



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

Stratégie et plan d'action en matière de lutte contre le HIV/Sida 2006 -2010

Ministère de la Santé  
Grand-Duché de Luxembourg

## A. Stratégie nationale en matière de lutte contre le HIV/Sida 2006 -2010

Ministère de la Santé  
Grand-Duché de Luxembourg

Adresse: Villa Louvigny – Allée Marconi  
L – 2120 Luxembourg

Téléphone : 478-1

## Sommaire

<b>A.1 Introduction</b>	<b>6</b>
<b>A.2 Aperçu de la situation actuelle</b>	<b>7</b>
A.2.1 Epidémiologie	7
A.2.2 Dispositions légales et réglementaires	10
<b>A.3 Historique de la lutte contre HIV/Sida au Grand-Duché de Luxembourg</b>	<b>11</b>
<b>A.4 Aspects budgétaires</b>	<b>14</b>
<b>A.5 Analyse des besoins</b>	<b>15</b>
<b>A.6 Objectifs</b>	<b>15</b>
A.6.1 Objectifs généraux	15
A.6.2 Objectifs spécifiques	16
<b>A.7 Domaines d'intervention</b>	<b>17</b>
A.7.1 Coordination nationale	17
A.7.1.1 Principaux acteurs impliqués	18
A.7.1.2 Instances et mécanismes de coordination	19

<b>A.7.2 Mesures de prévention</b>	<b>20</b>
A.7.2.1 Prévention en population générale	21
A.7.2.1.1 Information grand public	21
A.7.2.1.2 Distribution et mise à disposition de préservatifs	21
A.7.2.1.3 Accès aux offres de dépistage	22
A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables	23
A.7.2.2.1 Les enfants et la transmission mère-enfant	23
A.7.2.2.2 Les jeunes	24
A.7.2.2.2.1 Milieu scolaire	26
A.7.2.2.2.2 Milieux associatifs	26
A.7.2.2.2.3 Milieux récréatifs et festifs	26
A.7.2.2.3 La prise en considération du facteur genre	26
A.7.2.2.4 Les populations MSM/WSW	26
A.7.2.2.5 Les populations hétérosexuelles à risque	27
A.7.2.2.6 Les sex workers	27
A.7.2.2.7 Les usagers de drogues	28
A.7.2.2.7.1 Echange de matériel d'injection et safer use	28
A.7.2.2.7.2 Traitements de substitution	29
A.7.2.2.7.3 Offres bas-seuil de réduction des risques	30
A.7.2.2.7.4 Recherche épidémiologique appliquée à la population d'usagers de drogues	31
A.7.2.2.8 La population migrante	32
A.7.2.2.9 Groupes cibles de résidents d'origine étrangère	34
A.7.2.2.10 La population carcérale	35
A.7.2.2.11 Post Exposure Prophylaxis (PEP)	36
A.7.2.3 Prévention interactive : Face to face	36

A.7.2.4 Lutte contre la discrimination	36
A.7.2.5 Collaboration avec les médias	37
<b>A.7.3 Accès au traitement médical</b>	<b>38</b>
A.7.3.1 En milieu hospitalier et en médecine générale	38
A.7.3.2 En milieu carcéral	40
<b>A.7.4 Prise en charge psychosociale</b>	<b>40</b>
A.7.4.1 Les associations spécialisées	40
A.7.4.1.1 Le secteur conventionné	40
A.7.4.1.2 Le secteur non-conventionné	41
<b>A.7.5 Offres d'hébergement, de logement et de réinsertion</b>	<b>41</b>
<b>A.7.6 Activités de recherche</b>	<b>42</b>
<b>A.7.7 Activités de formation</b>	<b>43</b>
<b>A.7.8 Evaluation</b>	<b>43</b>
<b>B.1. Plan d'action national en matière de lutte contre le HIV/Sida 2006 –2010</b>	<b>45</b>

**Bibliographie**  
**Annexes**

## A.1 Introduction

En 2005, 63 nouvelles infections HIV ont été enregistrées au Grand-Duché de Luxembourg, record absolu représentant le double de la moyenne des nouvelles infections des années 1990. Il y a à cela sûrement plusieurs explications, souvent complémentaires. Il y a d'abord la certitude que la maladie «ce n'est pas pour moi, c'est pour les autres ». Une autre explication est que la perception de la maladie a changé, il s'est établi dans le public la fausse impression que grâce aux nouveaux médicaments la guérison ou la quasi-guérison est possible. Une 3ème explication est que le nombre de migrants est devenu plus important au Luxembourg, tout comme en Europe. Ces migrants viennent souvent de pays dans lesquels l'endémicité HIV/Sida est beaucoup plus forte, et il n'est dès lors pas étonnant que parmi ces migrants il y ait une proportion plus grande d'infectés reflétant la situation de leur pays d'origine.

Tout se passe comme si l'Europe et le Luxembourg en particulier connaissaient actuellement une 2ème vague d'infections à HIV.

Actuellement le Luxembourg n'a pas de coordinateur national pour HIV/Sida. Le Comité de Surveillance du Sida, dénommé ci-après « Le Comité », institué en 1984, tente d'assurer ce rôle et de suivre ce qui se passe en matière de HIV/Sida au niveau des différents ministères et de la société civile. Ayant reconnu l'importance et la recrudescence du phénomène HIV/Sida, le ministre de la Santé a chargé le Comité de Surveillance du Sida d'élaborer un nouveau plan d'action de lutte contre le HIV/Sida axé en premier lieu sur la prévention. Ces mesures de prévention devront s'adresser au grand public en spécifiant que la propagation du HIV/Sida continue, n'est pas guérissable et que les mesures de protection individuelle connues restent d'actualité. Mais parallèlement à des campagnes répétées visant le grand public, d'importantes actions de prévention devront être adressées aux individus vulnérables, exposés, soit parce que dans leur milieu le taux d'infection est plus important (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, migrants, usagers de drogues...), soit parce que les messages passent mal à travers des barrières culturelles ou de langue (migrants de l'Europe de l'est, de l'Europe du sud et d'autres continents).

A l'échelle mondiale le nombre total de personnes vivant avec le virus HIV a augmenté en 2004 pour atteindre le plus haut niveau jamais enregistré : on estime que 39,4 millions de personnes [35,9 – 44,3 millions] vivent avec le virus (Figure 1). Ce chiffre comprend les 4,9 millions [4,3-6,4 millions] de personnes qui ont contracté le HIV en 2004. L'épidémie mondiale de Sida a tué 3,1 millions [2,8-3,5 millions] de personnes au cours de l'année écoulée. L'Afrique sub-saharienne reste la région la plus touchée.

Le Grand-Duché de Luxembourg est fortement engagé dans la coopération internationale en matière de lutte contre le HIV/Sida. Il finance entre autres le projet ESTHER au Rwanda tout comme des projets de lutte contre le SIDA dans des pays cibles tels le Niger, le Burkina Faso et le Mali, le projet HIV/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 HIV/Sida au Vietnam. 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.

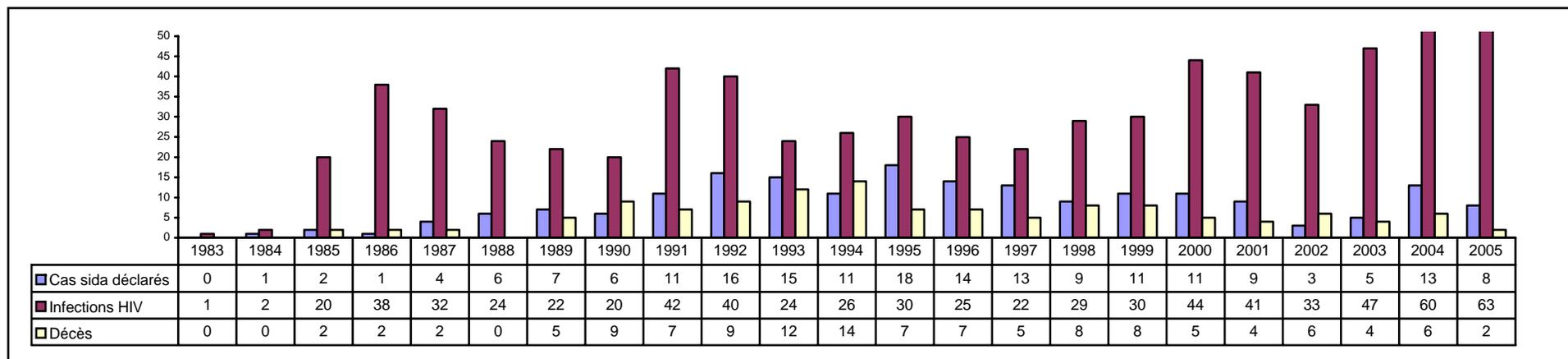
La lutte contre le HIV/Sida profite largement de la collaboration et de la concertation à l'échelle internationale. Aussi, la stratégie nationale en la matière tient pleinement compte des travaux d'ONUSIDA et de la « Declaration of Commitment on HIV/AIDS, approuvée par tous les Etats membres de l'ONU en 2001, du « Global Strategy framework on HIV/AIDS » et finalement de « l'UNAIDS policy position on Intensifying HIV prevention » publiée en 2005.

## A.2 Aperçu de la situation actuelle

### A.2.1 Epidémiologie

De 1983 à 2005, 715 personnes (540 hommes et 175 femmes) ont été diagnostiquées HIV positif dont 194 personnes ont développé le Sida et 124 en sont décédées. En 2005, 63 nouvelles infections ont été diagnostiquées atteignant un niveau d'incidence jamais atteint auparavant au Grand-Duché de Luxembourg.

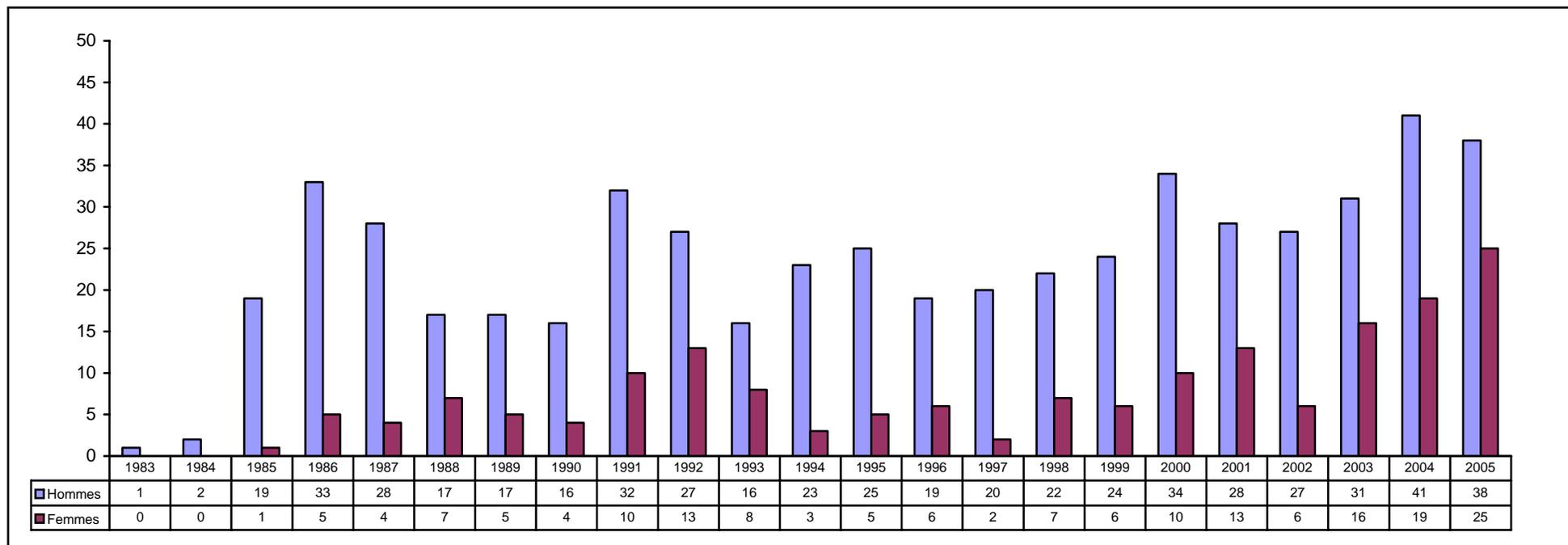
Fig. A.2.1.a Evolution du nombre de cas de HIV/Sida et nombre de décès associés (1983-2005)



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

Pour ce qui est des nouvelles infections HIV, 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.

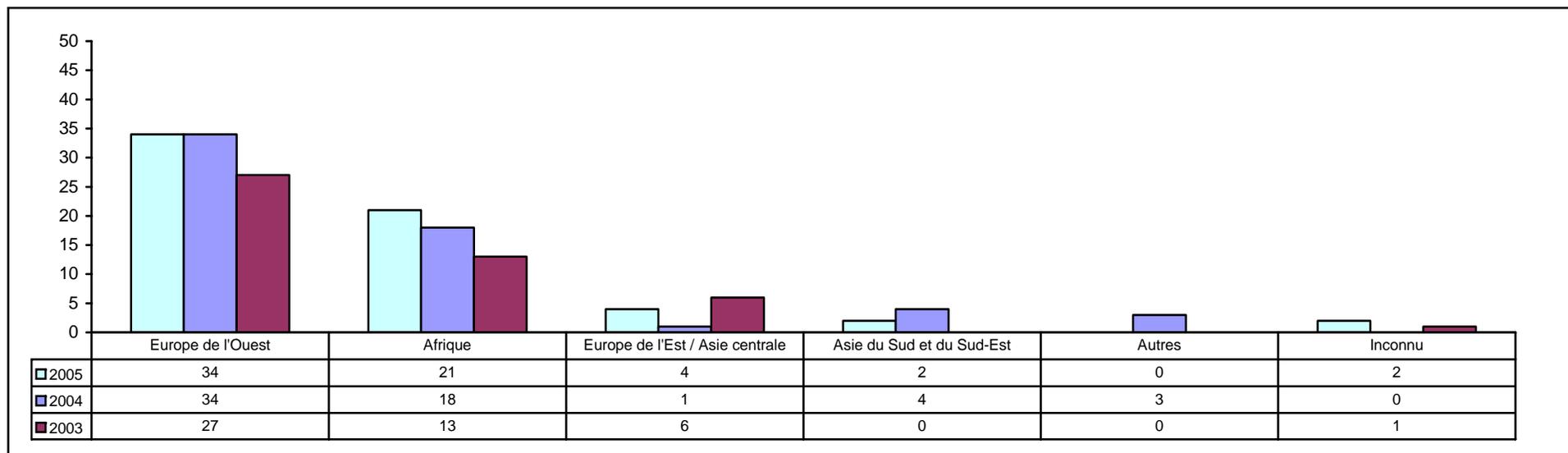
**Fig. A.2.1.b** Distribution selon le sexe des nouveaux cas HIV (1983-2005)



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

La grande majorité des personnes diagnostiquées HIV positif du G.-D. de Luxembourg au cours des années 2003 et 2004 sont originaires des pays de l'Europe de l'Ouest, suivie du continent africain, de l'Europe de l'Est et de l'Asie.

Fig. A.2.1.c Distribution selon la région d'origine des nouveaux cas HIV (2003 – 2005)



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

Le mode de transmission observé au niveau des nouvelles infections HIV au Luxembourg a connu des changements importants depuis le début de l'épidémie. Actuellement les rapports hétérosexuels sont à l'origine de la majorité des nouvelles infections, suivi des rapports homo-et bisexuels. L'usage intraveineux de drogues associé à l'utilisation de matériel d'injection infecté constitue 9.5% des infections diagnostiquées en 2005.

Au-delà du constat épidémiologique, 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 personnes prostituées (de sexe féminin et masculin), les usagers de drogues en milieux festifs, etc.

**Tab. A.2.1.a** Mode de transmission du HIV (Nouvelles infections) 1984-2005

Année	1984-97		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Homosexuel(s) / Bisexuel(s)	156	42,4	8	27,6	10	33,3	17	38,6	11	26,8	14	42,4	7	14,9	21	35	13	20,6	255	37,1
UIDs	58	15,8	8	27,6	6	20	2	4,6	7	17,1	5	15,2	4	8,5	3	5	6	9,5	98	14,2
Hétéro-sexuel(s)	83	22,7	9	31	9	30	21	47,7	20	48,8	14	42,4	33	70,2	35	58,3	39	61,9	266	34,8
Transfusions sanguines	12	3,3	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	2
Transmission Mère-enfant	1	0,3	1	3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3
Inconnu	58	15,8	3	10,4	5	16,6	3	6,8	3	7,3	0		3	6,4	1	1,7	5	8	81	11,6
<b>Total</b>	<b>368</b>		<b>29</b>		<b>30</b>		<b>44</b>		<b>41</b>		<b>33</b>		<b>47</b>		<b>60</b>		<b>63</b>		<b>715</b>	

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

### 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, le Comité s'est renseigné sur l'état du problème à l'étranger. En guise d'exemple les autorités belges accordent un titre de séjour provisoire qui donne droit à une prise en charge médicale et une aide au logement. Un prolongement est possible sur certificat médical. Le problème est traité au cas par cas. Au Luxembourg, il n'y a aucune législation qui régleme la situation des personnes sans papiers qui tombent malades. Une enquête sociale est faite et ensuite la prise en charge est demandée. Les frais de prise en charge sont remboursés à concurrence de 80% par le Ministère de la Santé et 20% par la Croix-Rouge. Le Comité insiste sur l'urgence qu'il y a à organiser une réunion avec les représentants du Ministère de la Justice et du Ministère du Travail pour trouver une solution. Le Ministre de la Santé s'est montré très sensible quant à cette problématique et il a assuré au comité son soutien auprès des instances concernées.

### A.3 Historique de la lutte contre HIV/Sida au Grand-Duché de Luxembourg

Le premier cas de HIV 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 prostitué(e)s.

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 d'alors 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 HIV 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 Education 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 HIV/Sida et à leur entourage une palette de soutien émotionnel, psychosocial et pratique,
- de lutter contre la propagation du virus HIV en initiant des campagnes de prévention en direction de groupes spécifiques (jeunes, 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 retrovirologie », initié par le CHL et le LNS, fut créé par décision gouvernementale. Le Laboratoire a débuté ses activités en 1991. Il est intégré au sein du CRP-Santé et était géré par les membres du Service National des Maladies Infectieuses du CHL et du LNS.

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 HIV/Sida, appelé « 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 HIV 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 5% en 2004 la proportion de personnes qui se sont infectées au HIV 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.

Au cours de l'année 1995 a été mené le projet de prévention HIV 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 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 ».

En 2001 fut créée l'a.s.b.l. « AIDS AND CHILD » qui œuvre dans l'intérêt des enfants atteints du HIV/Sida et de leurs parents.

Créée en 2002, l'a.s.b.l. AIDS SAFE 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 HIV, 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 HIV par injection intraveineuse.

## 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 HIV/Sida (1999 – 2005)

Article	Code	Libellé	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
		<b>Section 14.0 Ministère Santé</b>	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	<b>2.310</b>
31.032	05.22	Analyses HIV: remboursement au CHL de frais non opposables à l'UCM		61.973	63.808	65.800	75.000	78.500	<b>80.305</b>
		<b>Section 14.1 Direction Santé</b>							
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	6.8171	74.400	74.368	88.339	60.000	<b>60.000</b>
12.303	05.10	Prophylaxie des maladies contagieuses: Dépistage du Sida	63.000	63.213	69.410	69.410	69.410	69.410	<b>69.410</b>
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 <sup>1</sup>	223.000	233.020	300.000	309.420	309.420	36.9472	<b>370.000</b>
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	60.4669	<b>621.647</b>
(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	<b>572.445</b>
<b>TOTAL</b>			<b>1.093.363</b>	<b>1.179.204</b>	<b>1.332.316</b>	<b>1.578.671</b>	<b>1.662.606</b>	<b>1.756.806</b>	<b>1.776.117</b>

Les moyens financiers investis par le Ministère de la Santé en matière de la lutte contre le HIV/Sida au cours des dernières 6 années accusent une augmentation lente mais continue. Comparé à la situation en 1999 on retient une augmentation de 62,4% pour le budget 2005. Les augmentations les plus sensibles s'observent au niveau des offres de prise en charge et de la recherche alors que les moyens budgétaires affectés au domaine de la prévention accusent une croissance plus lente.

<sup>1</sup> L'article 12.311 n'est pas exclusivement destiné à la lutte contre le 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 HIV/Sida continue de progresser. Lutter contre ce fléau signifie 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).
- Accès aux soins plus difficile pour certains groupes cibles.
- Fausses idées véhiculant sur la maladie et sur l'efficacité de médicaments anti-rétroviraux.
- Désintérêt progressif du grand public, du monde politique et des personnes concernées elles-mêmes face aux actions d'information et de prévention.
- Stigmatisation et discrimination toujours présentes des personnes vivant avec le HIV/Sida.
- Le besoin d'accroître les ressources affectées à la lutte contre le HIV/Sida .

## **A.6 Objectifs**

### **A.6.1 Objectifs généraux**

- Prévenir la transmission et la propagation du HIV
- Apporter soins et soutien aux personnes infectées et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le HIV/Sida
- Réduire la vulnérabilité des individus et communautés face au HIV/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 HIV 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 HIV/Sida.

Renforcer l'offre de prise en charge psychosociale pour certains groupes de personnes vivant avec le HIV.

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 HIV/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 HIV/Sida peut être schématisée de la façon suivante <sup>2</sup> :

1. Création d'une « Task Force HIV/Sida » au niveau national
2. Comprendre l'épidémie Sida au niveau national
3. Analyser la réponse actuelle
4. Elaborer un consensus sur les buts, objectifs et cibles
5. Développer et adapter un plan d'action
6. Coordonner sa réalisation
7. Suivre et évaluer son impact
8. Partager les résultats

---

<sup>2</sup> UNAIDS (2005), Intensifying HIV prevention – UNAIDS policy position Paper, Geneva

### **A.7.1.1 Principaux acteurs impliqués**

Ci-après figure l'inventaire des acteurs impliqués dans la lutte contre le HIV/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](http://www.mj.public.lu/etablissements_penitentiaires/index.html)

##### **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 retrovirologie

<http://www.retrovirology.lu>

### **Services Croix-Rouge Luxembourgeoise et structures spécialisées**

Croix-Rouge Luxembourgeoise

Centre de Transfusion Sanguine

Aidsberodung (conventionnée par MIN SAN)

Dispensaire Dropin pour sex-workers asbl (conv. MIN EG. CHANCES)

<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 – Abrigado a.s.b.l.

<http://www.jdh.lu>

### **Associations et Fondations de soutien**

STOP AIDS NOW a.s.b.l.

AIDS & CHILD

Rosa Lëtzebuerg a.s.b.l .

Fondation Recherche sur le Sida

[www.aids-child.lu](http://www.aids-child.lu)

<http://mambo.gay.lu>

<http://www.retrovirology.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 2005 du Comité peut être téléchargé sous [http://www.gouvernement.lu/salle\\_presse/actualite/2006/03/21bartolomeo\\_sida/Rapport\\_SIDA\\_2005.pdf](http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2006/03/21bartolomeo_sida/Rapport_SIDA_2005.pdf)

De nombreux acteurs, services ou milieux de vie ont un lien avec la problématique du HIV/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 HIV 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. Les actions menées doivent envisager :

- les déterminants de vulnérabilité spécifiques influant sur l'appropriation des stratégies de prévention : appartenance à un groupe à prévalence HIV 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 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<sup>er</sup> 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 évènements divers ont ainsi été organisés, avec les moyens disponibles, avec le soutien et l'aide d'autres associations (Aidsberodung, STOP AIDS NOW)

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'évènements 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 évènement dans le domaine de la prévention du Sida.

Elle finance également l'achat de distributeurs de préservatifs apposés dans des cafés, restaurants, bars, cinémas et autres lieux publics, ainsi que dans les lycées.

### **A.7.2.1.3 Accès aux offres de dépistage**

Les buts des tests de dépistage sont ceux définis par le Gouvernement au Programme National de Lutte contre le Sida et la Toxicomanie de 1988, suite à une recommandation du Comité de Surveillance du Sida :

- Sur le plan individuel:

permettre d'établir un diagnostic différentiel chez un patient. En cas de séropositivité être à même d'amener ce patient vers une prise en charge médicale adéquate et vers un comportement responsable pour éviter la transmission de l'infection.

- Sur le plan épidémiologique:

connaître et surveiller l'étendue de l'épidémie du HIV.

- Sur le plan de la transfusion et des transplantations d'organes:

pouvoir refuser le sang, les tissus ou les organes infectés.

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

Le Comité de Surveillance du Sida a toujours admis que l'épidémie peut être freinée par des mesures volontaires et par la responsabilisation de l'individu. Toutes les actions entreprises pour endiguer l'épidémie de HIV/Sida doivent respecter les droits de la personne humaine (respect de styles de vie différents, d'orientations sexuelles différentes, non-discrimination). A part les tests obligatoires pour les dons du sang, de sperme et d'organes, le Comité de Surveillance du Sida considère que le test doit être offert sur une large échelle sur base volontaire, confidentielle, gratuite et - si désiré - anonyme. En 1992, la Commission Nationale Consultative d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé et le Conseil du Gouvernement ont officiellement adopté la même position. Le Comité a par ailleurs toujours estimé que le test n'est pas une mesure préventive en soi, mais qu'il doit être accompagné d'une consultation-conseil (counselling) concomitante destinée à faire adopter un comportement responsable. Une brochure est distribuée aux personnes qui viennent chercher le résultat de leur test volontaire: "Que signifie le résultat négatif de votre test?".

En octobre 1993, le Comité a envoyé une lettre circulaire à tous les médecins du Luxembourg rappelant que le test doit être fait uniquement avec le consentement du patient et doit être accompagné d'un counselling destiné à faire comprendre à la personne qui se fait tester que c'est l'adoption d'un comportement excluant le risque de s'infecter qui importe plus que le test lui-même.

Des tests HIV gratuits et anonymes sont réalisés au Laboratoire National de Santé (LNS) et au Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL). En 2004: 6 648 personnes se sont fait tester au LNS et 8.146 au CHL. La Croix-Rouge effectue des tests seulement pour les dons du sang. La Croix-Rouge propose également un test HIV volontaire et anonyme lors de l'analyse de sang à effectuer lors de l'examen pré-nuptial.

Le plan d'action visera à promouvoir la décentralisation des offres de dépistage anonyme et gratuit associé à la centralisation (ou la confirmation) des résultats par un laboratoire de référence. Il devra par ailleurs contribuer à améliorer l'accessibilité et la qualité du dépistage et de la prise en charge, renforcer le respect du secret médical, du secret professionnel et du droit à la vie privée, renforcer l'intégration des spécificités des différents publics cibles et améliorer la communication en général et au sujet de la sexualité, du HIV avec les différents publics cibles. Il faudra œuvrer à réduire les dépistages inadéquats (mal ciblés, à l'insu des personnes et sans counselling).

Aussi s'agira-t-il de concevoir des projets pour encourager les personnes à connaître leur statut sérologique en soulignant le caractère volontaire et confidentiel des tests. Dans le souci de réduire les retards de dépistage chez les populations plus difficiles à atteindre, il faut mettre en œuvre des dispositifs de dépistage de proximité en tenant compte des obstacles socioculturels et en développant des stratégies d'intervention adaptées aux différents publics.

Enfin, il conviendra de réitérer les campagnes d'information et de sensibilisation ciblant les médecins généralistes et spécialistes, professionnels du milieu hospitalier, de l'accueil et de l'hébergement (milieu du handicap, de l'enfance et de la petite enfance), professionnels du secteur du planning familial et de la santé mentale.

#### **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 HIV 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 enceinte 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 avant 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 HIV 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 HIV/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 HIV 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 primaire: Eveil aux sciences et sciences naturelles, Langues, Education morale et sociale, Instruction religieuse.
- Enseignement postprimaire (ES et EST): 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 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.

#### **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 mari qu'une femme européenne. La promotion et l'utilisation du préservatif féminin pourront être étudiées.

Il faudra également tenir compte des spécificités féminines en terme 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 2004) montrent 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 proposée et utilisée 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.

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](http://www.aids.lu) et [www.sida.lu](http://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 Letzebuerg) et/ou des sites Internet gay pour renforcer la prévention.

A côté d'une présence régulière dans les bistrotts gay, il faudra mettre en place des projets d'information et de sensibilisation aux endroits de rencontres anonymes (Kockelscheuer) à Luxembourg mais aussi dans les régions frontalières. Il serait intéressant de s'associer avec les services Sida de Metz et de Trêves pour une synergie à ce niveau. Comme pour les migrants, une unité mobile pourrait être mise en place pour aller à la rencontre des personnes et proposer différents services sur les lieux de rencontres.

#### **A.7.2.2.5 Les populations hétérosexuelles à risque**

Depuis plusieurs années, le nombre des nouvelles infections HIV est le plus en hausse parmi les populations hétérosexuelles à risque. Il s'agit, dans les années à venir d'intensifier les messages de sensibilisation et de prévention en direction de ces groupes pour diminuer la recrudescence des comportements à risque.

#### **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 HIV, 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 HIV 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 la prise en charge des sex workers sont mises en difficulté par les nouveaux modes de prostitution (appartements, contacts par téléphones, annonces dans des journaux, internet) et des enquêtes de terrain sont nécessaires pour identifier la localisation (établir une cartographie de la prostitution) des

populations. De cette façon, les actions de prévention, d'information et de prise en charge peuvent s'étendre et s'adapter aux évolutions et rester au plus près du terrain (unité mobile, équipe de rue) et assurer le lien entre les sex workers et les services sociaux et hospitaliers.

Une unité mobile équipée pour le street-work médical avec des professionnels du domaine social et paramédical pourrait être utilisée aux endroits stratégiques des lieux de la prostitution. 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, cinq services spécialisés participent au programme en tant que points de distribution et de re-collecte. 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, cinq **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, Differdange et Ettelbrück). 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. Bien que les nouveaux distributeurs de seringues 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.

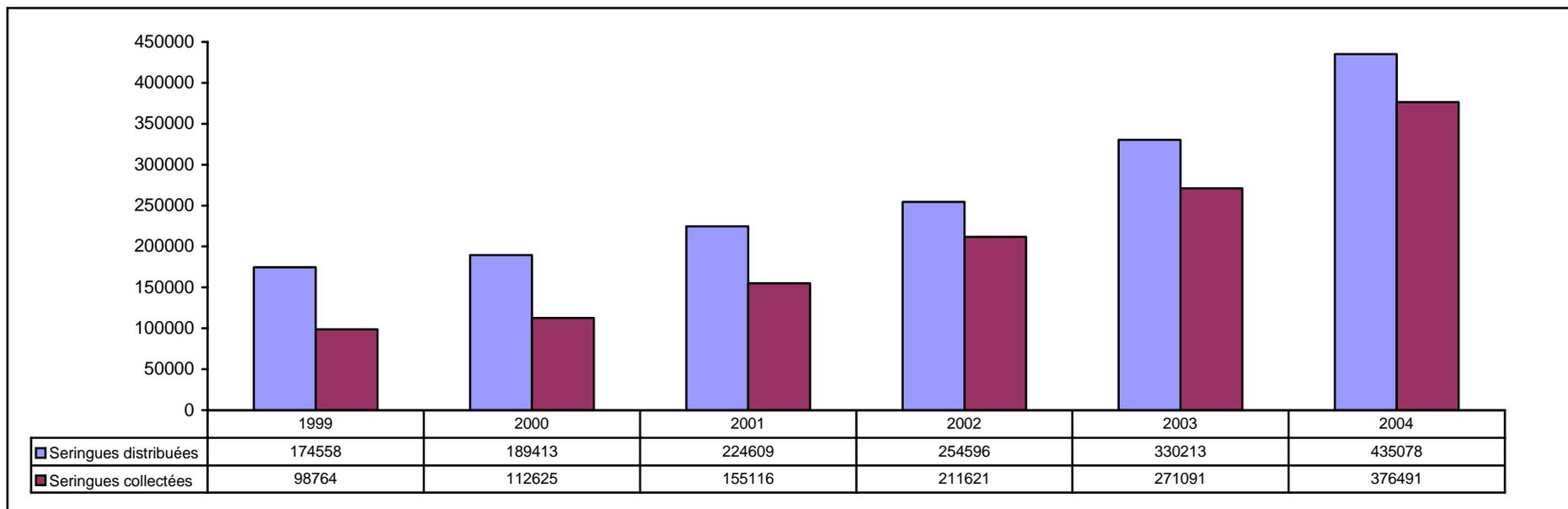
Les **pharmacies** constituent également une source importante d'approvisionnement de seringues<sup>3</sup>. Il est cependant impossible à l'heure actuelle de connaître le nombre de seringues vendues à des personnes toxicomanes et de disposer ainsi d'une image fidèle de la quantité totale de seringues utilisées à des fins d'injection de drogues.

Entre 1999 et 2004, on retient une augmentation totale de 250% du nombre de seringues distribuées. 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 1999 à 2004.

---

<sup>3</sup> Selon les données RELIS plus d'un tiers des toxicomanes répertoriés par le réseau institutionnel déclarent s'approvisionner de façon préférentielle en seringues dans les pharmacies. Origer A., (2005) L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg, CRP-Santé, CES, Point focal OEDT, Luxembourg

**Fig. 7.2.7.1** Evolution du nombre de seringues distribuées et re-collectées (1999 –2004)



Source: RELIS 2004

#### **A.7.2.2.7.2 Traitements 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 120 en 2004 (stable). 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'utilisateurs 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 l'Union des Caisses de Maladie 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 2004, le nombre de médecins prescripteurs s'élevait à 158 et le nombre cumulé de patients bénéficiaires à 1.553. 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.

#### 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<sup>er</sup> 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 K25 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 25, rue du Fort Wedell et témoigne d'indicateurs d'activités élevés et croissants.. 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 K25 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" 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, faire une lessive et recevoir de la nourriture sans les moindres contraintes administratives.

Le centre "**Drop In**" (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. Dans le guichet d'échange de seringues le service a enregistré un doublement de la clientèle par rapport à 2003.

L'ensemble de ces services œuvrent de façon plus ou moins directe à réduire la propagation du HIV/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.

#### **A.7.2.2.7.4 Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite.**

Selon des données récentes<sup>4</sup> respectivement, 4 % et 58 % des usagers problématiques de drogues sont infectés par le HIV et le HCV au Grand-Duché de Luxembourg. Une étude représentative effectuée en milieu pénitentiaire en 1998 (Schlink 1999)<sup>5</sup> fait référence à un taux d'infection HCV de 37% parmi les détenus UDVI. Les taux de prévalence HIV parmi ces mêmes populations, continuent à constituer une menace pour les consommateurs tout comme pour la population en général.

Plus est, les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues par voie d'injection représentent les coûts de soin de santé les plus élevés en matière de prise en charge de la population cible en question. La prévention de ces maladies peut être assurée par la diffusion d'informations, la distribution de matériel d'injection stérile aux usagers de drogues par voies intraveineuse (UDVI) et par la vaccination contre le virus des hépatites A et B. C'est pour cette raison et parce que la prévalence des maladies infectieuses chez les UDVI est élevée que les politiques de prévention des maladies infectieuses chez les UDVI sont parmi les plus rentables dans le domaine des drogues.(1) La connaissance de la prévalence réelle de ces pathologies dans cette population est d'autant plus importante qu'elle reste depuis longtemps sous-estimée. Il est particulièrement important de déployer des efforts de prévention notamment afin de prévenir la transmission aux nouveaux UDVI, aux partenaires sexuels des UDVI et de la mère à l'enfant.

Les objectifs du projet sont multiples :

- Déterminer la prévalence des anticorps totaux anti-HIV, anti-HCV, anti-HAV, anti-HBc (core) , anti-HBs et antigène HBs (surface) dans la population des usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite,
- Analyse transversale de la relation entre les infections étudiées et d'autres facteurs observables. Si indiqué, offre de vaccination contre les hépatites A et B.
- Orientations des malades vers des centres de traitement appropriés.

Un questionnaire de type quantitatif permettra l'analyse des facteurs associés. Un dépistage par analyse biologique permettra d'identifier le nombre de cas contaminés par les hépatites A, B, C et le HIV. En cas d'indication médicale, une vaccination contre les hépatites A et B sera proposée aux répondants. Les usagers de drogues répondant aux critères de sélection seront recrutés, dans les centres « bas seuil », d'échange de seringues, les centres de traitement résidentiels et ambulatoires et le Centre Pénitentiaire de Luxembourg.

Les résultats attendus sont les suivants :

I° Contact avec une population difficilement accessible par le biais d'une offre tangible et individualisée. Création d'un espace d'opportunité pour transmettre le message préventif, et promouvoir la réduction des risques. Connaissance par l'utilisateur lui-même de sa sérologie HAV, HBV, HCV et HIV. Réduction des risques et dommages pour l'utilisateur et son entourage. Prévention, par vaccination d'un maximum de personnes, de la propagation de l'hépatite A et B.

---

<sup>4</sup> Origer A. (2005), Rapport sur l'état de la situation du phénomène des drogues au Grand-Duché de Luxembourg – RELIS Edition 2004, CRP-Santé, Point focal OEDT, Luxembourg.

<sup>5</sup> Schlink J. (1999), Etude épidémiologique des infections à l'HIV et à l'hépatite virale C dans les prisons luxembourgeoises, In Rapport d'activités, Comité de surveillance du Sida, Luxembourg.

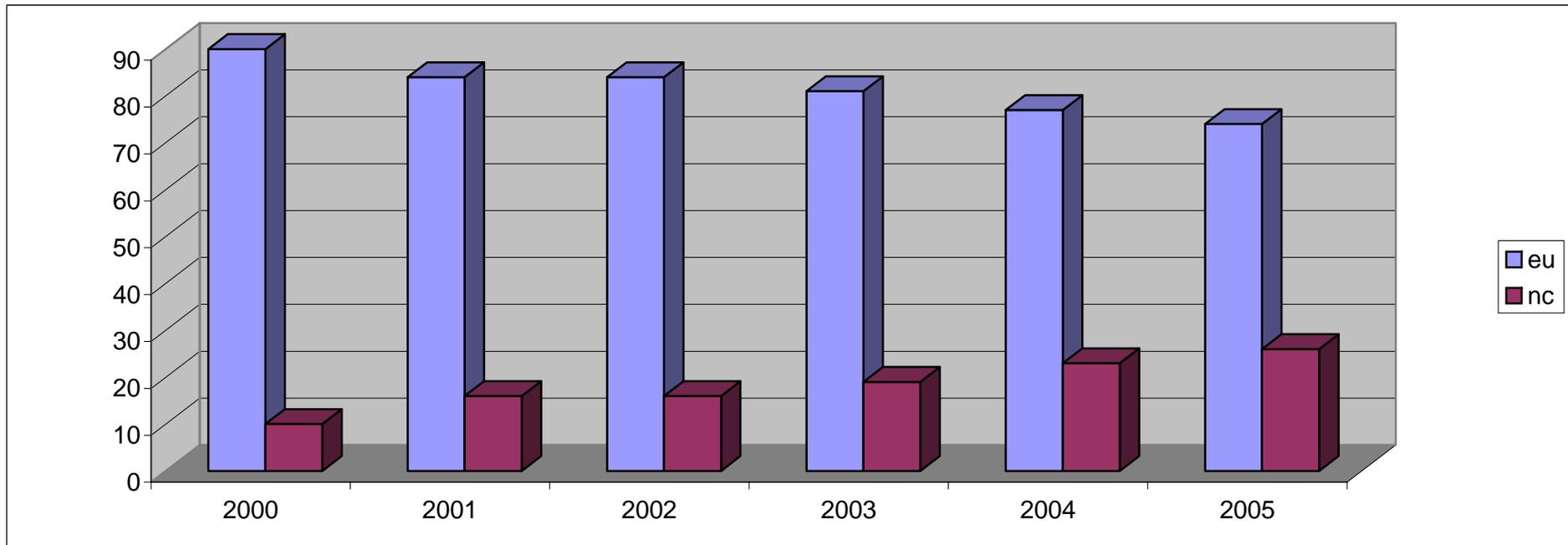
- 2° Récolte des données de prévalence valides pour permettre de mesurer l'ampleur réelle et la progression du HBV, HCV et du HIV parmi la population cible.
- 3° Diagnostic précoce et réduction des complications pathologiques de ces maladies, orientation vers une prise en charge médicale, visant une augmentation de la qualité de la vie et, dans le meilleur des cas, une prolongation de la durée de vie des personnes concernées.(réduction de la mortalité, morbidité)
- 4° Les données qualitatives pourront permettre de déterminer des facteurs de risques et des facteurs protecteurs face à ces maladies infectieuses pour la population cible. Ceci permettra la conceptualisation des stratégies de prévention et de réduction des risques.
- 5° Les données de prévalence et d'incidence constitueront une base valide à l'évaluation de l'impact des stratégies d'intervention passées et futures.
- 6° Recommandations pour la mise en place d'un réseau permanent d'observation et d'intervention en matière de maladies infectieuses au sein de la population cible.

#### **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 HIV/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 23% en 2004 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.

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 HIV/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 mettre en place une « unité mobile de santé » capable 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 HIV/Sida servirait pour les 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 HIV.

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.

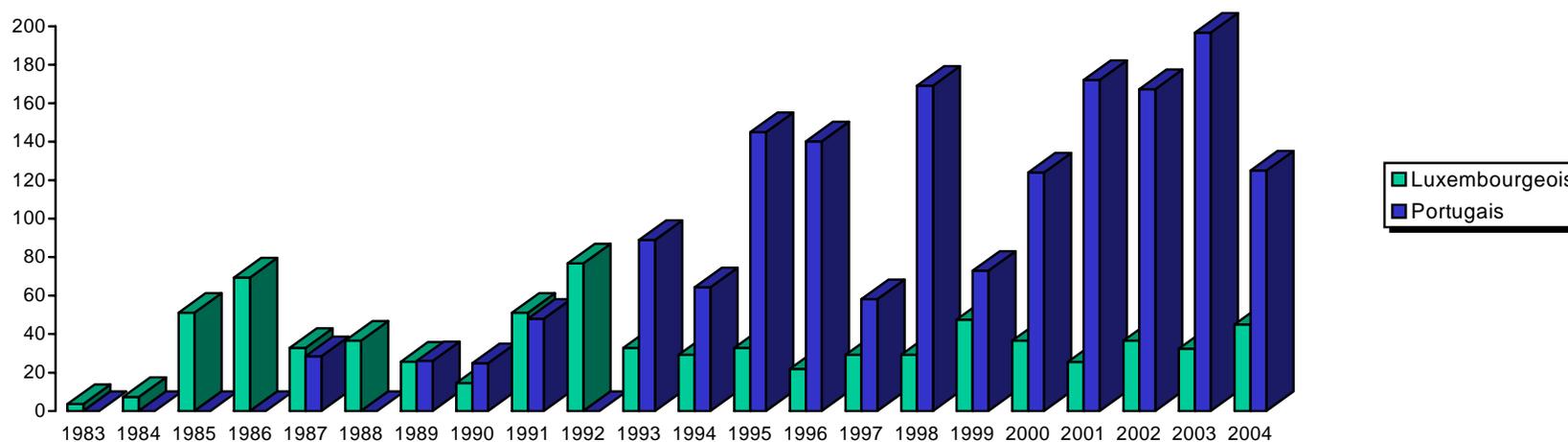
Pour lutter contre les discriminations et les stigmatisations liées à l'infection HIV, la meilleure façon sera sans doute l'intégration du Sida dans un cadre plus large d'éducation à la santé et en combattant les idées fausses et en valorisant la solidarité.

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 récente (Schmit, 2004).

Fig. 7.2.2.9.1 Incidence par million d'habitants en fonction de la nationalité des nouveaux infectés (1983-2004)



Source : Schmit, 2004

L'étude « HIV Test Quest », réalisée en 1997/98 (Dellucci, 1998) a mis en évidence que les ressortissants portugais sont plus nombreux à présenter des comportements à risque, qu'ils témoignent de lacunes au niveau des connaissances en matière de prévention et qu'ils font moins de tests de dépistage que le groupe des Luxembourgeois.

Les ressortissants portugais représentant le groupe le plus important au niveau de la population de résidents étrangers au Luxembourg, il est urgent que des efforts soient entrepris pour mieux atteindre ce groupe, sans pour autant négliger les ressortissants des autres nationalités résidents au Grand-Duché. Une étude devrait permettre de dresser un état des lieux pour que la prévention colle au plus près des besoins et permettre de formuler les objectifs à atteindre et les actions à préparer.

#### **A.7.2.2.10 La population carcérale**

Le programme officiel de **distribution de seringues** a débuté récemment au Centre pénitentiaire de Luxembourg. Un étui contenant une seringue est fourni par le 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. La seringue se trouvant dans l'étui peut être échangée par les infirmiers(-ières) et médecins des services de médecine générale et de psychiatrie. Aucun membre du personnel soignant n'est obligé à faire cet échange.

Des bocaux 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.

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.

**Le Projet Tox ou Projet de prise en charge globale des personnes toxico-dépendantes en milieu carcéral** est subventionné par « le Fonds de Lutte contre le Trafic des Stupéfiants ». Ce projet est limité dans le temps. Actuellement il organise surtout des groupes de contact au Centre Pénitentiaire entre détenus (peer support) et des groupes de parole avec un invité extra-pénitentiaire, travaillant dans le domaine psycho-social.

### **A.7.2.2.11 Post Exposure Prophylaxis (PEP)**

Dès 1991, le Comité de Surveillance du Sida avait publié des recommandations - plusieurs fois révisées par la suite - comment les professionnels de santé pouvaient se protéger après une exposition accidentelle au HIV. Puis en 1997, le Comité a publié des recommandations, comment se protéger après exposition au HIV par voie sexuelle ou par aiguille contaminée.

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, 112...).
- ◆ 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.

### **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 HIV/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 HIV/Sida dans les préoccupations du public et l'ignorance de beaucoup de gens face aux risques et modes de transmission laisse craindre un déclin de la solidarité et éventuellement des comportements d'exclusion envers les personnes vivant avec le HIV.

Favoriser la visibilité et reconnaître les difficultés et les droits des personnes vivant avec le HIV et une information claire sur les risques de transmission et les comportements sans risque sont des éléments qui doivent être inclus dans toutes les campagnes 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 HIV/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. Récemment une ouverture s'est faite vers des tarifs réduits pour la diffusion des messages d'éducation à la santé en général, et de prévention du Sida en particulier.

### **A.7.3 Accès au traitement médical**

#### **A.7.3.1 En milieu hospitalier en 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 l'UCM 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 HIV est seulement découverte au moment où cette infection a déjà progressé vers un stade avancé de complications.

◆ **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 des progrès sont apparus dans l'administration des ARV, en ce sens qu'il y a moins de comprimés ou gélules par jour à prendre et que 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 extrêmement importantes.

◆ **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 HIV. Ces traitements durent dans le meilleur cas 6 mois, sinon 12 mois ou davantage en cas d'hépatite chronique B.

◆ **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.

◆ **Relations entre spécialistes et généralistes :**

Idéalement les patients infectés à HIV sont suivis cliniquement et biologiquement tous les 3 mois par un spécialiste et pour tous les problèmes intercurrents et aussi pour le suivi HIV par leur généraliste. Cela se passe souvent de cette façon mais la collaboration peut encore être améliorée.

Cela présuppose :

1. Le patient doit être motivé de voir son généraliste.
2. Le généraliste doit vouloir suivre les patients infectés à HIV.

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

De plus en plus de personnes qui font appel au service de l'Aidsberodung 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.

### **A.7.3.2 En milieu carcéral**

Un test de dépistage de l'HIV, des hépatites A, B, C et de la syphilis est proposé à tout détenu qui entre en prison.

Un médecin du Service National des Maladies Infectieuses donne des consultations au Centre pénitentiaire deux fois par mois.

Toute personne dépistée séropositive à l'HIV, 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 inscrite sur la liste des consultations du médecin spécialiste.

### **A.7.4 Prise en charge psychosociale**

L'infection HIV 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 psychologiquement, appauvrit, isole et les personnes vivant avec le HIV 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 HIV/Sida reste ainsi fondamentale.

Les services de soutien psychosocial sont également nécessaires pour aider les personnes vivant avec le HIV 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 HIV/Sida et à leur entourage une palette de soutien émotionnel, psychosocial et pratique
- de lutter contre la propagation du virus HIV en initiant des campagnes de prévention en direction de groupes spécifiques (jeunes, prostitué(e)s, migrants, homosexuels, bisexuels etc.).

Pour l'Aidsberodung, il s'agit avant tout de défendre les intérêts des personnes touchées par le HIV 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 HIV. En 2004, 316 personnes ont consulté dont 148 (156 en 2003) vivent avec le HIV/Sida. La même année, la maison Henry Dunant a hébergé 29 personnes (26 en 2003).

#### **A.7.4.1.2 Le secteur non-conventionné**

L'association sans but lucratif **STOP AIDS NOW** a été créée en 1992 et 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.

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

L'association **Rosa Lëtzebuerg**, créée en 1996, œuvre entre autres dans le domaine de prévention HIV visant la population homosexuelle et bisexuelle. Les bénévoles de cette association en collaboration avec l'Aidsberodung et les membres de Stop Aids Now s'occupent de la distribution de préservatifs dans les cafés et discothèques à base régulière.

#### **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. Le nombre de places actuellement disponibles s'élève à 15 chambres qui sont occupées toute l'année. Dans les années à venir, il faudra réfléchir sur des alternatives aux structures de foyer.

Il apparaît clairement que trouver des logements à prix abordables d'une part et trouver des propriétaires qui acceptent des personnes à faibles ressources (avec des difficultés de cautionnement) et/ou des personnes étrangères et familles monoparentales devient de plus en plus difficile.

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

- Introduire une allocation au logement accessible aux plus démunis et découplée 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.
- Convention avec le Fonds de Logement sur base d'engagements réciproques.
- Caution payée par l'Etat.
- Mise en place d'une agence immobilière sociale.

Une piste intéressante pour la clientèle de l'Aidsberodung est le développement d'un projet de « famille-relais ». L'expérience a démontré que les personnes qui vivaient dans le foyer Henry Dunant et présentaient les caractéristiques ci-résumées ont pu se réintégrer dans la société grâce à l'appui d'un compagnon ou d'une famille d'accueil les aidant à faire face au déficit affectif et au manque d'échange en lui offrant un « cocon protecteur ». Ceci leur a permis de trouver la force de vivre dans un contexte socio-économique difficile.

Ce projet s'adresserait en priorité aux:

- personnes qui souffrent de fragilité psychologique ou de solitude, de difficultés d'autonomie, de l'inexistence de liens sociaux.
- les immigrés en situation légale ( permis de séjour en ordre ) à la recherche d'un travail ou en demande d'un permis de travail.

But: Si la stabilité du logement et la qualité de l'habitat constituent un facteur d'aide à l'observance thérapeutique, la famille en offrant l'opportunité de créer des liens, une appartenance sociale, et une qualité de l'environnement peut être un préalable efficace pour faciliter l'accomplissement des démarches personnelles et l'engagement dans des parcours de formation et d'insertion socioprofessionnelle.

### **A.7.6 Activités de recherche**

Depuis le début des années 1980, le Service National des Maladies Infectieuses participe à la recherche sur le Sida en s'intégrant aux efforts de recherche au niveau européen et au niveau international. Robert HEMMER a organisé à Bruxelles en 1985 le premier Workshop européen sur la recherche en matière HIV-Sida et en 1987 la première conférence européenne. Il fût président de 1985 à 1988 du Project Management Group : Clinical Research on AIDS. En 1994 il a organisé à Luxembourg pour la direction Recherche de la Commission Européenne un colloque rassemblant tous les grands noms européens de la Recherche sur le Sida (recherche fondamentale, recherche clinique et recherche épidémiologique). Plusieurs initiatives sont nées de ces colloques dont la plus grande étude mondiale d'épidémiologie clinique – appelée EUROSIDA – qui rassemble des milliers de patients européens infectés à HIV dont plus de 200 de la cohorte luxembourgeoise.

Sur le plan national, Robert HEMMER, François SCHNEIDER et Pierre KIRPACH ont lancé dès les années 1980 l'idée d'un laboratoire de recherche sur le Sida au Luxembourg. Cette idée a été acceptée par le gouvernement et le laboratoire a ouvert ses portes en 1991. Il est actuellement dirigé par Jean-Claude SCHMIT et occupe une vingtaine de collaborateurs scientifiques et techniques. Vic ARENDT coordonne le volet africain et Thérèse STAUB assure le lien avec la recherche clinique.

Les axes fondamentaux sur la recherche sur le Sida au Luxembourg comportent actuellement :

1. La recherche fondamentale (étude des mécanismes d'entrée du virus dans les cellules humaines).
2. Recherche appliquée (étude des résistances, étude des co-récepteurs, étude des sous-types HIV...).
3. Recherche africaine en collaboration avec les organismes de recherche rwandais (transmission du virus mère-enfant, étude des couples discordants, recherche opérationnelle dans le cadre du projet ESTHER...).
4. Recherche clinique (participation à des essais cliniques de nouveaux ARV et de nouvelles associations d'ARV, interruptions programmées de traitements..). Certains essais sont initiés par l'industrie pharmaceutique, d'autres en collaboration avec des hôpitaux étrangers, d'autres par les NIH (National Institutes of Health) des Etats-Unis.
5. Recherche clinique épidémiologique (EUROSIDA).

Toutes ces activités de recherche ne sont que possibles parce que le Ministère de la Santé, le Ministère de la Culture, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, le CRP-Santé et, accessoirement l'industrie pharmaceutique les soutiennent.

#### **A.7.7 Activités de formation**

Le Service National des Maladies Infectieuses pourrait organiser une journée annuelle de formation pour les professionnels de la santé. Un budget y relatif devra être prévu sur base annuelle.

Tous les professionnels de santé et les personnes travaillant dans le domaine social sont des relais essentiels de l'information sur le Sida. L'objectif serait de mettre en place des formations une ou plusieurs fois par an pour donner les moyens aux intervenants à maîtriser les informations sur l'infection HIV pour pouvoir les relayer et les transmettre. Les formations permettront de sensibiliser les soignants et acteurs sociaux au décalage culturel au sein des populations migrantes.

Finalement, la rapidité d'évolution des connaissances liées au HIV/Sida nécessite une réactualisation régulière de l'information des professionnels travaillant dans ce domaine et des patients sous forme accessible et compréhensible.

#### **A.7.8 Evaluation**

L'évaluation du plan d'action comportera 2 volets. Le Comité de Surveillance du Sida suivra l'implantation du plan d'action et en fera rapport. 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 un expert habilité.



**B. Plan d'action national en matière de lutte contre le HIV/Sida 2006 -2010**

Ministère de la Santé  
Grand-Duché de Luxembourg

Domaine d'intervention	Champ d'intervention	Population / milieu cibles	Mesure	Descriptif projet	Acteurs impliqués et gestionnaire	Echéancier
<b>A.7.1</b> <b>Coordination nationale</b>		<b>Intervenants et autorités</b>	Optimiser les mécanismes de coordination.	Inventaire des acteurs du domaine HIV/Sida.  Mise en place d'une unité de coordination et création d'un poste 0.25 ETP pour l'exécution du plan d'action.	<b>G</b> <sup>6</sup> . Comité de surveillance du Sida  <b>G</b> . Comité de surveillance du Sida Ministère de la Santé	2006  2006/2007
<b>A.7.2 Mesures de prévention</b>	<b>A.7.2.1 Prévention en population générale</b>	<b>A.7.2.1.1 Information grand public</b>	Campagnes d'information et de sensibilisation.  Prévention dans le monde associatif et les milieux sportifs	Ces campagnes seront généralisées ou ciblées selon les besoins constatés et associées le cas échéant à des actions par les acteurs de terrain.  Le développement et maintenance d'un site national ( <a href="http://www.aids.lu">www.aids.lu</a> et <a href="http://www.sida.lu">www.sida.lu</a> )  Les médecins du contrôle médico-sportif seront invités à faire passer des messages de prévention en matière HIV/Sida lors du contrôle médical des sportifs.	<b>G</b> . Direction de la Santé <b>A</b> <sup>7</sup> Aidsberodung, Planning Familial, Ministère de l'Education Nationale.  <b>G</b> . Direction de la Santé <b>A</b> . Acteurs de terrain  <b>G</b> . Comité de surveillance du Sida <b>A</b> . Médecins du contrôle médico-sportif	annuel  2006 2007-2010 annuel  continu

<sup>6</sup> **G** : Organisation ou gestionnaire responsable

<sup>7</sup> **A** : Acteurs / Associations partenaires

		<b>A.7.2.1.2 Distribution de préservatifs</b>	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	<b>G.</b> Direction de la Santé	continue
		<b>A.7.2.1.3 Accès aux offres de dépistage</b>	Promotion de l'accès aux offres de dépistage	Améliorer l'accès au et la qualité du dépistage HIV. Eviter les dépistages inadéquats. Réduire les dépistages tardifs. Proposer systématiquement le counselling au dépistage.	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> CHL, LNS, Aidsberodung, Planning Familial	2006-2010

	<p><b>A.7.2.2</b>  <b>Prévention au sein de groupes vulnérables</b></p>		<p>Création d'une unité mobile d'intervention</p>	<p>Cette unité offrira conseil et informations sur les problèmes de santé et donnera 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 HIV/Sida devrait être équipée pour le street-work médical avec des professionnels du domaine social et paramédical et pourrait être utilisée aux endroits stratégiques des lieux de la prostitution et auprès des migrants, mais permettrait également de réaliser des campagnes de dépistage et d'information pour d'autres populations difficiles à atteindre.</p>	<p><b>G.</b> Direction de la Santé  <b>A.</b> Acteurs de terrain</p>	<p>2007-2010</p>
		<p><b>A.7.2.2.1</b>  <b>Les enfants et la transmission mère-enfant</b></p>	<p>Affiner les stratégies de prévention auprès des femmes enceintes ou projetant de procréer.</p>	<p>Mener des actions ciblées pour inciter les femmes qui ont le désir de devenir enceintes à se faire dépister.</p>	<p><b>G.</b> Direction de la Santé  <b>A.</b> Aidsberodung  Planning Familial</p>	<p>2006-2010</p>
				<p>La sensibilisation des médecins gynécologues à ce problème doit être renouvelée systématiquement.</p>	<p><b>G.</b> Comité de surveillance du Sida  <b>A.</b> Médecins gynécologues, Planning Familial</p>	<p>2006-2010</p>

		<b>A.7.2.2.2</b> Les jeunes	<b>A.7.2.2.2.1</b> Le milieu scolaire	<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><b>G.</b> Hôpitaux <b>A.</b> Aidsberodung</p>	2006-2010
			<p>Provision de préservatifs (à tarif préférentiel) dans les établissements scolaires.</p>	<p>Mise à disposition de distributeurs et vente de préservatifs à 20 cents/4 unités dans tous les établissements scolaires post-primaires.</p>	<p><b>G.</b> Direction de la Santé, Ministère de l'Education Nationale <b>A.</b> Etablissements scolaires du G.-D, partenaires commerciaux</p>	2006-2010 annuel
			<p>Campagnes de sensibilisation et projets d'innovation</p>	<p>Campagne d'information/de sensibilisation à l'attention des élèves des classes de 7<sup>e</sup> et de 8<sup>e</sup>. Séances d'une heure; nécessité d'un langage adapté aux différentes classes (public jeune, contexte scolaire, culturel et socio-familial très hétérogène).</p>	<p><b>G.</b> Direction de la Santé, Ministère de l'Education Nationale <b>A.</b> Aidsberodung Etablissements scolaires</p>	continu

				<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><b>G.</b> Ministère de l'Education Nationale Nationale</p> <p><b>A.</b> Cinémathèque de la Ville de Luxembourg, Inter Actions : Maison des Jeunes du Grund, Aidsberodung Croix-Rouge</p>	<p>annuel</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><b>G.</b> Ministère de l'Education Nationale Nationale</p> <p><b>A.</b> Planning familial</p>	<p>continu</p>
				<p>Actions pour la journée mondiale du Sida</p>	<p><b>G.</b> Direction de la Santé, Ministère de l'Education Nationale</p> <p><b>A.</b> AidsBerodung Croix-Rouge, SNJ, Maisons des Jeunes</p>	<p>annuel</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	<b>G.</b> Ministère de l'Education Nationale <b>A.</b> Aidsberodung de la Croix-Rouge, Planning Familial, Ministère de la Santé	continu
			Les curriculums officiels	En vue de présenter les volets concernés dans une perspective globale (curriculum en spirale et transversal), de compléter les lacunes éventuelles et de soutenir la mise en œuvre des curriculums, il est prévu : - d'élaborer un relevé exhaustif des volets concernés (éducation préscolaire, enseignement primaire et post primaire, éducation différenciée) : branches, thématiques, méthodologie - de mettre une documentation actuelle à la disposition des enseignant/e/s (documentation centralisée et locale dans le CDI des écoles).	<b>G.</b> Ministère de l'Education Nationale,	2006-2010

			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><b>G.</b> Ministère de l'Education Nationale  <b>A.</b> Aidsberodung de la Croix-Rouge, Planning familial, Institut de formation dans la Grande-Région (coopérations privilégiées avec la Rhénanie-Palatinat et la Sarre)</p>	continu
			Les activités de recherche	<p>Etude <b>HBSC</b> (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 février 2006 aura lieu la deuxième 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 avec l'étude réalisée en 1999.</p>	<p><b>G.</b> Ministère de l'Education Nationale, Direction de la Santé  <b>A.</b>, Ministère de la Famille et de l'Intégration, CRP-Santé</p>	2006/2007

			<b>A.7.2.2.3</b> <b>Les milieux récréatifs et festifs</b>	<p>Intensifier les actions de sensibilisation dans les milieux festifs.</p> <p>Elaborer et exécuter des concepts de prévention adaptés aux clients des « Late Night bus » et du service « Night Rider ».</p>	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung	2006/7-2010
					<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung , Planning Familial ,Late Night bus, Night Rider	annuel
			<b>A.7.2.2.3</b> <b>La prise en considération du facteur genre</b>	<p>Accorder plus attention aux spécificités liées au sexe</p> <p>Augmenter les offres différenciées en fonction du sexe et des situations de vulnérabilité spécifiques.</p> <p>Projet pilote : Etude de l'acceptance des préservatifs féminins</p>	<b>G.</b> Direction de la Santé. <b>A.</b> Aidsberodung	2007-2010
					<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung, Drop In, Planning Familial	2007-2010
			<b>A.7.2.2.4</b> <b>MSM /WSW</b>	<p>Développement des stratégies de prévention au sein de la communauté MSM</p> <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 gay.</p> <p>Exploitation de nouveaux médias pour la diffusion des messages (journaux gay, Internet).</p>	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung, Rosa Letzebuerg	2006-2010
					<b>A.</b> Aidsberodung	continu

				Sensibilisation accrue aux endroits de rencontres anonymes à Luxembourg.	<b>A.</b> Aidsberodung	2006-2010
		<b>A7.2.2.5</b> <b>Les populations hétérosexuelles à risque</b>		Intensifier les messages de sensibilisation et de prévention en direction de ces groupes pour diminuer la recrudescence des comportements à risque	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung, Planning Familial	2006-2010
		<b>A.7.2.2.6</b> <b>Sex workers</b>	Etude sur les pratiques à risque dans la prostitution au Luxembourg.	Analyser les contextes de transmission des MST, et notamment le HIV et dresser un inventaire des demandes des clients, pour mieux définir les raisons qui poussent quelqu'un à des actes sexuels sans préservatifs. Evaluation de l'attitude de la population générale face à la prostitution  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.	<b>G.</b> Ministère de l'Egalité des chances <b>A.</b> Aidsberodung, Drop In Croix-Rouge  <b>A.</b> Aidsberodung, Drop In Croix-Rouge	2007 - 2010

			Enquête de terrain pour identifier la localisation des populations de sex workers et des lieux de prostitution.	Etablir une cartographie de la prostitution.	<b>G.</b> Ministère de l'Egalité des chances (MEGA) <b>A.</b> Aidsberodung, Drop In	2008-2010
			Stratégie d'information pour les personnes sans papiers impliquées dans la prostitution.	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 papiers et autres exerçant librement ou non la prostitution	<b>G.</b> Ministère de l'Egalité des chances <b>A.</b> Aidsberodung, Drop In	2007-2010
			Prise en charge des victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle	Mise sur pied d'un réseau de prise en charge des victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle Sensibilisation et formation des personnes responsables de la prise en charge des femmes victimes de la traite	<b>G.</b> Ministère de l'Egalité des chances	2007 - 2010
			Sensibilisation des clients de la prostitution.	Elaboration de moyens pour sensibiliser les clients sur le safer sex, le dépistage et la traite des être humains pour les impliquer eux-aussi dans prévention.	<b>G.</b> Ministère de l'Egalité des chances <b>A.</b> Aidsberodung, Drop In	2007-2010

	<b>A.7.2.2</b> <b>Prévention au sein de groupes vulnérables</b>	<b>A.7.2.2.7</b> <b>Usagers de drogues</b>	A.7.2.2.7.1 Echange de matériel d'injection	Création d'un groupe de suivi du programme de distribution de seringues.	<b>G.</b> Direction de la Santé	2006
			A7.2.2.7.3 Réduction des risques	Renouveler le message de safer use particulièrement auprès de jeunes consommateurs	<b>A.</b> Associations spécialisées	continu
				Augmentation des sites de distributeurs de seringues et adaptations techniques requises et intensification de la collaboration avec la Ville de Luxembourg en matière de récupération de seringues usées. Installation de conteneurs collecteurs sur les sites les plus fréquentés par les scènes de consommation suite à une analyse de faisabilité et d'opportunité.	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Fondation JDH	2007
			Optimisation des horaires d'ouverture des sites de distribution de seringues afin de garantir une offre de 7/7 jours.	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Assoc. spécialisées	2007	

			A.7.2.2.7.4 Activités de recherche	Analyse de l'opportunité et de la faisabilité de mettre en place des offres de dépistage HIV, HAV, HBV et HCV au sein des associations spécialisées (Origer A. et Removille N. , in press).	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Assoc. spécialisées	2006
<b>A.7.2.2</b> <b>Prévention au sein de groupes vulnérables</b>	<b>A.7.2.2.8</b> <b>La population migrante</b>	Renforcement des stratégies de prévention au sein de la population migrante	Création d'un poste ETP à engager par l'Aidsberodung Croix-Rouge. La personne engagée se chargera d'étudier les modes de transmission HIV, d'évaluer les besoins en information de la population migrante et d'implanter les mesures requises	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung Croix-Rouge	2006	
			Intégration des programmes HIV/Sida dans un cadre plus large d'éducation à la santé et au planning familial.	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung, Planning Familial	2007-2010	
			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 HIV.	<b>A.</b> Aidsberodung	2006	

				Formation de ces « pairs » et médiateurs sociaux pour les intégrer dans les programmes de prévention.	<b>A.</b> Aidsberodung	2006-2010
<b>A.7.2.2 Prévention au sein de groupes vulnérables</b>	<b>A.7.2.2.9 Groupes cibles de résidents d'origine étrangère</b>		Intensification des mesures de prévention ciblant les résidents d'origine étrangère et en particulier les citoyens d'origine portugaise.	Etude relative aux sites d'intervention permettant d'atteindre au mieux les populations de résidents d'origine étrangère. Recommandations et actions consécutives.  Développement de documentation spécifique	<b>A.</b> Aidsberodung,  <b>A.</b> Planning Familial	2006/2007
		<b>A.7.2.2.10 La population carcérale</b>	Assurer la continuité de l'accès aux moyens de dépistage et de prévention des maladies infectieuses pour tous les détenus.		<b>G.</b> Service médical des établissements pénitentiaires	continu

		<b>A7.2.2.11 PEP</b>	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	<b>G.</b> Comité de surveillance du Sida, Direction de la Santé <b>A.</b> Professionnels de Santé	2006
	<b>A.7.2.3 Lutte contre la discrimination</b>		Favoriser la visibilité et reconnaître les difficultés et les droits des personnes vivant avec le HIV 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 HIV/Sida et les professions de santé, y compris les médecins dans la lutte contre la discrimination.  Intégrer systématiquement dans toute campagne un message anti-discriminatoire  Intensifier la collaboration avec les médias	<b>A.</b> Acteurs de terrain impliqués	continu
				Evaluation de la législation en matière d'anti-discrimination et sensibilisation du grand public.	<b>A.</b> Expert juriste	2008

	<b>A.7.2.4 Collaboration avec les médias</b>		Optimiser les stratégies de communication	Former une base de communication ou un groupe de communicateurs, en relation avec les différents médias.  Accorder une plus grande importance aux NTI (Internet, SMS, etc.)	<b>G.</b> Comité de surveillance du Sida <b>A.</b> Médias, Agences de communications  <b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung,	2006-2010  continu
<b>A.7.3 Accès au traitement médical</b>		<b>Personnes ayant eu un comportement à risque</b>	Renforcer l'incitation au dépistage suite à une situation à risque.	Campagne de sensibilisation grand public.	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> Aidsberodung, Planning Familial	2006-2010
		<b>Personnes vivant avec le HIV en traitement</b>	Promouvoir l'adhérence au traitement  Développer la complémentarité des médecins spécialistes et des médecins généralistes dans la prise en charge des patients infectés.	Campagne de sensibilisation orientée vers les patients et en particulier vers des patients présentant des co-infections.  Information orientée vers les patients et les médecins.	<b>G.</b> Direction de la Santé <b>A.</b> SNMI, médecins généralistes, Aidsberodung Croix Rouge, bénévoles, groupements de patients, etc...  Idem	2007-2010  2006 - 2010

		<b>Personnes vivant avec le HIV ayant le désir de procréation</b>	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 ou à l'étranger.	Idem	2008
<b>A.7.4 Prise en charge psychosociale</b>	<b>A.7.4.1/2 Les associations spécialisées, en milieu hospitalier et en milieu carcéral</b>		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.		<b>A.</b> Associations de terrain  <b>A.</b> Associations de terrain	continu  continu

<p><b>A.7.5 Offres d'hébergement, de logement et de réinsertion</b></p>			<p>Améliorer l'accès au logement des personnes vivant avec le HIV</p> <p>Projet « famille-relais ».</p>	<p>L'expérience montre qu'un certain nombre de personnes qui vivaient dans le foyer Henry Dunant de l'Aidsberodung ont pu se réintégrer dans la société grâce à l'appui d'un compagnon ou d'une famille d'accueil les aidant à faire face au déficit affectif et au manque d'échange en lui offrant un « cocon protecteur ».</p> <p>Ce projet s'adresse en priorité aux:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personnes qui souffrent de fragilité psychologique ou de solitude, de difficultés d'autonomie, de l'inexistence de liens sociaux.</li> <li>- les immigrés en situation légale (permis de séjour en ordre) à la recherche d'un travail ou en demande d'un permis de travail.</li> </ul>	<p><b>A. Aidsberodung</b></p>	<p>2006 –2010</p>
---	--	--	---	--	-------------------------------	-------------------

<p><b>A.7.6 Activités de recherche</b></p>			<p>Promotion des activités de recherche</p>	<p>Mise à disposition des moyens financiers et logistiques nécessaires pour le développement des différents types de recherche.</p> <p>Maintenir le Laboratoire de Rétrovirologie comme centre d'excellence européen, dans le cadre du CRP Santé. (mise à disposition de médecins, data managers, personnel technique).</p> <p>Surveillance épidémiologique continue.</p>	<p><b>G.</b> Ministère de la Santé, Ministère de la Recherche  <b>A.</b> Laboratoire de Rétrovirologie, CRP-Santé  Idem</p> <p><b>G.</b> Comité de surveillance du Sida, CHL</p>	<p>continu</p> <p>continu</p>
	<p><b>Prévention des risques et dommages</b></p>	<p><b>Usagers de drogues</b></p>	<p>Action recherche en matière de prévention des risques et dommages liés aux infections HIV et HCV au sein de la population toxicomane.</p>	<p>Le projet vise d'une part de déterminer la prévalence HIV/HCV au sein de la population concernée et proposer des vaccinations si possible, de conseiller et d'orienter les personnes demandeuses. Les résultats du projet permettront de se prononcer sur l'opportunité et la faisabilité de compléter de doter les services spécialisés par l'offre de tests gratuits sur site.</p>	<p>A. Associations spécialisées et CPL</p> <p>G. Point focal OEDT – CRP Santé</p>	<p>2006</p>

<b>A.7.7 Activités de formation</b>			<p>Développer davantage les cycles de formation adaptés aux différents types d'intervenants.</p>	<p>Les programmes de formation attacheront une attention particulière aux différences culturelles au sein des populations vivant au Luxembourg et aux mises à jour de l'état de connaissances liées au HIV/Sida.</p> <p>Journée annuelle de formation pour les professionnels de la santé.</p>	<p><b>A.</b> Aidsberodung <b>A.</b> CHL, Planning Familial</p> <p><b>G.</b> SNMI (CHL)</p>	<p>continue</p> <p>annuel</p>
<b>A.7.8 Evaluation</b>			<p>Suivi de l'exécution du plan d'action par le Comité de Surveillance du Sida</p> <p>Evaluation externe.</p>	<p>Evaluation finale (5 ans) par audit externe.</p>	<p><b>G.</b> Comité de Surveillance du Sida <b>A.</b> Auditeur externe</p>	<p>2010</p>

## **BIBLIOGRAPHIE**

**Comite de surveillance du Sida**, (2005), Rapport d'activités 2004, 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.**, (2005) L'état du phénomène de la drogue au Grand-Duché de Luxembourg, CRP-Santé, CES, Point focal OEDT, Luxembourg

**Origer A., Removille N.** (in press), Prévalence et propagation des hépatites virales A,B,C et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite, CRP-Santé, CES, 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

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

**Schmit J.-CI (2004)**, HIV Infection in the Portuguese community in Luxembourg, National Service of Infectious Diseases, Luxembourg.

## **Annexe I :**

### **La coopération internationale : Le Luxembourg et la lutte contre le HIV/Sida dans les pays en développement**

Depuis 2001, la coopération luxembourgeoise a fait de la lutte contre le SIDA, de la nécessité d'une approche intégrée incluant la prévention, l'accès au traitement et les soins, l'une de ses priorités. L'accès au traitement, qui doit être assuré en parallèle avec la prévention, est nécessaire non seulement pour freiner les millions de décès annuels dus à cette maladie, mais surtout pour maintenir les forces productives des pays en développement, ceux qui font fonctionner la société et l'économie de leurs pays, et les enfants qui assurent l'avenir.

Le pourcentage de l'aide au développement allouée à la lutte contre le HIV/SIDA n'a cessé d'augmenter depuis 2001. Outre les projets bilatéraux, le Luxembourg mène une action avec les partenaires multilatéraux principaux de la coopération au développement, qui sont notamment ONUSIDA, l'OMS ou encore le Fonds Global de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Malaria.

ONUSIDA est un programme des Nations Unies composé en 2005 par 10 agences « coparrainantes » (UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO, OMS, Banque Mondiale, BIT et PNUCID). Son but est de coordonner toutes les activités de lutte contre le SIDA du système onusien, d'assurer des efforts de sensibilisation, de mobiliser des ressources supplémentaires pour le SIDA et de renforcer les connaissances sur la maladie. Le Luxembourg soutient financièrement ONUSIDA depuis sa création, et notamment ses activités dans le domaine des femmes et du SIDA ainsi que de l'harmonisation et la coordination (« 3 Ones »).

A travers l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le Luxembourg soutient notamment le renforcement des capacités humaines, organisationnelles et institutionnelles dans le domaine de la santé, un élément essentiel pour l'efficacité et la durabilité de toute action de lutte contre le HIV/SIDA.

En avril 2001, à Abuja au Nigeria, Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, a appelé à la création d'un Fonds mondial en vue d'affecter des ressources supplémentaires à la lutte contre les trois maladies meurtrières que sont le Sida, la Tuberculose et la Malaria. Le Fonds Global finance des projets de lutte contre ces trois maladies, en mettant un accent particulier sur l'accès aux médicaments. Le Luxembourg participe au Fonds Global depuis ses débuts par une contribution financière annuelle et une participation active à son Conseil d'Administration.

Le Luxembourg participe également, depuis sa fondation, à l'initiative ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau), créée en 2002 par la France, l'Italie, l'Espagne et le Luxembourg, pays auxquels se sont ajoutés l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique et le Portugal en 2004. Le but de cette initiative est de favoriser et de soutenir le partenariat de structures de santé en vue de créer les conditions nécessaires à un traitement efficace contre le SIDA. Les projets

ESTHER visent à assurer aux patients un accès au traitement, en agissant sur le manque de structures et d'encadrement, de savoir-faire local et de moyens financiers suffisants dont les pays ont besoin pour assurer l'encadrement nécessaire à une efficacité optimale d'un traitement. Grâce au partenariat entre un hôpital du nord et une structure de santé du sud, il y a un échange d'expérience, de savoir-faire une assistance technique et matérielle Au-delà de l'accès au traitement, ESTHER assure ainsi le suivi psycho-social du traitement.

Concrètement, le Luxembourg soutient le jumelage (partenariat) de deux hôpitaux luxembourgeois avec deux hôpitaux rwandais. Le Centre Hospitalier de Luxembourg et l'Hôpital d'Ettelbrück sont jumelés avec le Centre Hospitalier de Kigali au Rwanda et l'hôpital de Rwamagana respectivement. Les équipes médicales des hôpitaux travailleront ensemble, et en collaboration avec le Fonds Global notamment, pour rendre possible le traitement, à terme, d'au moins 15,000 patients. Le Luxembourg finance en outre divers projets de lutte contre le SIDA dans ses pays cible, notamment à travers des ONG.