

COMITE DE SURVEILLANCE DU SIDA



Rapport d'activité 2011

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, Patrick HOFFMANN, Ralph KASS, M Alain ORIGER,
M Jean-Claude SCHLIM, Mme Astrid SCHORN, Dr Simone STEIL,
Dr Pierre WEICHERDING ,

SOMMAIRE

Introduction : 2011 : HIV / SIDA

1. Comité de surveillance du SIDA, Missions, composition
2. Epidémiologie
3. Information et Education
4. Aidsberodung
5. Education sexuelle et prévention du SIDA en milieu scolaire
6. Prévention et dépistage
7. SIDA et Toxicomanie
8. SIDA et Égalité des chances
9. dropIn de la Croix-Rouge
10. Rapport sur le travail effectué en milieu pénitentiaire
durant l'année 2011 en vue de prévenir l'infection par le HIV
11. Prise en charge médicale
12. Recherche

Ce rapport peut être consulté sur :

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

2011: HIV/SIDA

Et en 2011 ? - un nouveau plan d'action pour 5 ans.

Quoi de neuf dans ce nouveau plan d'action? Essentiellement de la continuité, parce qu'on ne change pas une équipe / stratégie qui gagne. Mais quelques ajouts et nouveautés tout de même. Essentiellement l'extension de l'offre de dépistage : dépistage ciblé sur les groupes à haut risque d'une part et dépistage grand public d'autre part. Création de deux centres de dépistage anonyme et gratuit, au CHdN à Ettelbruck et au CHEM à Esch. Formation des laborantins et infirmières-préleveuses des laboratoires des hôpitaux et des laboratoires privés au counselling pré- et post-test. Extension des activités du DIMPS (dispositif d'intervention mobile pour la prévention et la promotion de la santé sexuelle), pour assurer une présence digne de ce nom aux lieux de rencontre gays, sur le trottoir, au centre Abrigado, aux foyers pour demandeurs d'asile. Ceci dans l'objectif d'amener le test aux personnes exposées mais qui n'auraient pas tendance à se rendre spontanément dans les centres de dépistage existant.

Le projet aussi de former des pairs (peer educators) dans ces même groupe cibles pour amener le message au sein de groupes difficiles à toucher autrement ; facile sur papier mais en pratique comment apporter un message à des hommes aimant les hommes luxembourgeois qui sortent essentiellement à Metz, à Bruxelles ou à Saarbrücken ?

Le souhait aussi de proposer plus systématiquement le dépistage dans des prises de sang faites pour une autre raison chez tous les patients, comme on fait généralement pour le dosage de la glycémie ou la numération formule sanguine. Pour essayer de diagnostiquer plus tôt dans leur évolution les porteurs du virus qui s'ignorent, et de ce fait continuent à transmettre le virus.

2011 année record !?

En nombre de nouveaux cas d'infection à HIV inclus dans la cohorte luxembourgeoise. 72 nouveaux cas d'infection à HIV diagnostiqués au Luxembourg. C'est effectivement le nombre le plus élevé depuis le début de l'épidémie. Mais 28 d'entre eux étaient déjà au courant de leur infection au moment de ce diagnostic, donc 44 « seulement » sont vraiment des nouveaux diagnostics.

Qui sont-ils ces nouveaux ? 12 femmes, 32 hommes. 20 transmissions hétérosexuelles pour 24 homosexuelles. 10 luxembourgeois, 8 portugais, 5 bissau-guinéens, 3 belges, 3 français etc. 26 européens, 12 africains, 3 sud-américains, etc.

Il n'est pas surprenant qu'il y ait plus de transmission hétérosexuelle chez les patients originaires d'Afrique et plus de transmissions homosexuelles chez les patients originaires d'Europe de l'ouest ou d'Amérique latine. Mais l'information est utile néanmoins. Sur 26 personnes d'UE infectées 20 sont des hommes qui aiment des hommes ; alors que la grande majorité des africains nouvellement diagnostiqués ont été contaminés par voie hétérosexuelle. Le message de prévention n'est pas le même. Ni le média à utiliser. L'homosexualité au

Luxembourg reste très cachée, il y a peu de lieux de rencontres dans nos frontières et les gens sortent beaucoup au-delà des frontières ; difficile dans cette mesure d'atteindre notre « cible » avec nos messages de prévention. Nous essayerons facebook, le networking avec des associations des pays voisins, des peers educators pour le dépistage précoce et la sensibilisation.

Et les patients originaires d'Afrique ? le diagnostic est fait plus tardivement que chez les européens, avec en moyenne une immunité déjà plus affaiblie. Il faudra donc travailler à établir le diagnostic plus tôt chez eux, idéalement à l'entrée au pays. Alors faut-il suggérer un dépistage sur base volontaire dans le cadre du bilan de santé à l'entrée au pays? En termes de santé publique oui. Le bénéfice est double : pour le patient un traitement plus précoce ; pour la communauté moins de transmissions secondaires ? Mais est-ce politiquement correct de proposer cela ?

Oui, je pense que oui ! D'abord, proposer n'est pas obliger ? Ensuite le bénéfice est bien réel pour la personne infectée elle-même ! Et finalement le fait d'être diagnostiqué avec une infection à HIV n'a jamais constitué au Luxembourg un motif de rapatriement forcé, au contraire.

Et puis il y a les 28 « autres ». Déjà au courant de leur infection à HIV avant d'être testés au Luxembourg. Reflet du brassage de population dans notre pays ; 3 seulement sont luxembourgeois ; la plupart (22/28) ont déjà été traités dans un autre pays avant de se faire suivre ici ; la plupart résident maintenant dans notre pays, 16/28 sont originaires d'Europe de l'ouest ; la majorité venus ici avec un contrat de travail .

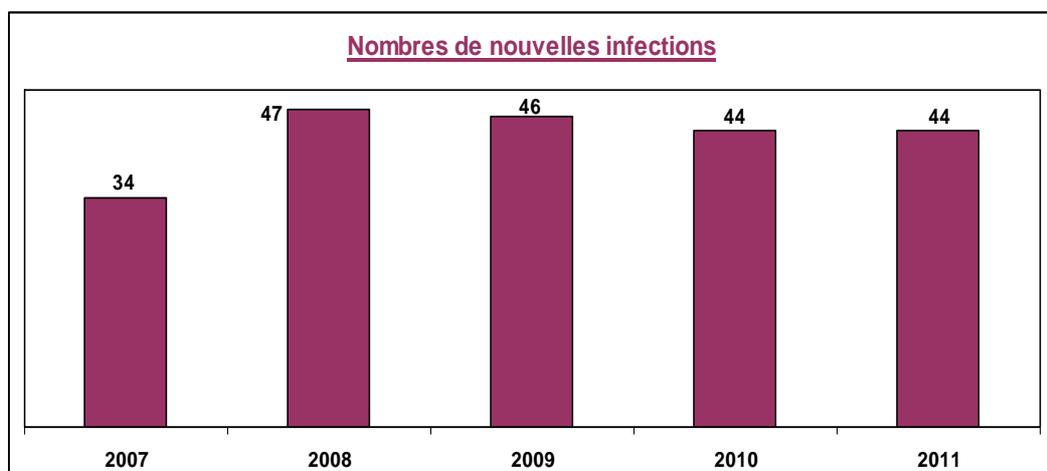
Comme la plupart sont déjà sous traitement antiviral et bien informés, il n'y a plus beaucoup de travail de prévention à faire ici.

En conclusion : il n'y a donc pas de réelle augmentation du nombre de nouveaux cas par rapport aux années précédentes, mais le nombre en soi reste important. Et cela justifie pleinement les efforts de dépistage large, ciblé et précoce prévus dans le nouveau plan d'action.

Luxembourg, le 12 mars 2012

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.

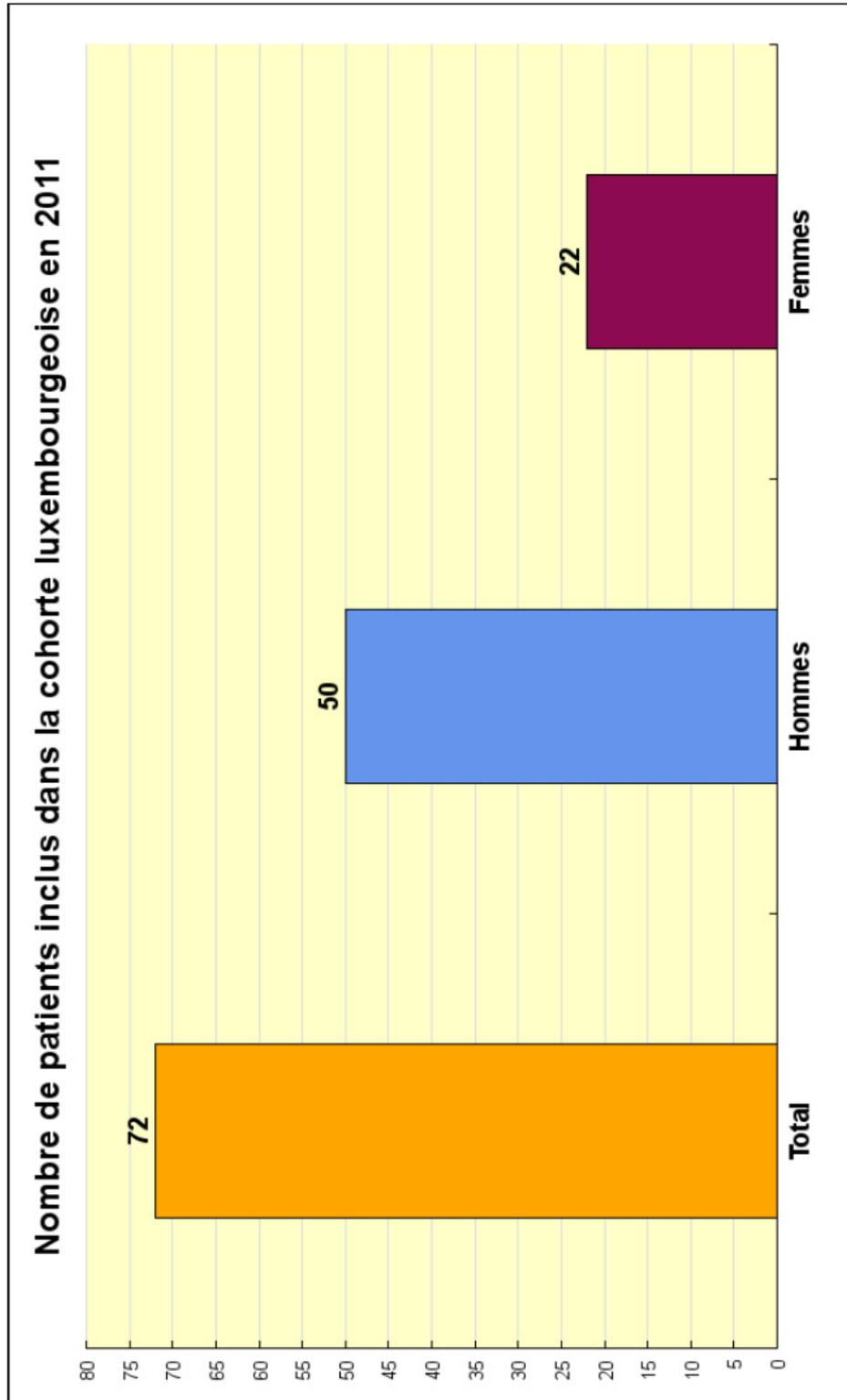
Par ailleurs, le Comité a pour mission de collaborer étroitement avec les organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, le Conseil de l'Europe, les Communautés Européennes etc., afin de mettre sur pied un programme de lutte contre le SIDA.

2. Composition

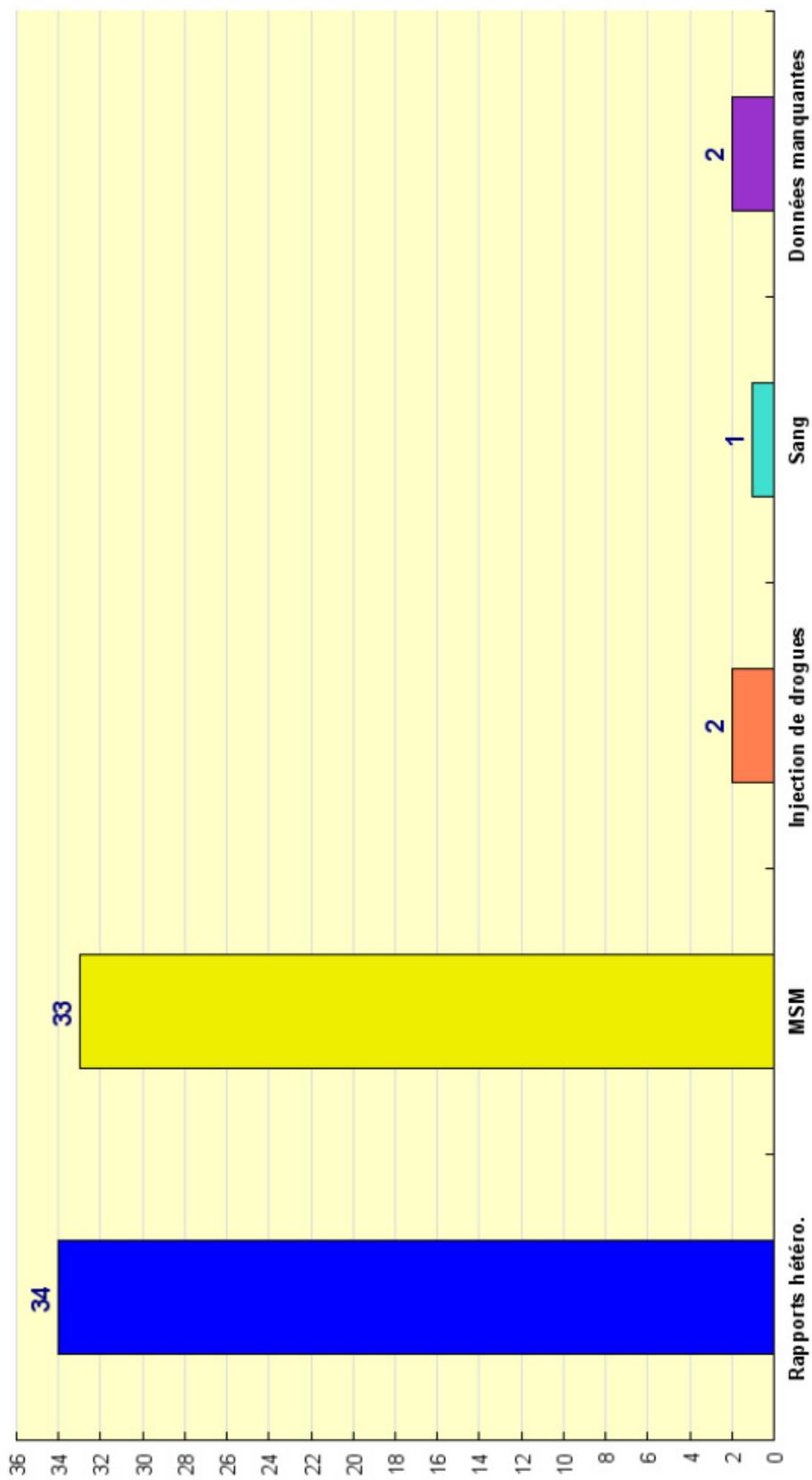
La composition du Comité de Surveillance du SIDA a été en 2011 la suivante :

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 Drogenhelfer
DOS SANTOS Cristina,	juriste
EVEN Jos	microbiologiste, Laboratoire National de Santé
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
ORIGER Alain	psychologue, direction de la santé
SCHLIM Jean-Claude	cinéaste
SCHORN Astrid	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

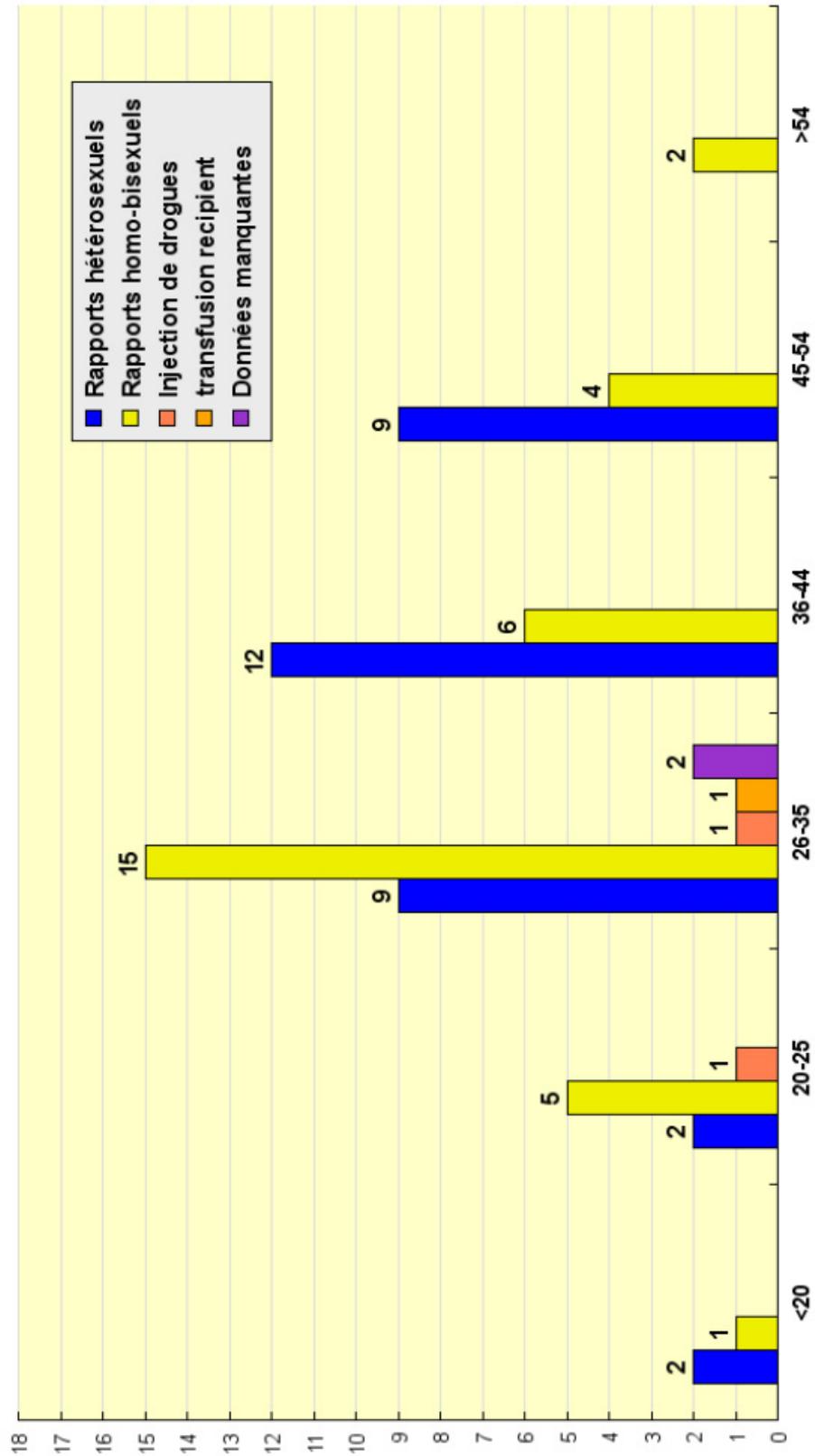
2. Epidémiologie

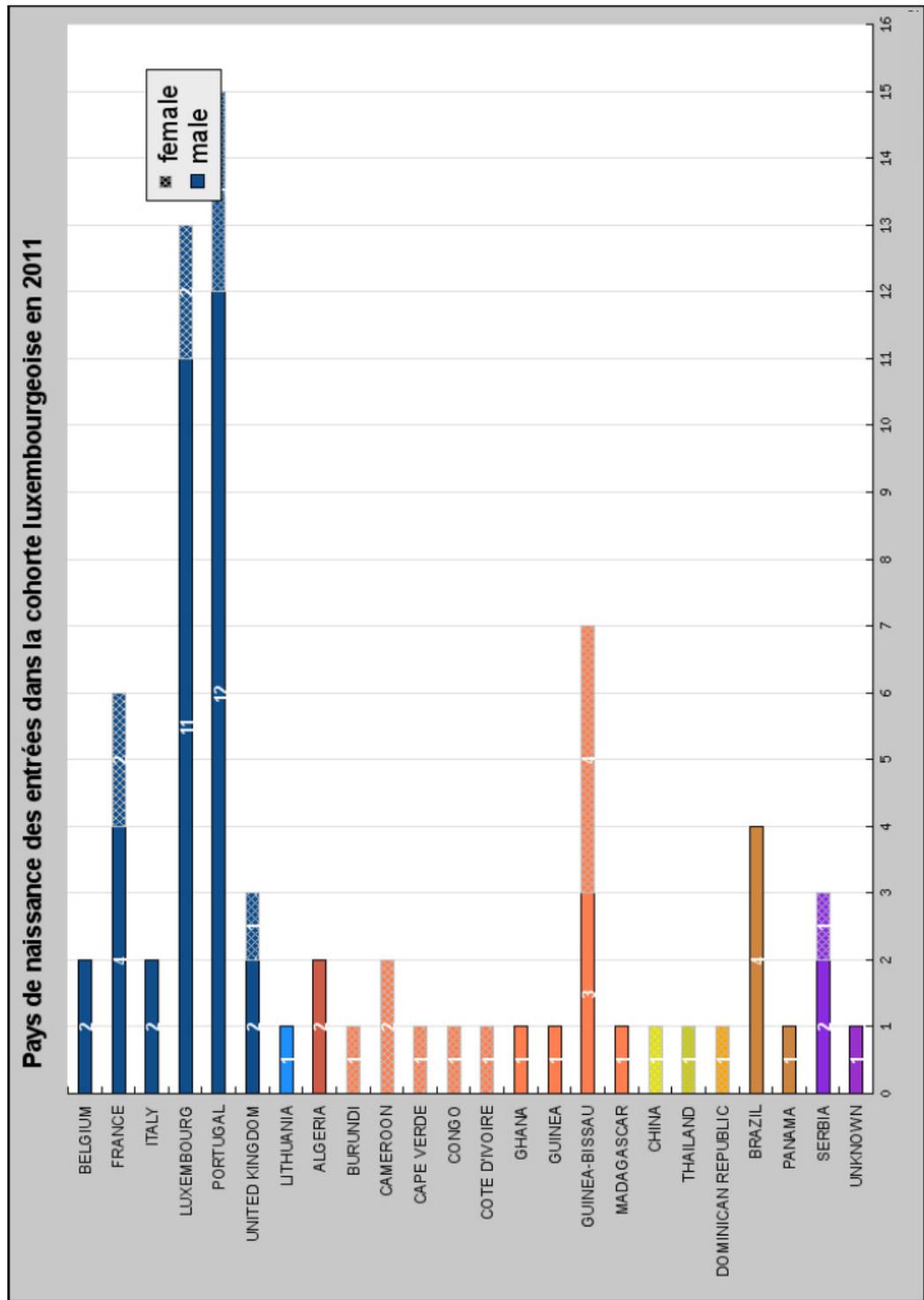


Mode de contamination des infections inclus dans la cohorte luxembourgeoise en 2011

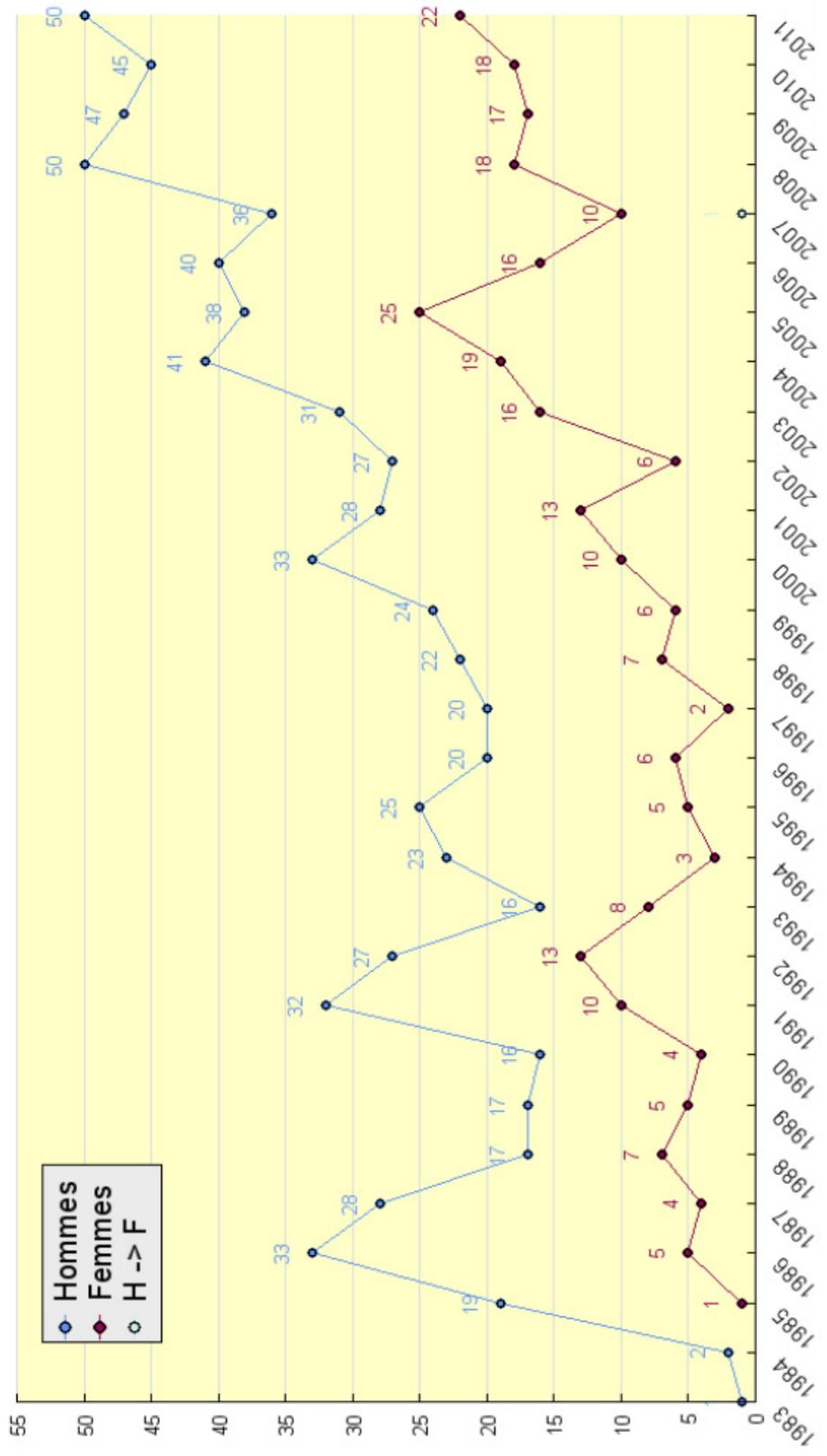


Mode de contamination selon l'âge en 2011





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



3. Information et Education

Campagne de prévention du Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles 2011

Campagne estivale « N'oublie rien ! »

Environ deux tiers des infections sexuellement transmissibles (IST) se développent avant l'âge de 25 ans et une nouvelle infection sur quatre concerne un adolescent. Dans le monde entier, la progression des IST est préoccupante et le risque d'infection peut varier significativement d'un pays à l'autre. En utilisant systématiquement un préservatif lors de rapports sexuels occasionnels, ces infections peuvent être évitées.



Pour promouvoir un comportement responsable, la Division de la médecine préventive a relancé une campagne avec deux nouveaux visuels, pour rappeler aux jeunes et moins jeunes de penser au préservatif juste avant leur départ en vacances. Cette campagne a comportée les éléments suivants :

- **Affichage et distribution de cartes postales dans les bars, salles de fitness, cafés, etc., du 30 juin au 31 juillet**
- **Annonces** sur Facebook
- Diffusion de deux **spots radio** sous-forme de deux dialogues parent-enfant sur RTL Radio et Eldorado, du 30 juin au 17 juillet.



- **Distribution d'affiches et de pochettes de préservatifs** aux lycées avec le concours de la Division de la médecine scolaire
- **Distribution de pochettes de préservatifs « N'oublie rien »** dans le cadre du street-marketing de l'Aidsberodung de la Croix-Rouge, lors des camps d'été des Letzebuenger Guiden a Scouten et de la FNEL.
- Les spots radio de cette campagne ont été nominés pour le Grand Prix Paperjam 2011/2012.

Campagne conjointe «Safer Internet- Safer Sex», avec Bee Secure (SNJ)

Afin de toucher systématiquement les jeunes, une collaboration a été organisée avec l'initiative BEE SECURE, une initiative sur la sécurité de l'information sur Internet.

Dans le cadre d'une campagne conjointe, intitulée « Safer Internet – Safer Sex », une affiche, une brochure, ainsi que des pochettes de préservatifs, ont été réalisées et distribuées lors de nombreux événements ciblant les jeunes (comme p.ex. On Stéitsch, Rock um Knuedler, etc.).

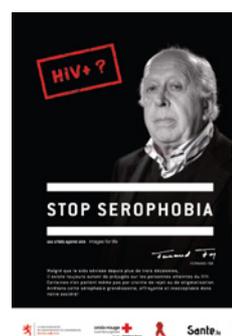


Cette campagne a joué sur l'analogie entre les infections d'ordinateurs par des « virus » informatiques et les infections réelles causées par des maladies sexuellement transmissibles – deux sujets qui touchent les adultes mais aussi et surtout les jeunes, le public-cible de cette campagne. Tout comme il faut protéger son ordinateur (donc ses données et par la-même sa vie électronique) avec les outils adéquats, il faut protéger sa vie en utilisant "l'outil" préservatif. D'où le slogan utilisé, « Protège ta vie – Protège ton ordi » / « Schütz däi Liewen – Schütz däi Computer »).

Journée Mondiale du Sida (1^{er} décembre) : Stop serophobia !

L'infection HIV a continué de progresser au Grand-Duché de Luxembourg. Pour rappeler l'objectif « Zero discrimination » de l'ONUSIDA, la Division de la Médecine Préventive, en collaboration avec l'Aidsberodung de la Croix-Rouge, a organisé une nouvelle campagne, intitulée : Stop serophobia ! ». Grâce à l'initiative du cinéaste Jean-Claude Schlim ainsi qu'aux artistes luxembourgeois qui ont joué le rôle d'ambassadeurs de cette campagne (Désirée Nosbuch, Fernand Fox, Jean-Claude Schlim, Mickey Hardt, Pol Cruchten, Thorunn, Sylvia Camarda, Nilton Martins, Germain Wagner, Nicole Max, Luc Lamesch und Max Thommes), et lui ont prêté leur visage, de multiples activités ont pu avoir lieu autour de la Journée mondiale du Sida:

- Envoi d'**affiches** aux médecins généralistes, gynécologues, cliniques, pharmacies, communes et lycées.
- **Affichage urbain** dans les abribus, du 22 novembre au 5 décembre.
- Des **cartes postales** et **affichettes** avec les portraits des personnages précités et des messages de responsabilisation ont été distribuées dans tous les lieux branchés, de sortie nocturne, cafés et discothèques, les bars et restaurants, les salles de fitness.
- Un **spot-cinéma** a été diffusé dans les cinémas et à la télé durant tout le mois de décembre.
- Des **annonces-presse** ont été publiées dans les journaux quotidiens et hebdomadaires.



- Lors du 1^{er} décembre, la **distribution de pochettes de préservatifs** «HIV+ ? Stop serophobia!» a été organisée avec le soutien de l'Aidsberodung de la Croix-Rouge à la gare et au centre ville de Luxembourg, au Centre Hamilius, ainsi qu'à la gare d'Esch/Alzette.



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 7^{ème} et 8^{ème}, du secondaire classique et technique.

En 2011, **21 nouveaux distributeurs** ont été acquis. Afin de mieux atteindre la cible, qui ne se limite plus qu'aux lycéens, l'Université de Luxembourg, le Foyer Paula Bové ainsi que deux Centres Nationaux de Formation Professionnelle continue ont bénéficié d'un ou de plusieurs distributeurs de préservatifs.

Spectacle « Si d'aventure la vie »

Si d'aventure la vie... est un spectacle théâtral ludique, poétique et magique de l'artiste Claude Delsol construit autour de quatre mots : Information, Prévention, Tolérance et Solidarité. 4 présentations ont été financées par le budget « campagnes » de la Division de la médecine préventive, et ont accueilli les élèves du Lycée Technique de Bonnevoie, du Lycée Technique du Centre, du Lycée Technique Michel Lucius et du Lycée Michel Rodange, afin de leur offrir un spectacle suivi d'une discussion sur la prévention du sida.

30 ans de lutte contre le SIDA

Comme de nombreuses administrations postales, la poste luxembourgeoise a commémoré les 30 ans de la lutte contre le SIDA en éditant un timbre spécial réalisé par l'artiste Stina Fish.



L'édition de ce timbre "30 ans de lutte contre le SIDA, qui a été présenté le 6 octobre 2011 en présence du Ministre de la Santé, " rappelle l'importance de la prévention.

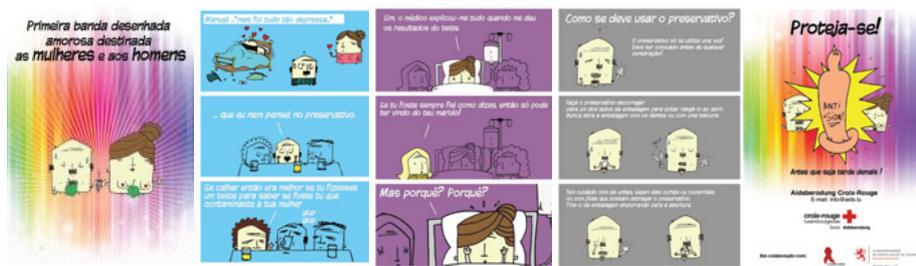
Activités de prévention s'adressant à la population lusophone

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.

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. Lancer des thèmes de discussion collective en impliquant la communauté dans la discussion sur des questions d'intérêt public, telles que la prévention des maladies sexuellement transmissibles, vise également à stimuler la créativité et la capacité à proposer des réponses à ce problème. En 2011, 3 soirées théâtrales avec environ 160

participants ont eu lieu à Esch/Alzette, Troisvierges et Beggen (Sud, Nord, Centre) avec environ 160 participants et ont été financées par la Division de la médecine préventive.

- Une nouvelle publication de 30 pages « **Primeira banda desenhada: amorosa destinada as mulheres e aos homens** » (Première bande dessinée: l'amour pour les femmes et les hommes), bande dessinée en portugais, a été réalisée spécialement pour la population lusophone. en partenariat avec l'Aidsberodung de la Croix-Rouge.



La distribution gratuite de préservatifs

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

La Division de la Médecine Préventive à distribué en tout en 2011:

- Préservatifs « nature » : 17.400
- Préservatifs « professionnel » 75.000
- Doses de lubrifiants : 3.500
- Pochettes à 4 préservatifs : 15.700
- Pochettes « N'oublie rien » 7.610
- Pochettes « Style doesn't matter, protection does » 9.100
- Pochettes « Sportler géint Aids » 5.400
- Pochettes « Weapons of mass destruction» 2.000

**STYLE DOESN'T MATTER,
PROTECTION DOES.**



Stop Aids Now/Acces

c/o Aidsberodung
94, BD du Général Patton
L-2316 Luxembourg
san.acces@gmail.com

AIDSBERODUNG Croix - Rouge

94, BD du Général Patton
L-2316 Luxembourg
info@aids.lu
T. 2755 4500
F. 40 62 55

www.aids.lu

Centre Hospitalier de Luxembourg

Service National des Maladies Infectieuses
Unité de Soins U20 (2ème étage)

4 rue E. Barblé L-1210 Luxembourg
24/24h 7/7j par téléphone au 4411-8348
ou 4411-2730

www.chl.lu

Ministère de la Santé

Allée Marconi - Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
T. 247 855 60
F. 46 75 28

www.ms.etat.lu
www.sante.lu

SIDA: LA PEP

Post Exposure Prophylaxis



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



SIDA/BERODUNG

croix-rouge 
Luxembourgoise
Santé Aidsberodung

Sida: La PEP

L'essentiel après une situation à risque

Le traitement d'urgence ou prophylaxie post exposition (Post Exposure Prophylaxis)

Après une situation à haut risque de transmission du HIV/Sida, il est possible de prendre un traitement d'urgence qui a pour but d'empêcher le virus du Sida de pénétrer dans les cellules et donc d'éviter que la personne ne devienne séropositive.

Attention : Ce traitement n'est pas une garantie absolue contre l'infection HIV/Sida et ne remplace en aucun cas la prévention !

Dans quels cas prendre une PEP ?

- Vous êtes un professionnel de santé et vous venez de vous piquer avec une aiguille contenant du sang contaminé ou vous venez de recevoir du sang dans les yeux et/ou dans la bouche
- Vous vous êtes piqué accidentellement avec une seringue usagée contenant du sang contaminé
- Vous avez eu un contact yeux et/ou bouche avec du sang contaminé
- Vous avez eu des rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés avec une personne séropositive
- Vous avez eu des rapports bucco-génitaux (sexe oral) non protégés avec une personne séropositive: quand le sperme ou du sang des règles pénètre dans la bouche et/ou est avalé
- Vous avez eu une rupture de préservatif lors d'un rapport sexuel avec une personne séropositive
- Vous avez échangé votre seringue avec une personne séropositive
- Vous venez d'être victime de viol



Dans ces cas là, que faire ?

Il faut se rendre **immédiatement** et au plus tard dans les 72 heures qui suivent la situation à haut risque au :

Centre Hospitalier de Luxembourg

Service National des Maladies Infectieuses
Unité de Soins U20 (2ème étage)

4 rue E. Barblé L-1210 Luxembourg
T. 4411-8348 ou 4411-2730

7 jours sur 7 et 24h sur 24

Comment se déroule le traitement d'urgence ?

Un médecin évalue, au cours d'un entretien, le risque de contamination du virus et en fonction de certaines conditions, il prescrit le traitement.

Il s'agit d'un traitement lourd qui implique la prise répétée de médicaments durant 4 semaines avec un suivi médical et plusieurs analyses sanguines. Un dernier test de dépistage sera fait 12 semaines après le risque pour savoir si la personne est séronégative ou séropositive.

Les effets secondaires sont fréquents et désagréables et une grande discipline est requise pour avoir des chances d'éviter l'infection.

En cas de piqure avec une aiguille contaminée, faire saigner la plaie et la désinfecter immédiatement à l'eau de javel ou à l'alcool à 70° pendant 10 minutes.

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 sommes en train de développer 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 est devenu au fil des années, l'une de nos principales priorités.

Principales activités en 2011

Consultations psychosociales

Dans le cadre de la prise en charge psychosociale 182 personnes vivant avec le Hiv/Sida ont consulté notre service. Sur les 182 clients séropositifs, 33% se définissent comme hommes homosexuels, 49% comme hétérosexuels, 16% comme usagers de drogues et 2% sont des enfants. 70 % sont des hommes et 30% des femmes. 73% sont originaires de l'union européenne et 27% sont des non-communautaires (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique-latine). 21% des personnes sont venues pour la première fois à l'Aidsberodung en 2011. Une quinzaine de microcrédits ont été accordé 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.

Le Dispositif d'intervention mobile (DIMPS) en 2011

Deux ans après ses premières sorties, le Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la santé Sexuelle (DIMPS) poursuit ses permanences. En 2011, le Dimps aura fait 5 sorties de plus qu'en 2010, mais surtout, 146 consultations auront été réalisées, ce qui fait 32 de plus que l'an passé. Au total, 109 personnes ont bénéficié de l'offre du Dimps.

	Tox-In	Tapin	Don Bosco	Foyer Redange	Foyer Ulysse	Gaymat	Kockel-scheuer	Sauna N°1	TOTAL
Nombre Consultations	78	12	12	12	16	5	5	6	146

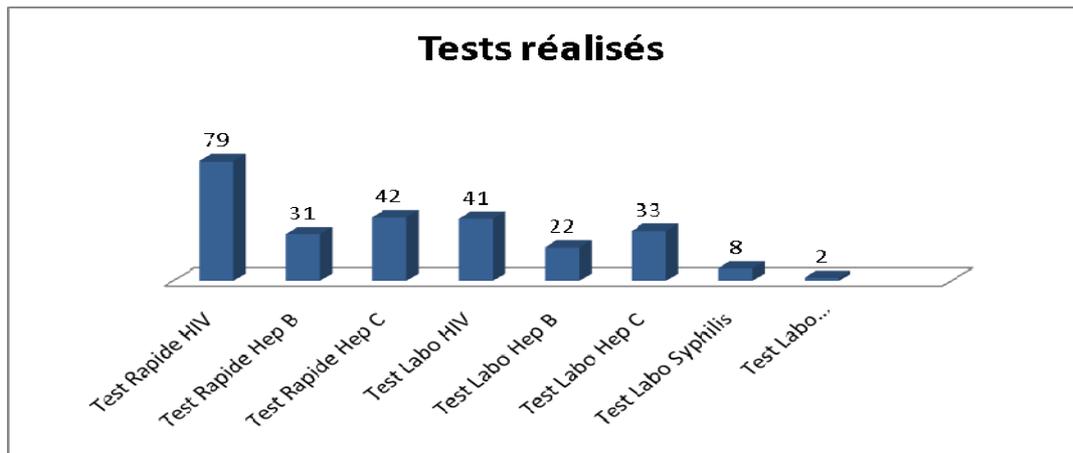
L'une des questions posée aux clients lors des entretiens de prévention concerne leur pratique du « safer sex » et du « safer use ». Force est de constater que les réponses recueillies illustrent le nombre de nouvelles infections dépistées en 2011. En effet, alors que les toxicomanes témoignent à 70.6% de toujours pratiquer le safer use, seuls 46,9% des clients disent toujours utiliser le préservatif lors de changements de partenaires. Pour rappel, en 2011 2 toxicomanes se sont infectés en s'injectant des drogues alors que 66 personnes se sont infectées par rapports sexuels.

Une autre constatation qui peut être faite est que, par rapport à l'an passé où 54% des clients affirmaient avoir déjà fait un test HIV et que celui-ci était négatif, cette année 2011, 72% des clients ont déjà fait un test au résultat négatif ! A nouveau, cette différence peut s'expliquer par le fait que de nombreux clients des années précédentes sont revenus au Dimps en 2011. La même constatation est à faire pour l'Hépatite C où de 30% de négatif et 12% de positifs, nous sommes passés à 50% de négatif et 23% de positifs.



Pour les tests par prise de sang, 82,2% des personnes ont été chercher leur résultats dans le Dimps.

Concernant les diagnostics, aucune sérologie VIH + n'a été dépistée. Au niveau du dépistage de l'Hépatite C, 6 personnes ont reçu un statut + dans le Dimps.

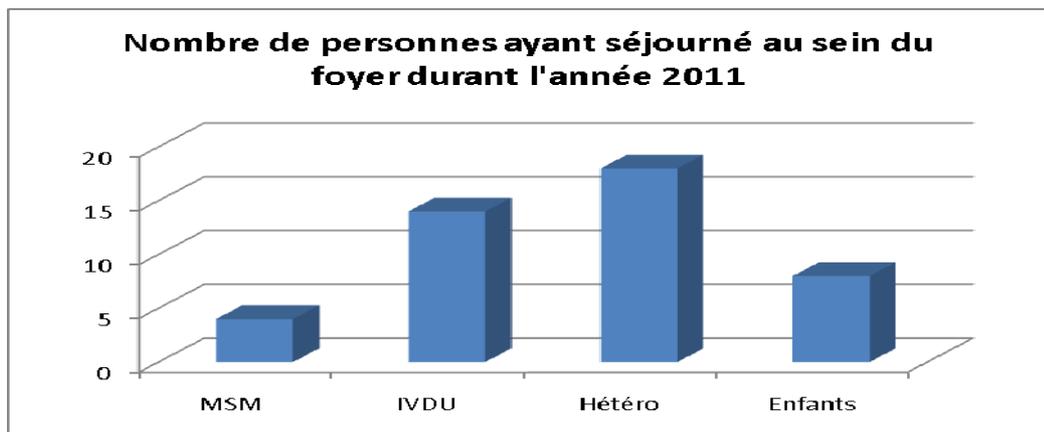


Cette année montre à nouveau l'importance de la présence du Dimps pour offrir informations et tests de dépistage aux personnes définies comme plus à risque. Par contre, c'est à nouveau au niveau du temps de la présence du Dimps que le bât blesse. Si la présence du Dimps dans ces endroits se limite à 2 heures par semaine et de façon intermittente, seul un très petit pourcentage de la population que nous souhaitons atteindre, sera effectivement atteint.

Maison Henri Dunant: logements encadrés

La maison Henri Dunant est un lieu d'hébergement et d'accompagnement pour personnes vivant avec le Vih, lié à un projet d'insertion et de restauration de l'autonomie.

Durant l'année 2011, 14 personnes sont sorties du foyer. 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 15 nouveaux résidents au sein de nos foyers et 44 personnes différentes ont été admises tout au long de l'année 2011 (voir tableau ci-dessous).



Dans les statistiques de la maison Henri Dunant, nous prenons en compte les 5 appartements du Fond du Logement ainsi que la personne ayant déménagé en cours d'année afin de bénéficier d'un logement de l'Agence Immobilière Sociale. En 2011, étant donné l'urgence de certaines demandes, une chambre supplémentaire a dû être aménagée.

La prévention au sein de l'Aidsberodung

Depuis plus de 20 ans, l'Aidsberodung initie des actions de prévention Sida au Luxembourg. L'année 2011 n'a pas dérogué 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
- Les enfants de 10 à 12 ans
- La prison : détenus et gardiens
- Les migrants
- La population gay/msm
- Les adultes
- Le Dimps : cf rapport Dimps

Nous résumons ci-dessous les plus importantes:

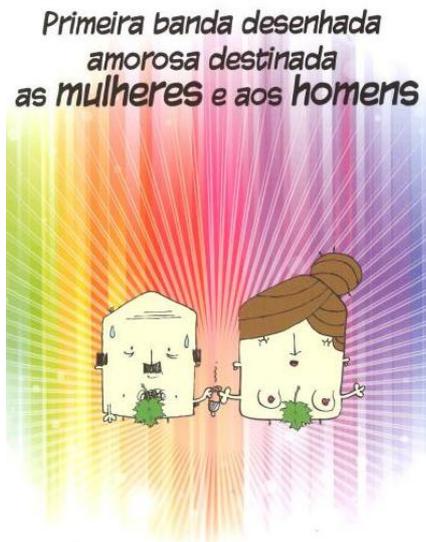
Le centre pénitentiaire

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 2011, 150 détenus ont bénéficié de ces séances. Les gardiens ne sont pas en reste puisque dans un projet entamé en 2010, il est établi que des séances de prévention à destination des gardiens seraient réalisées, ce qui avait été entrepris en 2010 et en 2011, près de 60 gardiens ont participé à ces séances d'information sur le VIH sida, séances essentiellement ciblées sur la non discrimination de la personne séropositive mais aussi sur les programmes d'échange de seringues en insistant particulièrement sur la situation en prison. Ces séances 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.

Les migrants

En plus des sorties du Dimps ciblant les demandeurs d'asile du foyer Don Bosco et du foyer pour femmes de Rédange/Attert, ce sont les migrants lusophones qui ont principalement bénéficié de la prévention cette année 2011. Tout d'abord, « la primeira banda desenhada amorosa destinada as mulheres et os homens » a été publiée. Cette bande dessinée comprend une histoire relative à l'infection au VIH destinée aux hommes, mais également une histoire destinée aux femmes. Cette

bande dessinée a commencé à être distribuée lors d'évènements ciblant la population portugaise.



Une pièce de théâtre à destination de la population lusophone a également été créée. Cette pièce, sous forme de théâtre-action a été présentée 3 fois dans différentes régions du pays (Sud, Nord et Centre). Près de 150 personnes ont assisté aux représentations qui étaient gratuites. La pièce de théâtre présentait des situations quotidiennes de personnes vivant avec le VIH et les spectateurs étaient ensuite invités à « rejouer » la pièce afin d'améliorer la situation présentée. Cette pièce était modérée par une collaboratrice de l'Aidsberodung.

The page is a layout for an article titled "Uma outra forma de explicar o HIV" (Another way to explain HIV). The headline is in large, bold blue letters. Below it, a sub-headline reads: "Vários têm sido os formas de explicar o que é o HIV e o flagelo deste 'vírus papão' que não assombra classes sociais, nem é exclusivo de transdependentes, homossexuais ou prostitutas." The page contains several photographs: a man and a woman standing together, a group of people in a social setting, and a man and a woman sitting under a large umbrella. There are also columns of text, including a large blue letter 'T' at the start of a paragraph, and a small section titled "Realidade é falar das coisas" (Reality is talking about things).

Les gays/MSM

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont également été une priorité de la prévention en 2011.

Tout d'abord 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, un groupe de prévention gay a été créé avec comme objectif d'intensifier les actions de prévention dans le milieu gays et ce, en commençant par recruter des bénévoles qui apporteraient une expérience supplémentaire à la prévention.

Plusieurs annonces ont été mises en ligne sur le site gayromeo ainsi que sur Facebook ou encore le Luxbazar, annonces insistant principalement sur l'importance du dépistage et sur la présence du Dimps.

Des articles traitants de pratiques à risque dans le milieu gay ont également été écrits pour la brochure éditée par Rosa Luxembourg : La Pie qui Chante.

Enfin, comme chaque année, l'Aidsberodung, en collaboration avec Stop Aids Now, a participé à la Gaymat et ce avec le Dimps. 5 personnes ont d'ailleurs profité de l'offre du Dimps durant la journée.



5. Education sexuelle et prévention du SIDA en milieu scolaire

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 11ème 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, de la Cinémathèque de la Ville de Luxembourg, de la maison des Jeunes Hesper, et de l'Aids-Berodung de la Croix-Rouge.

570 élèves, accompagnés par les titulaires des classes, ont participé au festival du film qui s'est proposé de sensibiliser les jeunes à différents problèmes actuels à travers le média cinématographique (long-métrage, documentaire), le tout 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 : violence et amok - guerre : réalité et jeux vidéo - violence et préjugés - suicide - social networks et leurs risques - jeunesse et Sida - jeunesse et rébellion.

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 2011, 60 jeunes des Lycée Josy Barthel Mamer, Athénée Luxembourg, Lycée du Nord Wiltz, Lycée technique des Arts et Métiers, Ecole Européenne et Lycée technique d'Esch ont été formés pour animer le Parcours Roundabout Aids.

En plus, 61 jeunes ont suivi une mise à jour de leur formation pour animer le Parcours Roundabout Aids.

En tout 2385 jeunes ont participé au parcours.

2. **Actions ponctuelles**

2.1. Spectacle « Si d'aventure la vie »

En 2011, le service SCRIPT, en collaboration avec les Services Aidsberodung de la Croix-Rouge et le Ministère de la Santé a cofinancé le spectacle « Si d'aventure la vie » et 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. Des 4 formations proposées, deux ont eu lieu avec cependant 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-attraction

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.

6. Prévention et dépistage

Le Comité de Surveillance du SIDA a toujours admis que l'épidémie peut être freinée par des mesures volontaires et par la responsabilisation de l'individu. Toutes les actions entreprises pour endiguer l'épidémie de HIV/SIDA doivent respecter les droits de la personne humaine (respect de styles de vie différents, d'orientations sexuelles différentes, non-discrimination). A part les tests obligatoires pour les dons de sang, de sperme et d'organes, le Comité de Surveillance du SIDA considère que le test doit être offert sur une large échelle sur base volontaire, confidentielle, gratuite, et – si désiré – anonyme. Cependant quelques nouveaux concepts sont à intégrer dans cette attitude « time-honored » ! D'abord ce lui du TasP : Treatment as Prevention. On sait depuis l'expérience suisse que les patients prenant consciencieusement leur traitement et ayant une charge virale indétectable et en l'absence d'autres infections sexuellement transmissibles, ne transmettent quasiment plus le HIV. Or pour traiter il faut savoir qui est infecté. On estime que 200-300 personnes à Luxembourg vivent avec le HIV sans le savoir. On sait aussi que la majorité des nouvelles contaminations se font à partir d'une part des personnes récemment infectées et donc fortement virémiques et d'autre part à partir de ce pool de porteurs du virus et qui l'ignorent. Il faut donc dépister tôt et dépister largement, de façon ciblée dans les populations à forte prévalence et forte transmission et de façon non ciblée pour le grand public. Ceci est mieux expliqué dans l'éditorial.

Un autre concept ou plutôt un nouvel outil, ce sont les TDR, les tests de dépistage rapides, permettant de rendre un résultat dans la même séance que le counseling pré-test.

Ceci se fait déjà dans le cadre du DIMPSS auprès des populations ciblées - hommes aimant les hommes (HSH), usagers de drogues, travailleurs/euses du sexe, demandeurs d'asile et sera étendu à d'autres sites prochainement : le centre de l'Aidsberatung pour commencer, les nouveaux sites de dépistages à Ettelbruck et Esch par la suite et de façon ponctuelle.

Pour le dépistage grand public, le concept est de « normaliser » le dépistage HIV, de le faire considérer comme une analyse comme les autres, en matière de médecine préventive, et de le proposer donc largement lors de prises de sang faites pour d'autres raisons, tout comme on demande une glycémie ou un dosage de cholestérol.

Le frein au dépistage précoce n'est pas seulement le patient qui est réticent à se faire dépister ! Ce serait même plus souvent les médecins et soignants qui n'osent pas en parler, qui n'abordent pas spontanément les questions liées à la vie sexuelle et affective de leurs patients, même si ceux-ci consultent avec des maladies sentinelles comme des dermatoses mal expliquées et bien d'autres.

Dans quelques années nous pourrions dire si cette stratégie aura été payante, par d'abord une augmentation des dépistages pendant deux ans et ensuite, du moins nous l'espérons, par un dépistage plus précoce, se traduisant par des CD4 moins abaissés au moment du diagnostic et finalement par une diminution du nombre de nouveaux diagnostics annuels.

A nous maintenant de mettre cette nouvelle politique de dépistage en musique, en respectant toujours la base volontaire mais en proposant beaucoup plus systématiquement le dépistage à tous nos patients.

Tests effectués en 2011 par tous les laboratoires :

2011: 62.728 dont 5.043 tests anonymes.

7. 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. Je vous invite à consulter les rapports d'activités des structures respectives pour des renseignements complémentaires.

Pendant l'année 2011, les deux services spécialisés en toxicomanie, Kontakt28 et Tox-In (Abrigado) ont eu des heures d'ouvertures complémentaires jusqu'au 1 avril 2011.

Le Kontakt28 a ouvert ses portes entre 9.00 hrs et 13.00 hrs, alors que le Tox-In (Abrigado) a assuré des permanences de 3 jours/sem. entre 13hrs et 20hrs et 3 jours/sem. entre 7.45 hrs et 14.45 hrs.

Au niveau des échanges de seringues, le nombre total de seringues distribuées a diminué: 231.054 contre 300.241 en 2010.

TABLEAU 1:
Distribution et vente de seringues stériles 2006 - 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Centres de distribution	304.315	267.244	228.079	268.321	300.241	231.054
Distributeurs de seringues	28.032	21.103	20.735	13.353	8.109	5.169
TOTAL	332.347	288.347	248.814	281.674	308.350	236.223

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

Au guichet d'échange de seringues, le service Drop-In de la Croix-Rouge a compté en 2010 5.707 contacts (2010 = 3.006 contacts), dont 1.057 femmes et 4.662 hommes. La clientèle a de nouveau presque doublé entre 2010 et 2011.

Les passages au K28 ont baissé considérablement, cause liée aux heures d'ouvertures réduites.

La diminution du chiffre des seringues distribuées sera analysée ensembles avec les professionnels des différents services.

<i>Centre spécialisé</i>	<i>Passages/ Contacts</i>	<i>Seringues distribuées</i>	<i>Retour seringues</i>
JDH Kontakt 28	14.411 (27.769)*	27.633 (42.954)*	19.944 = 72% (42.524 = 99%)*
DROP-IN	5.707 (3.006)*	33.195 (28.578)* □	30.212 = 91% (27.193 = 95%)*
TOX-IN Service de jour service de nuit	76.258 (79.216)* 62.925 13.333	134.465 (171.602)*	127.534 = 96% (159.481 = 92%)*
TOX-IN Salle de consommation	26.929 (33.108)*	35.761 (44.830)*	35.761=100% (44.830=100%)*

**les chiffres entre parenthèses se rapportent à l'année 2010*

TABLEAU 3:
ESCH/ALZETTE: contacts/échange de seringues

Le nombre de contacts/visites s'élève à 5,867 en 2011 (6.331 en 2010). Une légère diminution se remarque et s'explique principalement par le changement des horaires d'ouverture. En effet, les clients travaillant le matin ne peuvent plus fréquenter notre salle bas-seuil, vu la fermeture dès 12.00 h depuis juillet 2009.

Le nombre de seringues stériles distribuées s'élève à 10.635 pour l'année 2011 (12.277 en 2010). En ce qui concerne les retours de seringues, un nombre 8.524 de seringues a été comptabilisé (23.400 en 2010). On constate une nouvelle diminution du nombre de seringues échangées, probablement dû au manque de possibilités d'échanger les seringues au sein de notre structure. Rappelons que la JDH reste le seul service de la région du sud qui propose un service d'échange de seringues.

<i>Centre spécialisé</i>	<i>Contacts</i>	<i>Seringues distribuées</i>	<i>Seringues retournées</i>
JDH ESCH	5.867 (6.331)*	10.635 (12.277)*	8.524 (23.400)*

TABLEAU 4:
Les distributeurs de seringues (vente)
(Emplacement: Luxembourg, Esch/Alzette, Ettelbrück, Dudelange = hors service)

La vente de seringues par le biais des distributeurs a encore une fois diminué en 2011.

Le distributeur de Dudelange était hors fonction toute l'année 2011. 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
2011	5.169
2010	8.109
2009	13.353
2008	20 735
Lieu	Seringues stériles vendues 2011
Luxembourg	2.835 (3.732)*
Esch-sur-Alzette	927 (3.513)*
Dudelange	0 (21)**
Ettelbrück	1407 (843)*
Total	5.169 (8.109)*

* les chiffres entre parenthèses se rapportent à l'année 2010

** le distributeur de Dudelange était hors service en 2011 et les distributeurs de Luxembourg et Esch étaient passagèrement en panne

8. SIDA et Égalité des chances

Par arrêté ministériel du 4 novembre 2011, le ministère de l'Égalité des chances est représenté au sein du Comité de surveillance du SIDA. Le MEGA poursuit un double objectif à travers la participation aux travaux du Comité :

- Le phénomène de la prostitution relève de la compétence du ministère de l'Égalité des chances. L'accord de coalition 2009-2014 prévoit en effet au chapitre relatif au ministère de l'Égalité des chances sous le point d) que le gouvernement « fera (...) un suivi scientifique du phénomène de la prostitution pour connaître l'évolution de la prostitution au niveau national et local. ». Or, la prostitution est un milieu qui est particulièrement exposé aux maladies sexuellement transmissibles, dont le HIV/SIDA. Les efforts dans le domaine de la prévention et de l'accès aux soins médicaux est donc d'une importance fondamentale si on veut lutter d'une manière efficace contre la propagation du virus du SIDA.

Le ministère poursuit actuellement une double approche, à savoir, d'une part, mener des consultations à l'étranger (notamment dans les pays avoisinants) afin d'échanger des exemples de bonne pratique au niveau de l'encadrement médical et psychosocial au bénéfice des prostitué(e)s. D'autre part, sur base des conclusions de ces visites de travail et des consultations menées avec des acteurs actifs dans la prostitution au Luxembourg (Police Grand-Ducale, DROP-IN etc...), le MEGA veut mettre sur pied un concept global pour le milieu luxembourgeois de la prostitution englobant des mesures améliorant les conditions de travail au niveau des soins médicaux et psychosociaux.

Il y a lieu de noter que le service DROP-IN de la Croix-Rouge est conventionné avec le ministère de l'Égalité des chances.

Le plan d'action 2011-2015 prévoit entre autres une étude approfondie sur le milieu de la prostitution au Luxembourg. Dans le cadre des discussions budgétaires pour le budget de l'Etat de l'exercice 2012 au sein du Conseil de gouvernement, le budget pour la réalisation de cette étude n'a pas été accordé. Il n'est pas exclu que le ministère plaide à nouveau pour les fonds nécessaires dans le budget du MEGA de l'exercice 2013.

La notion 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 de l'Égalité des chances dans une optique plus différenciée du « genre » relative aux spécificités et aux besoins spécifiques des femmes et des hommes. Quelles sont les voies d'infection du HIV pour les hommes et les femmes ? Doit-on sensibiliser différemment selon les deux

sexes ? Est-ce que la prise en charge médicale et psychosociale des femmes atteintes du HIV/SIDA est (doit être) une autre que celle appliquée aux hommes ? Est-ce que les situations de vie des femmes et des hommes touchés par le virus sont différentes demandant une prise en charge plus focalisée sur les besoins spécifiques des deux sexes ? Par notre participation aux travaux du Comité de surveillance, ainsi qu'au suivi de la mise en œuvre du plan d'action nous essayerons de trouver ensemble des réponses à ces questions.

9. dropIn de la Croix-Rouge

La mission

Le dropIn est un dispensaire pour sexworkers qui propose un soutien et un suivi médical, social, psychologique et matériel. Le service s'investit contre l'exclusion sociale des prostituées et organise des campagnes de prévention à la santé et de vaccination.

Le dropIn est ouvert à toute femme prostituée, travestie ou transsexuelle, professionnelle, occasionnelle ou encore toxicomane, sans distinction de nationalité, de statut (légal ou illégal) ou d'âge.

Espace sûr, neutre et anonyme, le dispensaire a une approche non directive, c'est-à-dire qu'il respecte sans jugement moral les choix de vie des personnes. Le dropIn est ouvert pour toute personne qui travaille dans la prostitution mais aussi pour celle qui vient de débiter ou qui veut sortir du milieu.

L'écoute des bénéficiaires est au cœur du travail de l'équipe, dont découle la prise en charge personnalisée des bénéficiaires. Les services offerts au dropIn sont gratuits et à côté du matériel de prévention distribué gratuitement, les bénéficiaires peuvent acquérir ce dernier avec une participation.

Le service

Le service dispose de l'équipement nécessaire pour que les sex workers puissent communiquer, se reposer, cuisiner, faire leur toilette, laver leur linge ou se changer (ex : cafétéria, téléphone, micro-ondes, douches, prêt de serviettes et de produits de toilette, machines à laver, vestiaires, etc.). Ils peuvent y recevoir quotidiennement du matériel de prévention (préservatifs, lubrifiants, tampons vaginaux) et hebdomadairement des lingettes et des sous-vêtements (3 720 paquets de lingettes).

Le dropIn dispose d'un guichet d'échange de seringues. 33 195 seringues ont été échangées en 2011. Le service informe et conseille sur le matériel disponible et fait également de la prévention.

L'équipe du dropIn s'est rendue plusieurs fois par semaine dans la rue effectuant ainsi 257 streetworks en 2011.

Endéans 2011 elle a vu au total 666 clientes différentes au sein du dispensaire et dans la rue.

Le fonctionnement du cabinet médical est assuré par la présence quotidienne d'une infirmière et par une équipe de 6 médecins qui ont assuré à tour de rôle 48 permanences les mercredis de 20 à 22 heures.

L'activité du cabinet médical est principalement basée sur les dépistages des infections sexuellement transmissibles, la contraception et la vaccination contre l'hépatite B et tétanos.

Deux clients ont été dépistés positifs pour le VIH en 2011, et 8 pour l'hépatite C.

10. Rapport sur le travail effectué en milieu pénitentiaire durant l'année 2011 en vue de prévenir l'infection par le HIV

1. Epidémiologie

Le test de dépistage du HIV 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. Ce test est volontaire et accepté par plus de 95% des détenus. Une séance de counselling par un(e) infirmier(ière) a lieu avant le test.

En 2011 766 tests ont été effectués pour dépister une infection à HIV. 12 tests ont été positifs. Il s'agit de 10 hommes et de 2 femmes.

4 hommes sont positifs pour le HIV et l'hépatite C, parmi eux 3 sont ou ont été des consommateurs connus de drogues par voie intraveineuse.

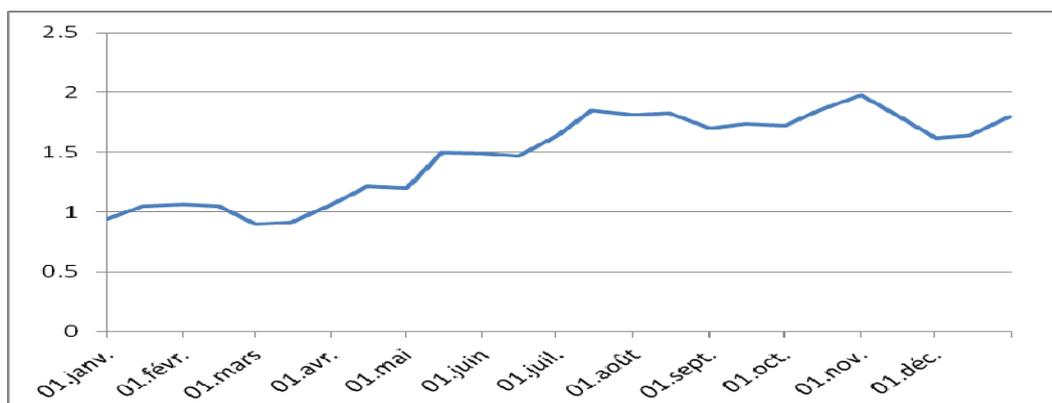
Les 8 autres personnes ne présentent pas d'hépatite C et aucune n'est connue pour avoir consommé des drogues par voie intraveineuse.

En 2011 deux hommes ont été testés positifs à HIV pour la première fois au CPL. Ils ne présentaient pas d'hépatite C. Il n'y avait pas de notion de consommation de drogues par voie intraveineuse. Ils ne se sont pas infectés pendant leur séjour en prison.

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

Le 31 décembre 2011 16.34% des détenus présentaient une hépatite C, 1,35% étaient porteurs de l'Ag HBS (hépatite B contagieuse), 0.15% présentaient une co-infection des hépatites B et C. 1.35% étaient positifs pour le VIH et 0.45% avaient une co-infection au VIH et à l'hépatite C.

Evolution du taux de prévalence du VIH dans les établissements pénitentiaires en 2011 (en %)



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.

A l'exception des mineurs, des personnes qui restent moins de 24 heures au Centre Pénitentiaire et des gens qui se trouvent au CPL en attendant leur éloignement (la prescription d'une substitution est tout à fait exceptionnelle pour ces groupes de personnes) 24% des personnes incarcérées à Schrassig en 2011 et 11% des personnes incarcérées à Givenich en 2011 ont bénéficié d'un traitement de substitution.

Au CPL 80 personnes par jour en moyenne recevaient un traitement de substitution en 2011. Au CPG il s'agissait de 5 personnes par jour en moyenne.

Le nombre de patients qui ont suivi un traitement de substitution en 2011 au CPL était de 220 personnes et au CPG de 20 personnes.

Au CPL 181 personnes ont pris la méthadone dont 17 ont également pris de la Suboxone®. 39 personnes ont pris uniquement de la Suboxone®.

Au CPG 16 détenus ont pris la méthadone, 4 détenus ont pris la Suboxone®.

La dose moyenne pour la méthadone a été de 23mg par jour, les doses extrêmes étaient de 2,5mg et de 60mg.

La dose moyenne pour la Suboxone® a été de 8,3mg par jour, les doses extrêmes étaient de 1mg et de 24mg.

La durée moyenne du traitement de substitution en 2011 a été de 132 jours.

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

95 patients ont arrêté le traitement de substitution pendant leur incarcération. 6 patients sous traitement de substitution ont été transférés du CPL vers le Centre pénitentiaire de Givenich.

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

12 personnes substituées ont été élargies et réincarcérées durant l'année 2011.

3. L'échange de seringues en milieu carcéral

Depuis le mois d'août 2005 un programme officiel d'échange de seringues pour les détenus toxicomanes a débuté au Centre pénitentiaire de Schrassig. Le détenu demandeur écrit une lettre à un médecin de la prison qui après une consultation lui fournit un étui contenant deux seringues à insuline. Les seringues peuvent être échangées dans l'infirmerie par le personnel soignant.

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

L'échange de seringues est accompagné d'une séance de counselling à l'infirmerie, pendant laquelle l'infirmier/ière donne des informations supplémentaires sur l'utilisation de matériel propre.

En 2011 30 étuis ont été distribués et 440 seringues ont été échangées. Le 31 décembre 2011 25 étuis étaient en circulation au CPL.

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

Au Centre pénitentiaire de Givenich l'échange de seringues est possible selon le même protocole qu'à Schrassig. Mais depuis le démarrage du programme d'échanges de seringues aucune demande de participation ne nous est parvenue.

Suites à de multiples réunion de différents membres du service médical (somatique et psychiatrique) entre autre avec la UNODC, le programme sera étudié. Des changements sont prévus pour 2012.

4. L'accès aux traitements et au suivi médical

L'accès aux traitements et au suivi médical est garanti. Selon le principe de l'équivalence qui dit que chaque détenu a les mêmes droits concernant le suivi médical qu'une personne non incarcérée, le suivi et les traitements sont offerts comme à l'extérieur de la prison, ceci pour les deux prisons.

Dr. Vic ARENDT, médecin-spécialiste du CHL offre une consultation médicale toutes les deux semaines au CPL. Chaque détenu qui est porteur du VIH, est automatiquement convoqué en consultation après le premier bilan sanguin qui est prescrit par le médecin-généraliste lors de la visite d'entrée au CPL.

Une personne qui n'est pas au courant de sa séropositivité en est informé par le médecin-généraliste dès réception du résultat (en principe endéans 3 jours suivant l'incarcération). Une 2^e analyse de sang avec bilan approfondi est réalisé à l'immédiat. L'infirmier référent prend contact au plus vite avec la personne concernée pour un entretien d'informations et de soutien moral.

La première visite chez le médecin-spécialiste est proposée après au plus tard 6 semaines après la découverte de la séropositivité.

Une analyse de sang est proposée tous les 3 mois avec visite chez le médecin-spécialiste après réception des résultats.

Une vaccination contre la pneumonie est proposée tous les 5 ans.

Les femmes séropositives sont vues tous les 6 mois par un médecin-spécialiste en gynécologie.

Un examen d'échographie et de Fibroscan® sont réalisés une fois par an. Le RISK-score est calculé annuellement.

Si un traitement s'avère nécessaire, il est offert. En principe, il n'est pas refusé par les détenus. Les médicaments proviennent du CHL et sont distribués quotidiennement ou hebdomadairement.

Chaque détenu se voit proposer d'entrer en contact avec le service de l'Aidsberodung de la Croix-Rouge, les membres ayant un statut d'intervenant externe.

Lors de la libération, un détenu reçoit une fiche de suivi, le traitement (si besoin) pour une à deux semaines, une fiche pharmaceutique avec le traitement à la sortie et les papiers les plus importants.

En 2011, 9 personnes ont suivi un traitement antirétroviral en prison. Tous les frais sont pris en charge par le Ministère de la Justice.

5. Le travail de prévention en prison

a) Les séances d'informations

Le travail de prévention en prison est fait par le service médical ensemble avec le Programme TOX du CHNP et le Service de l'Aidsberodung de la Croix-Rouge. Chaque détenu qui entre à la prison de Schrässig est invité endéans les premières deux semaines de son incarcération à participer à deux séances d'informations sur les hépatites (séance assurée par 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). Une évaluation des connaissances a lieu avant et après les séances. Les résultats montrent une nette augmentation des connaissances (de 60.8 à 85.4% pour les hépatites et de 71.6 à 93.3% pour le VIH / SIDA).

De plus, les détenus peuvent demander au Programme TOX des entretiens individuels pour avoir plus d'informations sur les différentes maladies.

En 2011 75 séances regroupant 350 détenus ont eu lieu. 132 détenus ont demandé 201 entretiens individuels.

Le service médical en collaboration avec l'Aidsberodung propose des séances d'informations obligatoires aux gardiens, vu qu'un grand nombre est mal ou non informé sur les hépatites et le VIH, ce qui provoque régulièrement des situations de panique. En 2011, 50 gardiens ont suivi ces formations.

b) Le projet Info-Test

Les détenus sont, si possible, convoqués trois mois après leur incarcération, pour leur offrir une séance d'informations sur les maladies transmissibles et la prévention ainsi qu'un test rapide pour le VIH / SIDA et l'hépatite C. De même, un détenu intéressé peut demander une telle séance qui est faite par un(e) infirmier/infirmière du service médical ou du Programme TOX. 40 détenus ont profité de cette offre en 2012, aucun test n'a donné un résultat positif.

c) 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, depuis le mois de décembre, à chaque participant après la séance d'information.

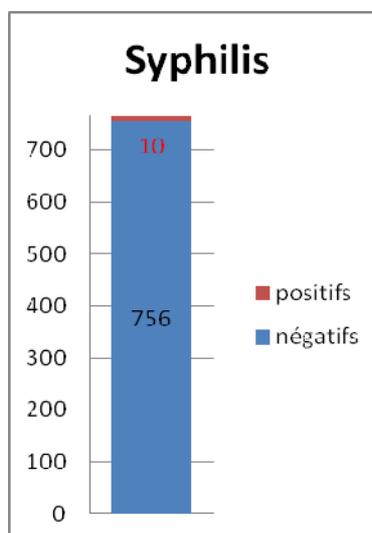
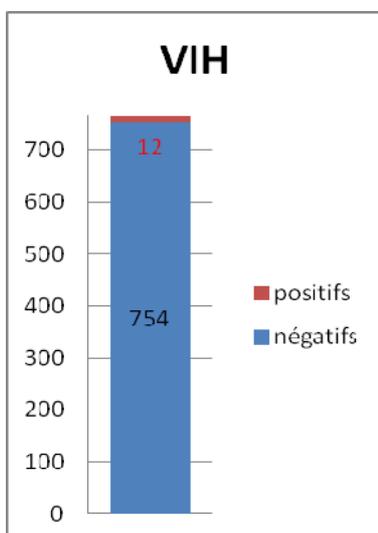
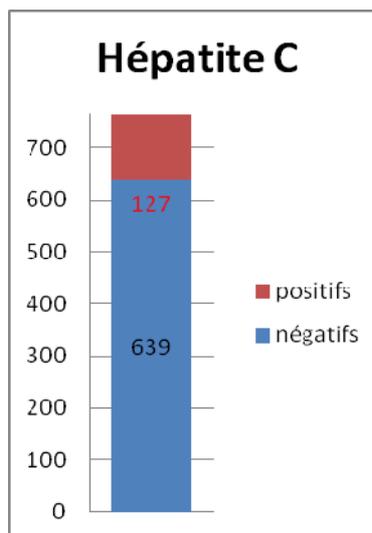
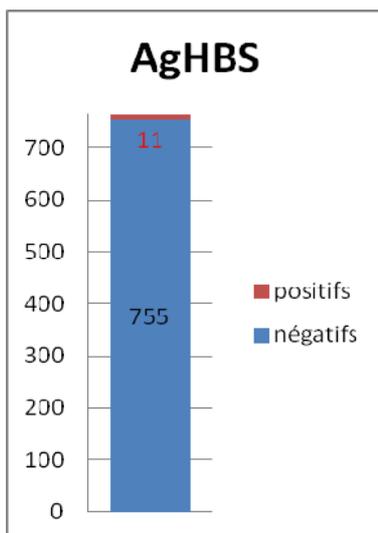
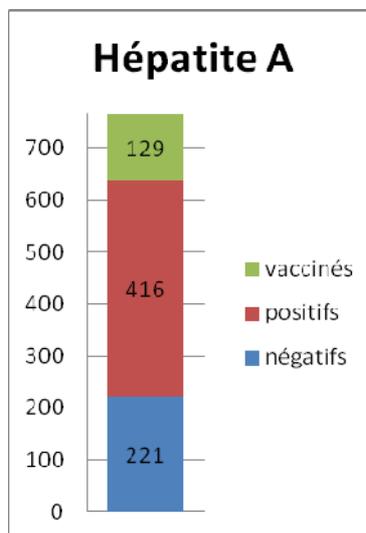
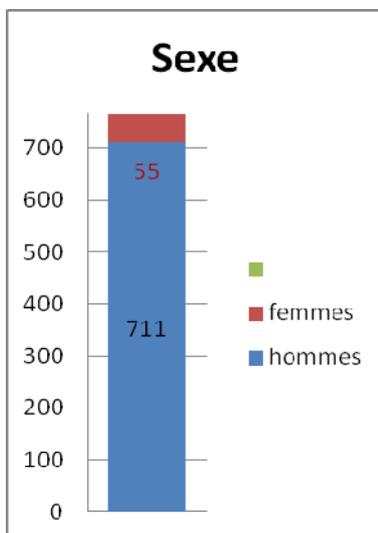
Actuellement, la brochure n'existe qu'en langue allemande, des brochures en d'autres langues (allemand, anglais, portugais, arabe, russe, ...) sont en préparation.

d) Le Forum Prévention

Le Programme Tox, en collaboration avec la COMATEP (consultation infirmière pour maladies transmissibles) du service médical, a organisé le premier forum prévention au CPL. Lors de ce Forum, différentes institutions luxembourgeoises ont présenté sous forme de stands leurs services, ainsi que les informations nécessaires en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Les institutions ayant pris part à ce Forum étaient l'Aidsberodung de la Croix Rouge luxembourgeoise, le service des maladies infectieuses du CHL, la Jugend-an Drogenhëllef, le Centre de Prévention des Toxicomanies, les services infirmiers des deux centres pénitentiaires.

C'est ainsi que le 3 décembre 2011, les détenus du CPL disposaient d'une bonne heure pour découvrir les différents stands proposés, savoir comment se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles et participer à un quiz pour tester leurs connaissances. Les bons résultats à ce quiz permettaient de remporter un cadeau. Les détenus avaient également la possibilité de faire un test de dépistage rapide (VIH et hépatite C). 84% des participants ont profité de cette offre. Aucun test n'a donné un résultat positif. Des actions de communication ont également été organisées la semaine précédant le Forum Prévention. Des affiches et des panneaux contenant des messages de prévention et d'anti-discrimination ont été mis en place sur des lieux de grand passage de détenus. Le film « House of Boys », réalisé par le luxembourgeois Jean-Claude Schlim en 2011 a été diffusé sur le réseau interne des télévisions du CPL. Ce film traite de l'image et de la discrimination de la personne infectée par le virus du SIDA.

Résultats des sérologies des hépatites virales B et C, de l'infection VIH et de la syphilis pratiquées dans les prisons luxembourgeoises en 2011
(total des personnes : 766)



11. Prise en charge médicale

Depuis 1996, des médicaments anti-rétroviraux puissants sont à notre disposition (actuellement plus de 30), et leur association, au moins 3 - d'où le nom de trithérapie, a permis de baisser considérablement la mortalité dans les pays qui peuvent financer ces traitements chers. Même si jusqu'à présent aucun de ces antirétroviraux ne permet d'éliminer HIV du corps humain, c'est-à-dire de guérir les patients, ils permettent souvent une réduction maximale de la charge virale et une remontée des CD4 Helper-cells.

Depuis 2008, 2 nouvelles classes d'antirétroviraux sont commercialisées et permettent une nouvelle approche et d'élargir nos possibilités thérapeutiques.

Nous disposons aussi maintenant d'un produit qui contient en une seule capsule 3 anti-rétroviraux différents.

Si le virus d'un patient est sensible à ces 3 antirétroviraux, une seule pilule par jour suffit alors pour assurer un traitement adéquat.

Une nouvelle association à dose fixe sera disponible pour 2012.

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.

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

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

Les recommandations de début de traitement sont entrain de changer.

L'International AIDS Society-USA recommande maintenant de débiter les traitements plus tôt, c'est-à-dire lorsque le taux de CD4 descend en dessous de 500 /ul, même si ce critère n'est pas encore universellement accepté et appliqué ; des études sont encore en cours pour le valider définitivement. Cela risque d'augmenter le nombre de patients nécessitant un traitement antirétroviral à l'avenir.

A Luxembourg en 2011, 573 patients sont suivis de façon régulièrement, parmi ceux-ci, 452 sont sous traitement antiviral, soit 79%.

La contrainte majeure, c'est l'adhérence quotidienne et permanente au traitement : même si la motivation est présente, il n'est pas aisé de prendre un traitement tous les jours, 365 jours sur 365, pendant toute sa vie. Mais prendre les anti-rétroviraux irrégulièrement peut provoquer des résistances du virus à un, à plusieurs et parfois à tous les anti-rétroviraux à notre disposition.

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. Ceci n'exclut pas qu'il y a des problèmes. Outre l'adhérence difficile au traitement, citons comme exemple :

- Un accès parfois trop tardif au traitement :

En 2011, 38% des patients nouvellement diagnostiqués avaient moins de 350 CD4 au moment du dépistage, donc sont à considérer comme diagnostics tardifs et autant d'opportunités manquées.

Opportunités manquées pour un traitement précoce et un gain en morbidité et mortalité mais aussi opportunité manquée en termes de prévention de transmission secondaire.

Les traitements sont accessibles, mais il faut aussi savoir qu'on est infecté.

- Les co-infections :

Il s'agit surtout de l'hépatite C chronique, de l'hépatite B chronique et de la syphilis ; quelques cas également de lymphogranulomatose vénérienne, témoignant d'un relâchement des comportements de safe sex. Là aussi des traitements existent, mais ce sont également des traitements pour lesquels l'adhérence est difficile et qui s'ajoutent donc au traitement déjà contraignant du HIV. Ces traitements durent dans le meilleur cas 6 mois, sinon 12 mois, ou davantage en cas d'hépatite chronique B. Pour l'hépatite C nous disposons maintenant, grâce à un partenariat avec le centre pénitentiaire, du Fibroscan, une méthode non invasive de mesure de la fibrose hépatique, permettant d'éviter dans beaucoup de cas le recours à la biopsie hépatique.

- Les cancers :

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

- Le désir d'avoir des enfants :

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

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

Pour finir, le désir de grossesse, de plus en plus souvent exprimé par nos patients : 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 et le « Swiss Statement », permettant aux couples séro-discordants dont le partenaire infecté à une charge virale indétectable de façon soutenue, sous traitement bien pris et en l'absence d'autres IST d'avoir des rapports non protégés sans risque d'infection du partenaire séronégatif.

Traitement post-exposition :

Le Service National des Maladies Infectieuses du CHL offre ce service post-exposition, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (voir brochure).

En 2011, 86 patients sont venus consulter après une exposition non protégée à un risque de transmission, le plus souvent par voie sexuelle. Ces patients ont bénéficié d'un traitement post-exposition d'une durée de 28 jours.

12. Recherche

1. Recherche en Rétrovirologie

Le Laboratoire de Rétrovirologie, créé en 1991 à l'initiative du Service National des Maladies Infectieuses (Centre Hospitalier de Luxembourg) et du Laboratoire National de Santé, fait actuellement partie du CRP-Santé pour son volet recherche.

Il est dirigé par les Dr Jean-Claude Schmit et Dr. Carole Devaux. En 2011, 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. Trois scientifiques bénéficiant d'une bourse de recherche du Ministère de l'Education Supérieure et de la Recherche (Monsieur Martin Mulinge, Université de Louvain, Monsieur Alain Gras, Université de Liège, Madame Eveline Santos da Silva, Université de Nancy) ainsi que des stagiaires ont complété l'équipe en 2011. Dr. Jean-Claude Karasi, médecin rwandais, bénéficiait d'une bourse du Ministère de la Coopération.

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 au Laboratoire de Rétrovirologie sous la responsabilité du Laboratoire de Microbiologie. Les activités de routine seront reprises en 2012 par le laboratoire de Microbiologie du CHL tandis que les activités de recherche seront effectuées par le Laboratoire de Rétrovirologie du CRP-Santé. 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 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) et Euresist.

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 (ENVA) 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 se finissait en 2010 et 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 2006 à 2009, le Laboratoire de Rétrovirologie faisait également partie du réseau d'excellence européen VIRGIL.

1b) projets en cours

Plusieurs projets de recherche ont été en cours en 2011. Les détails sont disponibles sur le site du CRP-Santé : www.crp-santé.lu. Le laboratoire s'intéresse surtout à la virologie clinique ainsi qu'à l'immunovirologie.

Projets Rwanda.

Le projet de recherche réalisé en collaboration avec le TRAC (Treatment and Research on AIDS Center) et le Centre Hospitalier de Kigali au Rwanda : « programme ESTHER (Entente Solidarité Thérapeutique En Réseau) » a été poursuivi en 2011. Ce programme est actuellement actif au niveau de l'hôpital de district de Rwamagana où il appuie la décentralisation et la gestion de l'hôpital jusqu'en 2013. Les volets clinique et recherche au Rwanda sont financés par le Ministère de la Coopération luxembourgeois et exécutés sur place par Lux-Development. Le Projet RWA023 a été initié en 2010 et soutient la surveillance aux résistances aux antirétroviraux dans le pays en partenariat avec le Laboratoire National de Référence (LNR) à Kigali. Des formations techniques et fondamentales ont été réalisées à Kigali et au Luxembourg pour la mise en place de la technique de séquençage et l'équipe du LNR séquence en routine depuis juillet 2011.

Le Dr Karasi a réalisé dans le cadre de son sujet de thèse « étude géno/phénotypique des résistances HIV de génotype A et validation d'un algorithme spécifique au génotype A » une étude portant sur deux types de cohortes rwandaises dans 8 formations sanitaires en milieu urbain et en milieu rural : une première cohorte rétrospective composée de 1824 patients ayant déjà reçu un traitement antirétroviral depuis au moins 12 mois et une seconde cohorte prospective de 840 patients dépistés VIH+ suivie pendant une période de deux années. Les données de réponse virologique/immunologique ont été présentées en 2009 à l'European HIV Drug Resistance Workshop et les données épidémiologiques et de résistance à l'International HIV and Hepatitis Virus Drug Resistance Workshop en 2010. Les succès de deux premières lignes de traitement antirétroviraux issues des programmes nationaux rwandais 2009/2010 et 2010/2011 ont été comparés et seront présentés à l' « International AIDS Conference » en juillet 2012. Les manuscrits ont été soumis ou sont en cours de rédaction ainsi que la thèse de doctorat du Dr Karasi qui sera défendue en 2012.

Dans le cadre de ce projet, monsieur Alain Gras, étudiant PhD, a identifié de nouveaux polymorphismes génétiques de l'enzyme CYP2B6 dans la population rwandaise altérant l'activité catabolique de l'enzyme qui pourrait modifier les concentrations plasmatiques de traitement antirétroviraux et entraîner des problèmes de toxicité chez les patients. La collaboration avec les programmes HIV de MSF continue sur les méthodes de diagnostic précoce chez les nourrissons en provenance du programme MSF de Guinée Conraky. Le laboratoire a comparé les performances de deux méthodes de PCR en temps réel de mesure de la charge virale sur 542 échantillons provenant du Luxembourg et du Rwanda et a montré l'incertitude de ces deux techniques pour les faibles charges virales. Il a également évalué et mis en place deux techniques de séquençage pour la mesure de la résistance aux inhibiteurs d'intégrase et pour la détermination du tropisme HIV-1 afin d'initier un traitement au maraviroc, inhibiteur du récepteur CCR5.

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

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 : 180 présentations ont eu lieu à des congrès scientifiques internationaux de 1992 à 2011 dont 9 en 2011.

Publications du Laboratoire de Rétrovirologie (détails : voir site du laboratoire : <http://www.crp-sante.lu>): 86 articles ont été publiés dans des revues scientifiques de 1997 à 2011 dont 18 en 2011.

2. 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 2010 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 cardio-vasculaires.

Au Luxembourg 117 patients sont suivis actuellement dans cette étude.

Actuellement nous recrutons 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 télaprevir 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.

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 36 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 26 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. 6 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 13 patient sont inclus dans ce projet.