



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

Stratégie et plan d'action nationaux en matière de lutte contre le VIH/sida 2011 -2015

Ministère de la Santé
Grand-Duché de Luxembourg

A. Stratégie nationale en matière de lutte contre le VIH/sida 2011-2015

Ministère de la Santé
Grand-Duché de Luxembourg

Adresse: Villa Louvigny – Allée Marconi
L – 2120 Luxembourg

Sommaire

A.1 Introduction	6
A.2 Aperçu de la situation actuelle	8
A.2.1 Epidémiologie	8
A.2.2 Dispositions légales et réglementaires	12
A.3 Historique de la lutte contre VIH/sida au Grand-Duché de Luxembourg	12
A.4 Aspects budgétaires	16
A.5 Analyse des besoins	17
A.6 Objectifs	17
A.6.1 Objectifs généraux	17
A.6.2 Objectifs spécifiques	18
A.7 Domaines d'intervention	19
A.7.1 Coordination nationale	19
A.7.1.1 Principaux acteurs impliqués	20
A.7.1.2 Instances et mécanismes de coordination	22
A.7.2 Mesures de prévention	22
A.7.2.1 Prévention en population générale	23
A.7.2.1.1 Information grand public	23
A.7.2.1.2 Distribution et mise à disposition de préservatifs	24

A.7.2.1.3 Accès aux offres de dépistage	24
A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables	29
A.7.2.2.1 Les enfants et la transmission mère-enfant	29
A.7.2.2.2 Les jeunes	29
A.7.2.2.2.1 Milieu scolaire	30
A.7.2.2.2.2 Milieux associatifs	31
A.7.2.2.2.3 Milieux récréatifs et festifs	31
A.7.2.2.3 La prise en considération du facteur genre	32
A.7.2.2.4 Les populations MSM/WSW	32
A.7.2.2.5 Les populations hétérosexuelles à risque	33
A.7.2.2.6 Les sex workers	33
A.7.2.2.7 Les usagers de drogues	34
A.7.2.2.7.1 Echange de matériel d'injection et safer use	35
A.7.2.2.7.2 Traitement de substitution	35
A.7.2.2.7.3 Offres bas-seuil de réduction des risques	36
A.7.2.2.7.4 Recherche épidémiologique appliquée à la population d'usagers de drogues	37
A.7.2.2.8 La population migrante	37
A.7.2.2.9 Groupes cibles de résidents d'origine étrangère	39
A.7.2.2.10 La population carcérale	39
A.7.2.2.11 Post Exposure Prophylaxis (PEP)	41
A.7.2.2.12 Formations en prévention ciblant les groupes vulnérables	42
A.7.2.3 Prévention interactive : Face to face	42
A.7.2.4 Lutte contre la discrimination	43
A.7.2.5 Collaboration avec les médias	43
A.7.3 Accès au traitement médical	45
A.7.3.1 En milieu hospitalier et en médecine générale	45
A.7.3.2 En milieu carcéral	47
A.7.4 Prise en charge psychosociale	47
A.7.4.1 Les associations spécialisées	48

A.7.4.1.1	Le secteur conventionné	48
A.7.4.1.2	Le secteur non-conventionné	49
A.7.5	Offres d'hébergement, de logement et de réinsertion	49
A.7.6	Activités de recherche	50
A.7.7	Assurance qualité et évaluation	51
B.1.	Plan d'action national en matière de lutte contre le VIH/sida 2011 –2015	52

Bibliographie

A.1 Introduction

L'ONUSIDA estimait qu'à l'échelle mondiale le nombre total de personnes vivant avec le virus VIH en 2009 atteignait 33,3 millions [31,4 – 35,3 millions] (ONUSIDA, 2010). Ce chiffre inclut les 2,6 millions [2,3 – 2,8 millions] de personnes qui ont contracté le VIH en 2009. La même année, l'épidémie mondiale du sida a tué quelques 1,8 millions [1,6 – 2,1 millions] de personnes. L'Afrique sub-saharienne reste la région la plus touchée avec à elle seule 1,8 millions [1,6 – 2,0 millions] de nouvelles infections au cours de l'année 2009. Si ces données épidémiologiques demeurent tristement impressionnantes par la dimension des drames individuels et humanitaires qu'elles projettent, il y a lieu de constater toutefois une baisse tangible de la prévalence et de l'incidence de l'épidémie, comparée à la situation observée en 2004. Cependant, le nombre des nouvelles infections au VIH continue à devancer le nombre des personnes sous traitement – pour deux personnes entamant un traitement, cinq autres sont infectées par le virus. Malgré des progrès considérables, la couverture mondiale reste en effet faible : en 2008, seules 42% des personnes qui avaient besoin d'un traitement y avaient accès (contre 33% en 2007).

En 2005, année précédant l'exécution du dernier plan d'action national en matière de lutte contre le VIH/sida (2006-2010), l'incidence des infections VIH équivalait à 0,14 personnes par 1.000 habitants au Grand-Duché de Luxembourg, signant ainsi le début d'une progression globale à partir de 1993. En 2006 s'est amorcée une tendance lente et discontinue à la baisse pour aboutir en 2010 à une incidence de 0,12 nouvelles infections VIH pour 1.000 résidents du Grand-Duché de Luxembourg. Ces observations sont certes encourageantes mais ne doivent pas faire oublier les profondes mutations en termes de perception de la maladie du sida et des comportements à risques favorisés notamment par la fausse impression que grâce aux nouveaux médicaments la guérison ou la quasi-guérison sont désormais possibles. Si depuis 2000 les rapports hétérosexuels représentaient le mode de transmission prépondérant, on a observé au cours des dernières années une recrudescence de la transmission par relations homo- et bisexuelles qui atteint actuellement le même niveau d'importance que les relations hétérosexuelles. Une autre tendance est à voir dans la proportion accrue de ressortissants de l'Europe de l'Ouest parmi les personnes nouvellement infectées par le VIH contrairement aux personnes originaires de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale et plus récemment de l'Afrique sub-saharienne qui témoignent toutefois d'une tendance plus ou moins prononcée à la baisse.

Le Comité de surveillance du sida dénommé ci-après « Comité de surveillance », a été institué par arrêté ministériel du 24 janvier 1984, suite à une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Conformément à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 24 janvier 1984 le Comité a notamment la mission d'informer les professions de santé, le grand public et les groupes cibles sur toutes les questions concernant le VIH/sida. Par ailleurs, le Comité de surveillance est appelé à 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 contribuer à la réponse internationale en matière de lutte contre le VIH/sida.

Le Comité de surveillance est mandaté par le Ministre de la Santé de proposer une stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida et d'élaborer les plans d'action pluriannuels y relatifs. Afin de mener à bien cette mission, le Comité de surveillance s'appuie sur l'expertise multidisciplinaire de ses membres ainsi que sur les conclusions et recommandations de l'évaluation externe du plan d'action 2005-2010¹. Menée par une institution spécialisée néerlandaise (TRIMBOS-INSTITUUT), cet exercice, outre l'évaluation proprement dite des résultats du plan d'action, constituait une analyse critique approfondie des instruments et procédures en place, contribuant ainsi largement à l'élaboration et à l'adaptation de la nouvelle stratégie en matière de lutte contre les VIH/sida (2011-2015).

¹ F Trautmann, R Braam. (2010) Evaluation of the Strategy and Action Plan to combat HIV/AIDS (206-2010) of Luxembourg, Trimbos Instituut, Utrecht.

Les principales conclusions et recommandations de l'évaluation externe peuvent être résumées comme suit :

- De façon générale, le plan d'action 2006-2010 est qualifié de dispositif stratégique couvrant tous les aspects en la matière et présentant un bon équilibre entre continuité et innovation.
- Une collaboration étroite entre le monde associatif, gestionnaires de projets et le Ministère de la Santé ainsi qu'un important support politique et financier de ce dernier ont largement contribué au bilan globalement positif dressé par une instance indépendante d'évaluation (Trimbos Instituut).
- Si la grande majorité des actions prévues a été réalisée (+/- 80%), il est recommandé, dans le cadre d'un prochain plan, de formaliser davantage les engagements des gestionnaires de projets et de formuler une série d'indicateurs de performance afin de mieux pouvoir suivre et évaluer les résultats, voire l'impact des actions futures.
- Le Comité de surveillance sida est perçu en tant qu'instance nationale de coordination active et fonctionnelle. Aussi, pour faire face aux défis futurs, il est recommandé d'élargir son expertise par l'inclusion de nouveaux membres issus de la grande variété de domaines qui touchent à la problématique du VIH/sida. Une définition actualisée des compétences et procédures de consultation et d'avis est jugée opportune par les évaluateurs.
- Le suivi de l'exécution du plan d'action, assuré par le Comité de surveillance et par une coordinatrice technique, est jugé adéquat bien que l'envergure des ressources à disposition devrait être revue à la lumière de l'envergure du plan d'action 2011-2015.
- Une consultation aussi large que possible d'experts et d'acteurs de la société civile devrait être envisagée au moment de l'élaboration de nouvelles stratégies et d'actions.
- L'opportunité d'une approche intégrée, incluant certaines autres maladies infectieuses fréquemment associées (e.g. hépatites) ou d'une stratégie globale en matière de maladies sexuellement transmissibles mériterait d'être soumise à l'analyse critique du Comité de surveillance.
- Accroître l'accessibilité des offres de prévention, de prise en charge et de réduction des risques est décrite comme une des grandes priorités durables. La décentralisation des offres de dépistage gratuit, des campagnes d'information et de prévention plus ciblées et le travail de proximité s'inscrivent en droite ligne des recommandations stratégiques de l'évaluation.
- Bien que le domaine de la recherche clinique et épidémiologique a connu une évolution favorable aux cours des dernières années sur le plan national, il est recommandé de développer davantage ces activités en mettant l'accent notamment sur l'évaluation des mesures mises en place associée à un dispositif d'assurance-qualité harmonisé.

On ne saurait souligner assez que le combat contre le VIH/sida ne se mène pas uniquement à l'échelle nationale. La collaboration et la concertation internationale demeurent indispensables. Aussi, la stratégie nationale en la matière tient pleinement compte des travaux d'ONUSIDA et notamment de la « *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* » adoptée par tous les Etats membres de l'ONU en 2001, du « *Cadre stratégique mondial sur le VIH/sida* » de « l'UNAIDS policy position on Intensifying HIV prevention » publiée en 2005 et plus récemment de « *La stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015* » qui vise à favoriser les progrès mondiaux dans la réalisation des objectifs fixés par les pays en faveur de l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien au VIH à stopper et renverser la propagation du VIH, et à contribuer à l'accomplissement des Objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon 2015. Cette stratégie se décline en trois objectifs principaux : "Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida".

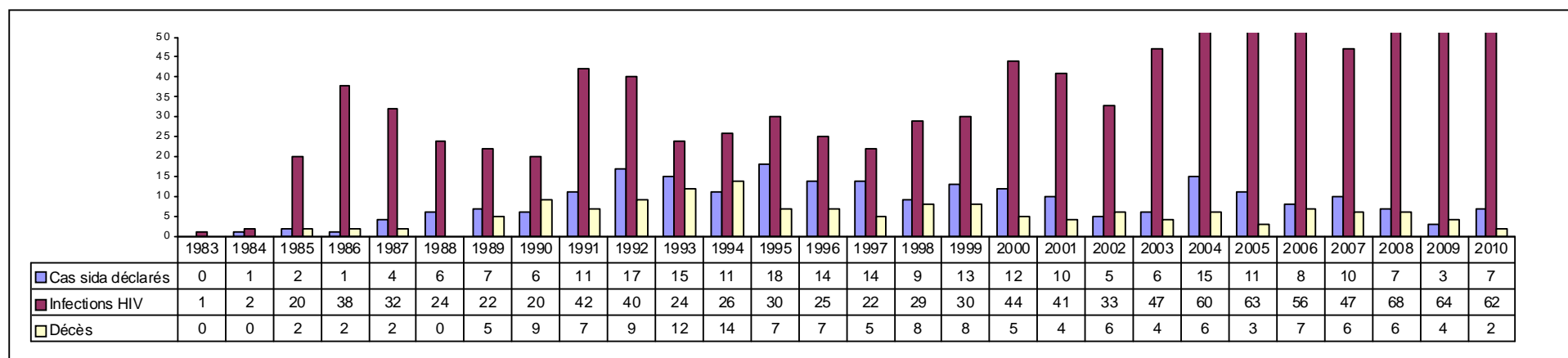
Aussi, le Grand-Duché de Luxembourg est fortement engagé dans la coopération internationale en matière de lutte contre le VIH/sida. Il a financé entre autres le projet ESTHER au Rwanda venu à échéance en 2010, tout comme des projets de lutte contre le SIDA dans des pays cibles tels le Niger, le Burkina Faso et le Mali, le projet VIH/sida de la Croix-Rouge luxembourgeoise sur la vulnérabilité et la prostitution clandestine à Dakar et Mbour au Sénégal ou encore un projet de soutien aux enfants affectés par le VIH/sida au Vietnam. En 2010, le Ministère des Affaires Etrangères et de l'Immigration luxembourgeoise a chargé l'Organisation internationale ENDA Tiers-Monde, basée à Dakar (Sénégal), de mener à bien un projet de prévention et d'intervention en matière de VIH/sida en Afrique de l'Ouest. Le projet en question s'étale sur une durée de 5 années (2011-2015) et couvre les huit pays suivants : Sénégal, Gambie, Guinée-Bissau, Guinée, Cap-Vert, Mali, Burkina Faso et Niger. Le Luxembourg participe également à ONUSIDA et au Fonds Global de Lutte contre le sida depuis ses débuts par une contribution financière annuelle et une participation active à son Conseil d'Administration. Ces efforts sont primordiaux et font partie intégrante de la présente stratégie.

A.2 Aperçu de la situation actuelle

A.2.1 Epidémiologie

De 1983 à 2010, 1.012 personnes (758 hommes et 253 femmes, 1 donnée manquante) ont été diagnostiquées VIH positif dont 243 personnes ont développé le sida et 150 en sont décédées. En 2010, 62 nouvelles infections ont été diagnostiquées au Grand-Duché de Luxembourg.

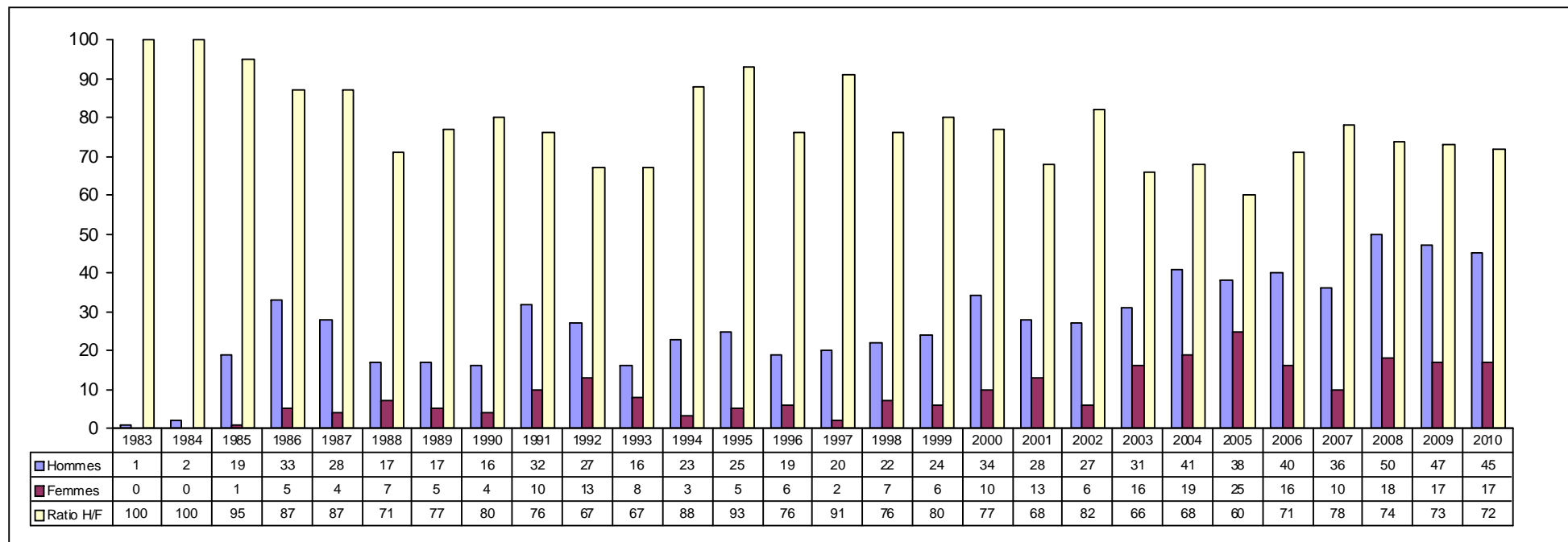
Fig. A.2.1.a Evolution du nombre de cas de VIH/sida et nombre de décès associés (1983-2010)



Source: Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg

Pour ce qui est des nouvelles infections au VIH, les hommes sont largement sur-représentés bien que la proportion de femmes affiche une tendance discontinue à la hausse depuis la fin des années 90.

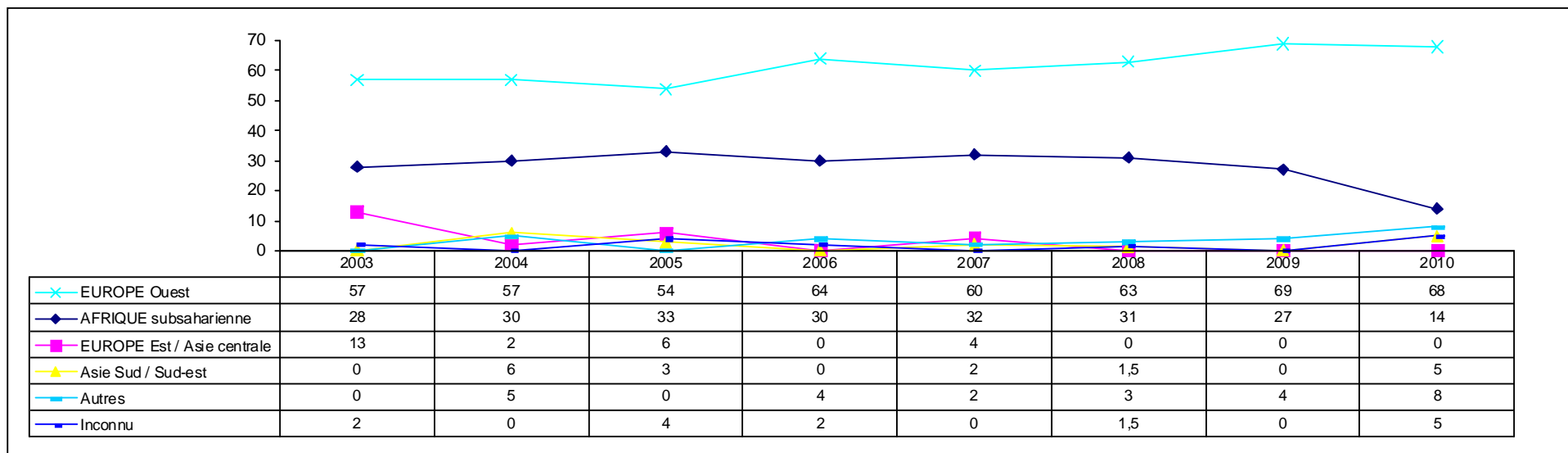
Fig. A.2.1.b Distribution selon le sexe des nouveaux cas VIH (1983-2010)



Source: Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg (données reformatées)

Actuellement, la grande majorité des personnes diagnostiquées VIH positifs au G.-D. de Luxembourg sont originaires des pays de l'Europe de l'Ouest, suivie de l'Afrique sub-saharienne. A partir de 2006, on observe une hausse générale de la proportion de personnes de l'Europe de l'Ouest accompagnée d'une baisse des ressortissants de l'Europe de l'Est et plus récemment des personnes originaires de l'Afrique sub-saharienne.

Fig. A.2.1.c Distribution selon la région d'origine des nouveaux cas VIH (2003 – 2010) (% valides)



Source: Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg (données reformatées)

Le mode de transmission observé au niveau des nouvelles infections VIH au Luxembourg a connu des changements importants depuis le début de l'épidémie. Jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle le mode de transmission par relations homo/bi-sexuelles prédominait sur le mode hétérosexuel alors que les deux modes visés se trouvent depuis les deux dernières années sur un pied d'égalité. Comparé à la situation en 2005, on retiendra que les modes de transmission par relations homo-/bi-sexuelles et hétérosexuelles sont devenus plus prévalents alors que le mode de transmission par usage intraveineux de drogues témoigne d'une tendance générale à la baisse. L'usage intraveineux de drogues associé à l'utilisation de matériel d'injection infecté a été à l'origine de 15% des infections diagnostiquées en début de l'épidémie alors que cette proportion ne représente plus que 6% en 2009.

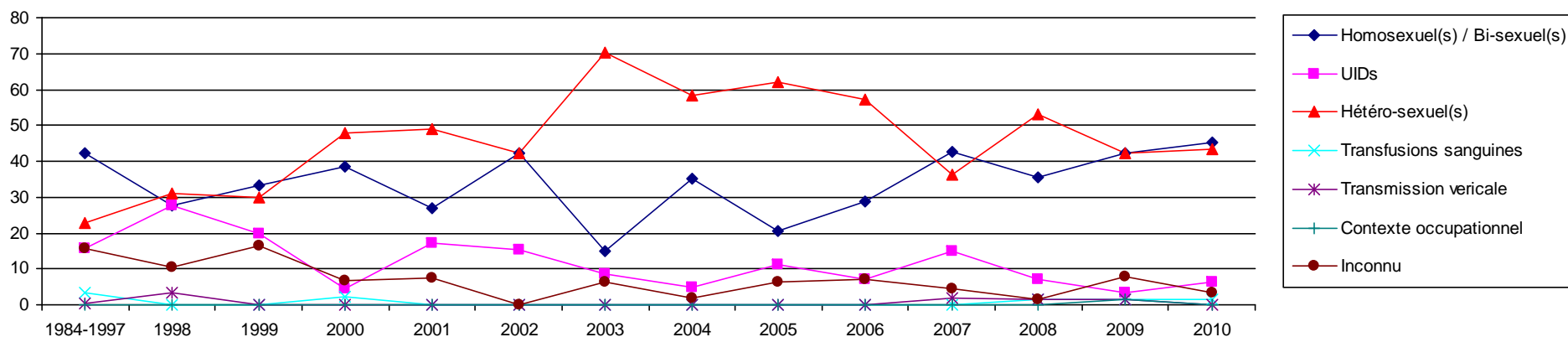
Au-delà de ces constats épidémiologiques, certains de ces groupes cumulent divers facteurs de vulnérabilité (discrimination, marginalisation, précarité sociale, psychologique ou économique). D'autres groupes, non identifiés par les données épidémiologiques, présentent également un cumul de vulnérabilités et nécessitent une attention particulière : les femmes enceintes ou allaitantes, les travailleurs du sexe (de sexe féminin et masculin), les usagers de drogues en milieux festifs, etc.

Tab. A.2.1.a Mode de transmission du VIH (Nouvelles infections) 1984-2010

Année	1984	1984	1996	1997	1998	1999	2000	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2001	1984	1984
	1995	1995						2000						2005						2010	2010	2010	2010
	N	%	N	N	N	N	N	%	N	N	N	N	N	%	N	N	N	N	N	%	%	N	%
Homosexuel(s) / Bisexuel(s)	147	42.5	4	5	8	10	17	35.2	11	14	7	21	13	27	16	20	24	27	28	38.7	33.5	372	36.8
UIDs	53	15.3	3	2	8	6	2	16.8	7	5	4	3	7	10.6	4	7	5	2	4	7.4	8.9	122	12.1
Hétéro-sexuel(s)	77	22.2	3	3	9	9	21	36	20	14	33	35	39	57.8	32	17	36	27	27	46.8	51.8	402	39.7
Transfusions sanguines	10	2.9	2	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0.5	16	1.6
Transmission verticale	1	0.3	0	0	1	0	0	0.8	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0.5	5	0.5
Contexte occupationnel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.4	0.2	1	0.1
Inconnu	58	16.8	0	0	3	5	3	8.8	3	0	3	1	4	1.6	4	2	1	5	2	4.7	4.6	94	9.2
Total			12	10	29	30	44		41	33	47	60	63		56	47	68	64	62				
Total cumulé	346	100	125					100	244					100	297					100	100	1.012	100

Source: Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg

Fig. A.2.1.d Distribution longitudinale des modes de contamination des nouveaux cas diagnostiqués VIH positifs (1984 – 2010) (% valides)



Source: Service National des Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg (données reformatées)

A.2.2 Dispositions légales et réglementaires

En matière de dispositions légales et réglementaires le Comité souligne deux problèmes majeurs à savoir: le refus persistant des assureurs d'accorder une assurance-vie dans le cadre d'un prêt immobilier à des personnes séropositives ou atteintes du sida ainsi que la prise en charge médicale des étrangers vivant au Luxembourg en situation irrégulière.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes sans papiers vivant avec le VIH, plusieurs problèmes se posent au niveau national. La législation permet à ces personnes de demander une autorisation de séjour en cas de nécessité d'une prise en charge médicale inexistante ou inaccessible dans leur pays d'origine (elles pourront demander soit un permis de séjour pour raisons privées soit un sursis d'éloignement en fonction de leur situation administrative et/ou du pays dont ils sont originaires). Toutefois, durant la période d'attente de la réponse administrative ces personnes ne sont pas affiliées à la CNS et de ce fait, en cas d'hospitalisation, de visites médicales ou d'un besoin de médicaments, les frais encourus peuvent se cumuler et devenir ingérables pour les personnes concernées. A noter que le Ministère de la Santé prend généralement en charge 80% des frais liés aux coûts médicaux sur base d'une enquête sociale préliminaire. Ainsi, il s'agirait d'étudier les moyens à mettre en place pour permettre une affiliation complète des personnes sans papiers vivant avec le VIH/sida et nécessitant un traitement médical (une assurance volontaire coûte +/- 100€ par mois).

Un problème qui mérite également une attention particulière concerne l'accès aux soins des détenus en fin de peine et à la sortie du CPL. En effet nombre d'entre eux ne sont soit pas affiliés à la CNS à défaut de revenus (RMG, travail salarié), soit ils sont sans papiers et l'affiliation ne deviendra effective qu'au bout de trois mois. A titre d'exemple, ce délai d'affiliation est à l'origine de la plupart des ruptures de traitement contre l'hépatite C à la sortie de la prison ce qui serait évitable par la mise en place d'un dispositif adapté.

A.3 Historique de la lutte contre VIH/sida au Grand-Duché de Luxembourg

Le premier cas de VIH diagnostiqué rétrospectivement au G.-D. de Luxembourg se rapporte à l'année 1983.

La même année fut lancée une campagne d'information ciblant ce que l'on considérait alors être les groupes les plus exposés : homosexuels, toxicomanes et travailleurs du sexe.

En 1984 fut institué par voie d'arrêté ministériel le Comité de surveillance du sida qui publie la même année une première brochure présentant l'état des connaissances de l'époque et destinée aux professionnels de santé. Par la suite le groupe cible fut élargi à tous les professionnels susceptibles d'entrer en contact avec le sang.

En 1985, dès la disponibilité d'un test de dépistage commercial, fut instauré le contrôle obligatoire de tous les dons de sang effectués sur le territoire national.

En 1986 on dénombrait un nombre de 38 cas de nouvelles infections VIH au Grand-Duché de Luxembourg. La même année l'a.s.b.l. « Recherche sur le sida » voit le jour.

Entre 1986 et 1987 une centaine de conférences furent organisées par le Comité de surveillance du sida ciblant la population générale, les professionnels, les jeunes et les milieux scolaires. Parallèlement un grand nombre d'interviews et d'émissions radio furent transmis sur les stations nationales.

En 1987, le gouvernement luxembourgeois a débloqué les fonds nécessaires à l'organisation d'une vaste campagne d'information multimédia. Parallèlement un service de documentation et de prêt de matériel informatif et pédagogique a été établi à l'usage des enseignants au sein du Ministère de la Santé. La première évaluation de la campagne par l'ILRES a relevé un taux de pénétration de la population très élevé mais qu'il s'agissait de continuer les efforts.

En 1988 fut présenté le premier « Programme national de lutte contre le sida et la toxicomanie », par le Ministère de la Santé. Le plan reposait sur les quatre piliers suivants :

1. Information et éducation 2. Dépistage, recherche et traitement 3. Encadrement psychologique et social 4. Sida et toxicomanie

La même année fut créée « L'Aidsberodung » de la Croix-Rouge avec comme objectifs :

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

Et enfin, ce fut l'année de la création de la fondation « Recherche sur le sida » sous la présidence d'honneur de S.A.R. la Grande Duchesse héritière Maria Teresa. Le but de la Fondation est de favoriser la recherche au Luxembourg. La Fondation est reconnue par l'Etat comme établissement d'utilité publique.

Le programme de substitution par la méthadone a été mis en place en 1989 sous la coordination du Ministère de la Santé et de la Fondation JDH. La même année la JDH débute ses activités bas-seuil à Esch-sur-Alzette dans le cadre du programme Drogues et sida.

En 1989 le « Laboratoire de rétrovirologie », initié par le CHL et le LNS, fut créé par décision gouvernementale. Le Laboratoire a débuté ses activités en 1991. Il a été intégré au sein du CRP-Santé et est géré par les membres du Service National des Maladies Infectieuses du CHL et du CRP-Santé.

En 1990 fut conclue une convention ASFT entre le Ministère de la Santé et l'AIDSBERODUNG de la Croix Rouge, qui ouvre le premier foyer pour personnes vivant avec le VIH/sida sous le nom de « Foyer Patton ».

En 1992 fut créée l'a.s.b.l. « STOP AIDS NOW » composée de bénévoles qui soutiennent le travail et les activités de l'Aidsberodung.

En 1993 fut lancé le « Programme national d'échange de seringues » destiné aux personnes toxicomanes par le Ministère de la Santé. Cette initiative était en partie destinée à endiguer la propagation du VIH parmi la population d'usagers de drogues. A préciser que les seringues ont toujours été en vente libre au Luxembourg. Le programme a atteint son objectif dans la mesure où il a contribué à réduire de 22% en 1993 à 6% en 2010 la proportion de personnes qui se sont infectées au VIH par voie d'injection intraveineuse de drogues.

Fut créé en 1993 le projet dénommé initialement "Camionnette - SZENE KONTAKT" (CNDS a.s.b.l.) en tant que dispositif d'intervention mobile, placé aux environs de la gare ferroviaire de Luxembourg-Ville. Dans une optique de réduction des risques associés à la consommation intraveineuse de drogues, un service plus spécialisé fut ensuite mis en place par l'équipe pluridisciplinaire du projet en collaboration avec le Ministère de la Santé.

Au cours de l'année 1995 a été mené le projet de prévention VIH et vaccination hépatite B chez les prostitué(e)s de rue par l'Aidsberodung de la Croix-Rouge Luxembourgeoise.

En 1996 le Comité de surveillance du sida soumet les propositions d'un deuxième plan d'action pluriannuel sida au Ministre de la Santé.

En 1997 fut lancé le projet « Roundabout Aids » qui se conçoit comme un programme de prévention mobile dynamique et interactif sur le sida, l'amour et la sexualité et qui s'adresse principalement aux jeunes.

En 1998 furent publiés les résultats de l'étude « TESTQUEST » portant sur un échantillon représentatif de personnes qui se sont soumis volontairement à un test de dépistage sida.

En 1999 furent clôturés les travaux d'agrandissement du Foyer Patton qui reçoit alors le nom de « Foyer Henry Dunant ».

2001 fut l'année de création de l'a.s.b.l. « AIDS AND CHILD » qui œuvre dans l'intérêt des enfants atteints du VIH/sida et de leurs parents.

Créée en 2002, l'a.s.b.l. AIDSAFE a comme objectif de sensibiliser la population à la problématique du sida, d'aider et d'appuyer le Laboratoire de Rétrovirologie, STOP AIDS NOW a.s.b.l et l'AIDSBERODUNG - CROIX ROUGE.

En 2003 est inaugurée une annexe supplémentaire du Foyer Henry Dunant, qui dispose dès lors d'une capacité de 16 chambres pouvant accueillir une vingtaine de personnes.

En 2004, face à la recrudescence de l'épidémie du VIH, le Ministre de la Santé charge le Comité de Surveillance du sida de faire une analyse des besoins en vue de l'élaboration d'une nouvelle stratégie et plan d'action en matière de lutte contre le sida pour la période de 2006 à 2010. Le Comité met en place une « task force » afin de mener à bien cette tâche.

La Présidence luxembourgeoise du Conseil de l'UE a porté le thème du sida au plus haut niveau politique lors du sommet des chefs d'état qui a eu lieu en juin 2005.

En juillet 2005 la première « Salle de consommation de drogues » a ouvert ses portes à Luxembourg-Ville selon un concept élaboré par le Ministère de la Santé. La salle de consommation constitue une aide à la survie et contribue à réduire les risques et dommages liés à la consommation de drogues illégales dont notamment la transmission du VIH par injection intraveineuse.

La même année fut lancé un projet de recherche-action d'envergure touchant plus d'un millier d'usagers de drogues. L'objectif premier du projet était de déterminer la prévalence des infections aux VIH et aux hépatites virales au sein des usagers problématiques de drogues par dépistage sérologique et de proposer les vaccinations requises ou l'orientation vers des traitements adaptés en cas d'indication médicale. Les résultats de recherche ont donné lieu à une série de publications scientifiques qui ont largement influencé le développement consécutif des services bas-seuil et de l'offre de proximité orientés vers la population d'usagers de drogues.

En 2006, le Conseil de Gouvernement a adopté le plan d'action en matière de lutte contre le sida 2006-2010. La même année des distributeurs automatiques donnant accès à des préservatifs quasi-gratuits ont été installés dans tous les lycées du pays.

2009 fut tout d'abord l'année de lancement du « Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé Sexuelle (DIMPS) ». Le dispositif en question est le fruit d'une collaboration étroite entre l'Aidsberodung de la Croix-Rouge, le Centre Hospitalier de Luxembourg et le Ministère de la Santé et s'inscrit en droite ligne dans l'exécution du plan d'action 2006 – 2010. La même année, le Luxembourg est classé en première position du « EURO HIVINDEX » par l'organisation *Health Consumer Powerhouse* sur un ensemble de 29 pays européens. A signaler enfin que le film « *House of Boys* » du réalisateur luxembourgeois et membre du comité de surveillance sida, Jean-Claude Schlim, a été honoré par le Prix du Meilleur Film Luxembourgeois en 2009 et du Prix du Public du 25ième Festival Gay et Lesbien de Belgique en 2011.

En 2010 fut achevé l'évaluation externe du plan d'action en matière de lutte contre le VIH/sida 2006-2010 par un institut de recherche spécialisé (Trimbos-Instituut, Utrecht, NL). Les conclusions et recommandations de l'évaluation en question ont largement contribué à l'élaboration de la nouvelle stratégie et plan d'action en matière de lutte contre le VIH/sida couvrant les années 2011 à 2015.

L'asbl Paticka, qui s'est fixée comme objectif de véhiculer le sujet du VIH et du SIDA et de les combattre en passant par l'art, est constituée en 2011.

A.4 Aspects budgétaires

Tab. A.4 Moyens budgétaires investis (budget voté/projet de budget) par le Ministère de la Santé dans la lutte contre le VIH/sida (1999 – 2010)

Article	Code	Libellé	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
		Section 14.0 Ministère Santé	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
11.130 12.000	05.00	Indemnités: Comité de surveillance du sida	1.363	1.289	3.920	1.860	2.640	2.310	2.310	2.310	2.310	1.980	1.980	1.980
31.032	05.22	Analyses VIH: remboursement au CHL de frais non opposables à l'UCM		61.973	63.808	65.800	75.000	78.500	80.305	82.500	83.511	85.600	87.750	89.240
		Section 14.1 Direction Santé												
12.140	05.10	Prophylaxie et traitement des maladies sociales et d'autres affections (service de l'éducation pour la santé): frais de sensibilisation et d'information : Campagne de lutte contre le sida	86.000	68.171	74.400	74.368	88.339	60.000	60.000	40.000	30.000	68.000	68.000	60.000
12.303	05.10	Prophylaxie des maladies contagieuses: Dépistage du sida	63.000	63.213	69.410	69.410	69.410	69.410	69.410	70.000	70.000	70.000	70.000	50.000
12.311	05.10	Direction de la Santé: Programme de lutte contre les drogues et le sida: acquisition, stockage et destruction de seringues et autres dépenses ²	223.000	233.020	300.000	309.420	309.420	369.472	370.000	432.000	510.000	510.000	518.000	518.000
33.001	05.10	Participation transitoire aux frais de fonctionnement et de prise en charge effectués par le laboratoire de recherche sur le sida	409.000	418.940	447.808	547.826	590.000	604.669	621.647	606.096	606.096	488.670	534.000	550.500
(33.014)	05.23	Participation aux frais d'associations oeuvrant dans divers domaines de l'action socio-thérapeutique : AIDS-Berödung de la Croix-Rouge	311.000	332.598	372.970	509.987	527.797	572.445	572.445	705.841	753.262	752.868	765.365	781.371
TOTAL			1.093.363	1.179.204	1.332.316	1.578.671	1.662.606	1.756.806	1.776.117	1.938.747	2.055.179	1.977.118	2.045.095	2.051.091

Les moyens financiers investis par le Ministère de la Santé en matière de la lutte contre le VIH/sida au cours des dernières 6 années accusent une augmentation lente mais continue. Comparé à la situation en 2005 on retient une augmentation de 17% pour le budget 2010.

² L'article 12.311 n'est pas exclusivement destiné à la lutte contre le VIH/sida. Il est également affecté à la réduction des risques et dommages auprès des personnes toxicomanes en général.

A.5 Analyse des besoins

Face aux acquis du passé, on se trouve toutefois confronté au constat alarmant que l'épidémie du VIH/sida continue de progresser bien qu'à un rythme décéléré. Lutter contre ce fléau signifie d'adapter continuellement les stratégies d'intervention face à l'évolution rapide du phénomène sous tous ses aspects.

Il s'agit d'analyser en détail les besoins actuels pour chaque domaine d'intervention. Cette analyse débute avec une description de la situation actuelle, suivie par la clarification des objectifs à atteindre pour chaque domaine d'intervention retenu.

La toile de fond de cette analyse est constituée par les constats généraux suivants :

- Une implication insuffisante des secteurs autres que ceux de la Santé et de l'Education dans les activités de prévention.
- Le domaine de la recherche épidémiologique est peu développé.
- Une adaptation trop lente des stratégies face à l'évolution du problème (i.e. migrants, prolongement de la durée de vie des personnes vivant avec le sida).
- Le dépistage à grande échelle et les traitements antiviraux sont actuellement considérés comme des mesures préventives en soi.
- Fausses idées véhiculant sur la maladie et sur l'efficacité de médicaments anti-rétroviraux.
- Une certaine banalisation de la maladie du sida et une baisse d'intérêt du public (*Aids fatigue*).
- Accroissement de la disposition aux comportements à risques et changements au niveau des modes de transmission.
- Variations au niveau des pays d'origine des personnes diagnostiquées VIH positives au Grand-Duché de Luxembourg.
- Stigmatisation et discrimination toujours présentes des personnes vivant avec le VIH/sida.
- Le besoin d'accroître les ressources affectées à la lutte contre le VIH/sida .

A.6 Objectifs

A.6.1 Objectifs généraux

- Prévenir la transmission et la propagation du VIH
- Apporter soins et soutien aux personnes infectées et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida
- Réduire la vulnérabilité des individus et communautés face au VIH/sida
- Atténuer l'impact humain et socio-économique de l'épidémie
- Réduire la discrimination des personnes infectées et promouvoir la solidarité

Ces objectifs généraux sont à adapter pour chaque public cible et le cas échéant des objectifs complémentaires seront formulés. Ces objectifs généraux se déclinent en activités qui seront détaillées dans le plan d'action. Il est néanmoins utile de préciser que dans la phase de mise en oeuvre, chaque objectif doit être envisagé en activités de divers types :

- éducationnel : changements des représentations, amélioration des connaissances, relevé systématique de la fréquence et du type de situations problématiques (discriminations) par l'utilisation des outils existants et validés, renforcement des capacités, mise en oeuvre de recherche-actions, etc. ;
- environnemental : amélioration de l'accessibilité des moyens de prévention, des services de dépistage, des outils de formation, etc. ;
- institutionnel : modifications de lois, de programmes officiels, de directives ;
- autres types d'activités.

A.6.2 Objectifs spécifiques

- Développer les actions préventives en adaptant les méthodologies d'intervention

Assurer des mesures de prévention différenciées visant la population générale d'une part et les groupes vulnérables d'autre part.

Lutter contre la discrimination des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH en particulier.

Promouvoir le recours adéquat et l'accès au dépistage volontaire.

Diminuer les délais de décision d'effectuer un test de dépistage des personnes exposées à un risque d'infection.

- Elargir les réseaux de collaboration et améliorer les mécanismes de coordination

La mise en oeuvre de la stratégie doit s'appuyer sur un partenariat réaffirmé avec l'ensemble des acteurs professionnels et associatifs, garants de la qualité et de la pertinence des réponses apportées aux usagers. Enfin, au niveau des administrations et acteurs sanitaires et sociaux, il est indispensable de mieux structurer les modalités opérationnelles de mise en oeuvre et de coordination et d'assurer un partage clair des compétences ministérielles dans les domaines d'intervention chevauchants.

- Accroître l'accès au traitement médical

Garantir l'accès le plus précoce possible au traitement hospitalier, ambulatoire et en milieu carcéral en mettant l'accent sur certains groupes vulnérables.

- Garantir une prise en charge psychosociale

Assurer le soutien et l'accompagnement psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH/sida.

Renforcer l'offre de prise en charge psychosociale pour certains groupes de personnes vivant avec le VIH (e.g. patients de longue durée).

Améliorer la qualité de vie par une approche globale intégrant la lutte contre les discriminations et l'aide à la vie quotidienne.

- Promouvoir les mesures de réinsertion

Assurer une adéquation entre besoins et offres en matière d'hébergement, de logement et de mesures de réinsertion socioprofessionnelle.

- Promouvoir les activités de recherche

Maintenir un haut niveau de recherche médicale et de surveillance épidémiologique.

Promouvoir des projets de recherche épidémiologique ciblés.

Assurer une large diffusion des résultats de recherche.

- Considérer les aspects éthiques au niveau de chaque domaine d'intervention

- Adopter une approche plus active au niveau de l'offre de formation

- Promouvoir l'évaluation des actions entreprises

A.7 Domaines d'intervention

A.7.1 Coordination nationale

La coordination nationale au niveau des différents domaines d'intervention est la pierre angulaire de l'efficacité des efforts fournis en matière de lutte contre le VIH/sida. Un inventaire des acteurs impliqués et des mécanismes de coordination actuellement en place permettra de mettre en évidence d'éventuelles lacunes et de proposer des mesures complémentaires.

La planification de la réponse nationale face au VIH/sida peut être schématisée de la façon suivante:

1. Améliorer la connaissance de l'épidémie sida et de ses spécificités au niveau national
2. Analyser les réponses du passé et leurs impacts respectifs (Adopter les recommandations de l'évaluation externe du plan d'action 2006-2010)
3. Créer des groupes de travail thématiques au niveau national
4. Elaborer un consensus sur les buts, objectifs et cibles en consultant des acteurs issus de champs de compétences variés
5. Développer et adapter une stratégie d'action associée à un catalogue de mesures pertinentes, réalisables, efficaces et efficientes et dont l'impact est mesurable
6. Mettre en place des mécanismes de coordination multilatéraux
7. Suivre et évaluer l'exécution et les résultats des actions dans une démarche d'assurance qualité
8. Communiquer les résultats et les soumettre à une analyse critique

A.7.1.1 Principaux acteurs impliqués

Ci-après figure l'inventaire des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida au niveau national. Le descriptif et les champs de compétence des ces différents acteurs seront abordés par la suite.

Comité de surveillance du sida

Administrations publiques

Ministère de la Santé

<http://www.ms.etat.lu>

Direction de la Santé

<http://www.ms.etat.lu>

Laboratoire National de Santé

<http://www.lns.lu>

Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle

<http://www.men.lu>

<http://www.script.lu/activinno/sante>

Ministère de la Justice

Etablissements pénitentiaires

<http://www.mj.public.lu>

http://www.mj.public.lu/etablissements_penitentiaires/index.html

Ministère de l'Égalité des Chances

<http://www.mega.public.lu>

Structures hospitalières

Centre Hospitalier de Luxembourg

Service National des Maladies Infectieuses

<http://www.chl.lu>

Instances de recherche

Service National des Maladies Infectieuses (SNMI)

Centre de Recherche Public- Santé

Laboratoire de rétrovirologie

<http://www.crp-sante.lu>

Services Croix-Rouge Luxembourgeoise et structures spécialisées

Croix-Rouge Luxembourgeoise

Centre de Transfusion Sanguine

Aidsberodung

Dispensaire dropln pour sex-workers asbl

<http://www.croix-rouge.lu>

<http://www.croix-rouge.lu/sante/index.htm>

<http://www.aids.lu>

<http://www.croix-rouge.lu/social/index.htm>

Services d'éducation sexuelle

Planning Familial

<http://www.planningfamilial.lu>

Associations d'aide aux toxicomanes

Fondation Jugend- an Drogenhëllef

CNDS – TOXIN

<http://www.jdh.lu>

<http://www.cn ds.lu>

Associations, fondations et centres divers

STOP AIDS NOW/ ACCES a.s.b.l.

AIDS & CHILD

<http://www.aids-child.lu>

Rosa Lëtzebuerg a.s.b.l .

Centre d'Information (et de consultation) GAy et LEsbien

<http://www.mambo.gay.lu>

<http://www.cigale.lu>

Paticka a.s.b.l.

<http://www.paticka.lu>

Fondation Recherche sur le sida

Centre d'épidémiologie et d'investigations cliniques (CIEC)

<http://www.crp-sante.lu>

A.7.1.2 Instances et mécanismes de coordination

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. Le Comité est un organe consultatif du ministre de la Santé et du gouvernement. La constitution du Comité est multidisciplinaire et permet de couvrir adéquatement tous les niveaux et domaines d'intervention. Ses membres sont nommés par le Ministre de la Santé.

Conformément à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 24 janvier 1984 le Comité a entre autres la mission d'informer les professionnels de la 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'OMS, le Conseil de l'Europe, la Commission européenne etc., afin de mettre sur pied un programme de lutte contre le sida. Le rapport d'activité 2010 du Comité peut être téléchargé sous www.ms.etat.lu ou <http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/rester-bonne-sante/sida-prevention/index.html>

De nombreux acteurs, services ou milieux de vie ont un lien avec la problématique du VIH/sida. Il est nécessaire d'améliorer l'articulation des interventions entre ces différents acteurs et en particulier entre ceux travaillant sur le terrain et ceux appartenant aux secteurs politiques et administratifs.

La Direction de la Santé est responsable de la politique nationale en matière de lutte contre le sida. En effet selon la loi du 21 novembre 1980 la Direction de la Santé a notamment pour mission :

- 1) d'étudier les problèmes concernant la santé publique
- 2) de conseiller les autorités publiques et les collectivités
- 3) de veiller à l'observation des dispositions légales et réglementations en matière de santé publique
- 4) d'assurer le contrôle de la situation sanitaire du pays
- 5) de prendre les mesures d'urgence nécessaires à la protection de la santé
- 6) de collaborer sur le plan national et international à l'élaboration et à l'application de la politique sanitaire

A.7.2 Mesures de prévention

La prévention de la transmission du VIH s'appuie sur trois axes complémentaires:

a. Au niveau collectif, l'information pour permettre une juste perception des risques, la valorisation et la réaffirmation des comportements de prévention, intégrant le concept de santé sexuelle et le principe de responsabilité de chacun.

b. Au niveau de l'individu, la prévention repose sur une juste perception des risques, sur l'adhésion à la norme préventive et sur la capacité à la proposer dans les relations amoureuses et sexuelles et lors de l'usage intraveineux de drogues. Les actions menées doivent envisager :

- les déterminants de vulnérabilité spécifiques influant sur l'appropriation des stratégies de prévention : appartenance à un groupe à prévalence VIH accrue, pratiques sexuelles, difficultés d'accès à l'information et aux moyens de prévention, perte de contrôle sous l'effet de l'alcool ou des drogues, etc.
- une approche différenciée en fonction du statut sérologique (positif, inconnu, négatif) ;
- le soutien aux capacités de dialogue et d'expression autour de la sexualité et de la prévention dans une perspective de responsabilisation des personnes quel que soit le statut sérologique.

c. La promotion et une bonne accessibilité des outils et dispositifs de prévention (information, préservatifs, dispositif de dépistage) sur l'ensemble du territoire.

A.7.2.1 Prévention en population générale

A.7.2.1.1 Information grand public

La Division de la Médecine Préventive et Sociale de la Direction de la Santé organise chaque année une campagne d'information et de sensibilisation à l'adresse du grand public, à l'occasion de la « Journée Mondiale du sida », proclamée par l'OMS le 1^{er} décembre. Elle adapte, si possible, sa campagne au thème choisi par l'OMS. Les campagnes organisées communiquent avec tous les moyens médiatiques disponibles.

Les actions de sensibilisation et d'information sont périodiquement et préférentiellement dirigées vers certains publics-cibles : Ainsi les femmes, les adolescents, les usagers de drogues par voie intraveineuse, les homo-et-bisexuels, les travailleurs du sexe, ont été ciblés spécialement lors de certaines campagnes.

Ces campagnes multi-média et grand-public organisées ont été régulièrement relayées par des actions de terrain et des événements divers ont ainsi été organisés, avec les moyens disponibles, avec le soutien et l'aide d'autres associations (Aidsberodung, STOP AIDS NOW / ACCES). Une attention particulière sera portée sur l'utilisation des nouveaux médias.

Les actions d'information et de sensibilisation à l'attention du tout-public et de groupes-cibles spécifiques doivent continuer. Il s'agit de maintenir l'éveil et l'attention, les connaissances, et de renforcer systématiquement et régulièrement les effets de mémorisation, car les générations de jeunes adultes se succèdent d'une part, les nouvelles populations arrivant dans le pays évoluent et changent, et l'attention faiblit, dès qu'un rappel n'est pas fait régulièrement.

Des études d'évaluation, d'impact et d'efficacité, des études mesurant les connaissances et évaluant les comportements, surtout auprès de certaines communautés plus touchées ou à risque que d'autres sont à développer.

Il s'agira enfin de promouvoir la/le reprise/relais systématique, structurée et coordonnée des campagnes menées par le gouvernement, par les acteurs-relais de terrain, que ce soient les écoles, le milieu associatif, les communautés impliquées dans l'organisation du temps de loisirs, les milieux sportifs, le corps médical travaillant en libéral, les organisations de santé au travail, ou d'autres.

A.7.2.1.2 Distribution et mise à disposition de préservatifs

La Division de la Médecine Préventive et Sociale participe à la distribution et à la fourniture gratuite de préservatifs à des associations diverses, organisations d'étudiants, sociétés d'organisation d'événements culturels, à des maisons de jeunes, à des lycées, et à des entreprises de médias, tels que p.ex. des radios locales ou nationales, lorsque elles-mêmes organisent un événement dans le domaine de la prévention du sida.

Elle finance également l'achat de distributeurs de préservatifs dans les lycées, les bâtiments de l'Université de Luxembourg, et les maisons de jeunes, sur demande. En sus de cette offre, l'accent devra être mis sur l'élargissement de l'accès aux préservatifs dans divers lieux cibles notamment au Centre Pénitentiaire à Schrassig où actuellement les préservatifs ne sont disponibles que sur demande à l'infirmerie et dans les locaux du programme Tox.

Stop Aids Now / ACCES asbl est également appelée à jouer un rôle important dans l'amélioration de l'accès aux préservatifs en organisant de façon régulière des distributions gratuites dans les bars, mais aussi dans les établissements s'adressant plus particulièrement à la population gay.

La promotion du préservatif féminin devra également constituer une mesure prioritaire. En effet, bien que l'étude sur l'acceptation du préservatif féminin a révélé une utilisation limitée de ce moyen de prévention pour et par les femmes, il reste important de porter à la connaissance de la population féminine son existence. Peu de femmes en effet connaissent le préservatif féminin, or cela reste un moyen sûr de protection et surtout, un moyen qui laisse aux femmes la liberté de gérer leur protection sans devoir négocier avec l'homme. Des brochures explicatives devront être éditées et mises à disposition dans les salles d'attentes des gynécologues, les foyers pour femmes etc. Des préservatifs féminins pourront également être mis à disposition des femmes dans certains endroits qu'elles côtoient. (Gynécologues, foyers pour femmes etc.)

A.7.2.1.3 Accès aux offres de dépistage

Les finalités des tests de dépistage sont multiples :

- informer l'individu de son statut sérologique et lui permettre d'accéder au traitement et d'éviter de transmettre l'infection à d'autres personnes;
- informer des individus de leur séronégativité tout en leur ré-adressant un message de prévention;
- à l'échelle de la population nationale, essayer de dépister les porteurs du virus le plus tôt possible pour les rendre « non-transmettant » en rendant leur charge virale indétectable et en les amenant à réduire leurs comportements à risque.

Si on considère actuellement que le dépistage à grande échelle est une mesure préventive à part entière, les principes de base restent inchangés et se déclinent en trois exigences :

- pas de tests de dépistage à l'insu du patient ou contre son gré;
- tous les tests sont associés à une information/ counselling³ avant et après;
- pas de rendu des résultats par téléphone ou courrier postal au patient

En guise de préparation des stratégies d'actions futures il y a lieu de partir des constats généraux suivants :

- la trithérapie est maintenant également considérée comme un outil de prévention ; les patients avec une charge virale indétectable de façon permanente et prolongée sont beaucoup moins susceptibles de transmettre l'infection ;
- le nombre de nouveaux patients dépistés annuellement ne diminue pas mais reste stable à > 60 nouveaux cas/an, notamment dans la population des HSH ;
- trop de patients sont encore diagnostiqués seulement à un moment où leur immunité est déjà inférieure à la valeur de 350 CD4/ul, seuil en-dessous duquel un traitement est indiqué pour réduire la morbidité et la mortalité des patients. En particulier parmi les patients qui se contaminent par voie hétérosexuelle, le taux médian de CD4 est de 359 au moment du diagnostic, ce qui veut dire que près de la moitié des patients sont déjà en-dessous du seuil auquel un traitement antirétroviral aurait du commencer. Avec la tendance actuelle à débiter les traitements déjà plus tôt (seuil à 500 CD4 selon les plus récentes guidelines IAS-USA) cette proportion va encore augmenter ;
- un diagnostic plus précoce bénéficiera directement aux patients déjà infectés et évitera de nouvelles infections, les patients infectés au courant de leur infection changeant en général leur comportement pour éviter de transmettre et, une fois sous traitement, verront rapidement leur charge virale diminuer ;
- pour toutes ces raisons, différents pays adoptent actuellement des stratégies de dépistage à plus grande échelle. A titre d'exemple les Etats-Unis ont adopté la stratégie de l'« opt-out », signifiant qu'à chaque prise de sang réalisée pour un motif quelconque, la sérologie VIH est réalisée à moins que le patient spécifie qu'il ne le souhaite pas ;
- en France, le dépistage est également beaucoup plus proactif qu'au G.-D. de Luxembourg. Le dépistage est proposé par les professionnels de santé de premier recours, en particulier les médecins traitants, à l'occasion d'un recours aux soins à l'ensemble de la population et cela indépendamment d'une notion de risque d'exposition ou de contamination. A côté de cela un dépistage ciblé et régulier pour VIH et les IST pour des populations et des circonstances spécifiques est également proposé. Nos voisins recourent à cet égard au dépistage par les pairs pour des populations à forte incidence, via une offre de dépistage dite communautaire (MSM, CSW, IVDU, migrants). Finalement persiste également le dépistage anonyme et gratuit qui repose sur l'initiative de l'individu mais requiert qu'il soit facilement accessible.

³ En français il n'existe aucun terme adéquat pour traduire l'appellation anglophone "counselling". Pour les spécialistes, les termes "conseil", "consultation" ou encore "relation d'aide" n'évoquent pas exactement l'essence même du counselling. Pour David Miller, psychologue américain et spécialiste en counselling, le terme choisi dans chaque langue devrait contenir l'idée que le patient fait partie intégrante du processus de décision et de traitement. L'OMS définit le counselling comme "un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant. Son objet est de permettre au patient de faire face au stress et de pouvoir prendre des décisions personnelles. Le processus de counselling comporte une évaluation personnelle du risque en terme de transmission du VIH et une facilitation des comportements de prévention".

S'ajoutent à ces constats une série de considérations et spécificités nationales.

- **La décentralisation du dépistage et du « counselling »** existe déjà à des degrés variables selon les endroits et selon la demande du public. Tous les laboratoires du pays font des tests de dépistage VIH en nombres relativement importants (voir données ci-dessous), que ce soit dans le cadre d'examen préopératoires, d'analyses demandées par leur médecin dans le cadre d'autres problèmes de santé, d'examen pré-nuptiaux ou de screening de grossesse. Cependant l'accès à la fois géographique et pratique aux offres de dépistage doit être amélioré en vue d'une meilleure couverture nationale, les plages horaires doivent être compatibles avec les modes de vie et de travail des demandeurs et certains groupes spécifiques, réputés difficiles à atteindre, doivent être ciblés davantage.

- La première spécificité des **tests volontaires** visés ici est qu'ils puissent être **demandés par le patient lui-même, sans qu'il y ait passage par un médecin**. Les tests peuvent être nominatifs ou anonymes. Les tests anonymes sont jusqu'à présent majoritairement réalisés par les laboratoires du CHL et du LNS. Le patient reçoit un numéro ; ce même numéro accompagne le tube de sang comme unique identifiant. Le patient doit se présenter avec son numéro pour prendre son résultat de test anonyme. Idéalement aucun résultat ne doit être rendu par téléphone ou par courrier au patient.

- L'autre spécificité réside dans le **« counselling »** qui accompagne ces tests, à la fois au moment de la première visite du patient pour prise de sang qu'au moment du rendu du résultat, 2 ou 3 jours plus tard. Ce counselling, défini plus haut, est à la portée de non-psychologues formés spécifiquement, à condition qu'un système d'orientation à des services/personnes plus spécialisés et mieux formés soit en place en cas de besoin. A titre d'exemple on peut citer la consultation d'une infirmière de maladies infectieuses du CHL. L'infirmière dispense un conseil pré-test au moment de la prise de sang, comportant notamment des explications sur la durée d'incubation, la période fenêtre du test, la nécessité de refaire un ou de multiples tests en cas de comportement à risque, la fiabilité d'un test négatif. Ces conseils sont répétés au moment du rendu du résultat. En cas de test positif, le patient est d'emblée mis en contact avec un médecin du Service National des Maladies Infectieuses (SNMI) et avec un psychologue de la Aidsberodung.

- A la fin des années 90 une enquête appelée « TEST-QUEST » a été réalisée en collaboration avec le SNMI auprès des patients effectuant des tests volontaires. Une des conclusions de cette enquête était que les personnes issues de régions rurales sont sous-représentées parmi les demandeurs de tests.

Les actions à mettre en place dans le cadre de la stratégie future doit tenir compte de l'ensemble de ces observations et contribuer à y apporter les réponses adaptées. Ci-après figurent des brefs descriptifs des actions essentielles à élaborer :

- la création de **deux nouveaux centres de dépistage** gratuit au nord et au sud du pays constitue une priorité. Ces centres devraient être associés aux deux grands centres hospitaliers, le CHdN et le CHEM ; alternativement d'autres sites seraient envisageables, par exemple le CH neuropsychiatrique à Ettelbruck (avantage d'un personnel formé au counselling). La solution la plus appropriée serait de garder cette activité spécifique attachée aux laboratoires, en établissant d'emblée des synergies avec les services de l'Aidsberodung de la Croix-Rouge. Pour la mise en place des deux centres supplémentaires de dépistage volontaire, le goulot d'étranglement se situe au niveau du temps technique (ou infirmière) nécessaire pour réaliser le pré- et post-test counselling et le rendu des résultats. Une dotation pour ces frais supplémentaires pour les deux sites prévus devra être budgétisée.

En ce qui concerne précisément le counselling, il est à noter que les laborantins qui réalisent les prises de sang n'ont en règle générale pas de formation spécifique dans ce domaine. Ainsi dans une approche pragmatique une triple stratégie serait envisageable :

- i.) distribuer à tous les patients qui se soumettent à un test VIH un dépliant qui sera spécifiquement élaboré à cet effet, avec tous les éléments du pré- et du post-test counselling et les réponses aux questions les plus fréquentes ;
- ii.) dispenser une formation aux techniciens de laboratoire en charge des prélèvements pour les rendre aptes à répondre aux questions les plus fréquemment posées. L'Aidsberodung dispose déjà d'un module de formation brève qui pourra être adapté à cette situation spécifique. Des cours seront organisés pour tous les laboratoires du pays, hospitaliers et privés. Il serait souhaitable que ces derniers entrent également dans le cadre de la formation continue du personnel de santé. Cette proposition a été accueillie favorablement par tous les responsables de laboratoire consultés.
- iii.) pour les tests anonymes, établir une filière spécifique pour le rendu des résultats positifs éventuels, par un biologiste du laboratoire en collaboration étroite avec un médecin spécialiste et un psychologue. L'hôpital définira lui-même cette filière ; s'il le souhaite le SNMI et le service psychologique de l'Aidsberodung sont disponibles en permanence pour intervenir à ce niveau.

- les médecins traitants sont la pierre angulaire de la promotion du **dépistage volontaire à grande échelle en dehors des contextes de risque spécifiques**. Une **campagne d'information** à leur intention associée à des outils d'information des patients (affiches, dépliant) devrait être mise en place à court terme. A côté du dépistage non ciblé grand public la campagne renforcera également le **dépistage ciblé et régulier** dans des populations spécifiques : UDI (usagers de drogues intraveineuses), HSH (hommes aimant les hommes), travailleurs du sexe (TDS), populations migrantes, prisonniers. Le dispositif d'intervention mobile pour la prévention et la promotion de la santé sexuelle (DIMPS) sera appelé à jouer un rôle crucial à cet égard ce qui nécessitera d'augmenter les ressources y dédiées ;

- promotion du dépistage ciblé et régulier par des pairs (peer educators) : cette approche sera développée dans un chapitre séparé et viendra compléter le dispositif de dépistage ciblé ;

- tests rapides et rendu immédiat des résultats : ce sera essentiellement au niveau du DIMPS, en contact avec les populations difficiles d'accès, que ces tests rapides peuvent être proposés. Par contre dans les laboratoires de routine il n'y a pas à l'heure actuelle, sauf cas exceptionnels, d'opportunités pour les tests rapides et le rendu immédiat des résultats. Cette attitude est éventuellement susceptible de changer dans les années à venir et il s'agira d'adapter les recommandations en cas de nouvelles données. Il en est de même pour le cas spécifique des tests salivaires dont certains ont obtenu une autorisation de la FDA (Food and Drug Administration) ; le comité suivra attentivement l'évolution des recommandations dans ce domaine et adaptera sa position en fonction de l'état de connaissance mais ne recommande actuellement pas l'utilisation de ces tests.

DIMPS: Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé Sexuelle

Après une phase pilote de 2 ans, le Dispositif d'Intervention Mobile pour la Promotion de la Santé sexuelle (DIMPS) a fait ses preuves, et le plan d'action 2011-2015 prévoit un développement des activités du programme. A partir de 2012, le dispositif devrait être opérationnel (min. 10 heures/semaine au lieu de 2 heures actuellement).

La création du dispositif d'intervention mobile a été motivée par la nécessité de développer de nouveaux axes en matière de prévention en santé sexuelle, tant au niveau individuel et collectif qu'au sein de groupes vulnérables. Par exemple, dans le cas d'une infection VIH le bénéfice d'un suivi médical et d'une prise en charge précoce est largement prouvé. Cependant le nombre élevé de personnes qui sont dépistées tardivement questionne les stratégies de dépistage actuellement en place. Le DIMPS présente dans ce cadre une alternative et permet d'augmenter la disponibilité et de faciliter l'accès au dépistage pour certains groupes de personnes difficiles à atteindre autrement. En effet, 44% des clients du DIMPS en 2009 et 2010 n'avaient encore jamais fait de dépistage VIH. Ce pourcentage augmente à 61% pour l'hépatite C.

Le projet DIMPS permet de compléter l'offre de dépistage existante (qui repose sur des structures fixes à haut seuil et un temps d'attente par rapport à l'annonce du résultat relativement long) par des offres à bas seuil, de type outreach, tentant d'entrer en contact avec le client dans son propre environnement et en mesure de communiquer les résultats très rapidement sur place tout en garantissant un counselling pré-et post-test de qualité.

Les objectifs: Faciliter au sein de populations dites vulnérables:

- l'accès au dépistage VIH/VCH/VHBH/Syphilis et autres infections sexuellement transmissibles ;
- l'accès à l'information sur la santé sexuelle ;
- l'accès aux moyens de prévention et de contraception ;
- l'orientation vers des centres spécialisés.

Le DIMPS permet ainsi:

- de prévenir la transmission et la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'accroître le niveau de connaissance en la matière au sein de la population cible ;
- d'analyser les stratégies actuelles de prévention et de réduction des risques pour les populations cibles ;
- de réduire la vulnérabilité des individus et des communautés face aux Infections Sexuellement Transmissibles ;
- de lutter contre les discriminations et promouvoir la solidarité ;
- d'améliorer l'accessibilité des moyens de dépistage et des modes d'information ;
- de favoriser la création de réseaux de collaboration en santé sexuelle ;
- d'orienter les personnes vers les structures adéquates de prise en charge ;
- de garantir une prise en charge interdisciplinaire ;
- d'atteindre les « Hard to reach ».

A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables

Les progrès en matière de traitement et la non-visibilité des malades par rapport aux débuts de l'épidémie VIH entraînent une réduction du caractère dramatique de l'infection. Elle est de plus en plus considérée comme une maladie chronique. Les bouleversements d'une contamination au quotidien, pour la vie relationnelle et professionnelle, le caractère incurable de l'infection sont oubliés ou minimisés. Dans ce contexte, (re)mettre en avant les conséquences de la séropositivité pour le grand public mais aussi et surtout pour les groupes les plus vulnérables est essentiel.

A.7.2.2.1 Les enfants et la transmission mère-enfant

Sans interventions préventives, la transmission verticale pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement se situe autour de 15 – 25%. Il a été démontré que le risque d'une transmission peut être réduit très fortement en proposant notamment un traitement médicamenteux pendant la grossesse. Il est donc important de mener des actions ciblées pour inciter les femmes qui ont le désir de devenir enceintes à se faire dépister. La sensibilisation des médecins gynécologues et généralistes à ce problème doit être renouvelée systématiquement.

Une prise en charge médicale et psychosociale des futurs parents séropositifs doit débiter idéalement avant une grossesse, dès que le désir d'enfant(s) se manifeste. Cela augmente sensiblement leur chance d'avoir des enfants en bonne santé et de conserver leur propre santé au mieux (encadrement optimal de la grossesse, éventuellement procréation médicalement assistée). Ce message doit aussi cibler des immigrés vivant au Luxembourg dont certains appartiennent à des cultures qui attachent une importance accrue à la procréation. L'organisation de cette prise en charge doit être plus systématique: informations, soutien, suivi médical, etc. La sensibilisation des personnes qui s'occupent de cette population est impérative. Il va de soi que toute personne - malade ou en bonne santé - a la liberté de faire ses choix en vue de la construction d'une famille et qu'elle a droit au support par les médecins et professionnels de santé.

Grâce à un bon encadrement des grossesses, le Luxembourg compte très peu d'enfants séropositifs. Dès la naissance, le suivi des enfants nés de mères séropositives doit se faire par une équipe pédiatrique compétente et sensibilisée au problème (administration d'anti-rétroviraux, prophylaxie des infections opportunistes). Vu le faible nombre, la prise en charge médicale des enfants infectés se fait en collaboration étroite avec un centre universitaire étranger.

L'Aidsberodung de la Croix-Rouge propose en collaboration avec les parents et les médecins un programme pédagogique (la croisade du T4) pour aider l'enfant porteur du VIH à la compréhension de sa maladie et la nécessité de la prise de ses médicaments.

A.7.2.2.2 Les jeunes

Il s'agira d'intégrer tous les aspects du VIH/sida dans l'environnement de vie des jeunes. A titre d'exemple on citera le succès du Roundabout Aids qui témoigne de l'intérêt des jeunes à intégrer la problématique du VIH dans une perspective plus large de vie affective et sexuelle et de mettre l'accent sur l'échange, le dialogue et l'éducation par les pairs. Dans les années à venir, il va falloir chercher des partenaires pour multiplier les séances d'information, de formation et de sensibilisation (maisons de jeunes, centres de formation, scouts etc.). Il faudra également favoriser la communication spécifique aux jeunes par des médias adaptés (internet, presses jeunes). Il faut continuer à promouvoir l'accessibilité (gratuite et/ou bon marché) des préservatifs.

A7.2.2.2.1 Milieu scolaire

En milieu scolaire, il s'agira de continuer et d'intensifier les démarches en vue d'améliorer l'intégration des questions liées à la vie affective et sexuelle, notamment celles relatives au sida, aux IST et à la diversité des orientations sexuelles.

Principes :

- Les acteurs cibles sont les élèves, les enseignant/e/s, les éducateurs/-trices, les équipes des SPOS, les directions d'écoles ainsi que les parents d'élèves.
- Toute activité de prévention doit être adaptée à l'âge, à l'ordre d'enseignement ainsi qu'au genre.
- L'éducation affective et sexuelle ainsi que la prévention du sida faisant partie du rôle éducatif de l'école, elles sont réalisées dans le cadre général de la promotion de la santé, conformément à la Charte d'Ottawa.

A. Etablissements scolaires :

La prévention du sida à l'école porte sur plusieurs éléments :

Mise à disposition de préservatifs

Des campagnes de sensibilisation et des projets d'innovation dans les écoles

Conformément à la Charte d'Ottawa et dans une perspective de continuité, le SCRIPT du MENFP poursuit les activités régulières d'accompagnement, d'animation, de formation et de documentation relatives aux différents domaines de la promotion de la santé (notamment prévention des toxicomanies, prévention de la violence, prévention du sida).

Les activités ciblent différents niveaux d'action :

- l'individu – développement des compétences cognitives, affectives et psycho-sociales (élèves, personnel, parents)
- le groupe
- l'école

La coopération avec les partenaires externes

La formation continue

Les curriculums officiels :

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

- Enseignement fondamental: Eveil aux sciences et sciences naturelles, Langues, Education morale et sociale, Instruction religieuse.
- Enseignement secondaire et secondaire technique: Biologie, Langues, Education morale et sociale, Instruction religieuse, Education à la Santé et à l'Environnement.

Les activités de recherche :

- pour définir et évaluer les politiques de santé relatives à la jeunesse,
- pour planifier des actions adaptées,
- pour observer l'évolution des comportements et
- pour comprendre les déterminants des modes de vie favorables ou non à la santé.

B. Ministère et partenaires :

1. Dans le but d'assurer une convergence entre les différents projets et actions dans le cadre de la promotion de la santé et du bien-être, il a été décidé de mettre en place un comité consultatif qui réunit les acteurs concernés du Ministère de l'Education nationale. Le groupe est appelé à se pencher notamment sur le domaine de l'éducation affective et sexuelle, de la prévention de l'abus sexuel, de la prévention du sida et d'autres maladies transmissibles.

2. En vue de mettre en œuvre les activités prévues, des coopérations sont prévues notamment avec l'Aidsberodung Croix-Rouge, le Planning Familial, les Médecins sans Frontières et le Ministère de la Santé (division de la médecine scolaire, division de la médecine préventive et sociale).

A.7.2.2.2 Milieux associatifs

Pour multiplier les relais d'information et pour mieux diffuser les messages de sensibilisation et de prévention, il s'agira d'établir des partenariats avec les milieux associatifs aussi bien en ce qui concerne les jeunes, les migrants ou d'autres groupes à atteindre prioritairement.

A.7.2.2.3 Milieux récréatifs et festifs

Les milieux récréatifs et festifs revêtent un intérêt particulier étant donné qu'ils sont souvent associés à la consommation ou à l'abus de drogues.

En milieux festifs, de nombreux jeunes usagers de drogues, ne se considérant pas comme toxicomanes, présumés en bonne santé, rarement en contact avec les professionnels de la santé et méfiants par rapport à tout type d'information émanant de professionnels ou d'«adultes» de manière générale, prennent des risques

d'IST majorés par une consommation souvent combinée d'alcool, de médicaments et de drogues (désinhibition, baisse de vigilance, voire perte de contrôle) ainsi que par le contexte festif.

Actuellement, ces lieux bénéficient de distributions de préservatifs de façon sporadique, mais aucune action structurée n'a été menée à ce jour. Une prise de contact devrait avoir lieu entre les acteurs de la prévention et les responsables de ces lieux (patrons de bars, de discothèques, etc.). Le but de ces rencontres est de sensibiliser les gestionnaires à l'épidémie de VIH/sida afin d'aboutir à une collaboration qui permettrait de développer des actions de prévention ciblées pour le public fréquentant les milieux festifs et récréatifs.

Une de ces actions pourrait se concrétiser dans la création de brochures/dépliants destinés au personnel des divers établissements permettant de les informer et de les sensibiliser au mieux à la problématique du VIH/sida. Ensuite, afin d'augmenter et de faciliter l'accès aux préservatifs dans ces endroits, une collaboration avec ces lieux pourrait se traduire par la création d'emballages de préservatifs comprenant le logo du bar ou de la discothèque impliqués.

A.7.2.2.3 La prise en considération du facteur genre

Il y a lieu de mettre en œuvre des approches différenciées en fonction du sexe pour prendre en compte les situations de vulnérabilités particulières. En fonction des valeurs culturelles par exemple, une femme africaine aura plus de difficultés à imposer le préservatif à son partenaire qu'une femme européenne. La promotion et l'utilisation du préservatif féminin est une des mesures prioritaires.

Il faudra également tenir compte des spécificités féminines en termes de suivi, d'effets secondaires, de désirs d'enfants. L'accompagnement des femmes enceintes, le suivi périnatal et postnatal nécessitent la promotion de la coordination pluridisciplinaire.

A.7.2.2.4 Les populations MSM/WSW

Les résultats de plusieurs études françaises (Pressegay 2002 et 2004 et l'étude Vespa 2003) ont montré une augmentation des rapports sexuels non protégés dans le milieu homosexuel. Ces études confirment les récits de clients gay de l'Aidsberodung, qui observent que le préservatif est de moins en moins proposé et utilisé lors de rencontres avec des partenaires occasionnels. Cette tendance serait particulièrement nette chez les jeunes de moins de 25 ans, chez qui les souvenirs des ravages du sida des années 80 et 90 existent peu et chez les hommes plus âgés chez qui la difficulté de la prévention à long terme s'exprime.

Lassitude, traitements et succès des thérapies, diminution de l'attention de la part des médias : le relâchement de la prévention a des causes multiples qu'il faut répertorier et essayer de comprendre pour les combattre. D'ailleurs, les données de surveillance épidémiologique indiquent une recrudescence du mode de transmission par relations homosexuelles au cours des dernières cinq années.

Il s'agit de prévenir le refoulement du risque d'infection chez les jeunes homosexuels en insistant sur le safer sex, la négociation sexuelle, l'intérêt du dépistage, les conduites à tenir en cas d'exposition et sur la surinfection par un virus plus agressif. Il faut également chercher de nouveaux canaux pour la diffusion des messages (journaux gay, internet). Le recours à Internet comme « lieu » de drague est de plus en plus utilisé et du même coup il faut trouver des moyens pour y rendre la prévention intéressante. Le développement d'un site national (www.aids.lu et www.sida.lu) servant de carrefour pour tout ce qui touche au sida pourrait être

envisagé. De même, il faut favoriser le partenariat avec d'autres associations (Rosa Lëtzebuerg) et/ou des sites Internet gay pour renforcer la prévention. De plus, à l'heure actuelle, il est plus que nécessaire de générer une collaboration « grande Région » dans la prévention des MSM. La scène gay ne s'arrête pas aux frontières et réaliser des actions de sensibilisation communes ne peut être que bénéfique pour chacun. Une brochure destinée au public gay devra être élaborée. En effet, il manque, au Luxembourg, une brochure spécifique au public gay, qui traiterait de l'amour, la sexualité et des infections sexuellement transmissibles.

Des actions de type éducation par les pairs devraient être développées ce qui pourra apporter un nouvel élan à la prévention chez les MSM, notamment via le projet CEPISS (Community Education by Peer Intervention for safer sex and safer use). Trouver des leaders, porte-paroles ou médiateurs-pairs qui souhaitent s'investir dans ce domaine permettrait sans doute d'entrer plus facilement en contact avec la scène gay et de sensibiliser plus de personnes.

A côté d'une présence régulière dans les bistrotts gay, il faudra mettre en place des projets d'information et de sensibilisation en s'associant aux services sida de Metz et de Trêves pour une synergie à ce niveau. Comme pour les migrants, le DIMPS devra également marquer une présence plus soutenue sur les lieux de rencontres gay.

A.7.2.2.5 Les populations hétérosexuelles à risque

Les relations hétérosexuelles constituent actuellement, avec les relations homo/bisexuelles, la première cause de transmission déclarée du VIH au Grand-Duché de Luxembourg. Même si le mode de transmission par relation hétérosexuelle a connu une baisse discontinue au cours des dernières 5 années, il s'agit, dans les années à venir de maintenir les messages de prévention en direction de cette population pour éviter la recrudescence des comportements à risque y associés.

A.7.2.2.6 Les sex workers

Selon les renseignements pris auprès des usagers, le Drop In (Croix-Rouge) estime que les sex workers ont tendance à utiliser systématiquement des préservatifs dans leurs rapports avec les clients. La demande opposée des clients, les situations de détresse, l'usage d'alcool ou de drogues et les violences font cependant que cette règle n'est pas toujours suivie.

En vue d'enrayer la propagation du virus VIH, des hépatites B et C et d'autres MST et en vue de protéger les travailleurs du sexe, leurs clients et les partenaires sexuels des clients, il serait intéressant de faire une étude sur les pratiques à risque dans la prostitution au Luxembourg concernant la transmission des MST et notamment du VIH et dresser un inventaire des demandes des clients, pour mieux définir les raisons qui poussent quelqu'un à des actes sexuels sans préservatifs. Les données serviront à l'élaboration d'une campagne de sensibilisation pour promouvoir l'utilisation des préservatifs et inciter au dépistage dans tous les lieux où s'exerce la prostitution.

Pour les personnes professionnelles en contact avec les sex workers, comme les acteurs sociaux, médecins et les agents de police confrontés au terrain (mœurs, groupes d'interventions) des formations spécifiques sont à organiser pour augmenter l'efficacité de leurs interventions et pour les sensibiliser aux problèmes inhérents à la prostitution.

La prévention et l'offre de prise en charge orientées vers les sex workers doivent s'adapter notamment aux nouveaux modes de prostitution (appartements, contacts par téléphones, annonces dans des journaux, internet). En juin 2007, le ministère de l'Égalité des chances a publié une cartographie de la prostitution au Luxembourg qui s'inscrivait, d'une part, dans le cadre du « Plan d'action national d'égalité des femmes et des hommes » du ministère de l'Égalité des chances et, d'autre part, dans le cadre de la « Stratégie et du plan d'action en matière de lutte contre le HIV/SIDA 2006-2010 ». L'étude était considérée comme un rapport d'étape, un premier inventaire servant comme une base utile pour des recherches futures.

L'accord de coalition 2009-2014 prévoit que le gouvernement « fera (...) un suivi scientifique du phénomène de la prostitution pour connaître l'évolution de la prostitution au niveau national et local. Il analysera dans ce contexte des alternatives au modèle dit « suédois » ». Pour ce faire, le ministère de l'Égalité des chances a choisi une double approche. D'une part, il mène des concertations avec les autorités politiques et les milieux professionnels dans les pays limitrophes afin de connaître leur cadre réglementaire et leurs conditions de travail. D'autre part, le ministère entend renouer avec la cartographie réalisée en 2007 en approfondissant le sujet et en mettant l'accent cette fois-ci tant sur l'aspect qualitatif que quantitatif de la prostitution au Luxembourg.

Le DIMPS, créé dans le cadre du plan d'action VIH/sida 2006-2010 intervient également à certains endroits stratégiques des lieux de la prostitution. La promotion de cette offre ainsi que l'augmentation de la fréquence des sorties constituent des mesures nécessaires. Pour lutter contre la traite à des fins d'exploitation sexuelle, l'élaboration d'un outil d'information spécifique en plusieurs langues pour les personnes sans papier exerçant librement ou non la prostitution s'avère nécessaire. Finalement, il faut trouver des moyens pour sensibiliser les clients sur le safer sex, le dépistage et la traite des êtres humains pour qu'eux aussi participent à la prévention.

A.7.2.2.7 Les usagers de drogues

A.7.2.2.7.1 Echange de matériel d'injection et safer use

Une des plus importantes actions menées en matière de prévention des maladies infectieuses au sein de la population d'usagers de drogues a débuté en 1993. Il s'agit de la mise en place du **programme national d'échange de seringues**. Actuellement, trois services spécialisés gèrent 4 sites⁴ de distribution et de re-collecte à Luxembourg Ville et à Esch-sur-Alzette. Le consommateur demandeur a droit à deux seringues stériles en plus des seringues usagées qu'il ramène. Comme les drogues sont souvent consommées à deux, la remise de deux seringues stériles est considérée comme mesure préventive pour éviter qu'une seringue soit partagée. Les centres d'échange offrent également aux consommateurs la possibilité de bénéficier des services offerts par les centres, tels qu'informations, consultation, substitution, sevrages, thérapies ambulatoires ou orientation vers thérapies résidentielles.

D'autre part, quatre **distributeurs de seringues** ont été placés aux endroits les plus appropriés des différentes villes du Grand-Duché de Luxembourg (Luxembourg Ville, Esch-sur-Alzette, Dudelange, et Ettelbruck). Depuis le début de la vente de seringues par les distributeurs le taux de retour des seringues usagées a été très bas. La vente de seringues stériles aux distributeurs de seringues a diminué dans la même mesure que l'échange aux centres a augmenté. Ceci est principalement dû au non-fonctionnement de certains distributeurs et à des problèmes logistiques d'approvisionnement. Bien que les distributeurs de seringues

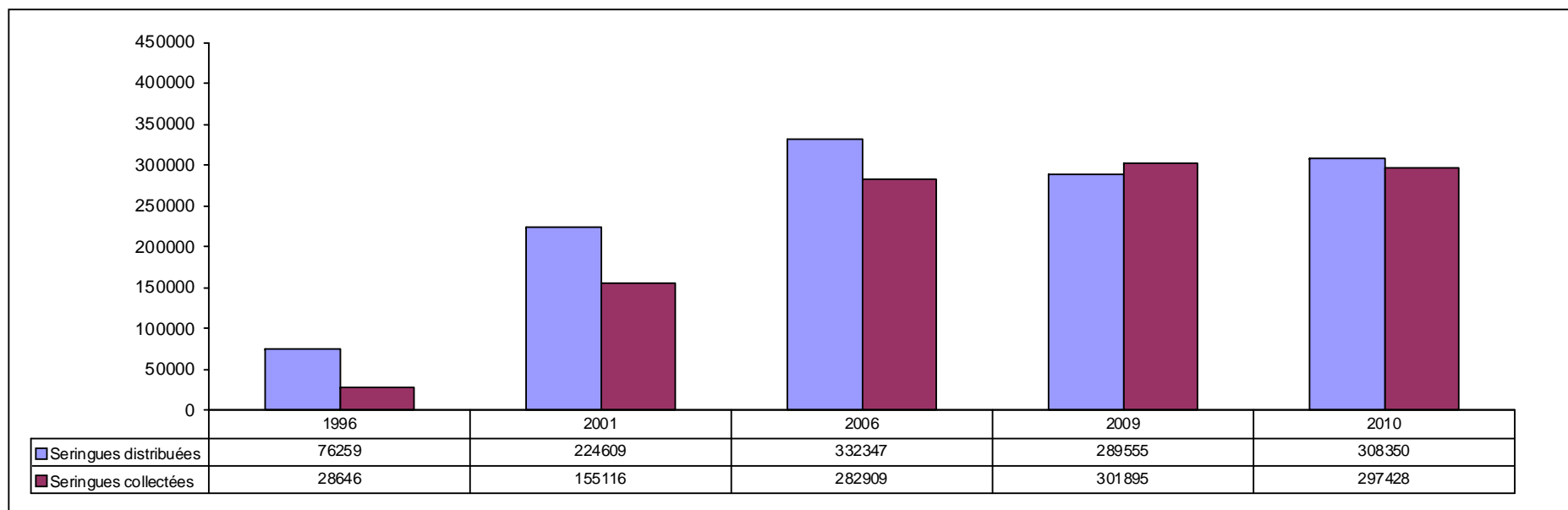
⁴ Le programme d'échange de seringues en milieu carcéral est abordé sous le point A.7.2.2.10

électroniques soient pourvus d'une protection contre le vol et le vandalisme, ce problème n'a pas pu être maîtrisé. L'offre de seringues stériles 24h/24 n'est ainsi pas toujours garantie.

Les **pharmacies** constituent également une source importante d'approvisionnement de seringues⁵. Il est cependant impossible à l'heure actuelle de connaître le nombre de seringues vendues à des personnes toxicomanes et de disposer ainsi d'une image fidèle de la quantité totale de seringues utilisées à des fins d'injection de drogues.

La première décennie du 21^{ème} siècle témoigne d'une hausse de presque 40% du nombre de seringues distribuées à partir de 2000 tout en affichant une certaine stabilisation depuis 2005. Le taux de retour de seringues usées, distribuées dans le cadre du programme, est également en hausse. Le graphique ci-après donne un aperçu des quantités de seringues écoulées et re-collectées par les différents services impliqués de 1996 à 2010.

Fig. 7.2.7.1 Evolution du nombre de seringues distribuées et re-collectées (1996 –2010)



Source: RELIS 2010

⁵ Selon les données RELIS les plus récentes, les pharmacies constituent, après les institutions spécialisées, le deuxième lieu d'approvisionnement de seringues. Origer A., (2010) L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg, CRP-Santé, CES, Point focal OEDT, Luxembourg

A.7.2.2.7.2 Traitement de substitution

Le programme de substitution par la méthadone a été mis en place en 1989 sous la coordination du Ministère de la Santé et de la Fondation JDH. Le nombre de places d'encadrement offertes par le programme est passé de 30 en 1993 à 84 en 2009. Initialement, le programme se limitait à la ville de Luxembourg et aux environs immédiats. Depuis 1994, d'importants efforts ont été déployés afin de régionaliser le programme en question en collaboration avec des médecins prescripteurs agréés et de pharmaciens distributeurs.

Parallèlement au programme méthadone conventionné par le Ministère de la Santé, un nombre important d'usagers se voient prescrire un **traitement de substitution par le réseau de médecine libérale** soit en attente de leur entrée au programme, soit dans le but d'une désintoxication ou d'une maintenance bas-seuil hors programme. Les données fournies par la CNS permettent d'esquisser l'envergure du nombre de personnes qui ont bénéficié d'une prescription de médicaments avec l'indication de traitement de substitution (MEPHENON ®, METHADICT ®, SUBUTEX ®) et du nombre de médecins prescripteurs. En 2009, le nombre de médecins prescripteurs s'élevait à 173 et le nombre de patients bénéficiaires à 1.128. On observe une diminution continue du nombre de clients inscrits au programme de substitution au bénéfice du nombre de personnes s'adressant aux réseaux des médecins libéraux agréés. Cette tendance va de pair avec l'attrait grandissant des personnes toxicomanes envers des offres bas-seuil à moindres contraintes d'admission et d'obligations.

Dans une optique de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses, le programme de traitement par substitution est appelé à contribuer à la stabilisation des personnes dépendantes d'opiacés, à la réduction de l'usage intraveineux et à leur intégration ou réintégration. Une forme particulière de ce type de traitement est à voir dans le programme de traitement assisté à la diacétylmorphine dont la réalisation est prévue pour 2013.

A.7.2.2.7.3 Offres bas-seuil de réduction des risques

Le 7 juin 1999 a eu lieu l'inauguration de la structure fixe d'accueil à bas-seuil pour consommateurs de drogues et autres groupes marginalisés, nommée "**ABRIGADO**" située dans les environnements immédiats de la gare ferroviaire. L'association ABRIGADO a conclu une convention de collaboration avec le Ministère de la Santé, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2000.

En décembre 2003 fut inauguré le **foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes** (NUETSEIL - CNDS). Le foyer en question, qui fait partie des structures retenues par le plan d'action drogues 2000-2004 du Ministère de la Santé, a comblé un besoin urgent en logements de crise pour la population concernée. La capacité d'hébergement du foyer Nuetseil s'élève à 42 lits. Le foyer fonctionne 7/7 jours dans un cadre d'admissions et de sorties journalières. Au début 2004 les services d'Abrigado (offre bas-seuil de jour) furent intégrés en majeure partie dans l'offre du foyer. En juillet 2005 la première **salle de consommation pour personnes toxicomanes** ouvrit ses portes. Intégrée au sein du foyer d'accueil, elle permet aux personnes toxicomanes de s'injecter des drogues apportées dans un environnement hygiénique et contrôlé. Sous cette forme le foyer en question constitue la première structure intégrée en matière d'interventions à bas-seuil pour toxicomanes au niveau national.

La structure bas-seuil K28 de la fondation Jugend- an Drogenhëllef fonctionne depuis septembre 2000, en tant que lieu d'accueil ouvert au rez-de-chaussée du centre de consultation JDH au 28, rue du Fort Wedell et témoigne d'indicateurs d'activités élevées et croissantes. L'offre consiste entre autres dans l'échange de

seringues, distribution de préservatifs et de lubrifiants, prévention hépatites et sida, orientation aux soins médicaux. Dans le cadre de la réduction des risques, le K28 distribue du papier aluminium afin de favoriser une consommation par fumée de l'héroïne au lieu d'une consommation intraveineuse, comportant davantage de risques de contamination par les hépatites et le sida. Cette mesure a permis de toucher une clientèle moins avancée dans leur carrière de consommateurs de drogues dures.

La Fondation JDH gère également le projet nommé "Drogen an AIDS" initié en 1989 à **Esch-sur-Alzette**. Des personnes nécessiteuses, principalement des toxicomanes, ont la possibilité de s'adresser au centre de consultation et peuvent obtenir du matériel d'injection, des préservatifs, profiter des installations sanitaires et recevoir de la nourriture sans les moindres contraintes administratives.

Le service "**dropIn**" (Croix-Rouge Luxembourgeoise) pour prostitué(e)s fonctionne depuis 1998. Le centre, qui est conventionné par le Ministère de l'Égalité des Chances, a été mis en place pour offrir aux prostitué(e)s et surtout aux personnes plus fragilisées des services professionnels de soutien sanitaire, de consultation et d'assistance médico-psycho-sociale et de les aider à élaborer un projet de vie. Grâce au soutien du Ministère de la Santé, le service gère un guichet d'échange de seringues principalement destiné aux clients prostitués.

L'ensemble de ces services œuvrent de façon plus ou moins directe à réduire la propagation du VIH/sida par le biais de mesures de réduction de risques associés à la consommation de drogues. Il existe des mécanismes de concertation soit par le biais de réunions périodiques entre les acteurs concernés soit par des consultations multilatérales à l'initiative du coordinateur national « drogues ». Il s'agira de développer davantage ces mécanismes surtout au niveau des efforts investis dans la distribution de matériel d'injection à l'échelle nationale. Un développement de l'offre dans le sud du pays s'avère nécessaire. Par ailleurs une analyse des besoins en offres de réduction des risques sera effectuée et les résultats devront orienter l'élaboration d'une offre adaptée dans cette région du pays.

A.7.2.2.7.4 Recherche épidémiologique appliquée à la population des usagers de drogues

En 2007 furent publiés les résultats de l'étude « *Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du VIH au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite* » (Origer A., Removille N., 2007). Il s'agissait de la première étude de prévalence nationale représentative, basée sur des données sérologiques et effectuée hors du milieu carcéral. Par la suite de nombreuses recommandations issues de cette étude ont été concrétisées et les résultats ont donné lieu à une série de publications scientifiques et de présentations au niveau international. Le Comité sida devrait continuer à promouvoir la recherche dans ce domaine en particulier tout comme le domaine de la recherche fondamentale et clinique.

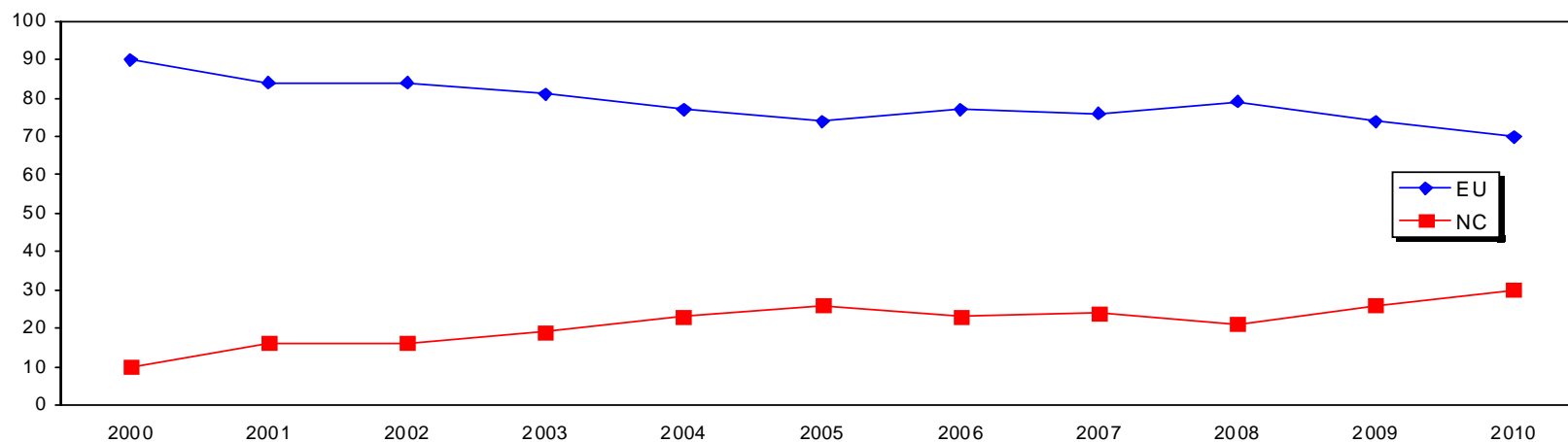
A.7.2.2.8 La population migrante

La population migrante vivant au Luxembourg se trouve majoritairement dans les couches de la population les plus vulnérables sur le plan social et économique. C'est cette même population qui a le moins recours aux divers dispositifs de prévention, d'information et de soins. Comme en France et en Belgique, on constate que la population migrante vivant avec le VIH/sida est caractérisée par une sur-représentation des jeunes femmes et par un dépistage plus tardif.

A titre d'exemple on retiendra que parmi les clients de l'Aidsberodung, les « migrants » non communautaires (nc) sont passés de 10% en 2000 à 30% en 2010 par rapport au communautaires (eu). Cette population est également très hétérogène, notamment en ce qui concerne les pays d'origine, les conditions d'émigration, la date de l'immigration, le niveau d'éducation, le statut social, les causes de la migration et l'intégration dans des groupes communautaires. Les programmes de prévention et de prise en charge doivent tenir compte de cette diversité et se garder de stéréotypes qui peuvent mener à des actions stigmatisantes et inefficaces et même contre-productives.

L'action préventive au sein de cette population « migrante » s'exerce essentiellement à travers de séances de prévention organisées dans les foyers pour demandeurs d'asile : Don Bosco (1^{er} accueil) et le foyer pour femmes demandeuses d'asile à Redange/Attert. Le DIMPS permet également de cibler des personnes migrantes lors des sorties au tapin entre autre, mais également au Don Bosco et foyer à Redange.

Fig. 7.2.2.8.1 Pays d'origine des clients du service de l'Aidsberodung Croix-Rouge (%)



Source : Aidsberodung Croix-Rouge

Pour garantir la confidentialité et éviter la stigmatisation, il sera important d'intégrer les programmes VIH/sida dans un cadre plus large d'éducation à la santé et au planning familial permettant d'aborder les questions liées à la sexualité, désirs d'enfant, contraception et autres maladies sexuellement transmissibles.

Outre les actions améliorant l'accès à l'information, il faudra faciliter et encourager le dépistage volontaire par des campagnes de promotion adaptées et multilingues. Parallèlement il s'agira de profiter du dispositif DIMPS, à même d'offrir conseil, information sur les problèmes de santé et donnant accès au dépistage de proximité couplé à des séances d'information – conseils. Cette unité de santé mobile, intégrant éducation à la santé, planning familial et VIH/sida peut être mis au profit des migrants, mais permettrait également de réaliser des campagnes de dépistage et d'information pour d'autres populations difficiles à atteindre. Les migrants sont amenés au cours de leurs démarches administratives à fréquenter des services spécifiques (communes, ministères, associations etc.) qu'il conviendrait d'identifier pour les utiliser à la sensibilisation aux problèmes liés au VIH.

Les actions à envisager doivent tenir compte du constat qu'une partie des migrants accorde un crédit plus important aux personnes issues de leur communauté. Il faudrait les soutenir et favoriser la formation de ces « pairs » et médiateurs sociaux pour les intégrer dans les programmes.

Pour lutter contre les discriminations et les stigmatisations liées à l'infection VIH, la meilleure façon sera sans doute l'intégration du sida dans un cadre plus large d'éducation à la santé et en combattant les idées fausses et en valorisant la solidarité.

Les populations cibles à atteindre sont en priorité les personnes d'Afrique subsaharienne, mais aussi les populations asiatiques et d'Europe de l'Est dont le flux migratoire vers l'Europe augmente sans cesse.

A.7.2.2.9 Groupes cibles de résidents d'origine étrangère

Depuis des années, les nouveaux cas de séropositivité au Luxembourg se caractérisent par le fait que ce ne sont pas les Luxembourgeois mais les résidents d'origine étrangère qui sont les premiers infectés. La communauté lusophone semble plus particulièrement touchée comme l'a montré une étude menée en 2004 (Schmit, 2004).

Les ressortissants portugais représentant le groupe le plus important au niveau de la population de résidents étrangers au Luxembourg, il est crucial que des efforts soient entrepris pour mieux atteindre ce groupe, sans pour autant négliger les ressortissants des autres nationalités résidents au Grand-Duché.

Une brochure en portugais, sous forme de BD et avec un volet destiné aux hommes et l'autre aux femmes devra permettre de toucher davantage la population lusophone. Les thèmes majeurs de la prévention sida : les modes de transmission, le test de dépistage et la discrimination. Ensuite, une présentation à la presse « portugaise », des rencontres avec le consulat, l'ambassade, les lieux de rencontres portugais devront être envisagés afin de leur transmettre la brochure et de ce fait, la rendre accessible au public-cible.

A.7.2.2.10 La population carcérale

Lors de la visite médicale d'entrée au Centre Pénitentiaire, chaque détenu se voit proposer un test de dépistage VIH, hépatites A, B et C et syphilis. En cas d'indication médicale, une vaccination contre les hépatites A et B est proposée. Tant le dépistage que la vaccination sont accompagnés par un counselling proposé par un infirmier. Une infection à ces pathologies pouvant se produire durant l'incarcération, il est intéressant d'offrir ce dépistage de façon plus régulière par

exemple annuellement et/ou à la sortie du détenu. De plus, afin de favoriser un suivi plus soutenu du détenu toxicomane - plus à risque face aux infections VIH et VHC, une collaboration avec les médecins généralistes prescrivant de la méthadone devrait être envisagée afin d'assurer la continuité du traitement VHC chez les patients souffrant d'une hépatite C, mais également pour proposer aux toxicomanes des tests de dépistage VIH et VHC régulièrement.

Le programme officiel de **distribution de seringues** existe depuis 2005 aux Centres Pénitentiaires du Grand-Duché de Luxembourg. Un étui contenant deux seringues est fourni par un médecin de la prison au détenu qui en fait la demande. Le détenu doit porter l'étui sur lui ou le déposer dans l'armoire de sa cellule. Il n'y a pas de sanction si une seringue est trouvée par le personnel de garde dans son étui. Les seringues se trouvant dans l'étui peuvent être échangées par les infirmiers(-ières) et médecins des services de médecine générale et de psychiatrie. L'infirmier lors de cet échange profite pour donner des informations supplémentaires et pour l'encourager à utiliser du matériel stérile et à venir échanger les seringues.

Des bocal contenant **des préservatifs et du lubrifiant** se trouvent dans les deux salles de consultation de médecine générale. Le détenu peut prendre autant de préservatifs qu'il veut. Il peut également les demander aux infirmiers(-ières) qui se rendent sur les étages deux fois par jour. Afin de garantir un accès optimisé aux préservatifs, l'idée d'installer des distributeurs de préservatifs dans chaque bloc permettrait aux détenus de se servir, moyennant un coût démocratique (basé sur le principe des distributeurs mis à disposition dans les lycées) de façon plus libre. En effet, le fait de devoir demander des préservatifs au personnel médical ou de se rendre à l'infirmerie pourrait empêcher certains détenus d'acquérir des préservatifs.

Le **programme de substitution** a permis de diminuer de façon importante la consommation de drogues par voie intraveineuse en milieu carcéral. Tout détenu qui présente une dépendance aux opiacés peut avoir un traitement de substitution. Ensemble avec son médecin-traitant il décide s'il veut diminuer la prise de méthadone ou s'il veut être maintenu à un certain dosage.

Dans le cadre de la convention entre le Ministère de la Justice et le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP), le Programme Tox a pour mission de prendre en charge les personnes toxicodépendantes en milieu carcéral. Actuellement, le Programme Tox organise des groupes de prévention VIH et hépatites avec tous les nouveaux entrants au Centre Pénitentiaire de Luxembourg. Les groupes de prévention hépatites sont animés par deux membres du Programme Tox. Les groupes de prévention VIH sont animés par une infirmière du Programme Tox en collaboration avec l'Aidsberodung de la Croix Rouge. Au Centre Pénitencier de Givenich, le Programme Tox invite une fois durant toute une journée l'équipe de l'Aidsberodung, et ce dans le cadre du Forum Santé. Durant tout le reste de l'année l'équipe, en lien étroit avec l'Aidsberodung, prend en charge le volet prévention VIH et hépatites.

La prévention des maladies transmissibles par le sang et par voie sexuelle renvoie aux mesures suivantes :

-Projet « Info-Test » qui a commencé en novembre 2010. Il est réalisé par le service médical en collaboration avec le Programme TOX. Ce projet est destiné à tous les détenus qui sont incarcérés depuis 3 mois. L'infirmier propose au détenu un entretien individuel sur les maladies sexuellement transmissibles (VIH, Hépatite B et C) et lui offre un test rapide pour le VIH et l'hépatite C.

-Séances en groupes qui sont initiées par un infirmier du service médical en collaboration avec l'Aidsberodung de la Croix-Rouge sur les hépatites (service médical) et le VIH (Aidsberodung) pour les membres du personnel du Centre Pénitentiaire de Luxembourg.

-Séances en groupes qui sont initiées par une infirmière du Programme Tox en collaboration avec l'Aidsberodung de la Croix-Rouge sur les hépatites (service médical) et le VIH (Aidsberodung) pour les détenus du Centre Pénitentiaire de Luxembourg.

-Séances individuelles avec un infirmier du service médical pour les personnes qui sont testées positives lors d'une sérologie pour leur donner des informations supplémentaires concernant leur maladie (en plus des informations données par le médecin), pour prévenir la transmission à d'autres personnes et pour agir comme prophylaxie à la discrimination.

-Séances individuelles, tous les détenus suivis par le Programme Tox, ainsi que les détenus faisant la demande bénéficient de séances individuelles par une infirmière du Programme TOX sur les maladies VIH, Hépatite A, B et Hépatite C.

- Projet « Peer Education » (CPG) en collaboration avec la Aidsberodung. Il s'agit de former des détenus volontaires et motivés à l'éducation par les pairs. Une fois la formation terminée, les participants pourront animer avec l'aide de l'équipe du Programme Tox, des groupes de prévention.

A.7.2.2.1 I Post Exposure Prophylaxis (PEP)

Les recommandations sur la gestion des accidents d'exposition au VIH, qu'elles soient professionnelles ou non, ont été régulièrement mises à jour et le seront à l'avenir en tenant compte de l'évolution des connaissances et de la recherche dans ce domaine.

Même si au cours des années les médicaments utilisés ont changé, le traitement post-exposition (PEP) reste un maillon important de prévention.

Les messages suivants sont importants et doivent être divulgués largement :

- ◆ la PEP doit être rapide – idéalement dans l'heure qui suit l'exposition, mais en tout cas dans les 72 heures ;
- ◆ où s'adresser : le Service National des Maladies Infectieuses assure au CHL une disponibilité 24h/24, 7 jours/7 (Unité 20) le téléphone est 4411-2730. Cette information devra de nouveau être divulguée plus largement (médecins, policliniques, pharmacies, I12 ;
- ◆ des kits PEP seront déployés dans les services d'urgence de tous les hôpitaux ;
- ◆ une procédure pour les cas de viol sera également diffusée ;
- ◆ une affichette reprenant les modalités de la PEP sera envoyée aux médecins, aux services d'urgence et aux pharmacies ;
- ◆ la PEP n'est pas un traitement simple, comme la pilule du lendemain. Il s'agit d'un traitement durant 28 jours, souvent mal supporté à cause de ses effets secondaires. Elle ne remplace en aucun cas les mesures prophylactiques pré-exposition.

La PrEP, prophylaxie pré-exposition, pour certains groupes à haut risque d'exposition, continu ou ponctuel, est un sujet en pleine évolution. Les travailleurs/euses du sexe, des personnes avec partenaires multiples ou n'ayant pas le contrôle d'autres moyens de prévention pourraient en bénéficier, de façon continue ou discontinue. Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur les modalités, le rapport coût-bénéfice et les indications exactes de la PrEP. Le comité de surveillance suivra attentivement l'évolution des connaissances en ce domaine et adaptera les recommandations nationales en conséquence.

A.7.2.2.12 Formation en matière de prévention au sein de groupes vulnérables

L'implication de pairs dans les stratégies de prévention s'est révélée être un outil efficace et efficient dans une multitude de champs d'intervention. De ce constat a découlé l'idée d'une formation de médiateurs visant à intensifier l'offre de prévention VIH pour les populations en situation de vulnérabilité et agir contre la dissémination du virus. Le projet, à gérer par l'Aidsberodung – Croix Rouge, vise également des thèmes associés au VIH comme les maladies sexuellement transmissibles et la santé sexuelle de manière générale. Le concept du projet s'appuie sur les expériences de projets similaires d'éducation par les pairs, orientés vers des publics marginalisés généralement difficiles à toucher par les campagnes de prévention générale.

L'objectif principal est de former des médiateurs issus des différents milieux visés, et qui, une fois la formation terminée, initieront des activités de prévention auprès de groupes vulnérables et pourront intervenir dans leur milieu spécifique. Le projet s'adresse prioritairement à des populations qui vivent dans des situations de risques d'infections plus élevés et/ou marginalisées, comme les hommes homosexuels, les hommes et femmes hétérosexuels à partenaires multiples, les prostitué(e)s, les usagers de drogues, les migrants, les détenus et des personnes vivant avec le VIH.

Au niveau pratique, les futurs médiateurs seront recrutés selon des critères spécifiques et suivront 5 séances de formation pendant 5 jours. À long terme, les médiateurs seront encadrés, suivis et accompagnés par l'Aidsberodung qui organisera régulièrement des feedback et des supervisions. Les pairs éducateurs seront indemnisés pour les séances de prévention prestées.

A.7.2.3 Prévention interactive (*face to face*)

La qualité du dialogue entre le client et le professionnel de santé est essentielle pour une prise en charge ou une prévention efficace et durable. Ainsi l'information, la prévention, le dépistage, l'annonce d'une séropositivité, la réflexion sur l'annonce au partenaire, le désir d'enfant, les pratiques du safer sex, le suivi de l'adhérence etc, ne se conçoivent que lors d'un véritable échange au sein d'une ou de plusieurs séances de counselling.

Pouvoir formuler ses doutes, ses peurs et angoisses par rapport à un comportement à risque, s'approprier les messages préventifs, exprimer des valeurs touchant à l'intimité nécessitent un dialogue entre un professionnel de santé et le client et ne saura pas se faire par l'intermédiaire de brochures.

Seule la prévention « face to face » permettra aux personnes à risque et aux personnes vivant avec le VIH/sida d'acquérir une bonne maîtrise des comportements et attitudes nécessaires pour faire face aux enjeux de la sexualité et des risques d'infection.

A.7.2.4 Lutte contre la discrimination

Le recul de l'intérêt du VIH/sida dans les préoccupations du public, l'ignorance de beaucoup de gens face aux risques et modes de transmission ainsi qu'une méconnaissance des difficultés auxquelles sont confrontées quotidiennement les personnes touchées par le virus VIH laissent craindre un déclin de la solidarité et éventuellement des comportements d'exclusion envers les personnes vivant avec le VIH.

De ce fait, une étude-évaluation en matière d'anti-discrimination apparaît utile. L'objet de cette étude est :

- d'établir un catalogue des discriminations les plus courantes en matière d'accès aux soins et dans la vie courante des patients infectés par le VIH ;
- d'analyser les lois et la jurisprudence existantes à ce sujet ;
- de travailler en collaboration avec d'autres associations s'occupant de personnes atteintes de maladies chroniques (p. exemple la ligue contre le cancer) ;
- de formuler des recommandations concernant la problématique de la pénalisation de la transmission du VIH ;
- d'analyser les solutions apportées par d'autres pays européens ou outre-Atlantique concernant la discrimination/pénalisation des personnes infectées par le VIH.

Pour mieux lutter contre la discrimination, une sensibilisation des employeurs, des assureurs, des personnes infectées par le VIH, des professionnels de la santé et des acteurs dans les domaines du travail social par des formations, séminaires, discussions sera à réaliser de façon prioritaire.

Reconnaître les difficultés et les droits des personnes infectées par le VIH ainsi qu'une information claire concernant les risques de transmission mais également les comportements sans risque sont des éléments indispensables de toute campagne de prévention pour éviter la discrimination.

A.7.2.5 Collaboration avec les médias

Alors que leur influence sur un changement des comportements sexuels humains ou favorables à leur santé, est incertaine, les campagnes de masse médiatiques :

- Restent néanmoins une importante source d'information sur le VIH/sida.
- Sont un indicateur du degré de gravité de l'épidémie.
- Aident à atteindre des groupes de population difficiles à atteindre par les approches de prise en charge et de suivi individuel.
- Valident et légitiment les interventions communautaires de terrain.
- Maintiennent le sujet du sida sur l'agenda social et politique.

Les **objectifs** des campagnes médiatiques sont :

- Eveiller l'attention et susciter la prise de conscience.
- Prévenir la panique en transmettant une information correcte et scientifique sur les voies de transmission du virus et les moyens de l'éviter.
- Transmettre des messages de prévention et de réduction du risque clairs et précis.
- Corriger les préjugés et les idées fausses.
- Combattre la discrimination.

En tentant de comparer les études d'évaluation transnationales faites sur différentes campagnes médiatiques conduites en Europe, on constate que :

- Les campagnes à messages scientifiquement prouvés, clairs et simples (utiliser le préservatif, restreindre le nombre de partenaires sexuels différents) ont atteint mieux leurs objectifs que celles qui hésitaient plus à formuler ces messages ou qui ont fait appel à des images et notions plus abstraites.
- Les messages les plus efficaces au niveau d'un changement de comportement sexuel sont en effet ceux qui offrent des alternatives de choix comportementaux, sans exiger un changement profond dans les styles de vie.

Au Luxembourg la presse et les médias en général ont été un support efficace pour les efforts nationaux et gouvernementaux d'éducation à la santé. Sauf quelques rares exceptions, une couverture objective et régulière du sujet a été obtenue. Lorsque l'intérêt a chuté, il a été nécessaire parfois de re-stimuler l'attention et de maintenir l'éveil, afin de garder une couverture médiatique suffisante.

En majorité, il existe une bonne relation entre la radio, la TV, le secteur audiovisuel, et les pouvoirs de santé publique et responsables de la communication en matière de prévention du sida. Communiquer sur le VIH/sida reste le meilleur moyen de sensibiliser le public sur l'infection, que ce soit dans le cadre d'une action préventive ou de lutte contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH/sida. Les médias représentent à cet égard un outil de premier choix pour atteindre le grand public.

Il est important de renforcer la collaboration avec les médias afin de les sensibiliser et de les impliquer encore davantage dans la lutte contre le sida. La rédaction d'une revue de presse périodique présentant l'actualité nationale et internationale en matière de VIH/sida et qui sera envoyée à la presse luxembourgeoise permettra à celle-ci de traiter de façon plus régulière le sujet du VIH/sida et de ne plus se limiter aux événements phares pour traiter le sujet. Enfin il est important d'envisager la mise en ligne d'un site dédié exclusivement au VIH/sida (www.sida.lu) qui fournit toutes les informations nécessaires en la matière tant au niveau national qu'international.

A.7.3 Accès au traitement médical

A.7.3.1 En milieu hospitalier et en médecine générale

La prise en charge médicale est assurée au Luxembourg. Les frais des médicaments anti-rétroviraux (ARV) et des traitements accessoires pour les infections opportunistes et les autres affections en relation avec l'immunodépression ainsi que le suivi biologique (marqueurs lymphocytaires, charge virale, génotypage, bilan glucidique, bilan lipidique...) sont couverts soit par la CNS soit par le Ministère de la Santé.

Les problèmes sont :

◆ **Un accès parfois trop tardif au traitement :**

Même si les traitements sont accessibles, encore faut-il savoir qu'on est infecté. Chez trop de patients l'infection à VIH est seulement découverte au moment où cette infection a déjà progressé vers un stade avancé de complications. La nouvelle approche de dépistage plus proactive vise à arriver à diagnostiquer les infections au VIH à un stade plus précoce.

◆ **L'adhérence au traitement :**

Pour le moment encore le traitement doit être considéré comme un traitement à vie, sans interruptions ni vacances de traitement. Un traitement pris irrégulièrement ou insuffisamment risque de sélectionner des virus résistants aux ARV.

Heureusement les dernières années les traitements ont été simplifiés, avec le plus souvent une seule prise ou 2 prises par jour. Par ailleurs la palette des ARV s'est élargie. Un patient qui ne supporte pas un certain ARV peut donc plus facilement trouver un ARV remplaçant. Mais malgré ces progrès les contraintes restent importantes. Les problèmes d'adhérence actuellement rencontrés correspondent en général à des crises sur le plan psychologique : dépression, non acceptation du diagnostic, rechute dans la toxicomanie, la précarité ou la pauvreté.

◆ **Les co-infections :**

Il s'agit surtout de l'hépatite C chronique, de l'hépatite B chronique et de la tuberculose. Là aussi des traitements existent mais ce sont également des traitements où l'adhérence est difficile et qui s'ajoutent donc au traitement déjà difficile du VIH. Ces traitements durent dans le meilleur cas 6 mois, sinon 12 mois ou davantage en cas d'hépatite chronique B. Un réseau pour le suivi des patients toxicomanes et des patients libérés après une peine d'emprisonnement et sous traitement ou nécessitant un traitement de leur hépatite virale sera mis en place, notamment avec les médecins participant au programme de substitution de la dépendance à l'héroïne.

◆ **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. Avec les trithérapies administrées pendant la grossesse et l'accouchement le risque de transmission au bébé est devenu faible, de l'ordre du pourcent. Pour les couples discordants où l'homme est infecté, on adressera le

couple dans un service spécialisé à Bruxelles avec lequel une collaboration a été établie pour les techniques de procréation médicalement assistée avec lavage de sperme.

◆ **Relations entre spécialistes et généralistes :**

Idéalement les patients infectés à VIH sont suivis cliniquement et biologiquement tous les 3 à 6 mois par un spécialiste et pour tous les problèmes intercurrents ce sont en principe les médecins généralistes qui interviennent. Toutefois, la collaboration avec les médecins généralistes devrait être améliorée.

Cela présuppose :

1. Le patient doit être motivé de voir son généraliste.
2. Le généraliste doit vouloir suivre les patients infectés à VIH, ce qui est quasiment toujours le cas.
3. Pour le suivi des patients libérés de prison, le lien avec leur médecin généraliste ou en charge du traitement de substitution sera développé tout particulièrement.

◆ **Les personnes en situation de précarité :**

De plus en plus de personnes qui font appel au service de l'Aidsberatung de la Croix-Rouge vivent dans la précarité. La plupart sont des consommateurs de drogues et/ou des migrants et étrangers avec un profil bien spécifique: certains migrants n'ayant jamais migré (immigrés de deuxième génération), d'autres étant contraints à l'exil par réflexe de survie (échapper à la misère, la famine, la maladie et la mort).

Bon nombre de ces derniers ne bénéficie pas de couverture sociale et/ou n'a pas accès aux droits sociaux tout simplement parce que l'accès aux droits sociaux est subordonné à des conditions de séjour et/ou de résidence. Pour y remédier, il serait opportun de réfléchir sur un assouplissement des conditions de domiciliation (adresse postale, déclaration sur l'honneur en l'assortissant à un système de surveillance/vérification effective...).

Une partie de cette population, qui vit contrainte en situation d'assisté car n'étant pas autorisée d'accéder au marché du travail sous peine de représailles, se voit contrainte d'accepter la dépendance à long terme ou de travailler au noir en prenant le risque de subir les dérives inhérentes à ce marché de l'emploi parallèle : absence totale de protection sociale et exploitation comme «esclaves modernes ». Une piste intéressante serait de coupler automatiquement le permis de séjour pour raison humanitaire et le permis de travail ce qui permettrait d'éviter les dérives.

L'accès rapide aux soins classiques, les hospitalisations et les traitements spécifiques pour le sida ne posent pas de problèmes pour la population en carence de couverture sociale. Par contre, les difficultés administratives et pratiques émergent quand il s'agit d'assurer la prise en charge du retentissement sanitaire que le sida (séquelles de maladies opportunistes), ses traitements (effets secondaires) et les soins dentaires (dont l'importance préventive n'est pas à négliger) produisent.

Ces effets indésirables exigent des traitements spécifiques de longue durée faisant appel à divers dispensaires de soins (orthophoniste, kiné, psychiatre etc...). S'ajoutent à cela d'autres traitements (soins dermatologiques, alimentation complémentaire etc..) qui restent à charge de l'Aidsberodung et doivent être réglés au cas par cas. Les interventions non-remboursées par les Caisses de maladie pourraient être couvertes par la création d'un fonds spécial. On peut également envisager la prise en charge directe des frais médicaux par un organisme public pour des personnes en situation de précarité extrême.

Le diagnostic d'infection au VIH se fait de façon beaucoup plus tardive chez les migrants et en particulier chez ceux venant d'Afrique et d'Asie, où la prévalence est plus élevée qu'au G.-D. de Luxembourg. A titre d'exemple, en 2010 les CD4 médians au moment du diagnostic chez ces patients étaient de +/- 100 cellules plus basses. Afin de permettre à ces patients de connaître leur diagnostic plus tôt, il est recommandé de proposer un dépistage VIH systématiquement lors de l'examen médical à l'arrivée au pays, sans bien sûr le rendre obligatoire.

A.7.3.2 En milieu carcéral

Deux médecins-spécialistes du Centre Hospitalier de Luxembourg offrent des consultations au Centre Pénitentiaire quatre fois par mois. Les deux médecins travaillent selon les recommandations internationales et de même façon qu'au service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier de Luxembourg.

Toute personne dépistée séropositive au VIH, à l'hépatite C ou porteur de l'antigène HBs de l'hépatite B et toute personne qui déclare souffrir d'une de ces maladies est automatiquement invitée chez le médecin-généraliste à la prochaine consultation pour en être informé et pour recevoir des renseignements sur la maladie et comment elle peut éviter de la transmettre à une tierce personne. De plus elle peut informer son partenaire.

L'accès au traitement est garanti. En cas de besoin d'un traitement, la personne l'aura (ou bien en hebdomadaire, en journalier ou 2x/jour). Le suivi se fait selon les recommandations internationales (analyse de sang de contrôle ainsi que visites médicales).

L'adhérence au traitement est élevée, vu que le suivi ainsi que le traitement sont organisés par le service médical (les analyses de sang sont programmées, la personne est appelée pour la faire, elle est appelée chez le médecin, les médicaments lui sont apportés en cellule, etc.)

Une vaccination contre la pneumonie tous les 5 ans et une vaccination contre la grippe saisonnière est proposée à chaque détenu séropositif pour le VIH. Chaque femme séropositive pour le VIH est inscrite deux fois par an chez le médecin-spécialiste en gynécologie. Tous les traitements au Centre Pénitentiaire sont aux frais du Ministère de la Justice et dès lors gratuits pour le détenu.

A.7.4 Prise en charge psychosociale

L'infection VIH s'est transformée depuis l'introduction des multithérapies, mais elle demeure une maladie qui altère la santé, contraint à des changements de mode de vie, épuise physiquement et psychiquement, appauvrit, isole et les personnes vivant avec le VIH risquent de mourir prématurément. D'un autre côté, les personnes touchées (ré)investissent dans l'avenir et expriment de « nouveaux besoins », désir d'enfant, accès au travail, droit aux assurances etc. La dimension psychosociale de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida reste ainsi fondamentale.

Les services de soutien psychosocial sont également nécessaires pour aider les personnes vivant avec le VIH à prendre toutes les précautions pour éviter la transmission du virus à autrui et à maintenir à long terme le safer sex. L'intégration, dans le cadre du suivi médical régulier, d'une consultation de prévention pourrait être envisagée. Ces consultations serviraient à réactualiser les informations sur les modes de transmission et de protection, sur les effets d'une surcontamination, inciter au recours de la PEP, aider à l'annonce du partenaire etc.

Enfin, la prise en charge psychosociale est particulièrement importante pour permettre la réorganisation de la vie après l'annonce d'un résultat positif et avec le traitement. Il faudrait élargir et systématiser les programmes d'éducation thérapeutique pour créer les conditions optimales à l'observance surtout pour les populations migrantes.

A.7.4.1 Les associations spécialisées

A.7.4.1.1 Le secteur conventionné

L'**Aidsberodung de la Croix-Rouge** a été créée en 1988 et est conventionnée par le Ministère de la Santé depuis 1990. L'association a comme objectifs :

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

Pour l'Aidsberodung, il s'agit avant tout de défendre les intérêts des personnes touchées par le VIH et de leurs proches, savoir répondre à leurs besoins, s'engager pour une meilleure qualité de vie, se montrer solidaire, dénoncer toute discrimination, être disponible et à l'écoute. L'accueil, le suivi et la prise en charge globale sont au cœur des services de l'Aidsberodung et supposent la prise en compte des aspects médicaux, sociaux et psychologiques du client par rapport à sa vie et son environnement.

Comme l'offre du logement social pour les personnes en situation précaire demeure insuffisante, l'hébergement transitoire et à bas-seuil est un dispositif passerelle que la Croix-Rouge met à disposition dans la limite des places disponibles: le foyer Henry Dunant est lié à un projet d'insertion et de restauration de l'autonomie. La Maison Henry Dunant est un lieu d'hébergement et d'accompagnement pour personnes infectées par le virus du VIH. En 2010, 185 personnes vivant avec le VIH/sida ont consulté le service psycho-social de l'Aidsberodung. 22% de ces personnes ont consulté pour la première fois. La même année, la maison Henry Dunant a hébergé 38 personnes (29 en 2005).

L'association **Rosa Lëtzebuerg**, créée en 1996, œuvre entre autres dans le domaine de prévention VIH visant la population homosexuelle et bisexuelle. Les bénévoles de cette association en collaboration avec l'Aidsberodung et les membres de Stop Aids Now / ACCES s'occupent de la distribution de préservatifs dans les cafés et discothèques à base régulière. Fut créé en 2002, sur initiative de Rosa Lëtzebuerg a.s.b.l., le Centre d'Information (et de consultation) GAY et LESbien, dit « **CIGALE** ». Ce centre, conventionné par le Ministère de la Famille et de l'Intégration s'adresse à toute personne homosexuelle (gay ou lesbienne), bisexuelle ou hétérosexuelle, qui à un moment donné de sa vie nécessite un soutien en rapport avec son identité ou son orientation sexuelle.

A.7.4.1.2 Le secteur non-conventionné

L'association sans but lucratif **STOP AIDS NOW/ACCES** se compose de bénévoles qui soutiennent le travail et les activités de l'Aidsberodung et se chargent entre autres de la distribution de préservatifs gratuits. Depuis 2010, l'asbl est également agréée par le Ministère de la Coopération.

En 2001 fut créée l'a.s.b.l. **AIDS & CHILD** qui œuvre dans l'intérêt des enfants atteints du VIH/sida et de leurs parents.

A.7.5 Offres d'hébergement, de logement et de réinsertion

L'Aidsberodung de la Croix-Rouge propose des hébergements à titre temporaire à des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. La capacité actuelle est de 29 lits. Par ailleurs un certain nombre de personnes vivant avec le VIH/sida sont suivies dans des logements privés agréés par le Ministère de la Santé. (e.g. Fonds de Logement)

Plusieurs propositions seront à intégrer dans une discussion d'ordre général:

- Introduire une allocation au logement accessible aux plus démunis et dé耦lée du bénéfice RMG.
- Gérance systématique du RMG pour les usagers de drogues sous couverture d'un contrat de conduite. Dans ce cas de figure le suivi bien fait est absolument indispensable.
- Prêts sans intérêts pour la liquidation de la caution et remboursement individualisé basé sur les conclusions d'une enquête sociale motivée.
- Possibilité de saisir le RMG au moins du montant de l'indemnisation accordée pour le loyer afin de sécuriser le propriétaire.
- Caution payée par l'Etat.

A.7.6 Activités de recherche

Depuis le début de l'épidémie, le Service National des Maladies Infectieuses (SNMI) participe à la recherche sur le sida en s'intégrant aux efforts de recherche aux niveaux européen et international. Sur le plan national, ce fut en 1991 que le laboratoire de recherche en rétrovirologie a ouvert ses portes. Les activités de ce dernier sont actuellement intégrées au sein du CRP-Santé.

La recherche sur le VIH/SIDA au Luxembourg comprend plusieurs axes dont certains sont bien établis. Le plan d'action 2011-2014 tiendra compte des recommandations de l'évaluation du plan précédent en mettant l'accent sur le développement de la recherche épidémiologique. Plus précisément, le plan d'action prévoit les activités suivantes :

1. La recherche fondamentale : ce domaine de recherche s'intéresse essentiellement aux mécanismes de résistance aux antiviraux (VIH et VHC) et aux mécanismes d'entrée du virus VIH dans la cellule. En parallèle, compte tenu de la fréquence des co-infections, le laboratoire développe un axe en recherche VHC. Cette recherche est essentiellement financée par le Ministère de la Recherche (via le CRP-Santé et le FNR). L'objectif pendant la durée de ce plan d'action sera de maintenir une recherche fondamentale de qualité au Luxembourg (indicateurs de performance : 1. financement compétitif obtenu pour la recherche fondamentale par an), 2. peer-reviewed publications scientifiques avec facteur d'impact >2).

2. La recherche avec application clinique : il s'agit d'études cliniques de résistances aux antiviraux, du rôle clinique de co-récepteurs et des sous-types viraux. Le but est de traduire les connaissances plus fondamentales en applications cliniques (recherche translationnelle). Cette recherche a directement des implications pour le suivi des patients, et les nouveaux tests ont un potentiel pour être implémentés en routine clinique à moyen terme. Cette recherche est essentiellement financée par le Ministère de la Santé (jusque maintenant via la Fondation Recherche sur le SIDA et à partir de 2012 via le CRP-Santé). L'objectif pendant la durée de ce plan d'action sera de continuer à développer les transferts vers la clinique en implémentant des nouveaux tests dès qu'une demande clinique se fasse ressentir, en garantissant ainsi une qualité « state-of-the-art » du suivi biologique des patients VIH au plan national (exemple : séquençage du gène de l'intégrase, du V3 loop, deep sequencing ...) (indicateurs de performance : 1. nombre de nouveaux tests développés et proposés aux patients, 2. peer-reviewed publications scientifiques avec facteur d'impact >2).

3. La recherche en collaboration avec l'Afrique : cette recherche bénéficie d'une interaction de longue date avec l'Afrique, notamment le Rwanda (via le Ministère des Affaires Etrangères, LuxDevelopment et le programme européen EDCTP), mais également l'Afrique du Sud et d'autres pays (via PharmAccess, NL et Médecins sans Frontières, Luxembourg). Le but est d'accompagner les pays africains dans la mise en route d'un suivi médical de qualité des patients HIV, voire de développer des projets de recherche qui s'intéressent aux spécificités de leurs pays (recherche opérationnelle). L'objectif pendant la durée de ce plan d'action sera de maintenir nos activités en Afrique et d'intensifier les relations avec nos partenaires. Concrètement, les activités se concentreront sur la réalisation de l'étude MONOD au Rwanda et l'éventuelle participation dans une nouvelle étude avec PharmAccess (indicateur de performance : nombre de projets collaboratifs réalisés)

4. La recherche clinique : la recherche clinique vise à offrir aux patients un accès à de nouvelles thérapeutiques dès qu'elles sont en expérimentation clinique, tout en garantissant une sécurité maximum pour les participants aux études. Le SNMI participe à des études internationales depuis de nombreuses années. Actuellement, un médecin en voie de formation et une data-manager sont financés par le Ministère de la Santé (via la Fondation Recherche sur le SIDA) pour des activités de recherche clinique. Dans le cadre de la réorganisation actuelle de la Fondation Recherche sur le SIDA, ces deux personnes deviendront des salariés du CRP-Santé à partir du 1 janvier 2012 et elles intégreront ainsi le Centre d'Investigation et d'Epidémiologie Clinique (CIEC). Ceci aura comme avantage que la recherche clinique sur le HIV profitera des structures et procédures qualités mises en place par le CIEC. L'objectif pendant la durée de ce plan d'action sera de participer régulièrement dans des études cliniques internationales afin d'offrir aux patients un accès aux nouvelles thérapeutiques. A cet égard, la continuation du financement de la part du Ministère de la Santé est essentiel (indicateurs de performances : 1. nombre d'études réalisées, 2. nombre de participants inclus).

5. La recherche épidémiologique : la recherche en épidémiologie vise à donner une image fiable de la situation de l'infection HIV (et de plus en plus des co-infections comme les hépatites) au Luxembourg. Le financement de ces activités dépend du Ministère de la Santé et de certains fonds européens. Cette information épidémiologique est essentielle pour guider les interventions de prévention futures. Actuellement, l'information épidémiologique provient essentiellement de la

« cohorte VIH » établie à partir du laboratoire de rétrovirologie. L'information est analysée annuellement et diffusée par un rapport émanant du laboratoire de rétrovirologie, adressé au Comité de surveillance SIDA. Les données servent ainsi à la rédaction de la partie épidémiologique du rapport annuel du Comité SIDA. Dans les années passées, des informations complémentaires ont été recueillies via des études internationales (exemple : les études européennes SPREAD, EHR, EuroSIDA, EuroHIV (maintenant e-CDC et ESAR). La volonté d'obtenir des informations détaillées sur les voies d'acquisition de l'infection (étude NAPS), afin de pouvoir guider la prévention, n'a pas abouti sur les résultats escomptés à ce jour. En plus, des informations sur les activités de prévention sont recueillies mais pas nécessairement analysées sur base d'une méthodologie scientifique. Aussi, pour les interventions préventives dont l'efficacité n'est pas systématiquement évaluée, l'impact réel sur le taux de nouvelles infections n'est pas connu. Pour ces raisons, les objectifs pendant la durée de ce plan d'action seront :

1. améliorer le contenu en information permettant de guider la prévention pour la prévention de la cohorte HIV. Il est essentiel que ce type d'information soit recueilli pour toute nouvelle infection, soit par questionnaire classique papier, soit – et probablement de façon plus efficace – par voie électronique, et par la suite analysé par une méthodologie validée. Cette recherche pourra bénéficier de la guidance méthodologique du nouveau centre de compétence « Methodology & Statistics » (CCMS) créé au CRP-Santé sous la direction du Prof. Stephen Senn (indicateur de performance : proportion de nouveaux patients pour lesquels des données complètes d'infection sont recueillies).
2. le laboratoire de rétrovirologie continuera à procéder à des analyses de type « épidémiologie moléculaire » et soumettra ses résultats annuellement au Comité SIDA (indicateur de performance : rédaction d'un rapport annuel pour au plus tard fin février de chaque année).
3. le Luxembourg continuera à participer dans des efforts européens type EuroSIDA et ESAR afin de pouvoir comparer ses résultats à ceux des pays avoisinants (indicateur de performance : nombre de patients inclus dans les études).
4. les données recueillies des mesures de prévention seront analysées systématiquement et par des méthodes validées (éventuellement avec l'aide du CCMS) afin de comprendre leur impact réel sur la prévention. Il s'agira ici de faire de la recherche opérationnelle (indicateur de performance : rapport annuel sur l'évaluation des activités de prévention).

A.7.7 Assurance qualité et évaluation

L'évaluation du plan d'action comportera 2 volets. Le Comité de Surveillance du sida, assisté par le coordinateur technique, suivra l'implantation du plan d'action et dresse des bilans intermédiaires sur base annuelle. Ensuite une évaluation finale en fin de parcours servira de base à la rédaction du prochain plan d'action. L'évaluation prendra la forme d'un audit externe effectué par une instance habilitée. L'architecture du plan d'action 2011-2015 tiendra compte des recommandations de l'évaluation externe du plan d'action précédent (2006-2010), notamment par l'inclusion d'indicateurs de performance.

B. Plan d'action national en matière de lutte contre le VIH/sida 2011 –2015

Ministère de la Santé
Grand-Duché de Luxembourg

Domaine d'intervention	Champ d'intervention	Population / milieu cibles	Mesure	Descriptif projet	Acteur(s) impliqué(s) et Gestionnaire(s)	Budget prévisionnel	Echéancier	Indicateurs de résultats (R) et d'impact (I)
A.7.1 Coordination nationale		Intervenants et autorités	Optimiser les mécanismes de coordination.	Le Comité de Surveillance sida est responsable de la coordination générale des réponses et actions. Maintien du poste (0.25 ETP) de coordination technique du plan d'action sida et rapport périodique au Comité sida.	G ⁶ . Comité de surveillance du sida. A . Coordinateur technique.	non applicable (n.a.) ⁷ non applicable (n.a.)	Continue Périodique	I : Nombre d'incidents ou d'événements indésirables dus à un manque de communication ou de coordination. R : Nombre de rapport au Comité sida.
A.7.2 Mesures de prévention	A.7.2.1 Prévention en population générale	A.7.2.1.1 Information grand public	Campagnes d'information et de sensibilisation.	Ces campagnes seront généralisées ou ciblées selon les besoins constatés et associées le cas échéant à des actions par les acteurs de terrain. Soutien aux associations spécialisées et autres ONGs œuvrant dans le domaine de la sensibilisation et de la prévention	G . Direction de la Santé – DIV MED PREV A ⁸ Aidsberodung, Planning Familial, Ministère de l'Education Nationale. G . Direction de la Santé – DIV MED PREV G . Direction de la Santé, DIV MED PREV. A . Acteurs de terrain	n.a. n.a. n.a.	Continu Continue Continue	I : Résultats d'évaluation de connaissances I : Résultats d'évaluation de connaissances R : Evaluations disponibles
			Evaluation.	Evaluations post-campagnes et enquêtes de connaissances régulières auprès de la population				

⁶ **G** : Organisation ou gestionnaire responsable.

⁷ n.a. (non applicable) : La mention n.a. signifie que l'action ou le projet en question ne nécessite pas de mobilisation budgétaire supplémentaire ou que les moyens requis s'inscrivent dans des lignes budgétaires existantes.

⁸ **A** : Acteurs / Associations partenaires.

		A.7.2.1.2 Distribution de préservatifs	Assurer la disponibilité et l'accès adéquat aux préservatifs.	Garantir l'accès gratuit ou à tarif préférentiel aux préservatifs en assurant une couverture nationale adéquate. Distributions régulières dans les bars et établissements fréquentés par la population gay.	G. Direction de la Santé. – Division de Médecine Préventive. G. Direction de la Santé. A. , Aidsberodung, STOP AIDS NOW.	n.a. n.a.	Continue. Périodique.	R : Nombre de sorties de distribution. R : Nombre de préservatifs effectivement distribués.
		A.7.2.1.3 Accès aux offres de dépistage	Promotion du dépistage et de l'accès aux offres de dépistage.	Améliorer l'accès au et la qualité du dépistage gratuit du VIH par la création de deux centres de dépistage respectivement dans le nord et le sud du pays Eviter les dépistages inadéquats. Réduire les dépistages tardifs. Proposer systématiquement le counselling au dépistage. Campagnes d'information auprès des médecins. Extension de l'offre DIMPS et acquisition d'un nouveau véhicule adapté Améliorer le dépistage précoce. Renforcer l'incitation au dépistage suite à une situation à risque. Campagne de sensibilisation grand public.	G. Ministère de la Santé. A. CHL, CHdN, CHEM, Aidsberodung, Planning Familial. G. Direction de la Santé – Comité sida. G. Direction de la Santé. A. Aidsberodung. G. Direction de la Santé A. Aidsberodung.	Forfait équivalent à 2 ETP INF/ATM n.a. 0.5 ETP PSY Véhicule n.a. n.a.	2012 2012 2012 40.000.- Continu Périodique	R : Nouveaux centres de dépistage fonctionnels I : Nombre de tests effectués par année et évolution du nombre total de tests sur le plan national. R. Nombre de dépliants distribués. R. Nombre total de sorties et par population cible R. Nombre de contacts avec clients R. Nombre de tests de dépistage et rendu de résultats. R. Nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité. I. CD4 médians selon mode de contamination. R : Campagne(s) menée(s).

	A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables	A.7.2.2.1 Les enfants et la transmission mère-enfant	Affiner les stratégies de prévention auprès des femmes enceintes ou projetant de procréer.	<p>Mener des actions ciblées pour inciter les femmes qui ont le désir de devenir enceintes à se faire dépister.</p> <p>La sensibilisation des médecins gynécologues à ce problème doit être renouvelée systématiquement.</p> <p>Une prise en charge médicale et psychosociale des futurs parents séropositifs doit se faire avant une grossesse, dès que le désir d'enfant(s) se manifeste.</p>	<p>G. Direction de la Santé. A. Aidsberodung Planning Familial.</p> <p>G. Comité de surveillance du sida A. Médecins gynécologues, Planning Familial.</p> <p>G. Hôpitaux . A. Aidsberodung.</p>	<p>n.a.</p> <p>n.a.</p> <p>n.a.</p>	<p>Continue</p> <p>Périodique</p> <p>Continue</p>	<p>R. Nombre d'actions spécifiques menées.</p> <p>R : Idem.</p> <p>R : Proportion consultations avant/après grossesse/ projet de procréation.</p>
--	--	---	--	---	---	-------------------------------------	---	---

		A.7.2.2.2 Les jeunes	<p>A.7.2.2.2.1 Populations jeunes Le développement et maintenance d'un site internet interactif associé à des applications de jeux, concours et réseaux sociaux.</p> <p>A.7.2.2.2.2 Le milieu scolaire Provision de préservatifs (à tarif préférentiel) dans les établissements scolaires secondaires, l'Université de Luxembourg et les foyers pour jeunes.</p> <p>Campagnes de sensibilisation et projets d'innovation.</p>	<p>Mise à disposition de distributeurs et vente de préservatifs à 20 cents/4 unités dans les établissements cités.</p> <p>Campagne d'information/de sensibilisation à l'attention des élèves des classes de 7^e et de 8^e. Séances d'une heure; nécessité d'un langage adapté aux différentes classes (public jeune, contexte scolaire, culturel et socio-familial très hétérogène).</p>	<p>G. Direction de la Santé, DIV MED PREV.</p> <p>G. Direction de la Santé, Ministère de l'Education Nationale A. Etablissements scolaires du G.-D, partenaires commerciaux.</p> <p>G. Direction de la Santé, Ministère de l'Education Nationale. A. Aidsberodung Etablissements scolaires.</p>	<p>n.a.</p> <p>n.a.</p> <p>n.a.</p>	<p>Continue.</p> <p>Continue.</p> <p>2011-2015.</p>	<p>R : Site en ligne. I : Statistiques de fréquentation.</p> <p>R : Distributeurs disponibles et préservatifs accessibles. I : Nombre de préservatifs distribués par l'intermédiaire des distributeurs.</p> <p>R : Campagnes lancées.</p>
--	--	---------------------------------	---	--	--	-------------------------------------	---	--

				<p>Festival du Film pour Jeunes 'Hautnah' : organisation annuelle.</p> <p>Destiné prioritairement aux classes de l'enseignement secondaire et secondaire technique ainsi qu'aux classes de l'éducation différenciée, le festival se propose de sensibiliser les jeunes à différents problèmes actuels à travers le média cinématographique (long-métrage, documentaire, film muet) complété par une discussion en classe et une rencontre avec des témoins et des expert/e/s.</p> <p>Séances d'information « Education sexuelle et prévention des MST » à l'attention des classes de l'enseignement secondaire et secondaire technique.</p> <p>Actions pour la journée mondiale du sida.</p>	<p>G. Ministère de l'Education Nationale Nationale.</p> <p>A. Cinémathèque de la Ville de Luxembourg, Inter Actions : Maison des Jeunes du Grund, Aidsberodung Croix-Rouge.</p> <p>G. Ministère de l'Education Nationale Nationale.</p> <p>A. Planning familial.</p> <p>G. Direction de la Santé, Ministère de l'Education Nationale.</p> <p>A. Aidsberodung Croix-Rouge, SNJ, Maisons des Jeunes, Médecins sans Frontières.</p>	<p>n.a.</p> <p>16.000.-</p> <p>n.a.</p>	<p>Annuel.</p> <p>Continu.</p> <p>Annuel.</p>	<p>R : Festival organisé.</p> <p>R : Séances d'information organisées. I : Evaluation rapide des connaissances avant/après intervention.</p> <p>R : Actions entreprises. I : Estimation du nombre de personnes touchées.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---	---

			Coopération avec les partenaires externes.	Mise à disposition d'une documentation pédagogique (voir ci-dessous) : publications scientifiques récentes, matériel pédagogique à l'attention des élèves et du personnel enseignant et psycho-socio-éducatif.	G. Ministère de l'Education Nationale A. Aidsberodung de la Croix-Rouge, Planning Familial, Ministère de la Santé Médecins sans Frontières.	n.a.	Continu	R : Documentation accessible. I : Statistiques d'utilisation de cette offre.
--	--	--	--	--	--	------	---------	---

			La formation continue	<p><u>Niveau national</u> : Organisation régulière semestrielle d'activités de formation continue à l'attention du personnel enseignant et psycho-socio-éducatif de tous les ordres d'enseignement</p> <p><u>Niveau local/régional</u> : des formations peuvent être organisées sur demande des écoles.</p>	<p>G. Ministère de l'Education Nationale A. Aidsberodung de la Croix-Rouge, Planning familial, Institut de formation dans la Grande-Région (coopérations privilégiées avec la Rhénanie-Palatinat et la Sarre)</p>	n.a.	Continu	<p>R : Nombre de séances de formation organisées. I : Nombre de bénéficiaires.</p>
			Les activités de recherche	<p>Etude HBSC (Health Behaviour of School-aged Children): Les résultats permettent d'avoir un aperçu sur e.a. les attitudes, comportements et connaissances des jeunes face à leur vie relationnelle et sexuelle et de les mettre en relation avec tout un ensemble de facteurs influençant leur bien-être physique, psychique et social.</p> <p>En 2008 a eu lieu la troisième étude au Luxembourg. Ceci nous permettra d'avoir une vue sur le bien-être à l'heure actuelle, mais constitue aussi le début d'une étude longitudinale par comparaison de données des études précédentes.</p> <p>En mai/juin 2010 a eu lieu la troisième étude au Luxembourg. Cette dernière constitue une mise à jour importante et permettra de situer les données dans une optique longitudinale par comparaison de données avec l'étude réalisée en 1999 et 2006/07.</p>	<p>G. Ministère de l'Education Nationale, Direction de la Santé A., Ministère de la Famille et de l'Intégration, CRP-Santé.</p>	n.a.	Continu	<p>R : Résultats de l'étude HBSC 2010 disponibles et comparabilité avec les études HBSC précédentes.</p>

			<p>A.7.2.2.3 Les milieux récréatifs et festifs</p>	<p>Intensifier les actions de sensibilisation dans les milieux festifs.</p> <p>Prise de contact avec gestionnaires d'établissements et de manifestations festifs et récréatifs. Création et distribution de feuillets d'information et proposition d'emballage pour préservatifs portant le logo de l'établissement participant.</p>	<p>G. Direction de la Santé. A. Aidsberodung.</p> <p>G. Direction de la Santé. A. Aidsberodung.</p>	<p>n.a.</p> <p>n.a.</p>	<p>Annuel.</p> <p>Continue.</p>	<p>R. Nombre de nouvelles actions entreprises.</p> <p>R : Nombre de contacts pris. R : Feuillelet d'information distribué. R : Emballages individualisés distribués.</p>
		<p>A.7.2.2.3 La prise en considération du facteur genre</p>	<p>Accorder davantage d'attention aux spécificités liées au sexe.</p>	<p>Augmenter les offres différenciées en fonction du sexe et des situations de vulnérabilité spécifiques.</p> <p>Promotion de l'utilisation des préservatifs féminins. Création d'une brochure explicative et mise à disposition gratuite de préservatifs féminins à des endroits stratégiques.</p>	<p>G. Direction de la Santé. A. Aidsberodung.</p> <p>G. Direction de la Santé. A. Aidsberodung, dropln.</p>	<p>n.a.</p> <p>n.a.</p>	<p>Continue.</p> <p>2011.</p>	<p>R : Nombre comparatif (2010) d'offres et mesures avec une composante spécifique de genre.</p> <p>R : Brochure créée. R : Nombre de préservatifs féminins effectivement distribués. I : Enquête « rapid assesement » auprès des utilisatrices potentielles.</p>

		A.7.2.2.4 MSM /WSW	Développement des stratégies de prévention au sein de la communauté MSM.	<p>Promouvoir en particulier chez les jeunes homosexuels le dépistage précoce, le safer sex, la négociation sexuelle, les conduites à tenir en cas d'exposition et sur la surinfection. Collaboration plus étroite avec des associations pour gays et lesbiennes.</p> <p>Exploitation de nouveaux médias pour la diffusion des messages (journaux gay, Internet).</p> <p>Rédaction d'informations destinées aux gay dans la brochure « La pie qui chante ».</p> <p>Création brochure pour population gay.</p> <p>Collaboration Grande région : Synergies avec les acteurs de la prévention gay dans la grande région.</p> <p>Distribution structurée de préservatifs et actions communes dans les établissements et manifestations gay.s</p> <p>Sensibilisation accrue aux endroits de rencontres anonymes.</p>	<p>G. Direction de la Santé. A. Aidsberodung, Rosa Lëtzebuerg.</p> <p>A. Aidsberodung.</p> <p>A. Aidsberodung.</p> <p>A. Aidsberodung-Rosa Lëtzebuerg.</p> <p>A. Aidsberodung.</p> <p>A. Aidsberodung – STOP AIDS NOW asbl.</p> <p>A. Aidsberodung.</p>	<p>n.a.</p> <p>n.a</p> <p>n.a</p> <p>n.a.</p> <p>n.a.</p> <p>n.a.</p> <p>n.a.</p>	<p>Continue</p> <p>Continue</p> <p>Périodique</p> <p>2012</p> <p>2011</p> <p>Périodique</p> <p>Continue</p>	<p>/</p> <p>R: Relevé de présence dans les nouveaux médias.</p> <p>R : Nombre d'articles et d'annonces publiés.</p> <p>R : Brochure disponible.</p> <p>R : Réseau de concertation et de collaboration en place.</p> <p>R : Nombre d'actions mises en place.</p> <p>R : Nombre de sorties spécifiques.</p> <p>R : Nombre de préservatifs effectivement distribués.</p> <p>R: Nombre d'actions entreprises.</p>
--	--	-------------------------------	--	---	---	---	---	---

		A7.2.2.5 Les populations hétérosexuelles à risque		Maintenir les messages de sensibilisation et de prévention en direction de ces groupes pour éviter recrudescence des comportements à risque.	G. Direction de la Santé A. Aidsberodung,	n.a.	Périodique	
		A.7.2.2.6 Sex workers / prostitution	Etude sur les aspects qualitatifs et quantitatifs de la prostitution au Luxembourg. Extension des activités du DIMPS.	Renouer avec la cartographie réalisée en 2007 en approfondissant le sujet et en mettant l'accent cette fois-ci tant sur l'aspect qualitatif que quantitatif de la prostitution au Luxembourg. Augmentation des sorties du DIMPS aux endroits stratégiques de la prostitution et promotion de l'offre (annonces Luxbazar).	G. Ministère de l'Egalité des chances A. Aidsberodung, Drop In Croix-Rouge A. Aidsberodung, Drop In Croix-Rouge.	Budget prévu par le MEGA Voir A.7.2.1.3	2011-2015 En fonction de l'accord des moyens budgétaires supplémentaires.	R : Etude réalisée et résultats disponibles. R : Evolution du nombre de sorties suite à l'augmentation de ressources. R : Nombre de personnes touchées, issues de la population cible.

	A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables	A.7.2.2.7 Usagers de drogues	A.7.2.2.7.1 Echange de matériel d'injection.	Maintien du groupe de suivi du programme de distribution de seringues.	G. Direction de la Santé.	n.a.	Continue.	R. Maintien du groupe.
				Installation d'un distributeur supplémentaire à Luxembourg-Ville et améliorations logistiques au niveau de l'approvisionnement au niveau régional.	A. Associations spécialisées.	3.000.- EUR	2013	R. Distributeur installé et fonctionnel. I. Nombre de seringues vendues.
				Mise en place d'un programme de traitement assisté à la diacétylmorphine.	G. Direction de la Santé. A. JDH	n.a	2013	R. Programme opérationnel I. Evaluation spécifique.
			A.7.2.2.7.1 Traitement de substitution.	Analyse des besoins en offres de réduction des risques dans la région Nord du pays.	A. Fondation JDH	ETP accordé	2011	R. Rapport d'analyse disponible.
			A.7.2.2.7.3 Réduction des risques	Développement des offres dans la région Nord en fonction des recommandations de l'analyse des besoins	A. Fondation JDH	0.5 ETP ED GRAD	2012 - 2014	R. Nombre de recommandations du rapport mises en pratique. I. Nombre de contacts, de clients et de prestations. I Evolution du nombre de clients du Nord et dans d'autres centres régionaux.
				Renouveler le message de safer use particulièrement auprès de jeunes consommateurs.	G. Direction de la Santé A. Fondation JDH	n.a.	Continue.	R. Nombre d'actions spécifiques. I : Evolution de la proportion de personnes < 25 ans parmi les cas de nouvelles infections. R. Accès optimisé des offres.
				Optimisation des horaires d'ouverture des sites de distribution de seringues afin de garantir un accès optimisé.	G. Direction de la Santé. A. Associations spécialisées.	n.a	Continue.	I. Evolution du nombre total de clients.. I. Nombre de clients orientés et d'incidents - évolution des nuisances. I : Fréquence et proportion du mode de transmission UID parmi les nouveaux cas diagnostiqués. I. Prévalence HIV/UIDs. I : Proportion d'UIDs utilisant du matériel d'injection stéril.

			A.7.2.2.7.4 Activités de recherche	Evaluation du programme de traitement assisté à la diacétylmorphine.	G. Direction de la Santé. A. JDH.	n.a.	2015	R. Evaluation effectuée.
A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables	A.7.2.2.8 La population migrante	Renforcement des stratégies de prévention au sein de la population migrante		Inventaire des démarches administratives et des services spécifiques (communes, ministères, associations etc.) en relation avec l'immigration pour les utiliser à la sensibilisation aux problèmes liés au VIH.	A. Aidsberodung.	n.a.	2012	R : Inventaire établi. R : Indicateur d'utilisation de l'inventaire.
				Intensification des sorties DIMPS au Don Bosco (fréquence 8 x par année) et au foyer pour femmes demandeuses d'asile à Rédange (fréquence 3 x / année).	A. Aidsberodung.	Voir A.7.2.1.3	2012-2013	R : Evolution du nombre de sorties suite à l'augmentation de ressources. R : Nombre de personnes touchées, issues de la population cible.
				Tenir compte de la spécificité des populations migrantes dans les stratégies de dépistage : Recommander le dépistage VIH systématique lors de l'examen médical au moment de l'arrivée au pays et sur base volontaire.	G. Comité sida.	n.a.	2012	R : Recommandation adressée aux instances compétentes.
A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables	A.7.2.2.9 Groupes cibles de résidents d'origine étrangère	Intensification des mesures de prévention ciblant les résidents d'origine étrangère et en particulier les citoyens d'origine portugaise.	Développement de documentation spécifique (BD en portugais, contacts presse portugaise, ambassade, consulat)	A. Aidsberodung.	n.a.	2011	R : Documentation disponible et diffusée.	

		A.7.2.2.10 La population carcérale	Assurer la continuité de l'accès aux moyens de dépistage et de prévention des maladies infectieuses pour tous les détenus		G. Service médical des établissements pénitentiaires.	n.a.	Continue	/
			Augmenter la périodicité des tests de dépistage VIH et hépatites (e.g. 1 x par année et à la sortie) et organiser la continuité des soins extra-muros.		G. Service médical des établissements pénitentiaires.	n.a.	Périodique	R : Dépistage systématique périodique opérationnel. I : Evolution du nombre d'infections intra-muros.
			Installation de distributeurs de préservatifs dans chaque bloc. Développement des séances d'information et projet de formation de pairs multiplicateurs.		G. Etablissements pénitentiaires.	Budget CPL	2013	R : Distributeurs installés et fonctionnels. I : Nombre de préservatifs distribués (ratio comparatif : distributeurs vs. distribution en infirmerie).
		A7.2.2.11 PEP	Informations concernant les PEP	Diffusion de recommandations nationales en matière de PEP Deux volets : A. Recommandations pour les professionnels impliqués afin d'harmoniser l'information fournie au public B. Recommandations pour le grand public à large diffusion	G. Comité de surveillance du sida, Direction de la Santé A. Professionnels de Santé	n.a.	Mises à jour au besoin	R : Recommandations à jour. I. Comparaison longitudinale du rapport PEP/nouvelles infections.
			Affiche reprenant les modalités de la PEP à envoyer aux médecins, services d'urgence et aux pharmacies.	G. Comité de surveillance du sida, Direction de la Santé	n.a.		2012	R : Affiches diffusées. I. Comparaison longitudinale du rapport PEP/nouvelles Infections.

			Victimes de violence sexuelle.	Elaboration d'une procédure pour les cas de viol.	G. Comité de surveillance du sida, Direction de la Santé, Service National des Maladies Infectieuses	n.a.	2012	R : Procédure élaborée. I. Comparaison longitudinale du rapport PEP/nouvelles infections.
			Mise à disposition des médicaments.	Déploiement de kits PEP dans les services d'urgence des hôpitaux à l'échelle nationale	G. Comité de surveillance du sida, Direction de la Santé	n.a.	2012	R : Couverture nationale. R : Nombre de kits utilisés/site. I. Comparaison longitudinale du rapport PEP/nouvelles infections.
		A.7.2.2.12 Formation groupes vulnérables	Projet CEPISS (Community Education by Peer Intervention for safer sex and safer use)	Formation de pairs - médiateurs sociaux pour les intégrer dans les programmes de prévention.	G. Aidsberodung	Tarifs vacataires-convention ASFT	2013	R : Nombre de médiateurs recrutés. R : Nombre de formations effectuées.
	A.7.2.4 Lutte contre la discrimination		Favoriser la visibilité et reconnaître les difficultés et les droits des personnes vivant avec le VIH et fournir une information claire sur les risques de transmission et les comportements sans risque.	Impliquer davantage les employeurs, les assureurs, les personnes vivant avec le VIH/sida et les professions de santé, y compris les médecins dans la lutte contre la discrimination. Intégrer systématiquement dans toute campagne un message antidiscriminatoire	A. Acteurs de terrain impliqués. G. Comité de surveillance du sida. A. Aidsberodung.	n.a. n.a.	Continue. Continue.	R : Nombre de mentions antidiscriminatoires en fonction du nombre de messages.
		Adapter les procédures d'affiliation à la CNS de certaines populations de personnes vivant avec le VIH/sida ou infectées par des hépatites virales afin d'améliorer l'accès aux soins.	Evaluation de la législation en matière d'anti-discrimination et sensibilisation du grand public. Négociations avec les instances de sécurité sociale afin de faciliter l'affiliation de certains groupes de personnes défavorisés nécessitant un traitement médical (e.g. personnes sans papier, détenus sortant).	A. Expert juriste. A. Comité sida.	Forfait maximum de 10.000.- EUR n.a.	2012 2012	R : Rapport d'expert disponible. R : Négociations menées. I : Changements observés au niveau des procédures.	

	A.7.2.5 Collaboration avec les médias		Optimiser les stratégies de communication.	<p>Communication de l'actualité VIH/sida aux médias nationaux : création d'une revue de presse à envoyer aux medias périodiquement.</p> <p>Accorder une plus grande importance aux NTI (Internet, SMS, etc.) Création d'un site internet www.sida.lu.</p>	<p>G. Comité de surveillance du sida A. Médias, Agences de communications</p> <p>G. Comité de surveillance du sida A. Aidsberodung,</p>	n.a 3.500.-	Continue. 2012	<p>R: Revue de presse disponible et diffusée. I: Nombre d'articles sur le VIH/sida par mois dans les medias nationaux.</p> <p>R: Site en ligne. I: Nombre de "hits" par unité de temps.</p>
A.7.3 Accès au traitement médical		Personnes vivant avec le VIH en traitement	Promouvoir l'adhérence au traitement.	<p>Campagne de sensibilisation orientée vers les patients et en particulier vers des patients présentant des co-infections.</p> <p>Information orientée vers les patients et les médecins.</p> <p>Création d'un réseau de médecins généralistes et des médecins agréés au traitement de la toxicomanie par substitution.</p>	<p>G. Direction de la Santé A. SNMI, médecins généralistes, Aidsberodung Croix Rouge, bénévoles, groupements de patients, etc.</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>	n.a. n.a. n.a.	Périodique. Périodique. 2013	/
			Développer la complémentarité des médecins spécialistes et des médecins généralistes dans la prise en charge des patients infectés.					R : Réseau de collaboration opérationnel.

		Personnes vivant avec le VIH ayant le désir de procréation	Améliorer l'encadrement des personnes infectées voulant procréer.	Créer des synergies entre spécialistes, généralistes et le service psychosocial qui suivent les patients et un service de gynécologie-obstétrique spécialisé au Luxembourg (femmes infectées) et à l'étranger (couples discordants dont l'homme est infecté). Diffusion de recommandations de prise en charge de la femme enceinte VIH-positif et du nouveau né.	G. Direction de la Santé. A. SNMI, médecins généralistes, Aidsberodung. Idem	n.a n.a.	Continue. 2012	R : Collaboration effective avec un service spécialisé universitaire en place (pour couples discordants dont la femme est négative). R : Recommandations diffusées de façon exhaustive.
A.7.4 Prise en charge psychosociale	A.7.4.1/2 Les associations spécialisées, en milieu hospitalier et en milieu carcéral		Maintenir un haut niveau de qualité et d'accès à la prise en charge psychosociale Mettre l'accent sur les techniques « face to face » dans les mesures de prévention.		A. Associations de terrain. A. Associations de terrain.	n.a. n.a.	Continue. Continue.	/
A.7.5 Offres d'hébergement, de logement et de réinsertion			Continuer d'assurer l'accès au logement des personnes vivant avec le VIH		A. Aidsberodung.	n.a	Continue.	I : Adéquation entre offre et demande.

A.7.6 Activités de recherche	Recherche fondamentale, clinique, avec applications cliniques, épidémiologique, en collaboration avec l'Afrique	Voir pages 50-51	idem	idem	idem	idem	idem	idem
	Prévention des risques et dommages	Usagers de drogues	Programme de traitement assisté à la diacétylmorphine	Evaluation par un organisme spécialisé.	G. Ministère de la Santé A. JDH.	A définir	2015	R : Evaluation disponible. I : Evolution des facteurs « comportements à risque ».
A.7.7 Assurance qualité et évaluation			Suivi de l'exécution du plan d'action par le Comité de Surveillance du sida Evaluation externe.	Evaluation finale (5 ans) par audit externe.	G. Comité de Surveillance du sida. A. Auditeur externe.	30.000.- EUR	2015	R : Rapport d'évaluation externe disponible publiquement.

BIBLIOGRAPHIE

Comite de surveillance du sida, (2011), Rapport d'activités 2010, Luxembourg

Ministère de la Santé de la République française, (2005), Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008

Origer A.(2010) L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg, CRP-Santé, Point focal OEDT, Luxembourg

UNAIDS (2005), Intensifying HIV prevention – UNAIDS policy position Paper, Geneva

UNAIDS (2001), Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Geneva

UNAIDS (2001), Global Strategy framework on HIV/AIDS. Geneva

Origer A. Removille N. (2007), Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du VIH au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite, CRP-Santé, CES, Point focal OEDT, Luxembourg

Schlink J. (1999), Etude épidémiologique des infections à l'VIH et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises, In Rapport d'activités, Comité de surveillance du sida, Luxembourg.