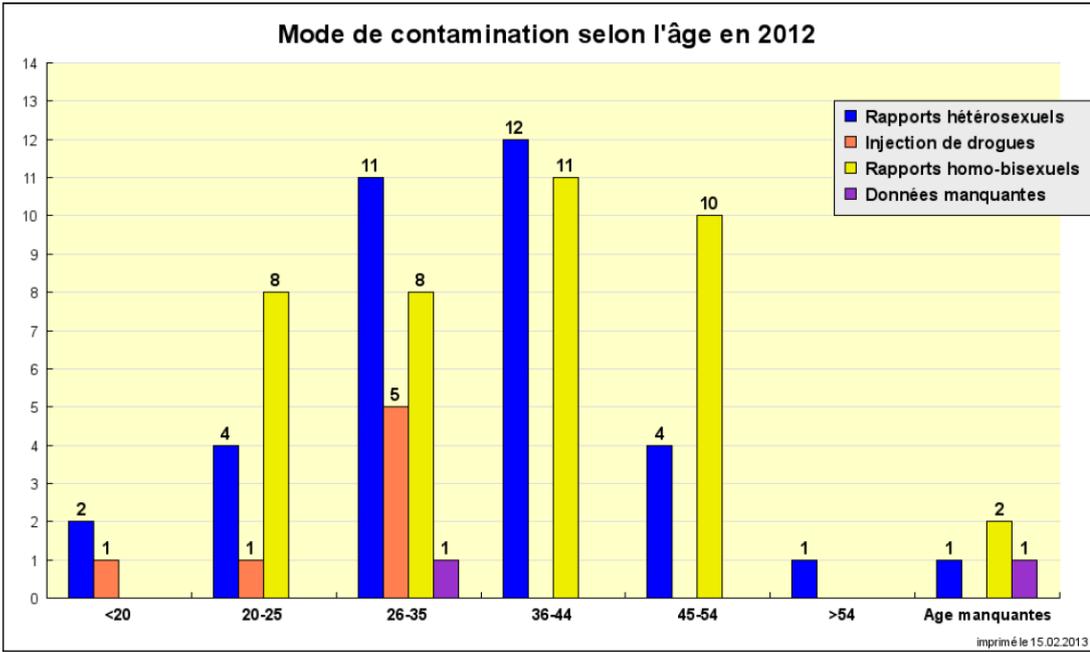
Pour ce qui est des modes d'acquisition du virus, on retient 39 transmissions chez des HSH, 34 transmissions par voie hétérosexuelle et 8 chez des usagers de drogues intraveineuses. Ce dernier chiffre est en augmentation également.



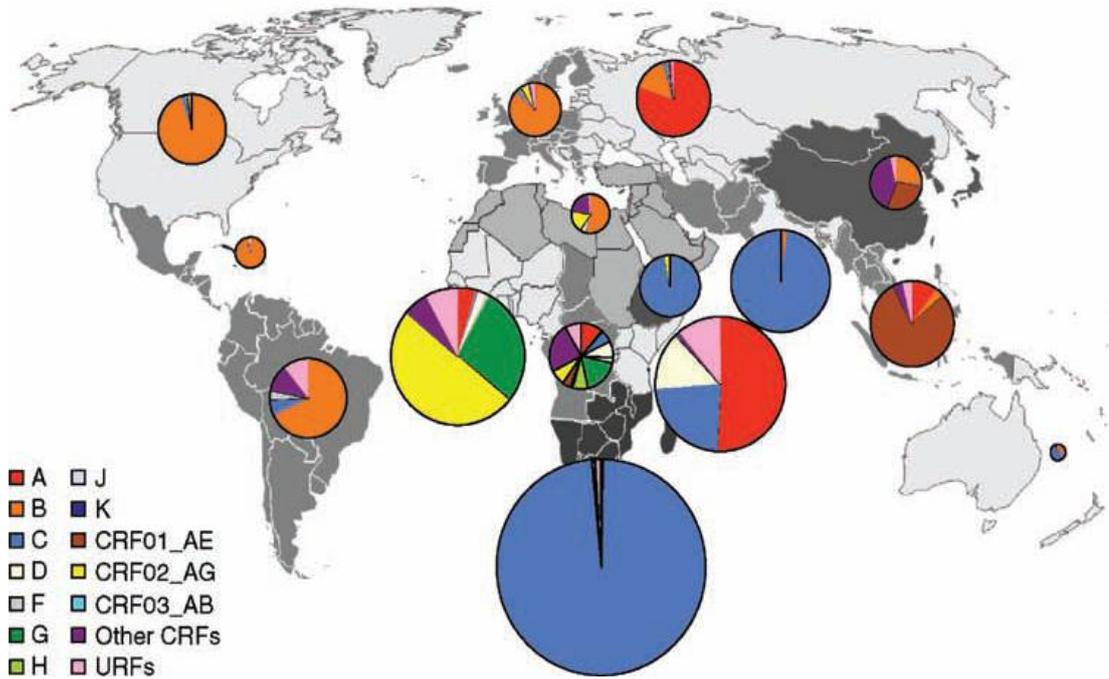




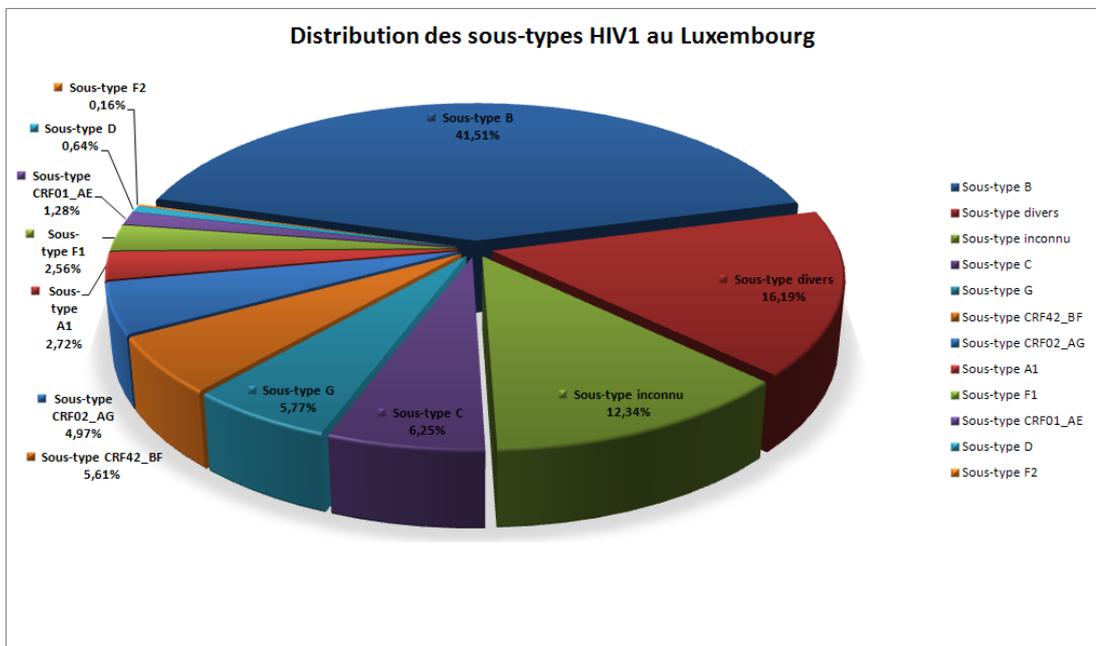




Distribution des génotypes du VIH dans le monde
(b) 2004-2007



Distribution des génotypes au Luxembourg : on observe chez nous une très grande diversité de génotypes, reflet de notre population cosmopolite.



3. Information et Education

Education sexuelle et prévention du SIDA en milieu scolaire

La prévention du VIH/Sida au niveau national est le fruit d'une collaboration étroite entre plusieurs acteurs issus du service Aidsberodung de la Croix-Rouge, du Ministère de l'Education Nationale (SCRIPT), de la division de la Médecine Préventive de la Direction de la Santé et de Stop Aids Now/Acces. Main dans la main, de nombreux projets ayant un même but : la prévention du VIH/Sida au niveau national sont réalisés, bien que certaines actions restent sous la responsabilité de l'un ou de l'autre partenaire. Ce chapitre, portant sur la prévention VIH/Sida, est divisé en 3 sous-chapitres qui présentent les différentes actions réalisées selon les spécificités de l'un ou de l'autre service.

I. Actions de prévention du Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles (Division de la Médecine Préventive, Direction de la Santé)

II. Education sexuelle et prévention du sida en milieu scolaire (Script-Ministère de l'Education Nationale)

III. La Prévention au sein de l'Aidsberodung de la Croix-Rouge (Aidsberodung de la Croix-Rouge)

I. Actions de prévention du Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles 2012 (Division de la Médecine Préventive, Direction de la Santé)

Campagne estivale « Don't forget me ! »

Mondialement, la progression des infections sexuellement transmissibles reste préoccupante. Le risque d'infection peut varier d'un pays à l'autre. Plus de 20 agents infectieux sont concernés, dont les plus connus sont la gonorrhée, la syphilis, le sida, les infections à chlamydias, à HPV, à mycoplasmes, et l'herpès génital. La plupart des IST ne provoquent pas de symptômes visibles, ou bien produisent seulement des sensations désagréables, comme des démangeaisons, des écoulements génitaux, des éruptions cutanées et muqueuses. Cependant, elles peuvent avoir des conséquences graves pour la santé : infertilité en ce qui concerne les chlamydias, cancers suite à l'infection par Human Papilloma Virus (HPV), syndrome d'immunodéficience acquise (Sida), suite à l'infection par le virus HIV, hépatites, suite à l'infection par le virus de l'hépatite B ou C, etc.



Une grande partie de ces infections arrivent avant l'âge de 25 ans, il faut donc rappeler aux jeunes et aux moins jeunes d'utiliser impérativement et systématiquement le préservatif lors de rencontres sexuelles occasionnelles. Il est important d'emmener des préservatifs dans ses bagages lors du départ en vacances, car dans certains pays, les préservatifs disponibles sur le marché ne correspondent pas toujours aux normes européennes de qualité.

Pour promouvoir un comportement responsable, la Division de la médecine préventive a relancé la campagne d'été, pour rappeler aux jeunes et moins jeunes de penser au préservatif juste avant leur départ en vacances. Afin de sélectionner les motifs qui ciblent le mieux les « jeunes de 15-24 ans », ainsi que les « adultes de 25-60 ans », un pré-test par sondage de plusieurs projets d'affiche a été réalisé, en collaboration avec TNS Ilres.



Cette campagne a comporté les éléments suivants :

- **Création de deux nouvelles affiches « Cet été, avant de partir, pensez-y ! » DIN A3** pour la cible adultes, et envoi, avec une lettre d'information, aux agences de voyage et cabinets médicaux.
- **Reprise du visuel 2011 « Denk drun, iers de an d'Vakanz fiers ! »** pour la cible jeunes (ce visuel a atteint le meilleur score parmi les 6 visuels du pré-test).
- **Annonces sur Facebook**
- Diffusion de deux **spots radio**, sous forme de deux dialogues parent-enfant, sur RTL Radio et Eldorado, du 9 au 22 juillet 2012
- **Distribution des affiches et de pochettes de préservatifs** aux lycées, avec le concours de la Division de la médecine scolaire, dans les centres d'information pour jeunes, ainsi que dans le cadre des camps d'été des Letzebuenger Guiden a Scouten et de la FNEL.



Journée Mondiale du Sida (1^{er} décembre): « Le test de dépistage du sida. Un geste pour moi et les autres! »

Plusieurs endroits dans le pays offrent le test de dépistage gratuitement et anonymement, et sont renseignés dans une nouvelle brochure sur le dépistage « Les réponses à toutes vos questions sur le test de dépistage VIH ! ». En parallèle, la brochure sur les modes de transmission a été retravaillée et relookée.

La campagne de sensibilisation lors du 1^{er} décembre « **On l'a fait !** » pré-testée également par un sondage TNS Ilres, était composée des éléments suivants:

- Envoi d'**affiches** et de **brochures** aux médecins généralistes, gynécologues, cliniques, centres médicosociaux, pharmacies, communes et lycées.
- **Affichage urbain** dans les abribus, du 27 novembre au 2 décembre 2012.



- Des **cartes postales** et **affichettes** ont été distribuées dans tous les lieux branchés, de sortie nocturne, cafés et discothèques, les bars et restaurants, les salles de fitness.
- Des **annonces-presse** ont été publiées dans les journaux quotidiens et hebdomadaires.

Programme de distributeurs de préservatifs dans les écoles

Suite au projet «distributeurs de préservatifs» dans les lycées, des séances d'information concernant l'utilisation du préservatif et l'éducation sexuelle en général ont été organisées dans les classes de 7ème et 8ème, du secondaire classique et technique.



En collaboration avec la Division de la Médecine scolaire, 10 **distributeurs** supplémentaires ont été installés en 2012. La mise à disposition de pochettes à 4 préservatifs, qui sont vendues à 0,2€ la pochette, a été poursuivie.

Activités de prévention s'adressant à la population lusophone

Les personnes de nationalité portugaise résidant au Luxembourg restent parmi les plus touchées par le virus du SIDA, avec un nombre croissant de nouveaux cas dépistés chaque année.



Théâtre interactif: en collaboration avec la Confédération de la Communauté Portugaise au Luxembourg et l'Aidsberodung de la Croix-Rouge, le « Théâtre de l'opprimé » a été engagé pour s'adresser à la communauté portugaise. Aborder des thèmes de discussion en impliquant la communauté dans la discussion sur des questions d'intérêt public et de santé, telles que la prévention des maladies sexuellement transmissibles, vise également à stimuler la créativité et à développer la capacité à proposer des réponses à ce problème. En 2012, 4 soirées théâtrales ont eu lieu à Pé-tange, Merl, Diekirch et Heffingen, avec la participation de 305 personnes ; ces soirées ont été financées par la Division de la médecine préventive.

La distribution gratuite de préservatifs

La distribution gratuite de préservatifs a continué, par l'intermédiaire des associations actives dans le domaine de la prévention du HIV et des IST, et à la demande, lors d'actions socio-culturelles ou sportives ciblées.

La Division de la Médecine Préventive a distribué en tout en 2012:

Préservatifs « nature »:	121.670
Préservatifs « professionn »:	82.000
Doses de lubrifiants:	8.000
Pochettes à 4 préservatifs:	8.400
Pochettes « Don't forget me »:	7.598
Pochettes « Lapins/King/Safety Art »:	6.300



Différents visuels de pochettes de préservatifs à distribution gratuite

II. Education sexuelle et prévention du SIDA en milieu scolaire (SCRIPT – Ministère de l'Education Nationale)

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.

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.

Continuité et suivi

1. Activités régulières

1.1. Festival du film pour jeunes

Le 12ème festival du film pour jeunes « Hautnah » a été organisé par l'Institut de Formation continue du SCRIPT en coopération avec "Discovery Zone", le nouveau festival du cinéma de la Ville de Luxembourg, la Cinémathèque de la Ville de Luxembourg, la maison des Jeunes Hesper et l'Aids-Berodung de la Croix-Rouge.

864 élèves, accompagnés par les titulaires des classes, ont participé au festival du film qui propose de sensibiliser les jeunes à différents problèmes actuels à travers le média cinématographique (long-métrage, documentaire) 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 : coming-of-age ; Sida et adolescence ; crise économique ; maladie et amitié ; mobbing et « social networks » ; médias et stars ; extrême-droite et xénophobie ; énergie nucléaire.

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.

1.2. Roundabout Aids

Roundabout Aids est un projet de prévention mobile, dynamique et interactif sur le sida, l'amour, la vie en couple et la sexualité. Il s'adresse surtout aux adolescent(e)s et jeunes adultes. Comme dans un rallye, les groupes parcourent cinq stations auprès desquelles ils devront réfléchir à différents problèmes. Le parcours a été élaboré par l'Aidsberodung de la Croix-Rouge.

En 2012, 47 jeunes des Lycée Nic Biever Dudelange, Lycée technique Bonnevoie, Lycée technique du Centre et l'Attert Lycée ont été formés pour animer le Parcours Roundabout Aids; les jeunes du Lycée du Nord ont suivi une mise à jour de leur formation pour animer le Parcours Roundabout Aids.

En tout 1213 jeunes ont participé au parcours.

2. Actions ponctuelles

2.1. Spectacle « Si d'aventure la vie »

En 2012, le SCRIPT, en collaboration avec le Service Aidsberodung de la Croix-Rouge, a financé le spectacle « Si d'aventure la vie » ainsi qu'un échange entre élèves de quelques lycées et acteurs du spectacle.

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

3.1. Formation initiale

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

3.2. 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 fondamental et secondaire. Parmi les 3 séminaires et une conférence proposés, deux ont eu lieu, dont une avec un petit nombre d'inscriptions.

4. Intégration dans les programmes scolaires officiels

La prévention du SIDA s'intègre dans l'approche visant le développement de l'autonomie des élèves.

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

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

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

Enseignement fondamental: Eveil aux sciences et sciences naturelles, Langues, Éducation morale et sociale, Instruction religieuse.

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

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

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

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

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

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

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

Enseignement secondaire: Éducation morale et sociale, Instruction religieuse, Sciences naturelles et humaines, Culture générale, Biologie, Langues, Éducation à la Santé et à l'Environnement.

7^e technique – *sciences naturelles* : amour, sexualité, partenariat,

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

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

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

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

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

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

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

13^e SI – *biologie humaine* : système hormonal

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

III. La prévention initiée par l'Aidsberodung, Croix-Rouge

Depuis plus de 20 ans, l'Aidsberodung initie des actions de prévention sida au Luxembourg. L'année 2012 n'a pas dérogé à cette « tradition » et a également connu son lot d'actions de prévention.

En plus des distributions de préservatifs et des stands réalisés en collaboration avec l'ONG Stop Aids Now/Acces, la prévention se décline en plusieurs thématiques :

- Les lycées (voir le chapitre Éducation sexuelle et prévention du SIDA en milieu scolaire)
- Les enfants de 10 à 12 ans via la formation d'acteurs-relais en prévention (Multiplicateurs)
- Le centre pénitentiaire : détenus et gardiens
- Les migrants
- La population gay/msm
- Les adultes
- Le Dimps (voir le chapitre Dimps)

Les enfants de 10 à 12 ans

Bien que depuis plusieurs années les acteurs de la prévention de l'Aidsberodung soient de plus en plus demandés auprès des classes de 6^{ème} primaire, cette année, la décision de ne plus se rendre dans les écoles primaires a été prise. En effet, les demandes d'interventions à destination des adolescents et adultes étant sans cesse croissantes, le service Prévention ne pouvait plus y répondre positivement et a donc décidé de mettre les enfants de 10 à 12 ans de côté au profit des adolescents et adultes.

Les acteurs-relais en prévention (Multiplicateurs).

Afin de combler ce manque d'information à destination des jeunes enfants, il a été proposé aux instituteurs et personnels éducatifs sollicitant une séance d'information et de prévention, de suivre une petite formation de 2h30 de façon à ce qu'ils acquièrent les connaissances nécessaires, mais également des techniques éducatives pour aborder la sexualité avec les enfants de 10 à 12 ans. C'est ainsi que 8 personnes (instituteurs, éducateurs) ont été formées au sein de l'Aidsberodung et sont devenues, à leur tour, des acteurs de la prévention.

Le centre pénitentiaire

La collaboration avec le Centre pénitentiaire de Luxembourg s'est encore renforcée cette année. Tout d'abord, les détenus séropositifs ont chacun bénéficié d'au moins une visite d'un membre de l'Aidsberodung, mais aussi les séances de prévention destinées aux détenus se sont généralisées et ont eu lieu de façon hebdomadaire. En 2012, 92 détenus ont bénéficié de ces séances. Les gardiens ne sont pas en reste puisque dans le continuum du projet entamé en 2010, dans lequel il est précisé que les gardiens doivent participer à des séances de prévention, 32 gardiens ont bénéficié de ces séances cette année. Ce qui, depuis le début du projet en 2010, élève le nombre de gardiens ayant participé à ces formations à 92. Ces séances, principalement axées sur la non-discrimination et le programme d'échange de seringues, ont souvent donné lieu à de grands débats entre animateurs et gardiens, mais au final, les animateurs rapportaient que dans la majorité des cas, les gardiens comprenaient l'importance d'un programme d'échange de seringues au sein de la prison.

Le Centre Pénitentiaire de Givenich a également organisé une journée santé, à laquelle l'Aidsberodung a participé et 36 détenus ont profité d'ateliers de prévention VIH/Sida.

Les migrants

Suite à une initiative du Ministère de la Santé de réaliser des tests de dépistage aux demandeurs de protection internationale, les permanences du DIMPS au foyer don Bosco ont dû être interrompues. Malgré cela, des séances de prévention à destination des demandeurs de protection internationale ont été maintenues et 40 personnes en ont profité. Il est important de souligner la difficulté d'organiser de telles séances car de nombreux facteurs doivent être pris en compte tels que la langue véhiculaire des participants, les différences culturelles et les « déménagements » des personnes d'un foyer à un autre.

Les gays/MSM

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont également été une priorité de la prévention en 2012.

Premièrement, ils ont été ciblés via le DIMPS lors des permanences au Sauna n°1 (sauna gay à Remich) mais aussi à Kockelscheuer (lieu de rencontre pour hommes).

Ensuite, grâce au groupe de prévention gay créé en 2011, de nombreuses initiatives ont vu le jour. Tout d'abord, plusieurs rencontres avec les Aidshilfe de Trèves et de Saarbrücken, mais aussi avec la délégation Aides de Metz ont eu lieu. Ces rencontres ont permis d'élaborer des projets ayant un objectif commun : intensifier le dépistage parmi la population gay. Une brochure intitulée « Gay Region » a vu le jour. Elle recense les lieux d'écoute et de dépistage VIH et hépatite C destinés aux MSM dans la Grande Région. L'an prochain, il est déjà prévu de faire une « semaine de dépistage » commune à la Grande Région.

Comme l'an dernier, notre collaboration avec Rosa Letzebuerg s'est poursuivie, l'asbl nous permettant de rédiger des articles informatifs sur la vie avec le VIH et/ou les pratiques à moindre risque dans leur brochure « La Pie qui chante ».

Enfin, comme chaque année, l'Aidsberodung, en collaboration avec Stop Aids Now, a participé à la Gaymat.

Les adultes

Le dernier groupe ciblé par la prévention est celui des adultes en population générale. Ceux-ci sont essentiellement atteints via la mesure d'aide à l'emploi gérée par le Forum pour l'Emploi de Bastendorf, mais aussi lors de demandes d'organismes qui souhaitent des formations pour leur personnel. Au total 194 adultes ont profité de séances de prévention.

Matériel

Durant l'année, deux brochures ont été créées : une brochure sur les modes de transmission du VIH qui remplacera l'ancienne éditée il y a de nombreuses années et une brochure portant sur le test de dépistage. Ces brochures sont co-financées par le Ministère de la Santé.

4. Aidsberodung

Missions:

Plus de 1000 personnes vivent avec le VIH au Luxembourg, dont 25 à 30 % ignorent leur statut. Chez nous, comme dans la plupart des pays riches, les thérapies antirétrovirales ont fondamentalement changé le visage du Sida. L'infection VIH n'est certes pas guérissable, mais elle est considérée comme "traitable", même si elle reste une maladie chronique grave et contagieuse.

Si pour certains l'infection ne pose presque jamais de problèmes dans leur vie quotidienne, pour beaucoup cela reste un fardeau très lourd à porter, au plan moral comme physique. Un besoin de soutien pour maîtriser les contraintes liées au VIH est loin d'être un luxe. Les stigmas associés au Sida, fragilisent encore plus les personnes se trouvant déjà dans une situation de précarité.

Il est clair que pour faire face aux nouveaux défis posés par cette épidémie, le service Aidsberodung de la Croix-Rouge luxembourgeoise a dû mettre en place de nouveaux outils. A côté des services d'aide psychosociale, de logements encadrés et des activités de prévention, nous développons des programmes de dépistage VIH, MST et hépatites virales (voir le projet Dimps). Ceci pour inciter les personnes ayant des comportements à risques à se dépister, mais aussi par ce biais leurs offrir des séances de prévention pour mieux les armer à prendre conscience des multiples dangers des transmissions. Le dépistage volontaire (comme porte d'entrée d'une prise en charge plus globale) de ceux qui ne se savent pas infectés et le concept de « treatment as prevention » sont devenus au fil des années, les priorités dans la lutte contre le Sida. C'est grâce aux investissements de la Croix-Rouge (transformation du véhicule, modernisation des infrastructures et mise à disposition d'un chauffeur aide logisticien à mi-temps) que les projets de dépistage ont pu continuer à se développer et sont les bases pour l'extension de cette offre de service.

Consultations psychosociales

Dans le cadre de la prise en charge psychosociale, 203 (182 en 2011) personnes vivant avec le VIH/Sida ont consulté notre service. Sur les 203 clients séropositifs, 29% se définissent comme hommes homosexuels, 53% comme hétérosexuels, 18% comme usagers de drogues. 66 % sont des hommes et 34% des femmes. 72% sont originaires de l'union européenne et 28% sont des non-communautaires (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique-latine). 18 % des personnes sont venues pour la première fois à l'Aidsberodung en 2012.

63 autres personnes (proches et entourage des personnes vivant avec le VIH) ont consulté les services psychosociaux et 90 personnes consultaient le Dimps. 17 microcrédits ont été accordés à des patients essentiellement pour les raisons suivantes : Paiement de caution car vu les prix du marché immobilier et faute de moyens financiers suffisants les gens n'ont souvent pas accès à des logements salubres ; secours

financiers jusqu'à ce que les gens bénéficient de revenus réguliers, avances sur cotisations sociales ou avances sur frais médicaux.

Logements encadrés

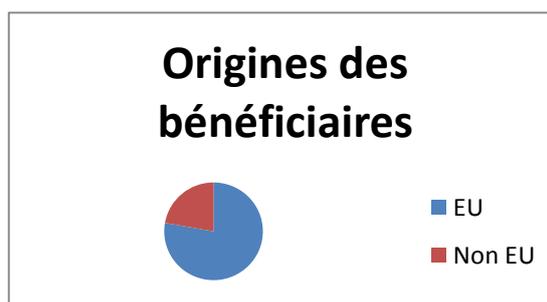
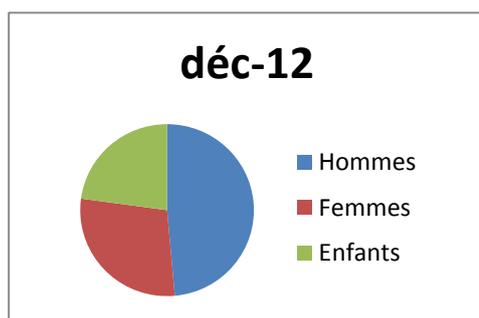
Le projet « logements encadrés » consiste en différents lieux d'hébergement et d'accompagnement pour personnes vivant avec le VIH, lié à un projet d'insertion et de restauration de l'autonomie. Le service Aidsberodung assure une permanence de 24/24heures et 7/7 jours pour les logements.

Durant l'année 2012, 10 personnes sont sorties du foyer (9 adultes et 1 enfant). Les raisons de ces sorties sont, pour la plupart, une stabilisation voire amélioration de leur statut social, ce qui leur a permis de trouver un travail et ou un logement à l'extérieur de nos foyers. Nous avons accueilli 11 nouveaux résidents (dont 1 enfant) au sein de nos foyers tout au long de l'année 2012.

En janvier 2012, l'Aidsberodung hébergeait 32 personnes; 16 hommes, 9 femmes et 7 enfant. Ces adultes se répartissaient comme suit : 23 hétérosexuels, 1 homme homosexuel et 1 bisexuel et 9 de ces personnes étaient toxicomanes.

Sur les 25 adultes, 21 adultes étaient issus de pays de l'union européenne et 4 issus d'autres pays.

A la fin de l'année 2012, l'offre de logements encadrés s'adresse à 35 personnes, 17 hommes, 10 femmes et 8 enfants. 25 de ces adultes sont hétérosexuels, 1 est homosexuel, 1 est bisexuel et 8 personnes sont toxicomanes.



Sur les 27 adultes recensés, 21 sont issus de pays communautaires et 6 de pays non communautaires.

Dispositif d'intervention mobile pour la promotion de la santé sexuelle

A l'occasion du quatrième anniversaire de la création du DIMPS, le présent rapport propose un bilan de ces 4 années d'activités ainsi que les conclusions et perspectives qui en découlent. Auparavant, les chiffres et données de l'année 2012 sont présentés. Pour rappel, le DIMPS, Dispositif d'Intervention Mobile de la Promotion de la Santé Sexuelle est issu du plan d'action national de lutte contre le sida 2006-2010 et est réalisé grâce à la collaboration entre l'Aidsberodung, le centre Hospitalier de Luxembourg et le Ministère de la Santé.



Les sorties

En 2012, le DIMPS a effectué 50 sorties d'une durée moyenne de 2 heures. 90 personnes ont consulté, dont 63 hommes et 27 femmes. Parmi ces 90 personnes, 22 (24,5%) avaient déjà bénéficié de l'offre du DIMPS auparavant. 6 personnes ont consulté deux fois en 2012, ce qui élève nombre de consultations à 96.

Nombre de consultations par lieux d'intervention

Lieu	Période de sortie	Nombre de sorties	Nombre de consultations
Abrigado	avril-décembre	17	53
Don Bosco	mars-août	10	23
Tapin	octobre-décembre	5	9
Sauna	avril-décembre	9	7
Kockelscheuer	juin-octobre	9	3
Aidsberodung		1	1

En 2012, le Dimps s'est rendu 10 fois au foyer Don Bosco de mars à août. Le Dimps a cessé ses activités au foyer Don Bosco pour cause de double emploi : en effet, les immigrés primo-arrivants sont, depuis le mois de mai, automatiquement testés sur base volontaire par les médecins de la Direction de la Santé. Le temps ainsi libéré a permis de reprendre les sorties au Tapin, rue Mercier, d'octobre à décembre. Les sorties à la Kockelscheuer se sont faites durant les mois de juin à octobre et les sorties au Sauna N1 et à l'Abrigado d'avril à décembre.

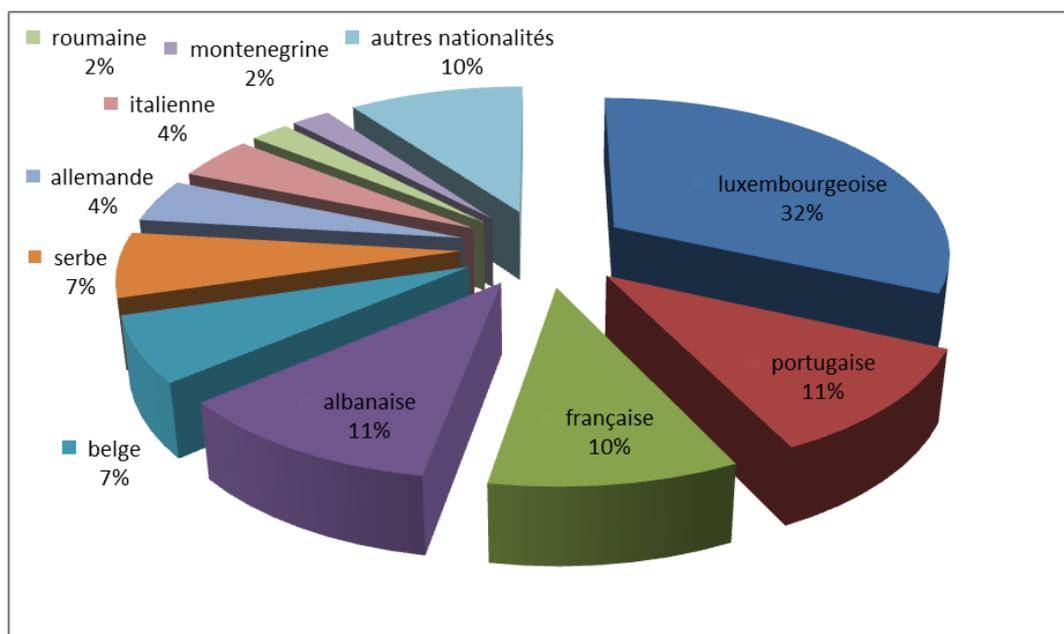
Les usagers

L'âge des usagers se situe entre 19 et 68 ans (m= 34 ans).

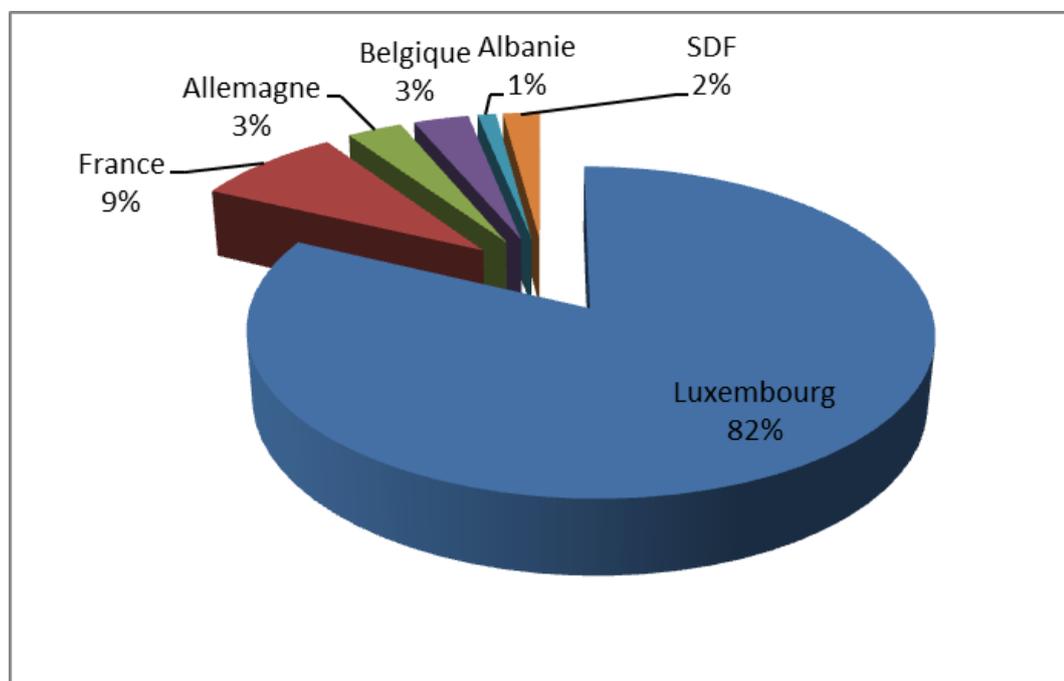
Pourcentage de personnes ayant une caisse de maladie : 77,1 %

Pourcentage de personnes vaccinées contre l'hépatite B : 25%

Nationalité des usagers du DIMPS en pourcentage



Pays de résidence des usagers du DIMPS en pourcentage

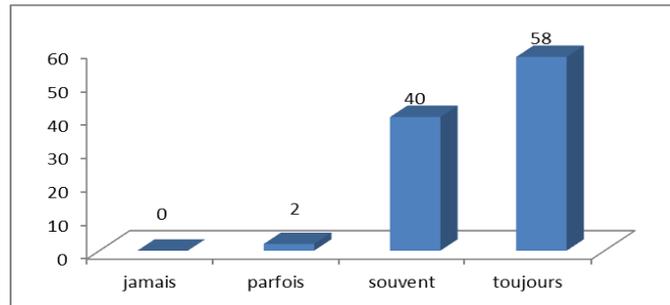


Usage de substances illégales

Pourcentage d'usagers de drogues : 54,2 %

Pourcentage d'usagers de drogues par voie intraveineuse : 36,5 %

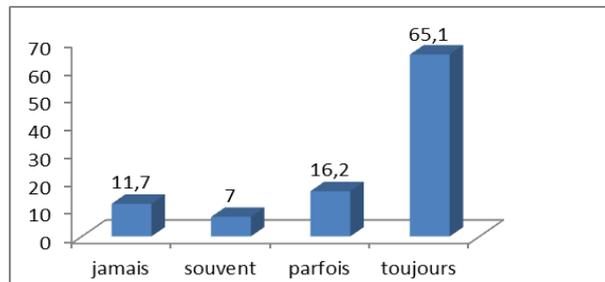
Pratique du safer-use chez les usagers de drogue (en %)



Pratiques sexuelles

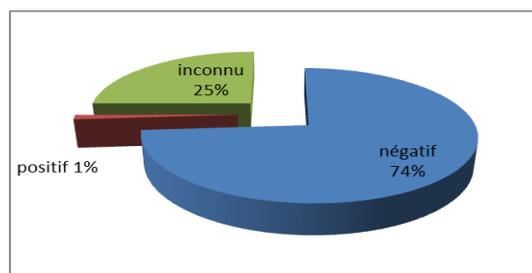
Pourcentage de personnes ayant des partenaires sexuels changeants : 26 %

Pratique du safe-sex parmi les personnes ayant des partenaires sexuels changeants (en %)

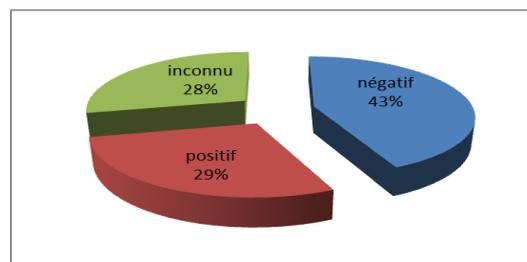


Même si 58% des usagers de drogues ont répondu toujours pratiquer le safer-use et 65,1% des personnes ayant des partenaires sexuels changeants disent toujours pratiquer le safe-sex, il reste un nombre important de personnes admettant avoir des comportements à risque, d'où l'importance d'un counseling fait par un psychologue visant à favoriser un changement de comportement en vue d'une réduction des risques.

Statut VIH lors de la consultation (en %)



Statut Hépatite C lors de la consultation (en %)



25% des usagers disent ne jamais avoir fait un test VIH auparavant et 28% n'avaient pas connaissance d'avoir été testé pour l'hépatite C.

Les actions réalisées

Informations données lors des consultations

Information VIH	73	Le DIMPS a réalisé 219 tests en 2012. 13 personnes ont été testées positives à l'hépatite C , 11 avec un test rapide et 2 avec un test labo. Deux personnes ont été testées positives à l'hépatite B avec un test labo et une personne a été testée positive à la syphilis avec un test labo. 38 % des personnes qui ont fait une prise de sang ont reçu leur résultat. 63% n'ont pas eu leur résultat, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas venus chercher ces résultats. Ce chiffre assez haut s'explique entre autre par le fait du grand nombre de prises de sang faites au Don Bosco, foyer d'accueil des primo-arrivants, qui sont très souvent relogés dans un autre foyer avant la prochaine visite du DIMPS. Il y a également quelques visiteurs de l'Abrigado qui ne sont pas (encore) venus chercher leurs résultats. Parmi les résultats qui n'ont pas pu être communiqués, il n'y a qu'un seul résultat positif: un test labo Syphilis effectué à la Kockelscheuer. 14 personnes ont été orientées vers d'autres services et 7 charge virales pour hépatite C ont été demandées pour des usagers de l'Abrigado .
Information Hep B	28	
Information Hep C	55	
Information IST	10	
Information contraception	2	
Information PEP	16	
Distributions		
Distribution PEP	2	
Pilule du lendemain	1	
Test de grossesse	2	
Tests réalisés		
Test rapide VIH	62	
Test rapide Hep C	41	
Test labo VIH	34	
Test labo Hep B	28	
Test labo hep C	27	
Test labo syphilis	27	
Charges virales Hépatite C	7	
Orientation vers d'autres services	14	Evolution des activités du DIMPS 2009-2012

Le DIMPS compte à présent quatre années d'activité. Voici un bilan des principales données concernant ces quatre années.

Nombre de consultations

2009	2010	2011	2012	Total
149	114	146	96	505

Nombres de nouvelles personnes vues (usagers)

2009	2010	2011	2012	Total
90	94	79	68	331

Pour cette statistique nous ne comptons que les nouveaux usagers, donc ceux qui n'ont pas déjà consulté le DIMPS précédemment. La comparaison du nombre de consultations et du nombre d'usagers au cours de ces quatre années montre qu'un certain nombre d'usagers (27% en 2011 et 24,5% en 2012) reviennent se tester plus d'une fois. Cela rejoint l'objectif que les personnes qui ont des comportements plus à risque se fassent tester régulièrement. En quatre ans, le DIMPS a **effectué 505 consultations** de prévention et de dépistage auprès de **331 personnes**.

Nombre de tests rapides

	2009	2010	2011	2012	Total 4 ans
Tous tests confondus	117	50			167
VIH			79	62	141
Hép B			31		31
Hép C			42	41	83
Total	117	50	152	103	422

En quatre ans, **422 tests rapides** ont été faits.

Nombre de tests labos

	2009	2010	2011	2012	Total 4 ans
VIH	37	38	41	34	150
Hép B	41	40	22	28	131
Hép C	37	36	33	27	133
Syphilis	38	37	8	27	110
Gono/chlam.			2		2
Total	153	151	106	116	526

526 tests labos ont été réalisés depuis 2009

Nombre de résultats positifs

	2009	2010	2011	2012	Total 4 ans
VIH	2	3	0	0	5
Hép B	2	4	0	2	8
Hép C	11	12	6	13	42
Syphilis				1	1
Total	15	19	6	16	56

Les activités du DIMPS depuis 2009 ont permis de **dépister 56 infections, dont 42 hépatites C**. Ceci montre clairement la nécessité d'accroître la prévention et le dépistage concernant l'hépatite C.

Conclusions

En 2012 le DIMPS affiche une baisse au niveau du nombre de consultations (96) et de clients (90) comparé à 146 consultations et 109 clients en 2011. Ceci s'explique par le fait que le DIMPS a réduit la durée des sorties ainsi que le nombre de lieux visés dû à des restrictions financières. Etant donné l'importance du dépistage dans la lutte contre la propagation du VIH, l'enjeu consiste, en 2013 et avec les mêmes moyens financiers qu'en 2012, à garder le même rythme de sorties sur les lieux d'intervention, tout en ajoutant des sorties sur d'autres lieux, afin de toucher une plus grande diversité au niveau de la population cible. Il est important de préserver la fidélisation des usagers du DIMPS (en 2012, tout comme en 2011, plus d'un quart des usagers du DIMPS avaient déjà consulté le DIMPS au moins une fois auparavant). En 2013, nous voulons étendre nos actions aux populations de migrants qui résident depuis quelque temps au Luxembourg. En effet, il est démontré en France, comme en Belgique, qu'un nombre important de migrants s'infectent après leur arrivée dans le pays d'accueil.

En 2011 le DIMPS a permis de dépister 6 hépatites C. Ce chiffre a augmenté à 13 en 2012. Parallèlement, en 2011, 70% des usagers de drogues disaient pratiquer le safer-use, comparé à 58% en 2012. Les activités du DIMPS depuis 2009 ont permis de **dépister 56 infections, dont 42 hépatites C**. Ces chiffres soulignent l'importance de l'objectif de notre service pour 2013 d'intensifier les efforts en matière de prévention et de prise en charge des hépatites C.

Notons qu'une **actualisation de la législation en matière de tests de dépistage rapide** viendrait soutenir les efforts du DIMPS en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Journée mondiale de lutte contre le Sida : 1^{er} décembre 2012



Vernissage de l'exposition « Pictures4life, être VIH+ en 2012 » en présence de Monsieur Mars di Bartolomeo, Ministre de la Santé, Monsieur Xavier Bettel, Bourgmestre de la Ville de Luxembourg, Madame Jill Griffin, Présidente de Stop Aids Now/Acces et de Monsieur Henri Goedertz, psychologue à l'Aidsberodung de la Croix-Rouge luxembourgeoise.

5. Prévention et dépistage

Chiffres bruts:

66427 sérologies diagnostiques ont été réalisées en 2012, dont 1649 tests anonymes; parmi ceux-ci 1027 l'ont été au CHL, 609 au LNS et 13 dans d'autres laboratoires.

Le nombre de cas d'exposition accidentelle à du sang ou à des liquides corporels est en augmentation constante.

On distingue d'une part les expositions professionnelles, que l'on observe essentiellement chez des employés du secteur santé mais aussi de firmes de nettoyage; d'autre part les expositions non professionnelles où on différencie les expositions sexuelles (rapports non protégés, ruptures de préservatifs, viols), le partage de matériel d'injection entre usagers de drogues intraveineuses, les piqûres accidentelles avec des aiguilles qui traînaient dans un lieu public et finalement des projections de sang ou d'autres liquides corporels dans les yeux, sur d'autres muqueuses ou sur de la peau non intacte.

Vous trouverez ci-dessous le rapport d'activité de la consultation infirmière en maladies infectieuses du CHL, en rapport avec ces prophylaxies post-exposition (PEP).

La PEP en 2012

PEP = Post-Exposure Prophylaxis

Le terme « prophylaxie » veut dire prendre des médicaments pour prévenir une maladie.

Le traitement par antiviraux, post exposition est actuellement le seul moyen d'éviter la transmission du virus VIH, suite à une exposition à risque.

La PEP est dispensée au service national de maladies infectieuses du Luxembourg au CHL.

Elle est accessible 24h/24h et 7j/7j, par une équipe médico-soignante spécialisée.

Son suivi est assuré par un médecin infectiologue et par un infirmier expert en ambulatoire.

L'administration de la PEP

Suite à une exposition à un risque de contamination, la PEP doit être débutée le plus tôt possible, au plus tard dans les 72 heures, si le traitement est pris dans ce délai, le risque d'être contaminé est réduit de **80 %**, ce qui en fait un traitement relativement efficace.

En aucun cas, le traitement d'urgence ne peut remplacer la prévention.

De plus, des problèmes d'intolérance à ces médicaments font que ces traitements ne sont pas toujours pris pendant la durée recommandée de **28 jours**. Aussi, l'usage du préservatif est toujours conseillé après un accident d'exposition, car c'est le seul moyen de protection efficace à 100 %. Il doit être utilisé durant 3 mois, ce qui correspond au 3^{ème} test de dépistage VIH, celui qui confirmera avec certitude l'absence de transmission.

Quand :

- Relation sexuelle non protégée.
- Accident avec l'utilisation du préservatif (rupture, perte du préservatif pendant le rapport etc).
- Partage d'aiguilles pour les personnes qui consomment des drogues en intraveineuses.
- Exposition au sang accidentelle : piqure, coupure ou projection de sang sur les muqueuses ou un contact sur une plaie ouverte.
- Délai de moins de 72 heures après une des expositions à risques.

Comment :

- **Prises de médicaments** différents

Médicaments recommandés:

- 2 *inhibiteurs de la reverse transcriptase* (bloque la possibilité pour le génome viral de s'installer dans le noyau du lymphocyte CD4).
- 1 *inhibiteur des protéases* (bloque la production de nouvelles particules virales infectantes)

- **Durée du traitement** : de 4 semaines (28jours).

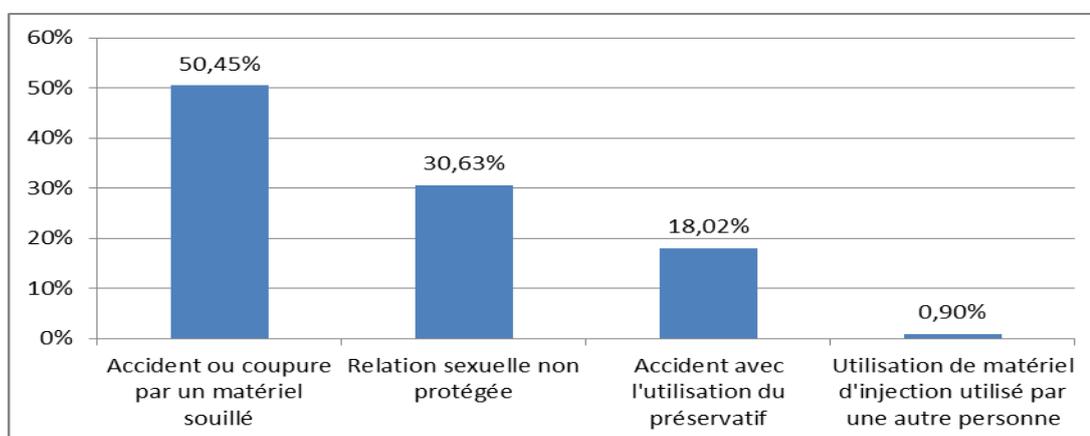
- **Suivi des dépistages VIH** :

- **1^{er} test** : lorsque le traitement débute (J0 à J3).
Ce test détermine si le patient est séronégatif avant le traitement.
- **2^{ème} test** : lorsque le traitement vient de finir (J30).
Ce test indique le premier résultat, mais qui n'est pas fiable.
- **3^{ème} test** : confirme la sérologie finale (J90).
Ce test indique le résultat définitif du test ; si une PEP a été prise, ce test se fera 3 mois après la fin de la PEP.

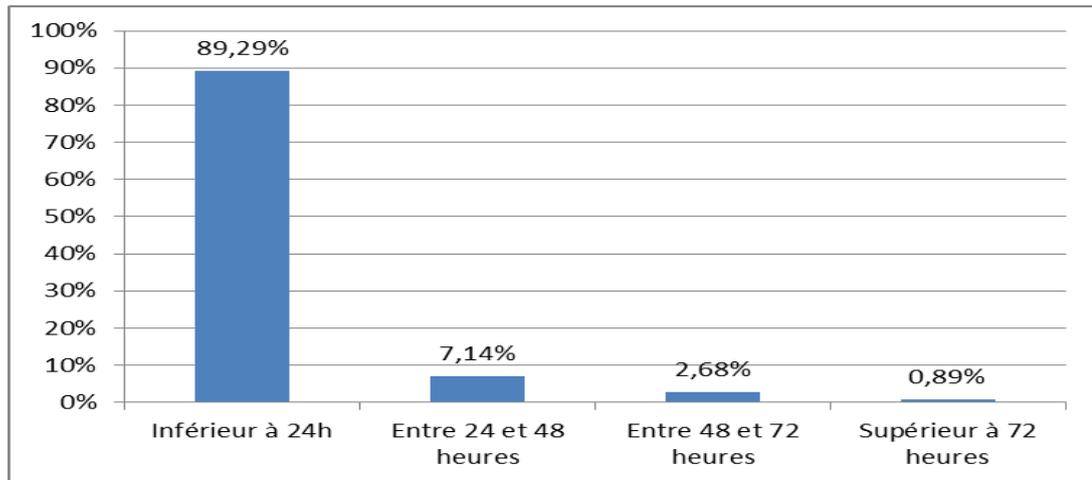
Les indicateurs cliniques pour la prophylaxie post exposition : PEP

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de patients PEP	56	65	63	103	86	112

Indications pour l'administration de la PEP



Temps écoulé entre le risque de contamination et le commencement de la PEP



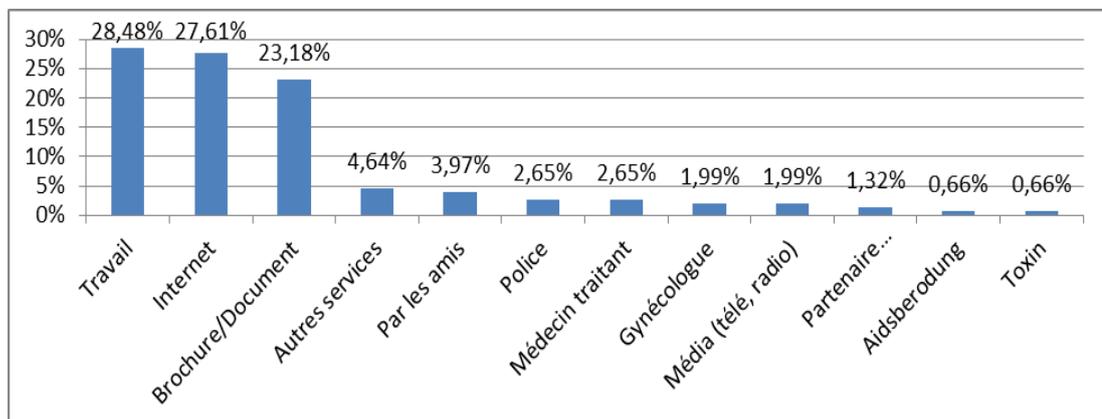
La grande majorité des cas suivis au CHL se sont présentés dans les délais (biais de sélection possible, les personnes au-delà de 72 heures ne se présentent plus car informées déjà au téléphone que le délai est dépassé pour une PEP).

Test MST réalisés

	Effectifs	%
HIV	111	20,26%
Hep B	110	20,07%
Hep C	111	20,26%
Syphilis	105	19,34%
Chlamydia	3	0,55%
Hépatite A	104	18,96%
Herpes simplex	3	0,5%
Total	548	100,00%

Comment les gens ont-ils eu connaissance de la possibilité de faire une PEP ?

La plupart des patients ont eu connaissance de la PEP grâce à leur employeur (sécurité au travail, accidents d'exposition, médecine du travail, service des urgences des hôpitaux), grâce à Internet ou par des brochures ou dépliants.



Demandes des patients lors de la consultation du suivi PEP

	Effectifs	%
Informations sur les généralités VIH, Hépatites, MST	107	28,23%
Education aux traitements PEP	110	29,02%
Accompagnement aux traitements PEP	63	16,62%
Accompagnement et soutien psycho-social	24	6,33%
Suivi des dépistages de sérologie VIH	73	19,26%
Suivi PEP fait en France	1	0,26%
PEP continuée en Allemagne (étudie la base)	1	0,26%
Total	379	100,00%

6. SIDA et Toxicomanie

Ce rapport est à considérer comme un résumé des différents services et structures spécialisés dans la toxicomanie et le milieu de la prostitution.

Le résumé du nombre de seringues échangées par les services spécialisés de l'année 2012 confirme la tendance des années précédentes.

En effet, dans tous les centres spécialisés, l'Abrigado, le Kontakt 28, le Drop-In à Luxembourg et le service bas-seuil de la JDH à Esch on constate une diminution concernant le nombre de seringues délivrées.

Par contre le taux de retour se stabilise à un niveau élevé de plus de 90% (voir le tableau).

Tableau : Seringues échangées dans les différents centres spécialisés

TABLEAU 1:
Echange de seringues stériles dans les centres 2006 - 2012

	<i>2006</i>	<i>2008</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
Centres de distribution	304.315	228.079	300.241	231.054	210.103

La tendance des dernières années se stabilise : moins d'échanges.

Au cours de l'année a eu lieu au CHL une réunion concernant la problématique des abcès fémoraux chez des consommateurs par voie intraveineuse. On a soulevé la problématique de la destruction de veines par l'utilisation de longues aiguilles. Ce phénomène doit être surveillé en permanence.

TABLEAU 2.
LUXEMBOURG: Contacts/ échange et retour des seringues

Au niveau des échanges de seringues, le nombre total de seringues distribuées a diminué: 210.103 en 2012 contre 300.241 en 2010.

Le tableau montre les chiffres comparatifs des différents centres sur les 3 dernières années.

<i>Centre spécialisé</i>	<i>Passages/ Contacts</i>	<i>Seringues distribuées</i>	<i>Retour seringues</i>
JDH Kontakt 28	2012 2011 : 14.411 2010 : (27.769)*	24.016 27.633 (42.954)*	20.564 = (86%) 19.944 =72% (42.524 = 99%)*
JDH ESCH	2012 : 2011 : 5.867 2010 : (6.331)*	9.401 10.635 (12.277)	10.398 (111%) 8.524 (23.400)*

<i>Centre spécialisé</i>	<i>Passages/ Contacts</i>	<i>Seringues distribuées</i>	<i>Retour seringues</i>
DROP-IN	2012 : 2011 : 5.707 2010 : (3.006)*	23.796 33.195 (28.578)*	96% 30.212 = 91% (27.193 = 95%)*
ABRIGADO Service de jour et service de nuit	2012 2011 : 65.307/13.108 2010 : (79.216)*	108.532 / 14.996 134.465 (171.602)*	103.637/ 14.533 (96%) 127.534=96% (159.481 =92%)*
ABRIGADO Salle de consommation	2012 : 2011 : 26.929 2010 : (33.108)*	29.362 35.761 (44.830)*	29.362 35.761=100% (44.830=100%)*

TABLEAU 3:

Les distributeurs de seringues (vente)

(Emplacement: Luxembourg, Esch/Alzette, Dudelange=hors service, Ettelbruck)

La vente de seringues par le biais des distributeurs a encore une fois diminué en 2012.

Le distributeur de Dudelange était hors fonction presque toute l'année 2012. Si on considère les chiffres, les distributeurs jouent un rôle plutôt marginal dans l'approvisionnement en seringues stériles. Mais il se peut qu'ils soient utilisés par une clientèle qui évite les centres d'échange.

Année	Nombre de seringues vendues
2012	1.336
2011	5.169
2010	8.109
2009	13.353
2008	20 735

Lieu	Seringues stériles vendues 2012	
Luxembourg	2012 : 635 2011 : 2.835 2010 : (3.732)*	
Esch-sur-Alzette	2012 : 450 2011 : 927 2010 : (3.513)*	
Dudelange	Problème d'alimentation électrique (21)**	2010 :
Ettelbrück	2012 : 251 2011 : 1.407 2010 : (843)*	
Total	2012 : 1.336 2011 : 5.169 2010 : (8.109)*	

Différentes hypothèses pourraient être retenues pour expliquer cette diminution de seringues distribuées

- 1) Des modifications dans le mode de consommation
- 2) Plus de réutilisations
- 3) Plus d'achats de seringues dans les pharmacies

Tous ces points seront discutés lors d'une réunion des services en cours d'année 2013. Il faut prendre en considération la problématique des infections inguinales.

7. SIDA et Égalité des chances

Dans le rapport d'activité du Comité pour l'an 2011, le ministère de l'Égalité des chances a souligné que le concept de l'égalité des chances se rapporte avant tout à l'égalité entre femmes et hommes. Dans le contexte du HIV/SIDA, il se pose un certain nombre de questions très intéressantes pour le ministère dans une optique plus différenciée du « genre » relative aux spécificités des femmes et hommes. Voilà pourquoi, le ministère de l'Égalité des chances félicite le Comité d'avoir ordonné au cours de 2012 une étude qui sera réalisée par Mme Cristina Dos Santos et qui se concentrera aux discriminations des personnes touchées par le HIV/SIDA tout en prenant en compte l'aspect du genre dans son analyse.

Depuis de longues années, le ministère de l'Égalité des chances subventionne le service DropIn de la Croix-Rouge luxembourgeoise, service de consultation pour prostitué(e)s. L'accord de coalition pour la période législative de 2009-2014 prévoit d'analyser des modèles alternatifs au modèle « suédois », modèle qui prévoit entre autres la pénalisation des clients. A cet effet, la ministre a effectué un certain nombre de visites de travail dans nos pays voisins afin de se familiariser, d'une part, avec les modèles législatifs et réglementaires en matière de prostitution et de proxénétisme et, d'autre part, avec les modèles d'encadrement et d'assistance aux prostitué(e)s.

A côté de ces consultations à l'étranger, le ministère a instauré une **plateforme « Prostitution »** qui rassemble les acteurs directement impliqués dans l'encadrement de la prostitution au Luxembourg : le service DropIn, le ministère de l'Égalité des chances, le service d'intervention sociale de la Ville de Luxembourg, le Parquet Général, la Police Grand-Ducale ainsi que la Aids-Berodung. L'objectif de cette plateforme est de finaliser un concept global pour améliorer l'encadrement de la prostitution tout en y incluant les aspects de la sécurité, de la santé et de l'assistance psychosociale. Les éléments à discuter se résument comme suit :

- l'amélioration des conditions d'encadrement au profit des travailleurs sexuels, tant au niveau de la santé et de la sécurité ;
- l'élaboration d'un concept pour une stratégie de sortie pour les travailleurs sexuels souhaitant quitter le milieu de la prostitution ;
- le renforcement du « street work » en collaboration avec la Ville de Luxembourg ;
- l'action concertée en vue de la lutte contre la traite des êtres humains ;
- l'élimination de la violence perpétrée à l'égard des prostitué(e)s ;
- la protection des mineurs.

La plateforme a entamé ses travaux en octobre 2012 et s'est donnée l'objectif de finaliser le concept dans la première moitié de 2013 pour soumettre une note de réflexion au Conseil de gouvernement.

8. dropIn de la Croix-Rouge

Le dispensaire pour sexworkers propose un soutien et suivi médio-psycho-social à toute femme qui se prostitue, travestie ou transsexuelle. Les femmes y trouvent un endroit où discuter, peuvent s’y reposer, boire un café, cuisiner, faire leur toilette, laver leur linge ou se changer.

Streetwork : en 2012, 236 streetwork ont été réalisés par l’équipe du Dropin.

Distribution préservatifs au dropIn et au streetwork: 96 514 préservatifs

Distributions de seringues : Le nombre des clients venant échanger leur seringue a diminué (5707 contacts en 2011, 4651 contacts en 2012) ainsi que le nombre de seringues échangées (33195 en 2011, 23 746 en 2012). Cette clientèle est le plus souvent poly toxicomane et fréquente de préférence les services adaptés à leur situation qui proposent un large choix de matériaux d’injection.

Consultations médicales

Le fonctionnement du cabinet médical est assuré par la présence quotidienne d’une infirmière et par une équipe de 9 médecins qui ont assurés à tour de rôle 46 permanences les mercredis de 20 à 22 heures.

1. **Fréquentation globale des clients au cabinet médical**

Nombre de personnes différentes

	2011	2012
Clients connus	165	147
Nouveaux clients	94	75
Total	259	222

Nombre total de consultations au cabinet médical

	2011	2012
Femmes	920	780
Hommes	73	56
Travestis	144	169
Transsexuelles	31	40
Total	1168	1045

Origines

	2011	2012
Europe occidentale	18%	17.4%
Luxembourg	35%	35.6%
Pays d’Europe de l’Est	12 %	11.3%
Amérique du Sud et environ	10.5%	16.6%
Afrique	23%	18.6%
Asie	1.5%	0.5%

2. Soins médicaux et infirmiers

	2011	2012
Dépistages sanguins	108	107
Tests de grossesse	52	45
Soins infirmiers divers	1179	1009
Examens et traitements médicaux	856	907
Dépistages uro-génitaux	50	53
Ordonnances	158	127
Vaccinations : Hépatite B	19	28
Vaccinations :Tedivax et Boostrix	21	7
Vaccinations contre la grippe	3	3
Hospitalisations	8	0
Maison médicale Planning familial (accompagnement)	5	2
Dépistage VIH+	2	3
Dépistage HBV	5	7
Dépistage HCV	8	1
Syphilis	5	3
Infection à chlamydia	0	0

Projet sur les moyens de contraception

Les contraceptifs sont proposés gratuitement (pilules contraceptives et injection trimestrielle Depo Provera) ou prescrits au cabinet médical du dropIn et une collaboration avec un médecin-gynécologue permet aux clientes la pose du stérilet. En 2012, 44 personnes ont été informées sur les différents contraceptifs.

9. Rapport sur le travail effectué en milieu pénitentiaire durant l'année 2012 en vue de prévenir l'infection par le HIV ainsi que d'autres maladies transmissibles

1. Epidémiologie

Le test de dépistage du VIH est proposé à tout détenu dès son admission dans un centre pénitentiaire soit à Givenich (CPG), soit à Schrassig (CPL). Un dépistage systématique de la syphilis, des hépatites A, B et C est effectué en même temps. De plus, un test IGRA (Interferon Gamma Release Assay) par Quantiféron® pour détecter un contact avec une tuberculose ainsi qu'une radiographie du thorax sont proposés. Ces tests sont volontaires et acceptés par plus de 95% des détenus. Une séance de counseling par un(e) infirmier/ière a lieu avant l'analyse de sang.

En 2012 720 tests ont été effectués pour dépister une maladie transmissible. 12 tests ont été positifs pour le VIH. Il s'agit de 10 hommes et de 2 femmes.

6 hommes sont positifs pour le VIH et l'hépatite C et sont des consommateurs connus de drogues par voie intraveineuse. Les 6 autres personnes ne présentent pas d'hépatite C, parmi eux un homme est connu pour avoir consommé des drogues par voie intraveineuse.

En 2012 deux hommes et une femme ont été testés positifs à HIV pour la première fois au CPL. Un homme présente également une hépatite C et est connu pour être consommateur de drogues par voie intraveineuse. Les deux autres personnes ne présentent pas d'hépatite C et l'infection semble être d'origine sexuelle.

Les vaccinations contre l'hépatite A et contre l'hépatite B sont proposées à tous les détenus qui ont présenté une sérologie négative pour les deux hépatites (cf. l'alinéa : l'accès au traitement et au suivi médical).

En date du 31 décembre 2012 18% des détenus présentaient une hépatite C, 1,8% étaient porteurs de l'Ag HBS (hépatite B contagieuse) et 1,8% étaient positifs pour le VIH.

2. Le traitement de substitution dans les Centres Pénitentiaires

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

Le traitement de substitution est géré par le service psychiatrique du Centre Hospitalier Neuropsychiatrique d'Ettelbruck (CHNP) avec lequel l'Etat a signé une convention.

A l'exception des mineurs et des personnes qui restent moins de 24 heures au Centre Pénitentiaire (la prescription d'un traitement de substitution est tout à fait exceptionnelle pour ces groupes de personnes), 22% des personnes incarcérées à Schrassig

(CPL) en 2012 et 18% des personnes incarcérées à Givenich (CPG) en 2012 ont bénéficié d'un traitement de substitution.

Au CPL 84 personnes par jour en moyenne recevaient un traitement de substitution en 2012. Au CPG, il s'agissait de 11 personnes en moyenne (5 en 2011).

Le nombre de patients qui ont suivi un traitement de substitution en 2012 au CPL était de 247 personnes et au CPG de 35 personnes (Total de 282 personnes).

Au CPL 197 ont pris la méthadone dont 25 ont aussi pris de la Buprénorphine (Suboxone ®), 46 personnes ont uniquement pris de la Buprénorphine. Au CPG 24 détenus ont pris de la Méthadone, 13 détenus de la Suboxone ® (2 ont pris les deux substituants).

La dose moyenne pour la méthadone a été de 22mg par jour, les doses extrêmes étaient de 1 mg et de 100mg.

La dose moyenne pour la Suboxone ® a été de 7,1mg par jour, les doses extrêmes étaient de 1mg et de 24mg.

La durée moyenne du traitement de substitution en 2012 a été de 135 jours.

84 patients sous traitement de substitution ont été libérés ou transférés vers une autre institution.

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

22 patients sous traitement de substitution ont été transférés du CPL vers le CPG.

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

20 personnes substituées ont été libérées et réincarcérées durant l'année 2012.

3. L'échange de seringues en milieu carcéral

Le programme d'échange de seringues, qui a débuté en 2005 connaissait au début des problèmes d'acceptation par les détenus et le personnel du Centre Pénitentiaire. Après beaucoup d'entretiens ainsi que des formations, le programme est accepté de mieux en mieux et le nombre de seringues échangées a augmenté d'une manière remarquable, ceci surtout en 2012.

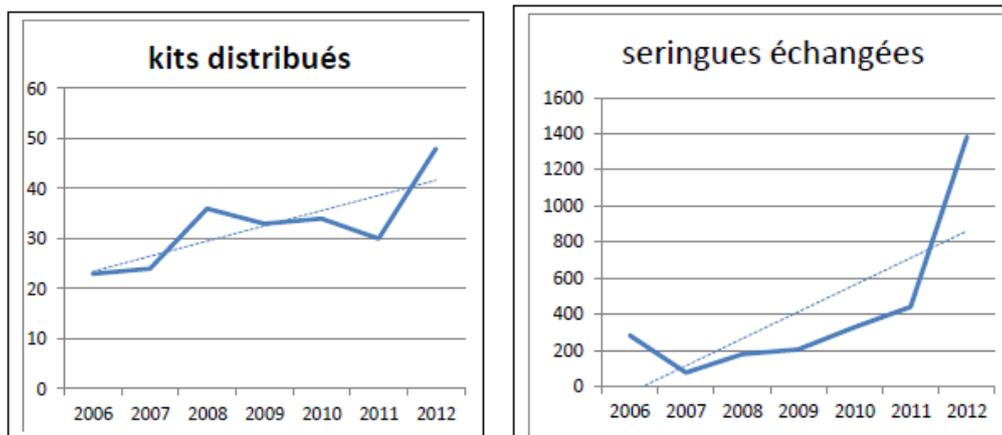
Il s'agit d'un système d'échange 1 par 1. Le détenu demandeur écrit une lettre à un médecin de la prison qui, après une consultation lui fournit un étui contenant deux seringues à insuline. Les seringues peuvent être échangées dans l'infirmerie par le personnel soignant. Le programme est accessible par les hommes et les femmes.

En 2012 48 étuis ont été distribués et 1383 seringues ont été échangées.

En date du 31 décembre 2012, 47 étuis étaient en circulation au CPL.

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

Au CPG, l'échange de seringues est possible selon le même protocole qu'au CPL. En 2012, deux étuis avec des seringues ont été distribués.



4. L'accès aux traitements et au suivi médical

Le suivi médical est garanti par le Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL), ceci par une convention entre l'Etat et le CHL.

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

Après que tous les résultats (de laboratoire, Fibroscan ®, radiographies, et autres) sont disponibles, le médecin décide en commun accord avec le patient de la nécessité d'un traitement éventuel et entame ce même. Bien sûr, en cas d'urgence, un traitement peut être entamé de suite. Un suivi médical avec prises de sang ainsi que visites médicales régulières sont garanties. Une équipe pluridisciplinaire prend en charge le patient, en cas de libération de la prison, le traitement lui est donné en principe pour au moins une semaine avec les documents nécessaires pour garantir un suivi extra-pénitentiaire.

Tous les traitements sont administrés selon les guidelines internationales actuelles. Une DOT (directly observed therapy) peut se faire en cas de nécessité.

462 personnes ont été vues en 35 consultations médicales spécialisées (13,2 personnes par consultation médicale). De plus 101 personnes ont eu un examen non-invasif pour déterminer la fibrose hépatique (Fibroscan ®).

En 2012 10 personnes ont eu un traitement antirétroviral contre le VIH. 3 nouveaux traitements ont été débutés et 2 personnes sont entrées au Centre Pénitentiaire sous traitement et ont été poursuivis. Tous les détenus sous traitement connaissent une charge virale négative ainsi qu'un nombre de CD4 correct.

Les coûts de prise en charge médicaments des maladies transmissibles pour le CPL en 2012 s'élèvent à :

Maladie	Coûts en €	% des coûts
Hépatites	288.219,52	78,47
VIH	77.455,26	21,09
Tuberculose	1.585,30	0,43
Syphilis	22,05	0,01
TOTAL	367.282,13	100,00

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

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

Voici le nombre des doses de vaccins réalisés en 2012 contre les hépatites A et B ainsi que contre la pneumonie :

Hépatite A	Hépatite B	Hépatite A et B	Pneumonie	Total
66	354	165	4	589

5. Le travail de prévention en prison

a) Les séances d'informations

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

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

699 personnes ont été invitées pour participer aux groupes d'information, seulement 311 personnes ont participé (44,49%). Un grand problème en prison consiste en la barrière linguistique. En tout, 78 séances ont été organisées (pour le VIH/SIDA et pour les hépatites).

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

En tout, l'infirmière de prévention du Programme Tox a eu 154 entretiens individuels avec 92 personnes sur les maladies transmissibles.

Une évaluation des connaissances a lieu avant et après les séances, ceci à base d'un questionnaire où les mêmes questions sont posées avant et après l'entretien. Ce questionnaire consiste surtout en questions concernant les modes de transmission des maladies ainsi que la prévention.

L'évaluation avant la séance montre que la plupart des personnes qui participent à cette séance a de fortes méconnaissances en matière d'hépatite A (seulement 27,08%

de bonnes réponses) et de l'hépatite B (seulement 51,03% de bonnes réponses). Les connaissances de l'hépatite ne sont pas si mauvaises avec un taux de 79,16% de bonnes réponses.

Les résultats pour le VIH/SIDA sont moyens avec un taux de 71,78% de bonnes réponses.

Les résultats évalués après le test montrent une nette augmentation des connaissances (de 56,04% à 86,14% pour les hépatites (augmentation de 30,10%) et de 71,78% à 94,72% pour le VIH/SIDA) (augmentation de 22,94%).

Malheureusement, on doit toujours constater que beaucoup de détenus ne savent pas que le préservatif est un moyen de prévention efficace (37,21% ne le savent pas) !

Sur base de ces chiffres, le Programme Tox a demandé de rémunérer les participants, ce qui a été accordé par la direction du Centre Pénitentiaire pour l'année 2013.

b) La brochure « Maladies transmissibles, sortir sain de la prison »

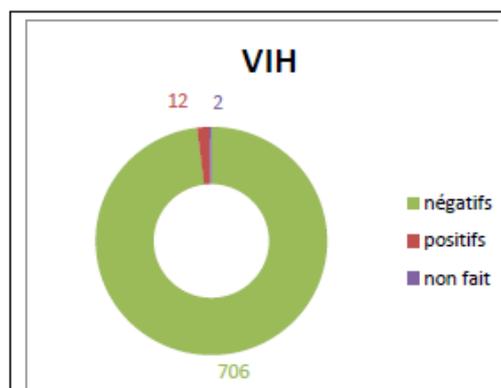
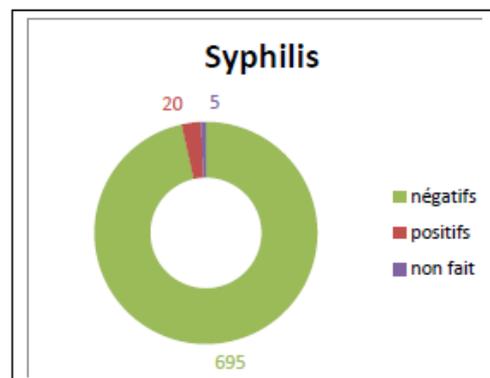
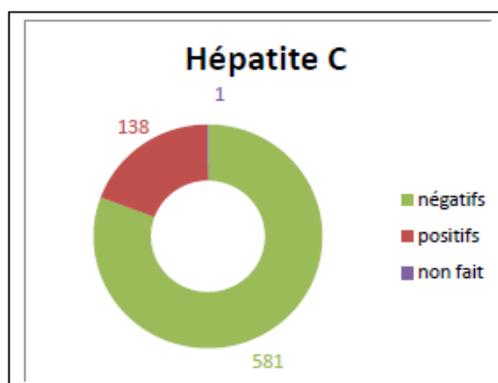
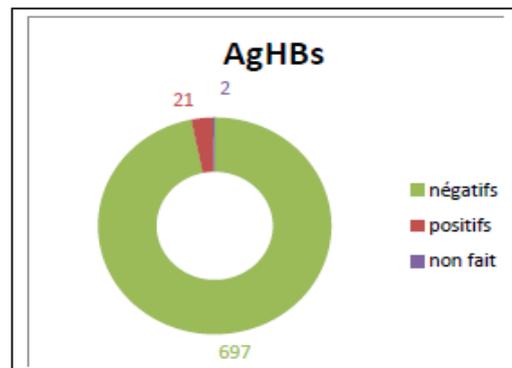
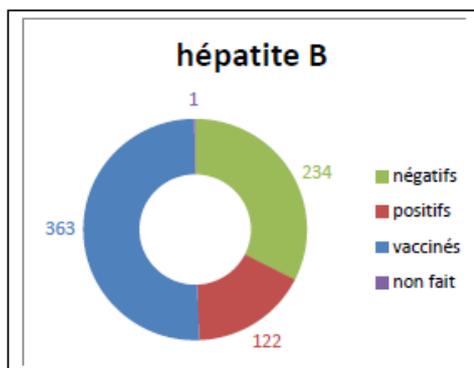
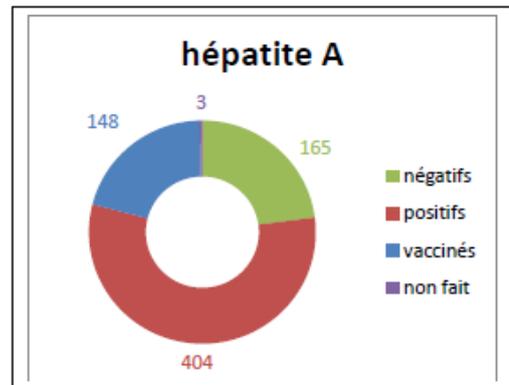
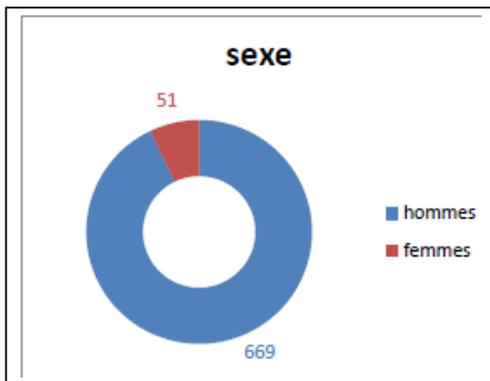
Afin de renforcer et de maintenir les connaissances acquises, une brochure intitulée « Maladies transmissibles, sortir sain de la prison », a été conçue en collaboration du Programme TOX avec le service médical du CPL. Elle contient des informations importantes sur le VIH, les hépatites et la syphilis, leurs modes de transmission et les moyens de protection. La brochure est distribuée à chaque participant après la séance d'information. Si une personne ne participe pas aux cours, elle reçoit quand même une brochure afin de s'informer sur les maladies.

Actuellement, la brochure est disponible en langues française, allemande, anglaise, portugaise, arabe et roumaine.

c) Distribution de préservatifs

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

**Résultats des sérologies des hépatites virales A, B et C, de l'infection VIH et de la syphilis pratiquées dans les prisons luxembourgeoises en 2012
(Total des personnes : 720)**



10. Prise en charge médicale

Tous les patients qui le souhaitent et sont au courant de leur diagnostic d'infection à HIV/VIH au Luxembourg ont accès au traitement antirétroviral gratuit.

Avec les traitements dont nous disposons pour composer une trithérapie efficace, tout patient peut avoir un contrôle total de sa réplication virale, avec comme corollaire, une remontée progressive de la fonction du système de défense immunitaire, reflété par le nombre croissant de lymphocytes CD4.

Pas de grandes nouveautés dans le domaine des traitements, sauf l'arrivée sur le marché d'une nouvelle combinaison à doses fixes de 3 molécules dans une seule pilule, quasiment sans effet secondaires, ce qui pour le confort de prise et pour la qualité de vie n'est pas négligeable.

- En 2012, approximativement 500 patients étaient suivis sous trithérapie au Luxembourg. Une analyse des combinaisons les plus fréquemment utilisées (N=489 patients) donne le tableau suivant : une combinaison de 3 analogues de nucléosides chez 25 (5%) ; 2 nucléosides + 1 NNRTI pour 234 (48%) ; un régime avec inhibiteurs d'entrée : 3 (1%) ; un régime basé sur un anti-protéase (boosté (139) ou non boosté par du Ritonavir (20)) chez 159 (33%) ; un régime basé sur un anti-intégrase pour 31 (6%) et finalement un régime avec au moins 4 molécules (5) ou un régime de «salvage» ou «multi-class» (32) chez 37 (8%) des patients.

Ceci reflète une population mixte, dans un pays qui a accès aux antiviraux depuis les premières molécules, avec une proportion de patients présentant des virus partiellement résistants, mais néanmoins bien contrôlés sur le plan virologique, parfois au prix de régimes de traitement plus compliqués et moins aisés à prendre.

La contrainte majeure reste 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.

A côté des indications cliniques et biologiques de début de traitement antirétroviral, on tient maintenant également compte d'autres éléments et tout particulièrement du souhait du patient de débiter un traitement rapidement ou non, du fait qu'il vit avec un/une partenaire non infecté, d'un désir de grossesse éventuel.

On observe un nombre croissant de patients qui sont demandeurs d'un traitement pour ne pas risquer de contaminer leur(s) partenaire(s) non infecté(e)s.

Il est triste de voir que, malgré tous ces progrès, on voit toujours des patients qui arrivent à l'hôpital tard dans leur évolution, soit parce que le diagnostic a été fait tardivement, soit parce que, tout en étant au courant de leur diagnostic, quelques patients ont préféré ne pas se faire suivre et ne pas prendre de traitement antiviral.

On doit malheureusement retenir 7 nouveaux cas de « stade SIDA » déclarés, et 8 décès chez des personnes vivant avec le VIH, même si tous ces décès ne sont pas causés par le VIH ou ses complications.

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'immuno-dépression ainsi que le suivi biologique sont couverts soit par la CNS soit par le Ministère de la Santé.

Les co-infections :

Le comité de surveillance a maintenant étendu son champs d'action aux autres infections transmises par voie sanguine et sexuelle, en particulier les hépatites virales B et C ainsi que les infections sexuellement transmises.

On observe en Europe une épidémie d'hépatite C chez les hommes aimant les hommes (HSH) ; par ailleurs la gonorrhée résistante aux fluoroquinolones a aussi fait son apparition, comme dans nos pays voisins et le nombre de nouveaux diagnostics de syphilis primaires et secondaires précoces reste important, témoignant d'un relâchement des comportements de safe sex.

De nouveaux traitements sont disponibles depuis 2012 pour l'hépatite C (de génotype 1), avec de meilleurs taux de guérison (jusqu'à 70%) : Boceprevir et Telaprevir. Mais ce succès est toujours au prix d'effets secondaires lourds : anémie, rash cutané sévère, dépression etc, et d'un coût par traitement de +/- 50.000 euros.

Pour l'hépatite C nous disposons également, grâce à un partenariat avec le centre pénitentiaire, du Fibrosan, une méthode non invasive de mesure de la fibrose hépatique, permettant d'éviter dans beaucoup de cas le recours à la biopsie hépatique.

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.

Quelques progrès à noter ici également :

- de nouvelles molécules antivirales approuvées chez la femme enceinte mais surtout
- la possibilité de recours aux services de procréation médicalement assistée du CHU ST-Pierre à Bruxelles pour les techniques de lavage de sperme
- le fait que le contrôle parfait et prolongé > 6 mois, grâce à une parfaite adhérence au traitement et en l'absence d'autres infections sexuellement transmissibles, permettent, accompagnées d'un bon counselling et d'un bon suivi médical, d'avoir des rapports non protégés avec son/sa partenaire régulier(e), sans préservatif sans risque d'infection du partenaire séronégatif.

Traitement post-exposition :

Le Service National des Maladies Infectieuses du CHL offre ce service postexposition,

24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (voir le chapitre dépistage et prévention).

En 2012, 112 patients sont venus consulter après une exposition non protégée à un risque de transmission, par voie sanguine ou sexuelle. Ces patients ont bénéficié d'un traitement post-exposition d'une durée de 28 jours. Aucun cas de transmission n'a été rapporté chez eux grâce à ce traitement préventif.

11. 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.

Il est dirigé par les Dr Jean-Claude Schmit et Dr. Carole Devaux. En 2012, les autres collaborateurs (personnel scientifique et technique) étaient les docteurs Vic Arendt, Robert Hemmer, Thérèse Staub, Christian Michaux, Danielle Perez-Bercoff, Andy Chevigné, Sylvie Delhalle, Virginie Fievez, Karthik Arumugam, Sandrine Ortiou, Marie-Eve Dumez ainsi que Mesdames et Messieurs Pierre Kirpach, Christine Lambert, Jean-Yves Servais, Cécile Masquelier, Gilles Iserentant, Daniel Struck, Anne-Marie Ternes, Martina Szpakowska, Valérie Etienne, Karin Hawotte, Nadia Beaupain, Manu Counson, Julie Mathu, Morgane Lemaire, Charlène Verschueren, Laurence Guillorit et Siu Thin Ho. Quatre scientifiques bénéficiant d'une bourse de recherche du Ministère de l'Education Supérieure et de la Recherche (Madame Martina Szpakowska et Monsieur Alain Gras, Université de Liège, Monsieur Martin Mulinge, Université de Louvain, Madame Eveline Santos da Silva, Université de Nancy) ainsi que des stagiaires ont complété l'équipe en 2012. 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 et du diagnostic HIV par PCR ont été réalisées cette année par le Laboratoire de Microbiologie du CHL avec le soutien technique du laboratoire de Rétrovirologie. Le Laboratoire de Rétrovirologie du CRP-Santé effectue maintenant les suivis de routine plus spécialisés comme les profils de résistance des patients HIV-2, des patients HIV-1 traités par les inhibiteurs d'intégrase ou d'entrée. Le Laboratoire de Rétrovirologie exécute des projets de recherche luxembourgeois et participe à des projets de recherche européens. A la demande de la Direction de la Santé, le laboratoire contribue au suivi épidémiologique de l'infection dans notre pays. A cette fin, le laboratoire transmet annuellement un rapport aux autorités. Il joue aussi un rôle actif dans l'enseignement supérieur (formation de masters et doctorants). Le 1^{er} décembre 2012, à l'occasion de son 20^{ième} anniversaire, le laboratoire a organisé une exposition photo au CHL décrivant ces diverses activités.

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), le Laboratoire de Référence SIDA de l'UCL à Bruxelles (Prof. Goubau), le service des maladies infectieuses et le Laboratoire de Référence SIDA de l'ULg (Prof. Moutschen, Prof. Vaira) ainsi que le Laboratoire de Référence SIDA de Gand (Pr Chris Verhofstede). Par ailleurs, il collabore sur des projets de recherche avec de nombreux instituts de recherche européens (p.ex. : Dr. Margarete Fischer-Bosch, Institute of Clinical Pharmacology, Stuttgart, Pr U Zanger, University of Utrecht, Dr. M. Nijhuis, Dr. A.M. Wensing, Pr Jacques Piette, Université de Liège). Enfin, le laboratoire contribue aux travaux des projets européens suivants : EuroSida, EuroHIV, Insight (avec NIH, Washington), Euresist et ESAR.

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 européens

En 1995 le projet An European Network for the Virological evaluation of international trials for new anti-HIV therapies (ENVVA) a été sélectionné pour cofinancement 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 (5e 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 3ème projet « Europe HIV Resistance » (6e programme cadre de l'EU) a pris la suite avec maintenant la participation d'une trentaine de pays. Ce projet a été suivi de la création d'une société européenne de recherche sur les résistances aux médicaments des virus. Un des responsables du Laboratoire de Rétrovirologie est membre co-fondateur de la société « European Society for Antiviral Resistance » (www.ESAR-society.eu). De 2013 à 2016, ce projet sera soutenu par le Fonds National de la Recherche du Luxembourg afin de consolider cette base de données comprenant les données de résistance transmises de plus de 8000 patients en Europe et de former un médecin dans le cadre d'un doctorat de thèse en épidémiologie.

1b) projets en cours

Plusieurs projets de recherche ont été en cours en 2012. Les détails sont disponibles sur le site du CRP-Santé : www.crp-santé.lu. Le laboratoire s'intéresse aux applications cliniques de la virologie et à l'immunovirologie.

Validation d'un test d'infection virale pour la détermination du tropisme HIV-1 :

Le Maraviroc est un médicament récent qui inhibe l'entrée du virus HIV-1 en ciblant le co-récepteur CCR5. L'utilisation du co-récepteur CXCR4 par le virus du patient doit être exclu avant l'initiation du traitement. Nous avons développé un nouveau test d'infection virale permettant de déterminer l'utilisation du co-récepteur CCR5 ou CXCR4 (tropisme) par le virus HIV-1. En testant 292 virus HIV-1 prévalant au Luxembourg, majoritairement de sous-type non-B, nous avons montré que les algorithmes de prédiction basés sur la séquence de la boucle virale V3, et qui sont recommandés en Europe, surestiment les virus à tropisme X4 pour certains sous-types non-B et peuvent ainsi exclure le Maraviroc ou d'autres futurs inhibiteurs du co-récepteur CCR5 à des patients avec des options thérapeutiques limitées.

Identification de nouveaux polymorphismes génétiques de l'enzyme CYP2B6 :

dans le cadre des projets au Rwanda, monsieur Alain Gras, a identifié dans la population rwandaise de nouveaux polymorphismes génétiques modifiant l'activité catabolique de l'enzyme CYP2B6 impliquée dans le métabolisme de l'efavirenz et de la nevirapine. Ces polymorphismes ont été associées à des concentrations élevées ou faibles des deux médicaments chez des patients sous thérapie antirétrovirale. Ces

polymorphismes pourraient permettre d'identifier les patients africains nécessitant une pharmacovigilance afin d'adapter leur dose des médicaments pour éviter des problèmes de toxicité ou d'échec thérapeutique.

Efficacité virologique du nouveau régime thérapeutique incluant le ténofovir au Rwanda : le régime thérapeutique associant le ténofovir avec la lamivudine et la nevirapine est l'une des options de première ligne thérapeutique la moins évaluée en Afrique. Au cours du doctorat du Dr JC Karasi, médecin rwandais, les données virologiques et immunologiques de 1411 patients issus de 4 centres de santé et 3 hôpitaux de district rwandais ont été recueillis pour évaluer l'efficacité du nouveau régime avec le ténofovir par rapport au même régime incluant la zidovudine. Les deux régimes ont montré une réponse virologique identique selon les critères de l'OMS. Cependant, chez les patients avec une charge virale initiale avant traitement supérieure à 100.000 copies/ml, le groupe traité avec le ténofovir présentait une plus faible réponse virologique que le groupe traité avec la zidovudine (44% de succès virologique versus 56%, $p=0,001$).

Projets bio-informatiques : le laboratoire de Rétrovirologie a développé et mis à disposition sur le site du CRP-santé un nouvel outil pour déterminer les sous-types HIV et HCV (COMET).

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

Une collaboration existe au sujet de la technique des alphabodies avec la société gantoise COMPLIX.

Une collaboration existe 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.

Une collaboration existe avec la société suisse Roche Diagnostics pour l'évaluation et la validation de nouvelles techniques pour le suivi de traitement des patients HIV.

Présentation des résultats du Laboratoire de Rétrovirologie à des congrès internationaux : 200 présentations ont eu lieu à des congrès scientifiques internationaux de 1992 à 2012 dont 11 en 2012.

Publications du Laboratoire de Rétrovirologie (détails : voir site du laboratoire : <http://www.crp-sante.lu>): 99 articles ont été publiés dans des revues scientifiques de 1997 à 2012 dont 13 en 2012.

3. Recherche clinique

Collaboration depuis plus de 20 ans à de nombreuses études, souvent européennes et multicentriques 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 2012 étaient :

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

Etude multicentrique européenne en cours depuis 1994 qui inclut en mai 2011 plus de 16 500 patients infectés à HIV. Les caractéristiques cliniques et l'évolution et la charge virale de ces patients sont analysées 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. Depuis 2011 les atteintes hépatiques sont aussi recensées.

Au Luxembourg 136 patients sont suivis actuellement dans cette étude.

20 nouveaux patients ont été recensés en 2012 pour une nouvelle cohorte.

DAD : Data Collection on Adverse Events of anti-HIV Drugs

C'est la collecte d'informations supplémentaires pour les patients inclus dans les cohortes EuroSida pour certains diagnostics :

Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, diabète sucré ou décès.

Depuis 2008 un paramètre supplémentaire est étudié. Il s'agit des cancers fréquents au cours de l'infection HIV, mais ne répondant pas à la définition du Sida.

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

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 antirétroviraux. 47 patients participaient en 2008 et 2009 au Luxembourg à l'étude.

Telaprevir : Programme multicentrique ouvert d'accès anticipé au télaprévir en association avec le peginterféron alfa et la ribavirine, chez des sujets atteints d'hépatite C chronique du génotype 1 avec fibrose sévère et cirrhose compensée pour les patients HCV nous venons d'obtenir l'autorisation du Comité d'éthique pour les patients co-infectés HIV et HCV puissent également bénéficier de ce nouveau médicament. 3 patients ont participé à cette étude.

Sponsor : Janssen-Cilag NV

START : Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment Cette étude est multicentrique et a été mise en place pour évaluer la meilleure stratégie de traitement. Comparer 2 groupes de patients, le premier avec traitement immédiat et le second groupe traitement quand les cd4 chutent en dessous de 350.

La question est de déterminer quand est le meilleur moment pour débiter le traitement.

PRT : Caractérisation des polymorphismes, des résistances et du tropisme des souches VIH au Luxembourg.

Cette étude est réalisée au laboratoire de rétrovirologie et actuellement 122 patients ont donné leur accord afin que des analyses soient réalisées sur leurs échantillons de sang.

GP-41 : Impact du sous-type de l'enveloppe VIH sur l'entrée, la transmission, la capacité répliquative, le bourgeonnement et la destruction cellulaire dans différentes cellules cibles»

Etude faite au laboratoire de rétrovirologie et 103 patients participent.

bART : Étude multicentrique, non interventionnelle visant à évaluer les obstacles à l'instauration du traitement antirétroviral chez les patients infectés par le VIH-1 n'ayant jamais été traités.

Etude sponsorisée par la firme Gilead. 11 patients participent.

ETE : Etude prospective incluant plusieurs centres européens, visant à mieux connaître l'issue d'un traitement de première ligne lamivudine/Emtricitabine +Tenofovir +Efavirenz, les raisons de l'échec et les traitements de deuxième ligne proposés ainsi que l'issue de ces traitements de deuxième ligne. Pas de prélèvement supplémentaire demandé. Au Luxembourg 19 patient sont inclus dans ce projet.

12. Dispositions légales et réglementaires

2012 a vu la mise en place d'une étude ciblant la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/Sida. Suite aux premières recherches bibliographiques et après observations de différentes situations au niveau mondial, l'étude abordera également le sujet de la pénalisation de la transmission du VIH.

L'étude sera publiée dans le courant de l'année 2013.

Voici la liste des principaux points abordés:

- Stigmatisation vs Discrimination
- Criminalisation vs Pénalisation de la transmission du VIH
- Problématique de la notification aux partenaires vs secret professionnel
- Droits humains universels vs SIDA
- Le droit au service de la riposte au VIH
- Témoignages