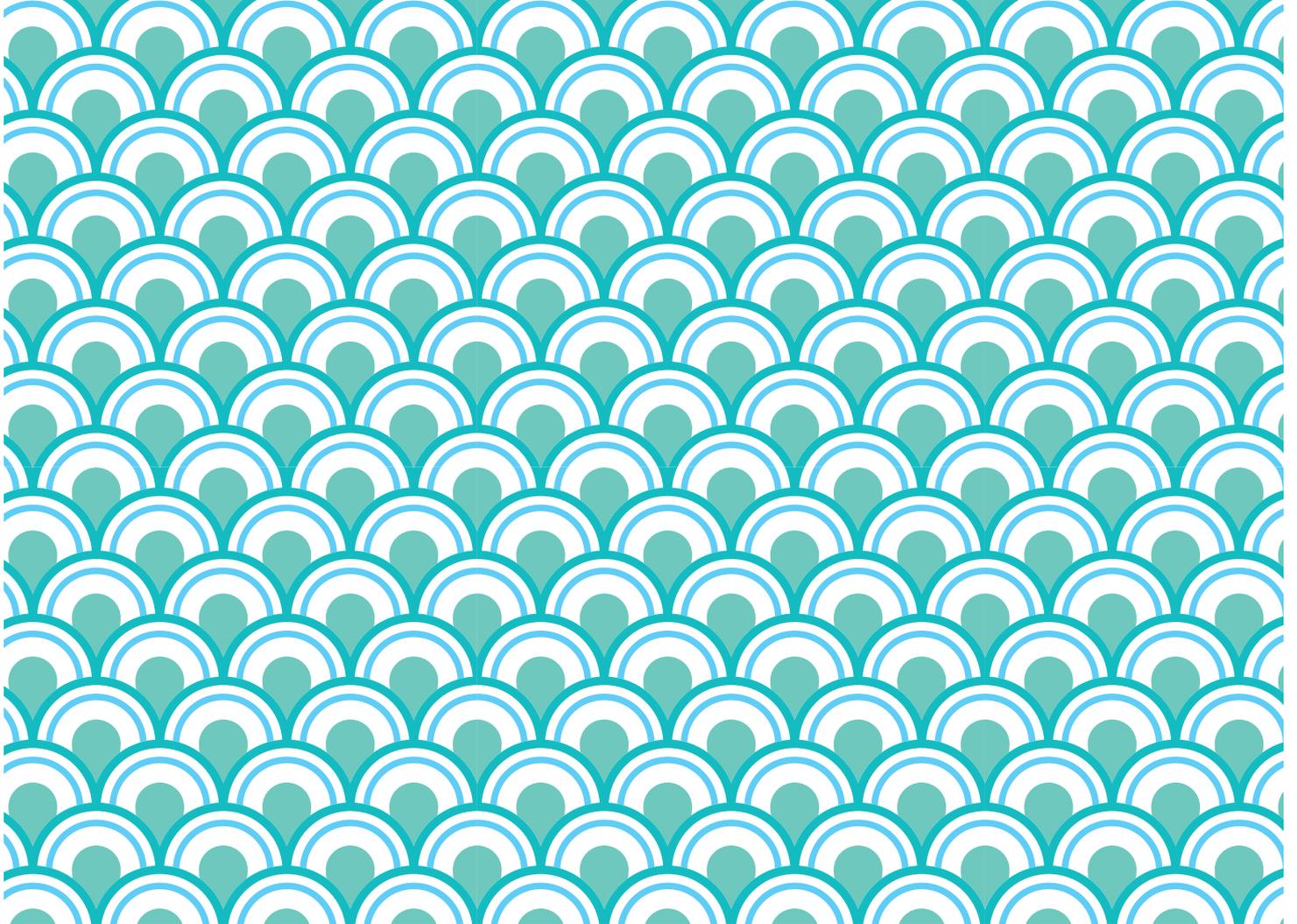


# Soins et soutien du VIH

Soins et soutien du VIH prenant en compte les  
lignes directrices unifiées de l'OMS de 2016





# Sommaire

But	<b>2</b>
Introduction	<b>4</b>
Pourquoi les soins et le soutien sont-ils importants	<b>9</b>
Le paysage en évolution exige une riposte dynamique	<b>12</b>
Besoins en soins et soutien des personnes vivant avec le VIH	<b>15</b>
Répercussions sur les soins et le soutien des directives de l’OMS relatives au meilleur moment pour débiter la thérapie antirétrovirale et la prophylaxie pré-exposition pour le VIH.	<b>28</b>
Besoins en soins et soutien VIH des populations sélectionnées	<b>31</b>
Conclusion	<b>37</b>
Références	<b>39</b>

# But

*La notion de soins et de soutien est un ensemble complet de services, et notamment le soutien médical, psychosocial, physique, socio-économique et juridique. Ces services sont cruciaux pour le bien-être et la survie des personnes vivant avec le VIH et leurs soignants, orphelins et autres enfants vulnérables. Des services de soin et de soutien sont nécessaires dès le point de diagnostic et pendant toute la maladie liée au VIH, quelle que soit la capacité à accéder à la thérapie antirétrovirale.*

L'objectif du présent document est le suivant :

- Décrire en quoi consistent les soins et le soutien du VIH.
- Décrire le but des soins et du soutien dans le contexte des lignes directrices 2016 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'utilisation de thérapies antirétrovirales pour le traitement et la prévention des infections à VIH (1).
- Illustrer pourquoi les soins et le soutien sont essentiels, parallèlement au traitement du VIH, pour réduire le nombre de maladies et décès liés au VIH et augmenter le bien-être des personnes vivant avec le VIH y compris les orphelins et enfants vulnérables, les adolescents, les populations clé et les personnes de plus de 50 ans.

La notion de soins et de soutien est un ensemble complet de services, et notamment le soutien médical, psychosocial, physique, socio-économique et juridique. Ces services sont cruciaux pour le bien-être et la survie des personnes vivant avec le VIH et leurs soignants, orphelins et autres enfants vulnérables. Des services de soin et de soutien sont nécessaires dès le point de diagnostic et pendant toute la maladie liée au VIH, quelle que soit la capacité à accéder à la thérapie antirétrovirale.

Ce document vient renforcer les Lignes directrices unifiées 2016 de l'OMS sur l'utilisation des thérapies antirétrovirales pour traiter et prévenir les infections à VIH (1) et les considérations techniques concernant les soins et le soutien du plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) (2). Il souligne le rôle essentiel des soins et du soutien pour atteindre les objectifs 90-90-90 : faire en sorte que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes connaissant leur statut sérologique accèdent aux traitements et 90 % des personnes suivant

un traitement contre le VIH aient une charge virale supprimée.

Ce document a pour but de soutenir les acteurs souhaitant optimiser les services de soins et de soutien des thérapies non-antirétrovirales afin de renforcer l'efficacité de la thérapie antirétrovirale en développant l'accès aux tests et conseils VIH, le lien avec les personnes

vivant avec le VIH et leur rétention dans le traitement du VIH, et l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

Le public de ce document se compose des personnes vivant avec le VIH, à risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH, les responsables de programmes VIH nationaux, les prestataires de services et les décideurs.

# Introduction

La riposte mondiale au sida a changé pour s'adapter à une épidémie de VIH en évolution. L'épidémie de VIH reste l'un des défis les plus importants pour la santé publique dans le monde. Des millions de vies sont sauvées grâce à des percées scientifiques majeures et l'accumulation de connaissances au cours des trois décennies de la réponse au sida. Les connaissances et outils pour mettre fin à l'épidémie d'ici 2030 (3,4) existent désormais et pourraient être renforcés par des outils supplémentaires dont un remède et un vaccin. Un engagement politique et le financement durable de la riposte au sida sont essentiels pour utiliser efficacement les outils existants.

Quand la thérapie antirétrovirale est devenue disponible, les personnes vivant avec le VIH devaient prendre de nombreux médicaments. La prestation de la thérapie antirétrovirale était spécialisée et centralisée, principalement dans les grands hôpitaux et zones urbaines. Le nombre de personnes mourant de maladies liées au sida était élevé, et l'est resté (5).

Depuis, la thérapie antirétrovirale s'est énormément améliorée, surtout pour les adultes. Les médicaments antirétroviraux plus récents sont plus puissants, plus durables, ont moins d'effets secondaires et sont disponibles en combinaisons à dose fixe plus faciles à prendre et à respecter que les médicaments plus anciens. Le coût des médicaments antirétroviraux et diagnostics liés a beaucoup diminué, facilitant un accès généralisé à la thérapie antirétrovirale (6,7).

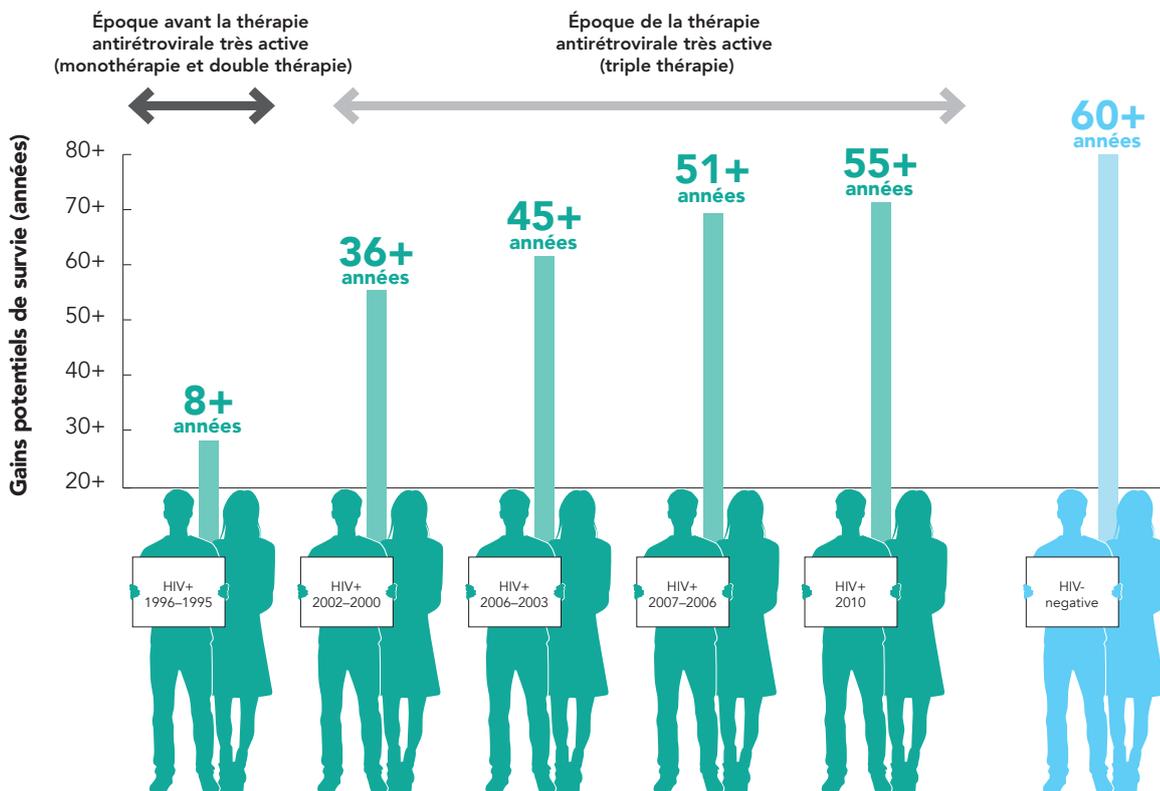
Le nombre de maladies et décès liés au sida a considérablement diminué. Les personnes vivent avec le VIH plus longtemps : leur espérance de vie se mesure aujourd'hui en décennies (5), et est proche de celle de la population générale. L'espérance de vie à 20 ans d'une personne vivant avec le VIH et venant de commencer une thérapie antirétrovirale est passée de 36 ans en

2000–2002 à 51 ans en 2006–2007. Une personne de 20 ans vivant avec le VIH dans un pays aux revenus élevés comme le Canada ou les États-Unis d’Amérique et suivant une thérapie antirétrovirale devrait désormais devenir septuagénaire, soit une espérance de vie proche de celle de la population générale (Illustration 1). Il reste cependant des différences entre les races, sexes, âges,

groupes de risque de transmission du VIH et taux de CD4 : l’espérance de vie est plus courte pour les personnes ayant des antécédents de consommation de drogues injectables, les personnes non blanches et les personnes qui commencent une thérapie antirétrovirale avec un taux de CD4 inférieur (8).

### Illustration 1

Survie attendue d’une personne de 20 ans vivant avec le VIH dans un pays à hauts revenus à différentes périodes



Source : UNAIDS Gap Report 2014.

L'espérance de vie quasi-normale des personnes vivant avec le VIH et suivant une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenus élevés a également été signalée dans les pays à revenus faibles et moyens. En Ouganda, une personne vivant avec le VIH et débutant une thérapie antirétrovirale à 20 ans devrait avoir 26 ans de vie devant elle (9). Dans les régions rurales d'Afrique du Sud, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH et entamant une thérapie antirétrovirale est passée à 60,5 ans en 2011 à partir de 49,2 ans en 2003, lorsque la thérapie antirétrovirale n'était pas disponible dans le système public de soins de santé (10). Au Rwanda, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH qui recevaient une thérapie antirétrovirale à 20 ans durant la période 1997–2007 était de 20,4 années supplémentaires. Ce chiffre est passé à 25,6 années supplémentaires pour la période 2008–2011. Dans l'ensemble des pays, l'espérance de vie varie selon le sexe, les femmes ayant bénéficié de gains plus importants, et la plus grande amélioration de l'espérance de vie ayant été enregistrée parmi les personnes ayant un taux de CD4 supérieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> (11).

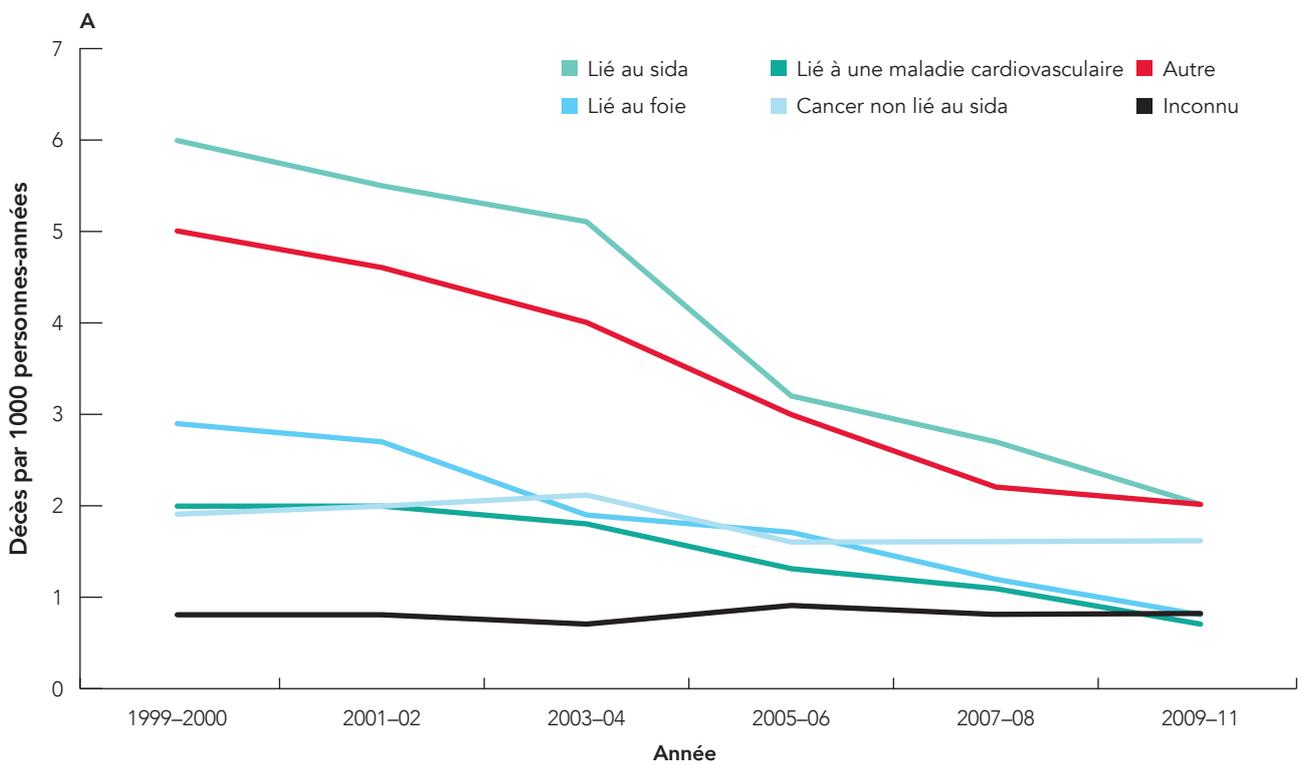
Des millions de personnes vivant avec le VIH n'ont pas accès au traitement et soins du VIH et les personnes recevant un traitement continuent à avoir besoin d'un soutien. Bien que l'accès à la thérapie antirétrovirale ait débouché sur une réduction spectaculaire des décès liés au sida et qu'elle possède des avantages clairs pour la santé, cette thérapie ne restaure pas totalement la santé. Les autres décès non liés au sida ont augmenté et on constate un plus large éventail de complications que dans le passé. Il est important de savoir que les personnes vivant avec le VIH doivent suivre une thérapie antirétrovirale pour le reste de leur vie. Il s'agit d'une lourde tâche pour laquelle elles ont besoin d'un soutien (5).

Les illustrations 2 et 3 présentent les causes les plus courantes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH en Europe, en Australie, aux États-Unis et en Ouganda. Une étude des tendances dans le temps de la mortalité toutes causes confondues et par cause spécifique de décès parmi les personnes vivant avec le VIH participant à des études de cohorte de personnes suivant des soins en Europe, aux États-Unis et en Australie a conclu que le nombre de décès parmi les personnes suivant un traitement contre le VIH a diminué entre 1999–2000 et 2009–2011 ; les causes les plus courantes de décès étaient liées au sida, suivies par les autres causes. Les bactéries invasives, les suicides et les overdoses étaient les causes de décès les plus courantes dans la catégorie « autres causes ». Les causes liées au sida et les « autres causes » de décès ont enregistré les plus grandes réductions. Les cancers non liés au sida ont augmenté par rapport aux maladies du foie et cardiovasculaires (12).

Dans l'une des très rares études menées dans un cadre de faibles revenus et incluant les causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH entre 2002 et 2012, le taux de décès parmi les personnes vivant avec le VIH a diminué sur le temps (Illustration 3). Le taux de décès estimé est passé de 21,86 décès/100 personnes-années de suivi en 2002 à 1,75 décès/100 personnes-années de suivi en 2012. La proportion de décès dus à des maladies transmissibles et des malignités déterminantes du sida est passée de 84 % [74–90 %] à 64 % [53–74 %] ; la proportion de décès dus à des maladies chroniques non-transmissibles, autres maladies non-transmissibles et une combinaison de maladies transmissibles et non-transmissibles a augmenté. Néanmoins, les maladies transmissibles et les malignités déterminantes du sida sont restées des causes majeures de la majorité des décès (13).

## Illustration 2

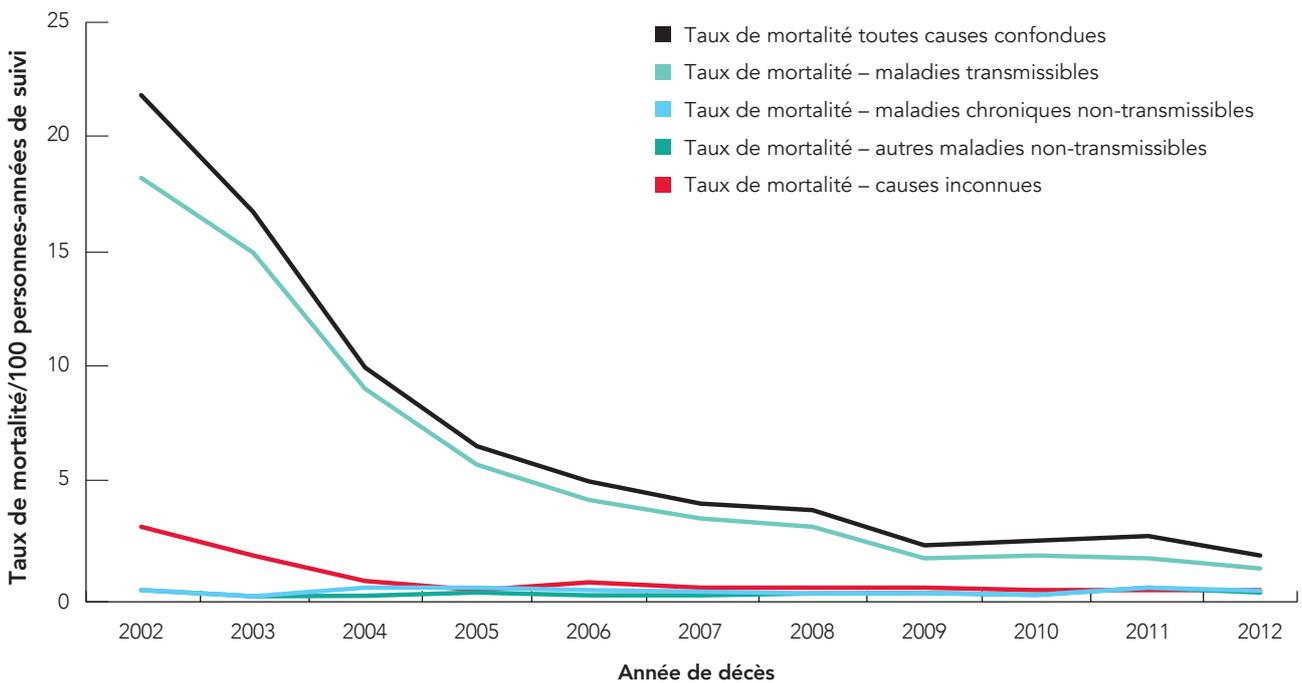
Tendances des causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH en Europe, en Australie et aux États-Unis d'Amérique, 1999–2012



Source : Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al Trends in underlying causes of death in people with HIV (D:A:D): a multicohort collaboration. Lancet. 2014;384:241-248.

### Illustration 3

Taux de mortalité des personnes vivant avec le VIH en Ouganda à l'époque de l'ART – 2004 - 2013<sup>a</sup>



Source : Cox JA, Kiggundu D, Elpert L, Meintjes G, Colebunders R, Alamo S. Temporal trends in death causes in adults attending an urban HIV clinic in Uganda: a retrospective chart review. *BMJ Open*. 2016;6:e008718.

<sup>a</sup> **Maladies transmissibles** : VIH, tuberculose, maladie diarrhéique, infection des voies respiratoires, ou symptômes respiratoires, méningite, malaria, sarcome de Kaposi, autres malignités du sida, infection non spécifiée, autres maladies transmissibles spécifiées

**Maladies chroniques non-transmissibles** - Malignité non déterminante du sida, maladie cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral, maladie respiratoire chronique, infection gastrique et maladie hépatique, trouble neurologique ou psychiatrique, diabète, maladie rénale chronique, abus chronique d'alcool

**Autres maladies non-transmissibles** - Problème de santé lié à la grossesse, accident, suicide, agression, embolie pulmonaire, autre problème de santé non spécifié

# Pourquoi les soins et le soutien sont-ils importants

Les soins et le soutien désignent les principaux services cliniques hors thérapie antirétrovirale, la prévention et le traitement des infections liées au VIH et les services non-cliniques qui, combinés à la thérapie antirétrovirale, contribuent à la réduction des taux de maladie et de décès liés au VIH parmi les personnes vivant avec le VIH, et augmentent leur bien-être (14). Les soins et le soutien sont importants pour les raisons suivantes :

- Faciliter un accès immédiat au traitement lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de VIH.
- Soutenir l'adhésion au traitement afin d'obtenir la suppression virale des personnes vivant avec le VIH pour leur propre santé et pour éviter de transmettre le VIH à d'autres personnes.
- Renforcer la prévention et la gestion des infections liées au VIH.
- Améliorer la réaction face aux défis de la vie avec le VIH.

Le Tableau 1 présente les différents services de soins et de soutien adaptés à partir du cadre de soins et de soutien du PEPFAR (14). Les services de soins et de soutien présentés dans la catégorie « universels » du Tableau 1 ont fait leurs preuves dans la contribution à la réduction des maladies et du nombre de décès et dans l'amélioration du bien-être des personnes vivant avec le VIH. Ces services sont nécessaires pour toutes les personnes vivant avec le VIH et incluent :

- La prise en charge des soins pour une mise en place rapide de la thérapie antirétrovirale pour les personnes ayant récemment reçu un diagnostic de VIH, suivie par une surveillance clinique et d'analyses régulière et, dans la mesure du possible, la mesure du taux de CD4 et de la charge virale.

- Le dépistage de la tuberculose active (TB), avec une orientation pour diagnostic et traitement selon le cas.
- Prophylaxie par le cotrimoxazole pour les personnes vivant avec le VIH et éligibles, selon les directives nationales.
- Services cliniques et non-cliniques factuels optimisant la rétention dans les soins et l'adhésion à la thérapie antirétrovirale.

Des conseils et tests efficaces avec prise en charge pour une thérapie antirétrovirale durable des personnes ayant récemment reçu un diagnostic de VIH, quel que soit leur taux de CD4 restent la passerelle vers les soins et le soutien. Pour les personnes ayant une pathologie VIH

grave ou avancée (étape clinique OMS 3 ou 4, et adultes ayant un taux de CD4 inférieur à 350 cellules/mm<sup>3</sup>), la priorité doit être de démarrer le traitement du VIH (15). Par la suite, l'accès et l'adhésion au traitement, les soins infirmiers et de fin de vie de base, l'accès aux aides sociales, au soutien psychosocial et de santé mentale, les activités de renforcement des moyens d'existence et la sécurité alimentaire restent les piliers critiques des soins et du soutien dans la riposte au VIH (16).

Tous les autres services non universels sont contextuels et applicables selon le contexte national et le groupe de population. Parmi eux, citons le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH, surtout dans les zones à forte prévalence en Afrique

## Tableau 1.

Services de soins et de soutien<sup>a</sup>

Universels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La prise en charge des soins pour une mise en place immédiate de la thérapie antirétrovirale pour les personnes ayant récemment reçu un diagnostic de VIH, avec une surveillance clinique et d'analyse, y compris la charge virale.</li> <li>▪ Dépistage de la tuberculose</li> <li>▪ Prophylaxie par le cotrimoxazole</li> <li>▪ Optimisation de la rétention dans les soins et de l'adhésion à la thérapie antirétrovirale</li> </ul>
Contextuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soins cliniques</li> <li>▪ Soins physiques</li> <li>▪ Soutien social</li> <li>▪ Gestion de la douleur et des symptômes et soins de fin de vie</li> <li>▪ Services de santé mentale et de toxicomanie (y compris l'abus d'alcool)</li> <li>▪ Évaluation nutritionnelle, conseils et soutien</li> <li>▪ Soutien juridique</li> </ul>

<sup>a</sup> Les services ne sont pas répertoriés dans un ordre particulier.

sub-saharienne, l'accès aux services de santé mentale et aux services pour toxicomanie, y compris l'abus d'alcool et de tabac, le dépistage et le traitement de l'hépatite, surtout parmi les populations clé vivant avec le VIH, et le soutien juridique.

Comme les zones géographiques présentant une incidence élevée de VIH ont aussi une prévalence importante de maladies non-transmissibles (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires), d'insécurité alimentaire et d'infections endémiques (malaria, tuberculose, diarrhée) (17), de nombreux services contextuels de soins et de soutien sont nécessaires dans de nombreuses situations.

# Le paysage en évolution exige une riposte dynamique

Une approche de soins et de soutien intégrée et complète est essentielle pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des personnes vivant avec le VIH et pour faire en sorte qu'elles vivent une vie longue, saine, épanouissante et indépendante. L'évolution du paysage du VIH (Illustration 4) signifie que les stratégies de soins doivent évoluer vers une approche plus holistique, coordonnée et intégrée pour les soins et le soutien (18). La thérapie antirétrovirale reste le pilier du traitement des infections à VIH, mais les soins et le soutien font partie intégrante de la thérapie antirétrovirale. Les soins et le soutien vont au-delà des médicaments et des systèmes de soins de santé officiels, et exigent d'adopter de nouvelles stratégies qui prennent en compte les besoins complets et différents des personnes vivant avec le VIH.

Avant l'apparition de la thérapie antirétrovirale, les maladies liées au VIH étaient très en évidence et on constatait un nombre grandissant de décès parmi les personnes vivant avec le VIH. Le VIH touchait principalement les jeunes adultes et les enfants dans les pays où la prévalence du VIH était élevée, ce qui créait une faible espérance de vie pour ces groupes. Les populations clé, y compris les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes et les personnes transgenre, ainsi que les usagers de drogues par injection étaient les groupes les plus touchés dans de nombreuses régions du monde. Aujourd'hui beaucoup plus de personnes suivent une thérapie antirétrovirale et on constate moins d'infections à VIH parmi les adultes et les enfants. Mais les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique orientale et méridionale ainsi que les populations clé continuent à avoir un fardeau du VIH disproportionnellement élevé (5).

Avant l'arrivée de la thérapie antirétrovirale, dans de nombreux pays et en particulier dans les pays à

## Illustration 4

Le paysage en évolution de l'épidémiologie, de la prévention et du traitement du VIH

	Passé	Présent	Avenir
Statut immunitaire parmi les personnes vivant avec le VIH	<p>Immunodéficience grave chez les patients non traités</p> <p>Immunodéficience partiellement restaurée chez les patients traités</p> <p>Maladies déterminantes du sida et tuberculose</p> <p>Toxicité de la thérapie antirétrovirale provenant de combinaisons thérapeutiques antirétrovirales précoces</p>	<p>Système immunitaire partiellement restauré par une thérapie antirétrovirale</p> <p>Inflammation persistante contribuant à une restauration incomplète de la santé</p> <p>Importance croissante des complications cardiovasculaires, hépatiques, rénales et cognitives du VIH</p>	<p>Fonction immunitaire restaurée grâce à un début plus précoce de la thérapie antirétrovirale, guérison fonctionnelle de certains patients</p> <p>Mortalité reflétant l'âge comme dans la population générale</p> <p>Pas de risque accru de tuberculose</p>
Soins et soutien Modèle	<p>Soins hospitaliers des patients symptomatiques</p> <p>Soins à domicile, soins palliatifs et soins en fin de vie</p>	<p>Basés en clinique et à l'hôpital</p> <p>Adoption d'une cascade de soins intégrés du VIH</p>	<p>Modèle de soins intégrés du VIH basé dans la communauté et en clinique avec des services spécialisés de guérison du VIH</p> <p>Technologie sur le lieu des soins largement utilisée et informant les soins des patients</p> <p>Soins décentralisés</p> <p>Surveillance de routine de la charge virale</p>
Épidémiologie VIH	<p>Augmentation exponentielle des nouvelles infections à VIH</p> <p>Infection touche principalement les jeunes adultes</p> <p>Fardeau disproportionné de nouvelles infections parmi les populations à haut risque</p> <p>Espérance de vie inférieure à deux ans après une maladie liée au sida</p> <p>Faible proportion de personnes ayant accès à la thérapie antirétrovirale</p>	<p>Moins de nouvelles infections d'adultes, mais plus de personnes vivant avec le VIH</p> <p>Maladie de plus en plus courante parmi les personnes d'âge mûr</p> <p>Moins d'enfants vivant avec le VIH</p> <p>Fardeau disproportionné de nouvelles infections à VIH parmi les populations à haut risque et dans les couples sérodiscordants</p> <p>Plus grande proportion de personnes suivant une thérapie antirétrovirale</p> <p>Espérance de vie de plusieurs décennies des personnes traitées</p>	<p>Moins de nouvelles infections à VIH</p> <p>Élimination des infections à VIH chez les enfants</p> <p>La maladie couvre tout le spectre d'âge, avec un fardeau grandissant de la maladie parmi les populations géatriques</p> <p>Risque réduit de tuberculose</p>

Source : Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet. 2013;382:1525-1533.

revenus faibles et moyens, les systèmes de santé ne parvenaient pas à gérer le grand nombre de personnes malades. La majorité des personnes vivant avec le VIH se tournaient donc vers leur famille, leur communauté et les organisations confessionnelles pour accéder aux soins et au soutien du VIH. Les groupes qui offraient un éventail de services ou recommandations de soutien psychosocial,

de soins cliniques de base, d'évaluation nutritionnelle et de conseil, ou encore de soutien juridique et économique, étaient cruciaux pour la riposte au VIH. De nouvelles preuves montrent que ces structures restent pertinentes pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et adultes vivant avec le VIH, à risque ou touchés par le VIH (19).

# Besoins en soins et soutien des personnes vivant avec le VIH

## **Participation accélérée au traitement antirétroviral**

Le début immédiat de la thérapie et des soins antirétroviraux est crucial pour la santé et la vie. La recommandation de l'OMS d'offrir une thérapie antirétrovirale à toutes les personnes séropositives, quel que soit leur taux de CD4, fera peu de différence si les personnes séropositives ne débudent pas immédiatement une thérapie antirétrovirale. Les personnes vivant avec le VIH et se présentant aux services de soins du VIH avec une maladie déterminante du sida, même si elles ont un taux de CD4 élevé, ont tendance à obtenir des résultats moins bons que les personnes vivant avec le VIH et ne souffrant pas de maladie déterminante du sida. De même, les personnes dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> au moment de l'inscription aux soins du VIH ont tendance à progresser plus rapidement au sida ou meurent plus tôt que les personnes présentant un profil immunologique plus robuste (15).

Une prise en charge rapide, une inscription immédiate et une rétention dans les soins cliniques, accompagnés par des soins et un soutien, sont cruciaux pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Même lorsque les personnes viennent demander des conseils et passer des tests, elles ne sont pas toujours prises en charge et inscrites à des soins et traitements VIH rapidement. La prise en charge par les soins peut être définie comme la confirmation d'un diagnostic séropositif et la première visite à une clinique VIH (20). Des études menées dans le sud de l'Afrique montrent que l'écart entre le diagnostic et la prise en charge peut être d'une longueur alarmante : ces études ont signalé qu'entre 8,5 % et 69 % des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH ont été prises en charge par les soins dans les 90–180 jours suivant le diagnostic (21–24).

Les intervalles de temps entre le diagnostic et la prise en charge par les soins d'une part et entre le diagnostic et le début de la thérapie antirétrovirale d'autre part sont particulièrement cruciaux pour les bébés et les personnes ayant de faibles taux de CD4, car un retard dans le commencement du traitement est associé à un risque élevé d'infections liées au VIH et de décès. Un exercice de modélisation utilisant des données du sud de l'Afrique a estimé qu'un retard de 70 jours dans le début de la thérapie antirétrovirale entraîne une augmentation de 34 % du taux de décès dans les 12 mois suivants.

Le retard de la thérapie antirétrovirale dissuade les personnes vivant avec le VIH de commencer une thérapie antirétrovirale et met en danger la santé des personnes qui commencent une thérapie antirétrovirale (25).

Les raisons de la non-prise en charge des personnes par les soins ou de l'abandon des soins sont nombreuses. Le Tableau 2 montre les indicateurs fréquents de l'abandon des soins et les obstacles à l'accès aux soins à partir d'une revue systématique des facteurs de risque, barrières et facilitateurs de la prise en charge par les soins de thérapie antirétrovirale.

## Tableau 2.

Indicateurs d'abandon des soins et obstacles aux soins

Facteur		Indicateur d'abandon	Obstacle aux soins
Économique	▪ Transport	OUI	OUI
	▪ Distance du prestataire	OUI	OUI
	▪ Incapacité à s'absenter du travail pour se rendre à la clinique		OUI
	▪ Pénurie alimentaire		OUI
Psychosocial	▪ Stigmatisation et crainte de la divulgation		OUI
	▪ Crainte de la toxicité du médicament		OUI
	▪ Bonne santé perçue		OUI
Systèmes de santé	▪ Longue attente à la clinique		OUI
	▪ Services des professionnels de la santé de mauvaise qualité		OUI
	▪ Manque de professionnels de la santé	OUI	OUI
	▪ Horaires peu pratiques de la clinique		OUI
Médical	▪ Immunodéficience avancée	OUI	
	▪ Suit une thérapie de la tuberculose ou coinfection par la tuberculose	OUI	OUI
	▪ Grossesse	OUI	
	▪ Malnutrition sévère	OUI	
Autre	▪ Sexe masculin	OUI	
	▪ Plus jeune âge	OUI	
	▪ Faible niveau d'éducation	OUI	

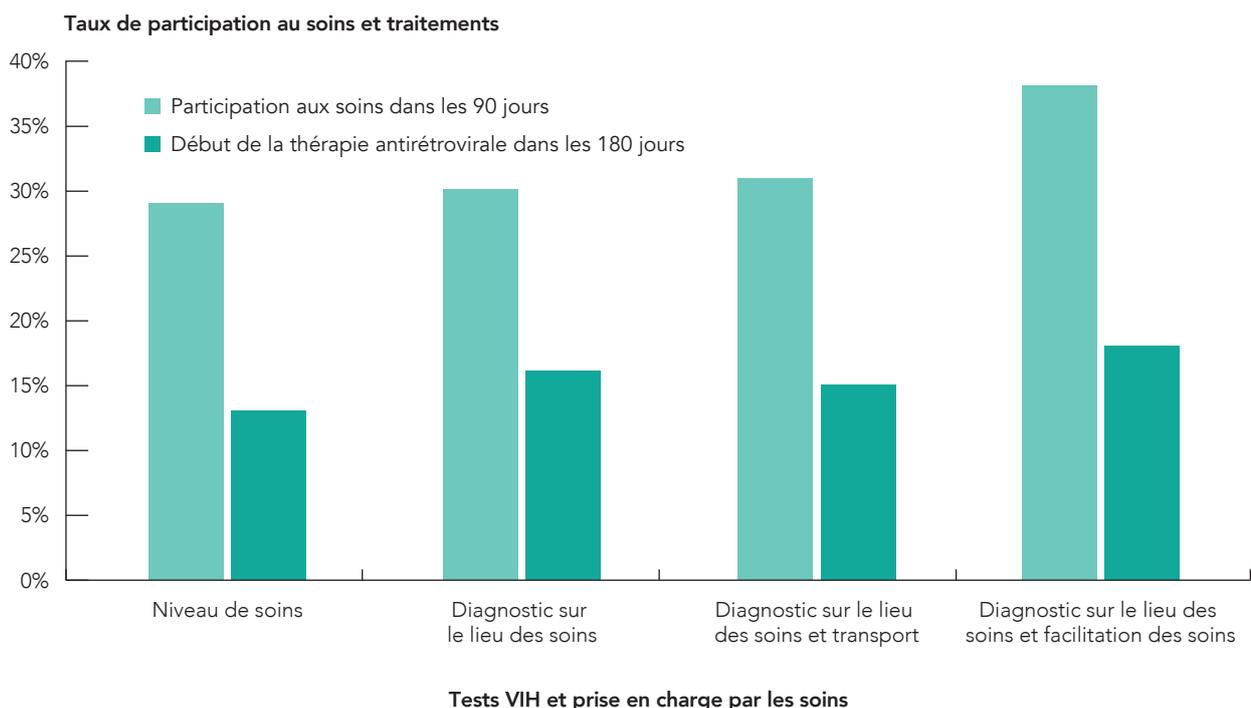
Source : Govindasamy D, Ford N, Kranzer K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. AIDS. 2012;26:2059-2067.

Il est essentiel de répondre aux multiples besoins des personnes vivant avec le VIH afin de les prendre en charge et de les conserver dans les soins. La combinaison de stratégies de tests du VIH innovantes, y compris les tests à domicile et communautaires, les autotests et le diagnostic sur le lieu des soins (y compris pour les bébés), et de soins et soutien, peut augmenter les taux de dépistage du VIH et la prise en charge pour le traitement du VIH. En Afrique du Sud, la prise en charge

pour le traitement du VIH a augmenté de 40 % quand les personnes vivant avec le VIH se sont vu offrir un diagnostic sur le lieu des soins et des soins facilités pour surmonter les obstacles personnels, y compris la peur de la stigmatisation suite à un diagnostic séropositif, la peur de la divulgation et un manque de confiance pour accéder au traitement du VIH par rapport aux conseils et tests VIH standard (Illustration 5) (26).

### Illustration 5

Taux de participation aux soins dans les 90 jours et début de la thérapie antirétrovirale sous les 180 jours



Source : Hoffmann C, Mabuto T, Ginindza S, Fielding KL, Kubeka G, Dowdy D, et al. A randomized trial to accelerate HIV care and ART initiation following HIV diagnosis. Abstract 113LB. Présenté à la Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, 22–25 février 2016.

Dans une autre étude en Afrique du Sud, l'offre d'une mise en place en une seule visite de la thérapie antirétrovirale aux personnes vivant avec le VIH a augmenté l'adoption de la thérapie antirétrovirale de 36 % et la suppression virale de 26 %. La mise en place accélérée de la thérapie antirétrovirale combinait des procédures comprimées et accélérées en clinique à une technologie de tests en laboratoire sur le lieu des soins, dont un examen physique, une éducation et des conseils, permettant aux personnes vivant avec le VIH de commencer la thérapie antirétrovirale le jour même. Entre la fourniture du consentement éclairé et la dispensation du premier lot de médicaments antirétroviraux, le début accéléré a pris en moyenne 2,4 heures [2,1–2,8 heures]. Cet intervalle était plus court pour les personnes vivant avec le VIH dont le taux en CD4 était déjà connu (moyenne de 2,25 heures), et plus long pour les personnes qui avaient besoin d'un test pour la tuberculose et qui commençaient la thérapie antirétrovirale le jour même (moyenne 4,5 heures).

Le début du traitement standard suivait un programme exigeant trois à cinq visites supplémentaires au cours d'une période de 2 à 4 semaines. L'approche de début rapide a fait passer de 25 % à 97 % la proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont débuté une thérapie antirétrovirale dans les 90 jours. De plus, 100 % des personnes vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement de la tuberculose n'ont pas souffert de retard dans ce traitement. Plus de personnes vivant avec le VIH ont abandonné les soins après avoir débuté une de thérapie antirétrovirale dans le groupe de début de traitement standard, ce qui souligne la nécessité absolue d'un conseil en adhésion. Globalement, le groupe de début accéléré a enregistré de meilleurs résultats de santé (25).

Des conseils post-test plus poussés, des groupes de soutien des personnes vivant avec le VIH et des

programmes de responsabilisation sont essentiels pour connecter et retenir les personnes vivant avec le VIH. La mise en relation des personnes vivant avec le VIH avec des services fournissant des bons de transport ou des remboursements et des systèmes de transport gratuits au point d'utilisation pour les rendez-vous en clinique sont des aspects importants pour réduire les frais à la charge des personnes vivant avec le VIH et pour qu'elles n'abandonnent pas les soins. L'utilisation d'unités mobiles fournissant des services de thérapie antirétrovirale tels que les services de laboratoire sur le lieu des soins et la thérapie antirétrovirale fournie à domicile améliore la prise en charge par les soins. Des incitations financières, des voies de développement professionnel, une gestion renforcée, une reconnaissance personnelle et des conditions de travail améliorées sont cruciales pour conserver et soutenir les professionnels de la santé dans le secteur public et pour éviter que les personnes vivant avec le VIH abandonnent les soins (29).

Le manque de personnel peut rendre les services inaccessibles ou de mauvaise qualité. Des services de mauvaise qualité ou l'attitude négative de certains travailleurs de la santé, surtout envers les adolescents et les populations clé, peuvent décourager un accès régulier aux services VIH (27). Il est essentiel de traiter les attitudes négatives telles que les préjugés, le manque de connaissances et la peur de l'infection à VIH des travailleurs de la santé, y compris les médecins, infirmières et autres, en fournissant des connaissances, des informations et des outils et fournitures adaptés pour faire leur travail, en vue d'augmenter l'accès aux soins VIH et la rétention des patients (20).

### **La stratégie START-ART a augmenté le début de la thérapie antirétrovirale en Ouganda**

En Ouganda, 80 % des personnes vivant avec le VIH et participant au programme Streamlined Antiretroviral

Therapy Start Strategy (START-ART) ont débuté une thérapie antirétrovirale dans les 14 jours suivant le diagnostic, contre 38 % des personnes recevant un traitement dans le cadre d'un programme VIH standard. À 90 jours après le diagnostic, 90 % des personnes participant à la stratégie START-ART avaient commencé une thérapie antirétrovirale contre 70 % des personnes du programme de soins standard. L'approche START-ART avait pour but de changer les comportements dominants des travailleurs de la santé, se focalisant sur les connaissances, attitudes et croyances qui influencent les comportements, sur les facteurs habilitants se composant des compétences et matériels facilitant le comportement souhaité et renforçant les conséquences prévues après un comportement.

Parmi les obstacles au commencement d'une thérapie antirétrovirale, citons la croyance généralisée comme quoi le retard dans le début d'une thérapie antirétrovirale n'est pas nocif, le traitement en 24 heures des résultats des laboratoires exigeant de nombreuses visites à la clinique avant de commencer la thérapie antirétrovirale, et des pratiques standard exigeant jusqu'à trois visites de conseil ainsi que la nécessité d'avoir des agents d'appui au traitement avant de commencer la thérapie antirétrovirale.

L'approche START-ART comportait une formation sur les conséquences cliniques et comportementales des retards dans l'offre d'une thérapie antirétrovirale, des visites d'accompagnement sur les considérations cliniques, l'introduction d'une approche de conseil différente qui relâche les exigences strictes en matière d'agents d'appui au traitement et qui souligne que les personnes vivant avec le VIH doivent être évaluées pour déterminer leur degré de préparation à la thérapie antirétrovirale plutôt que d'employer des sessions de conseil standardisées à propos de l'adhésion au traitement, et l'utilisation de machines sur le lieu des soins permettant aux

professionnels de la santé de fournir des résultats en temps réel. La décision d'offrir une thérapie antirétrovirale était laissée aux médecins et infirmières travaillant dans les conditions du programme, montrant que cette approche était positionnée pour être acceptable et adoptable dans les soins de routine (28).

### **Soins cliniques pour les autres maladies**

La tuberculose est l'infection liée au VIH la plus fréquente parmi les personnes vivant avec le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement du VIH (30). La tuberculose reste la cause principale d'hospitalisation et de décès à l'hôpital parmi les adultes et les enfants vivant avec le VIH. Parmi tous les enfants qui vivent avec le VIH et qui sont hospitalisés, 8 % des cas sont attribués à la tuberculose. Parmi les adultes vivant avec le VIH, le taux d'hospitalisation dû à la tuberculose est de 10 % toutes régions confondues, à l'exception de l'Europe. Le taux de décès à l'hôpital dus à la tuberculose est de 25 % parmi les adultes vivant avec le VIH et 30 % parmi les enfants vivant avec le VIH (31). Pratiquement la moitié (45,8 %) des infections tuberculeuses chez les personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées au moment du décès (32). Parmi les personnes vivant avec le VIH et présentant une tuberculose multirésistante ou à pharmacorésistance extrême, le taux de décès atteint 72–98 % (33).

L'OMS recommande une mise en œuvre accélérée de sa stratégie « trois I » pour la prévention et le contrôle de la tuberculose —intensification du dépistage de la tuberculose, thérapie préventive par isoniazide et contrôle de l'infection—lors de tous les contacts en clinique pour les personnes vivant avec le VIH (15). Cette stratégie inclut la thérapie antirétrovirale et la thérapie préventive par isoniazide pour les personnes vivant avec le VIH. L'OMS recommande que les personnes vivant avec le VIH dans les régions où les infections tuberculeuses sont fréquentes, et que toutes les personnes présentant

une infection tuberculeuse latente ou étant exposées à la tuberculose, quel que soit l'endroit où elles vivent, suivent une thérapie préventive par isoniazide et commencent une thérapie antirétrovirale dès le diagnostic de séropositivité.

Le cytomégalovirus, la cryptococcose, le sarcome de Kaposi, le lymphome non hodgkinien, le papillomavirus humain, d'autres malignités liées au VIH et cancers non liés au sida<sup>1</sup> sont également des causes de décès importantes parmi les personnes vivant avec le VIH (12,34). Une étude aux États-Unis a identifié une augmentation dans la proportion de diagnostics de sarcome de Kaposi et de lymphome non hodgkinien après le début de la thérapie antirétrovirale. Le diagnostic de sarcome de Kaposi a augmenté de 55 % pour la période 1996–2001 à 76 % en 2007–2011. Cette augmentation était motivée par le fait que plus de personnes recevaient une thérapie antirétrovirale et avaient des taux de CD4 plus élevés et des charges virales supprimées plutôt que par des augmentations de risque de cancer parmi les sous-groupes. La proportion de personnes recevant une thérapie antirétrovirale et recevant un diagnostic de lymphome non hodgkinien est restée élevée et stable à 83 % (35).

Il est essentiel que les personnes vivant avec le VIH et les prestataires de soins soient conscientes que les personnes vivant avec le VIH et suivant une thérapie antirétrovirale efficace, présentant un taux de CD4 élevé et obtenant une suppression virale peuvent malgré tout développer un sarcome de Kaposi, un lymphome non hodgkinien et d'autres cancers, et qu'elles prennent des mesures pour traiter les risques.

Pour les femmes vivant avec le VIH, le risque de précancer et de cancer invasif du col de l'utérus est élevé, surtout si leur immunité est compromise. Les femmes vivant avec le VIH restent à risque quand elles suivent une thérapie antirétrovirale et vivent plus longtemps, et ont besoin d'un dépistage et d'un traitement opportuns des lésions précancéreuses. Bien que le dépistage et le traitement rapide devraient réduire les lésions précancéreuses et les taux de cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH, des données supplémentaires sont nécessaires pour confirmer cet avantage (36,37).

Les personnes vivant avec le VIH, qu'elles suivent un traitement du VIH ou non, ont un risque accru de développer un ensemble de maladies non-transmissibles, y compris des maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques (15). Bien que les maladies cardiovasculaires n'aient pas de lien avec le VIH, notamment les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques, elles continuent de figurer parmi les causes principales de décès chez les personnes vivant avec le VIH. L'OMS recommande des changements de mode de vie pour traiter les risques cardiovasculaires (38) en examinant des facteurs tels que la pression artérielle, la tabagie, l'obésité, une alimentation malsaine et un manque d'activité physique à appliquer à toutes les personnes vivant avec le VIH.

Les personnes vivant avec le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement du VIH, ont un risque accru de contracter la malaria et des infections telles que la pneumonie, la grippe, la méningite et la septicémie, surtout si elles vivent dans des conditions sanitaires et économiques insatisfaisantes. Les personnes qui vivent avec le VIH, y compris les enfants, présentent des risques de malaria

<sup>1</sup> Les cancers non liés au sida incluent les cancers du poumon, le cancer de la prostate, le cancer anal, les cancers de la tête et du cou, le lymphome hodgkinien, les cancers primaires du foie (hors les cancers liés à l'hépatite), les cancers gastro-intestinaux, les cancers du sein, les cancers de l'utérus, les cancers des testicules, les cancers du pénis, les cancers de la vessie, les cancers du rein, les tumeurs osseuses primitives (sauf les lymphomes non-hodgkiniens), les tumeurs primitives inconnues et les leucémies aiguës ou chroniques (12).

clinique plus élevés, et les taux de décès sont plus élevés parmi les personnes ayant une suppression immunitaire avancée. Les femmes enceintes vivant avec le VIH et souffrant de malaria courent un risque accru de contamination par le paludisme et d'effets indésirables à la naissance ainsi que d'autres complications (39). L'OMS recommande que les personnes qui vivent avec le VIH prennent de la cotrimoxazole pour réduire les maladies et le nombre de décès associés à plusieurs infections courantes (1).

Dans les cadres où le paludisme ou les infections bactériennes sévères sont répandus, la prophylaxie par le cotrimoxazole est recommandée pour les personnes vivant avec le VIH, y compris les femmes enceintes ayant une infection à VIH légère ou grave, quel que soit leur taux de CD4. La prophylaxie par le cotrimoxazole peut être efficace en prévention de plusieurs infections liées au VIH y compris la tuberculose, la pneumonie bactérienne et la pneumonie à *pneumocystis carinii*. Les avantages supplémentaires du cotrimoxazole sont liés à la prévention de la malaria et des infections bactériennes graves chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH (1). Il est recommandé que les catégories suivantes de personnes dans les cadres à ressources limitées prennent une prophylaxie par le cotrimoxazole :

- Bébés et enfants ayant été exposés au VIH.
- Personnes vivant avec le VIH, y compris les adolescents présentant des symptômes légers, avancés ou graves d'infection à VIH.
- Les personnes vivant avec le VIH et ayant des antécédents de pneumonie à *pneumocystis carinii*.

### Soins et soutien physiques

Les soins physiques sont principalement délivrés par des soignants communautaires et des bénévoles, qui sont

souvent des femmes vivant avec le VIH (40). Un éventail de soins physiques sont prodigués à domicile, dans la communauté et dans les installations de santé. Les soins physiques couvrent :

- Aide pour la toilette et l'hygiène de base.
- Aide à la mobilité.
- Traitement des plaies et coupures.
- Collecte des médicaments antirétroviraux et administration de médicaments de base.
- Renvoi à des soins cliniques avancés et autres services de soins et de soutien (16).

De mauvaises conditions économiques et sanitaires peuvent prédisposer les personnes vivant avec le VIH à des maladies bactériennes et transmises par l'eau. Même si les personnes vivant avec le VIH suivent une thérapie antirétrovirale, elles souffrent de diarrhées plus graves, d'hospitalisations et de décès dus à la diarrhée provenant de pathogènes transmis par l'eau que les personnes qui ne vivent pas avec le VIH. Le traitement de l'eau potable et son entreposage sûr, les installations sanitaires et l'hygiène personnelle se sont avérés efficaces pour réduire le risque de maladies diarrhéiques parmi les personnes vivant avec le VIH. Les maladies diarrhéiques parmi les personnes vivant avec le VIH peuvent réduire l'absorption des médicaments antirétroviraux, compromettant ainsi l'efficacité de la thérapie antirétrovirale.

Un essai randomisé contrôlé en Ouganda a montré qu'un programme de traitement et d'entreposage sûr de l'eau potable a débouché sur une réduction de 25 % des épisodes de diarrhée. Et lorsque ce service était utilisé en conjonction avec le cotrimoxazole, on a constaté une réduction de 67 % de la diarrhée parmi les personnes vivant avec le VIH. On a également constaté

une réduction de 44 % de la charge virale des personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié du service par rapport aux personnes vivant avec le VIH n'ayant pas bénéficié du service, ce qui souligne l'importance du renforcement des services d'assainissement de l'eau et d'hygiène dans les soins des personnes vivant avec le VIH (41).

Parmi les autres besoins critiques en soins physiques, citons des points de distribution accessibles de la thérapie antirétrovirale, des informations adaptées à propos des régimes rétroviraux et des effets secondaires associés, une fourniture ininterrompue de médicaments antirétroviraux (16), et des informations sur les programmes de santé positive pour la prévention et la dignité, y compris l'utilisation des préservatifs.

Comme les nombreux services de soins et de soutien ne peuvent pas facilement être fournis par un seul prestataire et dans un seul lieu, les soins physiques couvrent aussi les renvois à une gamme diversifiée de services sur place et ailleurs. Le soutien sous forme de bons de transport, l'accès aux assurances la prise en charge par les services de santé mentale et l'assistance alimentaire et au logement font également partie des orientations actives (29).

Les orientations actives sont réalisables et préférées par les personnes vivant avec le VIH, les professionnels de la santé et autres prestataires par rapport aux orientations non actives. Les orientations actives incluent les activités dans lesquelles les personnes vivant avec le VIH, notamment les jeunes, les femmes et les sans-abri, bénéficient d'un chargé de dossier dédié, d'une assistance pour la programmation des rendez-vous, de rappels de suivi et d'une aide pour naviguer les soins et s'y faire inscrire.

Les orientations non-actives, quant à elles, couvrent la fourniture de documentation sur le VIH à la personne ou le numéro de téléphone d'un centre de VIH, ou le fait de

dire à la personne qu'elle devrait prendre un rendez-vous, sans l'assistance directe d'un conseiller, administrateur de tests ou chargé de dossier pour accéder aux soins.

Pour que les soins physiques soient efficaces, il faut assurer une action soutenue en direction des soins et du soutien intégrés fournis par un éventail diversifiés de prestataires de soins de santé et soignants communautaires professionnels, motivés et rémunérés de manière appropriée, y compris les travailleurs domestiques qui fournissent des soins physiques. Ces cadres doivent être formés aux soins et traitements complets du VIH, et doivent être bien gérés et motivés par le biais d'une accréditation à la structure formelle des soins de santé, et se voir offrir des incitations et voies de carrière appropriées.

### **Soutien social**

La rétention dans les soins cliniques et l'adhésion à la thérapie antirétrovirale peuvent présenter des défis sociaux, économiques et psychologiques majeurs. De nouvelles preuves montrent que le soutien social peut améliorer l'adhésion à la thérapie antirétrovirale et aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, tout en améliorant la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Voici les principales prestations de soutien social :

- Activités de renforcement social.
- Fourniture d'aliments.
- Surveillance parentale des populations pédiatriques et adolescentes.
- Soutien affectif.
- Soutien psychosocial ou réseaux de soutien.

Les groupes de soutien des personnes vivant avec le VIH sont souvent un forum important par lequel un soutien social est fourni aux personnes vivant avec le VIH. Ces groupes sont formés dans le but de partager des expériences, encourager la divulgation, réduire la stigmatisation et la discrimination, améliorer l'estime de soi, renforcer la capacité d'adaptation et le fonctionnement psychosocial, et soutenir l'adhésion au traitement et une meilleure rétention dans les soins du VIH. Les groupes de soutien peuvent aussi être des points de distribution alimentaire, des plateformes d'activités génératrices de revenus, des points d'orientation vers différents services et des cadres de plaidoyer pour les questions liées au bien-être des personnes vivant avec le VIH telles que le stockage de médicaments et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

Les groupes de soutien sont également considérés comme une intervention dans la gestion des problèmes de santé mentale, y compris l'abus d'alcool et autres substances. Les groupes de soutien sont généralement créés et soutenus par des organisations non-gouvernementales, de la société civile ou communautaires et peuvent se rassembler dans une installation de santé ou dans la communauté.

L'impact positif du soutien social, y compris des groupes de soutien, a été prouvé sur les mères vivant avec le VIH et leurs enfants pendant qu'ils recevaient des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et pendant la petite enfance. La participation à des groupes de soutien des femmes montre des réductions dans le nombre de décès périnataux et maternels (42). Le soutien psychosocial peut augmenter l'adhésion (mesurée par la suppression virale) et la rétention dans la thérapie antirétrovirale (43,44). Le mentorat mère-à-mère augmente les scores z taille-pour-poids des bébés vivant avec le VIH, l'adhésion à la thérapie antirétrovirale des bébés et l'allaitement exclusif (45,46). De nouvelles

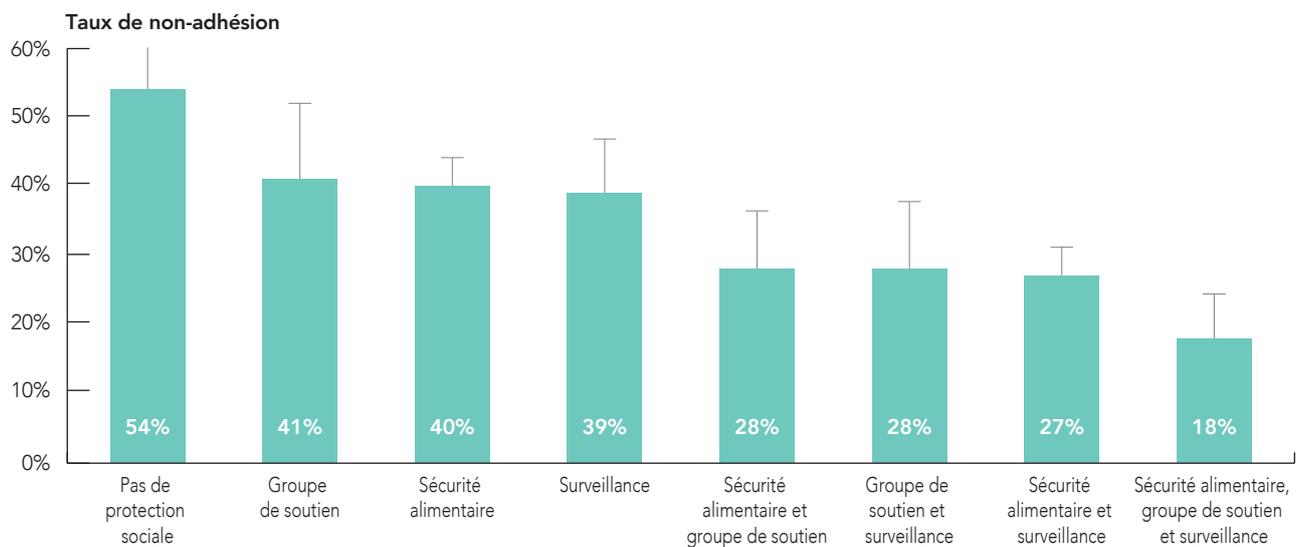
preuves portant sur les adolescents vivant avec le VIH montrent que la participation à un groupe de soutien du VIH et à la supervision parentale réduit la non-adhésion (de 54 % à 27 %), la charge virale et les infections opportunistes parmi les adolescents vivant avec le VIH. Cette étude montre aussi qu'une combinaison de soins et de fourniture d'au moins deux repas par jour (« argent plus soins ») a encore réduit la non-adhésion à 18 % (47).

L'illustration 6 montre une réduction dans les taux de non-adhésion à la thérapie antirétrovirale grâce à une combinaison de services de soins et de soutien. Plus de la moitié (54 %) des adolescents vivant avec le VIH en Afrique du Sud n'ayant pas reçu de services de protection sociale, soins et soutien n'ont pas adhéré au traitement du VIH. La participation à un groupe de soutien de personnes vivant avec le VIH, la prise d'au moins deux repas par jour et la surveillance parentale des adolescents ont réduit indépendamment la proportion d'adolescents vivant avec le VIH n'ayant pas adhéré au traitement du VIH. Quand les adolescents vivant avec le VIH ont reçu une combinaison de services de soins et de soutien comportant deux repas par jour, ont participé à un groupe de soutien et ont été supervisés par leurs parents, la proportion d'adolescents n'ayant pas adhéré au traitement du VIH est passée à 18 %, soulignant l'importance du soutien social pour augmenter l'adhésion au traitement du VIH. Le soutien social, dans ce cas, incluait la prise d'au moins deux repas par jour, la participation à un groupe de soutien et la surveillance par les parents.

Comme toutes les personnes vivant avec le VIH n'ont pas nécessairement besoin ou envie de participer à des groupes de soutien, et que les installations communautaires et de santé peuvent ne pas pouvoir accueillir toutes les personnes vivant avec le VIH souhaitant bénéficier des groupes de soutien, les avantages des groupes de soutien peuvent être

### Illustration 6

Taux de non-adhésion des adolescents à la thérapie antirétrovirale pour la semaine précédente, par sécurité alimentaire, groupe de soutien du VIH et surveillance parentale (contrôle des effets marginaux des cofacteurs sociodémographiques)



#### Types de combinaisons de soins et de soutien

Source : Cluver L, Toska E, Orkin FM, Meinck F, Yakubovich A, Sherr L. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care*. 28(suppl. 2):73–82.

maximisés s'ils sont constitués autour de populations spécifiques comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les femmes enceintes, les adolescents ou les couples ayant des relations sérodiscordantes. Les groupes de soutien ont besoin d'un espace de réunion physique éloigné des installations de santé très fréquentées. Ils peuvent aussi avoir besoin de crédits téléphoniques, de soutien pour le transport et de rafraîchissements pendant les réunions (48). Le renforcement des capacités des membres en matière d'aptitudes de facilitation, y compris la gestion efficace

des groupes de soutien, est particulièrement important pour améliorer l'efficacité de ces groupes.

#### Gestion de la douleur

La douleur reste un symptôme clé de l'infection à VIH pour les personnes vivant avec le VIH, qui n'est pas souvent géré de manière adéquate, que les personnes suivent un traitement ou non (30). La douleur peut être provoquée par la suppression immunitaire associée à l'infection à VIH ou aux infections opportunistes liées

au VIH, ou peut ne pas avoir d'origine claire. Elle peut toucher n'importe quelle partie du corps. D'autres facteurs identifiés comme étant associés à un risque accru de douleur chez les personnes vivant avec le VIH sont la dépression, l'anxiété, le manque de soutien social et un niveau d'éducation moins élevé. Des antécédents de consommation de drogues injectables, le sexe féminin et les origines afro-américaines sont associés à un risque de douleur accru parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays développés (49).

Durant toutes les phases de l'infection à VIH, les personnes vivant avec le VIH peuvent ressentir des douleurs et de l'inconfort (1). Elles peuvent souffrir de deux ou trois types de douleurs à la fois. Les types et niveaux de douleur varient selon la personne et la phase d'infection à VIH. Une étude parmi les personnes participant à un centre de consultations externes pour le VIH au Royaume-Uni et en Irlande du Nord a conclu qu'aux phases précoces de l'infection environ 30 % des personnes vivant avec le VIH ayant un taux de CD4 supérieur à 500 cellules/mm<sup>3</sup> souffrent de douleurs alors que jusqu'à 75 % des personnes ayant un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> ou ayant reçu un diagnostic de sida souffrent de douleurs. Pratiquement toutes les personnes aux phases très avancées d'une infection à VIH souffrent de douleurs (30,50). La douleur peut avoir un effet négatif sur la capacité fonctionnelle et la qualité de vie et gêner l'accès et l'adhésion au traitement du VIH.

Il est essentiel que les professionnels de la santé et les personnes vivant avec le VIH suivent une formation de soulagement et de gestion de la douleur, et que les médicaments pertinents pour la gestion de la douleur soient disponibles. Des services psychosociaux appropriés doivent être mis à disposition, sous une forme acceptable et accessible aux personnes qui en ont besoin.

### **La dépression parmi les personnes vivant avec le VIH**

La dépression chronique est très répandue chez les personnes vivant avec le VIH. Selon la méthode d'étude utilisée et la population étudiée, la dépression chez les personnes vivant avec le VIH touche de 18 % à 81 % d'entre elles. Les femmes vivant avec le VIH ont quatre fois plus de chances de présenter des symptômes dépressifs que les femmes du même âge qui n'ont pas le VIH (19,4 % contre 4,8 %). La dépression peut survenir comme complication de l'infection à VIH ou comme résultat de l'infection à VIH, par exemple stigmatisation, discrimination ou isolement social, et peut rester non détectée et non traitée parmi les personnes vivant avec le VIH (51). Des groupes spécifiques de personnes vivant avec le VIH sont confrontés à des facteurs de risque supplémentaires pour la dépression, notamment :

- Les femmes vivant avec le VIH, notamment pendant les périodes prénatale et postnatale, durant lesquelles la culpabilité maternelle, la peur d'infecter le bébé, la stigmatisation, l'insuffisance de réseaux sociaux, la pauvreté et les relations interpersonnelles sont des facteurs de risque supplémentaires pour la dépression.
- Les adolescents vivant avec le VIH qui présentent un risque quatre fois plus élevé de souffrir de dépression par rapport à leurs pairs non vivant avec le VIH ayant de forts taux de dépression et sont étroitement associés à l'échec du traitement (52,53).
- Les populations clé, y compris les toxicomanes pour lesquels les risques de développement de dépression sont prononcés (36).

Les personnes vivant avec le VIH peuvent également connaître des taux disproportionnellement élevés de problèmes de santé mentale, abus dangereux d'alcool,

anxiété, crises de panique, toxicomanie et usage de drogues par rapport à la population générale. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait de vivre avec le VIH et de suivre un traitement pour le VIH et les conditions socio-économiques qui résultent d'une infection VIH perçue ou réelle, telles que les infections liées au VIH, les réactions affectives négatives à un diagnostic de VIH à cause de la stigmatisation associée au VIH, et l'abus nocif d'alcool et d'autres drogues (54).

La dépression peut avoir un impact négatif sur la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et augmenter le taux de décès en perturbant l'accès et l'adhésion au traitement du VIH (54). La gravité de la dépression est associée à un déclin plus rapide du taux de cellules CD4 et à un taux accru de décès. Par rapport aux personnes vivant avec le VIH non dépressives, les personnes vivant avec le VIH dépressives prennent deux fois plus longtemps pour atteindre la suppression virale et atteignent l'échec du traitement du VIH plus rapidement que les personnes vivant avec le VIH qui ne sont pas dépressives (55). La dépression peut aussi augmenter l'incidence de comportements sexuels risqués (56).

Des interventions thérapeutiques, y compris la thérapie psychologique, psychotrope, psychosociale et physique, sont nécessaires pour prévenir et gérer la dépression chronique chez les personnes vivant avec le VIH (51) et chez d'autres populations clés. Le diagnostic et la gestion de la dépression fait partie intégrante des soins du VIH (57). Le diagnostic et la gestion de la dépression sont essentiels pour une prise en charge et une rétention améliorée par les soins. Les services pour diagnostiquer et gérer les troubles dépressifs et psychiatriques par différentes interventions thérapeutiques dont la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, l'évaluation psychiatrique et l'orientation vers d'autres services médicaux et sociaux, sont nécessaires pour un

accès et une rétention améliorés des soins du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH.

### **Soutien nutritionnel et alimentaire**

Les services nutritionnels et alimentaires jouent un rôle important dans la gestion du VIH pour les personnes vivant avec le VIH. Une nutrition adéquate est essentielle pour maintenir le système immunitaire, gérer les infections liées au VIH, renforcer l'efficacité du traitement du VIH, soutenir un niveau sain d'activité physique et soutenir une qualité de vie optimale (30). Les programmes nutritionnels et alimentaires contribuent à prévenir les décès liés au sida. Les personnes vivant avec le VIH souffrant de malnutrition quand elles débutent une thérapie antirétrovirale ont deux à six fois plus de risques de décéder au cours des six premiers mois de traitement que les personnes vivant avec le VIH ne souffrant pas de malnutrition (58).

Le lien entre l'alimentation et les programmes de prévention du VIH et de traitement du VIH et de la tuberculose joue le rôle d'une puissante incitation à accéder aux services VIH. En Afrique du Sud, les adolescentes qui recevaient de l'argent ou un bon à dépenser sur des aliments avaient 50 % moins de chances d'avoir un rapport sexuel transactionnel que les adolescentes qui ne recevaient pas d'argent ou de bon alimentaire (59). Un bon alimentaire d'une valeur de 5 USD augmente de 29 points de pourcentage l'acceptation d'un test VIH à domicile dans les zones rurales du KwaZulu-Natal. L'effet de l'incitation alimentaire a persisté pendant un an après l'intervention. Les personnes qui ont reçu le bon alimentaire ont continué à avoir plus de tests VIH à domicile et des taux de consentement plus élevés un an après avoir reçu le bon par rapport aux personnes qui n'ont pas reçu le bon, ce qui indique l'impact à long terme de l'incitation alimentaire sur l'augmentation des taux de conseil et de tests VIH (60).

L'efficacité de la thérapie antirétrovirale est beaucoup augmentée par une nutrition de qualité (61). Au minimum, les personnes vivant avec le VIH ont besoin de conseils pour obtenir une nutrition optimale et, dans les cadres où les ressources sont limitées, peuvent avoir besoin de programmes de sécurité sociale supplémentaires, y compris des programmes de sécurité alimentaire. En Afrique du Sud, les adolescents recevant un traitement du VIH et bénéficiant d'une sécurité alimentaire avaient 61 % de chances supplémentaires d'adhérer au traitement du VIH que leurs pairs souffrant d'une insécurité alimentaire (62).

La thérapie antirétrovirale débouche sur une reprise initiale de poids parmi les personnes vivant avec le VIH mal nourries, mais beaucoup de personnes vivant avec le VIH suivant une thérapie antirétrovirale continuent à prendre du poids, estimant qu'un poids plus élevé est plus sain. L'obésité peut alors augmenter leur risque de maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux et diabète (17).

Le soutien conseil en évaluation nutritionnelle —un spectre de services pour gérer la sous-nutrition et la surnutrition—est important dans les soins et le traitement des personnes vivant avec le VIH. Les conseillers en évaluation nutritionnelle soutiennent les personnes vivant avec le VIH pour gérer leur régime alimentaire et leur mode de vie afin de tolérer et de respecter leur traitement, restaurer leur immunité et leur santé, et éviter la survenue précoce de maladies non-transmissibles. Les personnes vivant avec le VIH peuvent aussi exiger un soutien sous forme d'aliments nutritifs et de soutien des moyens d'existence du foyer (63).

### **Stigmatisation et discrimination**

La stigmatisation et la discrimination font partie des principaux obstacles à l'accès aux services VIH. La stigmatisation et la discrimination entravent les efforts

de prévention et de traitement du VIH en dissuadant les personnes de demander ou d'adhérer aux services VIH et de divulguer leur statut aux membres de leur famille et à leurs partenaires sexuels. Ces mécanismes sont particulièrement en évidence dans les cadres de pauvreté extrême où les obstacles au traitement sont très présents et où les liens sociaux peuvent s'avérer essentiels pour la survie (64). Les causes courantes de la stigmatisation et de la discrimination et leurs manifestations sont remarquablement similaires entre cultures et incluent (65):

- Absence de sensibilisation en ce qui concerne la stigmatisation et ses conséquences néfastes.
- Crainte irrationnelle et connaissances insuffisantes concernant l'infection à VIH.
- Jugements sociaux, préjugés et stéréotypes visant les personnes vivant avec le VIH et autres populations clés.
- Absence de lois et politiques pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Les personnes vivant avec le VIH et les membres de leurs communautés peuvent avoir besoin d'une assistance pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH. Elles peuvent avoir besoin d'un soutien pour accéder à un éventail de services pour surmonter la stigmatisation, tels que des approches basées sur l'information et qui incluent des informations écrites sur les faits et les mythes du VIH, des programmes de renforcement des compétences pour réduire les attitudes négatives associées au VIH, un soutien de conseil tel que des groupes de soutien des personnes vivant avec le VIH, et la facilitation des contacts entre les personnes vivant avec le VIH et le public pour lutter contre les attitudes négatives associées au VIH (66).

# Répercussions sur les soins et le soutien des directives de l'OMS relatives au meilleur moment pour débiter la thérapie antirétrovirale et la prophylaxie pré-exposition pour le VIH.

Les lignes directrices unifiées 2016 de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection à VIH (1) recommandent un commencement immédiat de la thérapie antirétrovirale pour toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4. Les personnes atteintes d'une infection à VIH avancée - phase clinique III ou IV ou un taux de CD4 inférieur à 350 cellules/mm<sup>3</sup> – doivent être prioritaires pour le début de la thérapie antirétrovirale. Les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH doivent commencer une thérapie antirétrovirale, quel que soit leur taux de CD4, et doivent poursuivre une thérapie antirétrovirale toute leur vie. Pour ces femmes, l'option B+ devient la norme. Les enfants et adolescents vivant avec le VIH doivent commencer une thérapie antirétrovirale, quel que soit leur taux CD4.

Pour les populations présentant un risque élevé de VIH, définies comme les populations ayant une incidence de VIH de 3 %, qui peuvent inclure les couples sérodiscordants et les populations clé, l'OMS recommande une prophylaxie préexposition à titre de prévention supplémentaire du VIH parallèlement à des services de prévention combinés, y compris des préservatifs et lubrifiants, la réduction des risques, les conseils et tests du VIH et la prise en charge par une thérapie antirétrovirale. Les directives 2016 de l'OMS recommandent ceci :

La prophylaxie préexposition et la thérapie antirétrovirale doivent s'accompagner de soins et de soutien complets, y compris le soutien à l'adhésion, les conseils et les tests, le soutien juridique, social et économique, le soutien de santé mentale et affectif, et l'accès aux services de contraception et de santé.

Dans le contexte de l'accès et de la rétention des personnes vivant avec le VIH dans les soins, les personnes

vivant avec le VIH peuvent être réparties en quatre larges catégories :

- Précoces : personnes qui viennent d'entamer un traitement VIH et qui se présentent bien et avec un taux de CD4 élevé.
- Stables : personnes qui suivent un traitement du VIH depuis au moins un an sans réaction négative aux médicaments exigeant une surveillance régulière. À part le VIH, elles n'ont pas de maladies, ne sont pas enceintes ou allaitantes et ont une bonne compréhension du traitement VIH à vie.
- Retardées : personnes vivant avec le VIH qui accèdent au traitement du VIH alors qu'elles ont une infection à VIH avancée et un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup>.
- Échec du traitement Personnes qui peuvent avoir une ou plusieurs maladies, peuvent avoir une réaction négative aux médicaments et peuvent avoir besoin d'une surveillance attentive (1).

Le Tableau 3 souligne les principaux ensembles différenciés de soins et de soutien pour ces quatre catégories de personnes vivant avec le VIH.

Les soins différenciés mettent en jeu la fourniture de différentes formules de thérapie antirétrovirale et non-antirétrovirale aux personnes vivant avec le VIH en fonction de leurs besoins, du type et de la fréquence des services et de la localisation et du prestataire des services. Ces services peuvent varier en fonction du système de santé du pays (1). Pour les personnes se présentant tôt pour un traitement, les principales priorités sont de débiter la thérapie antirétrovirale suivie par un dépistage de la tuberculose et l'administration d'une prophylaxie par le cotrimoxazole, d'une thérapie préventive par l'isoniazide et d'un dépistage et d'une gestion des maladies non-transmissibles, y compris l'évaluation du

risque cardiovasculaire en gérant les facteurs modifiables tels que la pression artérielle, la tabagie, l'obésité, l'alimentation et l'activité physique. Le dépistage et la gestion de la dépression, de l'abus d'alcool et autres drogues, et d'autres troubles mentaux, doivent aussi être réalisés pour ce groupe. Le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles et l'accès aux services de planning familial, y compris les préservatifs, sont des services essentiels pour les personnes vivant avec le VIH qui se présentent tôt pour un traitement. Les principales priorités opérationnelles pour ce groupe sont de faire en sorte que les personnes poursuivent leurs soins et adhèrent au traitement du VIH.

Les personnes vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale et sont stables peuvent recevoir l'ensemble de base de services pour personnes se présentant tôt, mais avec des visites moins fréquentes (tous les 3 à 6 mois) pour la surveillance clinique et la collecte des médicaments, y compris les tests de charge virale lorsqu'ils sont disponibles. Une attention spécifique doit être focalisée sur la rétention des personnes dans les services VIH et à l'adhésion à la thérapie antirétrovirale.

Les personnes vivant avec le VIH des groupes « retardés » et « échec du traitement » peuvent également avoir besoin d'une gestion et d'un suivi étroits et intensifiés. Des orientations fortes et actives peuvent être priorisées pour les personnes du groupe « retardés » car elles présentent divers problèmes qui doivent être pris en charge par différents prestataires afin d'obtenir une rétention efficace dans les soins (1).

---

### Tableau 3.

Principales formules de soins et soutien des personnes vivant avec le VIH

Début du traitement	Poursuite du traitement
<p><b>Précoce</b></p> <p><b>Priorités cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, accès aux services de planning familial et de santé sexuelle et génésique</li><li>• Dépistage et gestion des troubles de santé mentale</li><li>• Dépistage et gestion des maladies non-transmissibles</li><li>• Dépistage de la tuberculose/prophylaxie par le cotrimoxazole/ thérapie préventive intermittente (IPT)</li></ul> <p><b>Priorités opérationnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Services de rétention</li><li>• Soutien à l'adhésion</li></ul>	<p><b>Précoces</b></p> <p><b>Priorités cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, planning familial et accès aux services de santé sexuelle et génésique</li><li>• Immunisation</li><li>• Soutien nutritionnel</li><li>• Dépistage de la tuberculose/prophylaxie par le cotrimoxazole/IPT</li></ul> <p><b>Priorités opérationnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Services de rétention</li><li>• Surveillance de la charge virale</li><li>• Soutien à l'adhésion</li><li>• Fréquence des visites</li><li>• Fréquence de la délivrance de la thérapie antirétrovirale</li></ul>
<p><b>Retardés</b></p> <p><b>Priorités cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Éducation sur le traitement</li><li>• Début de la thérapie antirétrovirale</li><li>• Dépistage, diagnostic et gestion des infections opportunistes (infections cryptococciques, cytomégalovirus)</li><li>• Dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose/prophylaxie par le cotrimoxazole/IPT</li></ul> <p><b>Priorités opérationnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Réseau d'orientation</li></ul>	<p><b>Échec du traitement</b></p> <p><b>Priorités cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dépistage et gestion des infections opportunistes (infections cryptococciques, cytomégalovirus)</li><li>• Dépistage et gestion des troubles de santé mentale</li><li>• Dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose/prophylaxie par le cotrimoxazole/IPT</li></ul> <p><b>Priorités opérationnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Interventions de rétention</li><li>• Surveillance de la charge virale</li><li>• Soutien à l'adhésion</li><li>• Fréquence des visites</li><li>• Fréquence de la délivrance de la thérapie antirétrovirale</li></ul>

Source : Informations adaptées de « Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendation for a public health approach », deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016.

# Besoins en soins et soutien VIH des populations sélectionnées

La nécessité de fournir des soins et un soutien, y compris des services de santé mentale, pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et d'offrir d'autres services juridiques, n'a pas changé de manière fondamentale. Bien que de nombreux besoins des personnes vivant avec le VIH soient communs à tous les groupes, des approches de soins et de soutien plus nuancées sont nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des enfants vivant avec le VIH, des populations clé et des personnes plus âgées vivant avec le VIH.

## **Besoins en soins et en soutien du VIH des enfants et adolescents vivant avec des personnes à risque ou touchées par le VIH**

Un orphelin ou un enfant vulnérable est défini comme un enfant de moins de 18 ans qui a perdu un ou deux de ses parents ou vit dans une famille ou communauté touchée par le VIH. Selon cette définition, il y a 153 millions d'orphelins dans le monde (67), dont 13,4 millions ont perdu un ou deux parents suite à un décès lié au VIH en 2015 ; 10,8 millions de ces enfants vivent en Afrique sub-saharienne.<sup>2</sup> Bien que les interventions cliniques nécessaires pour réduire le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH soient bien articulées (15), les obstacles sociaux et économiques continuent à gêner l'accès, l'adoption et le maintien des enfants dans les soins. Les enfants dans les familles touchées par le VIH sont vulnérables. Des millions d'enfants vivent dans des familles touchées par le VIH, avec un risque accru de pauvreté, de maladie et de perte de logement, de décrochage scolaire, de discrimination et de perte d'opportunités pour la vie, que les enfants eux-mêmes vivent ou non avec le VIH.

<sup>2</sup> Estimations ONUSIDA 2016.

Une analyse de 20 enquêtes de santé démographiques (DHS) menées entre 2003 et 2012 dans 13 pays d'Afrique a montré que dans les familles où un parent, notamment la mère, vit avec le VIH, les enfants ont trois fois plus de risques de décéder avant l'âge de cinq ans que les enfants dont la mère ne vit pas avec le VIH. Le risque relatif de décès allait de 1,5 au Cameroun en 2011 à 3,6 au Swaziland en 2006 (68). Les enfants qui vivent dans une famille touchée par le VIH et qui survivent au-delà de cinq ans sont en moins bonne santé et ont des résultats moins bons en matière de développement humain, y compris un risque accru d'infection à VIH. Cet effet est encore plus prononcé pour les enfants des populations clé, notamment les professionnel(le)s du sexe et, dans certains contextes, les immigrants, qui peuvent être confrontés à une discrimination et une stigmatisation liées au travail, pratiques sociales ou identité de leurs parents (69).

Pour les parents vivant avec le VIH, l'accès à des services efficaces de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant peut réduire le risque d'infection de l'enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement à moins de 5 % (70). Cependant, les bébés exposés au VIH mais non infectés né de mères vivant avec le VIH peuvent être touchés par une morbidité et une mortalité supérieures à celles des bébés non exposés au VIH et exiger un suivi, des soins et un soutien systématiques (71).

L'impact du VIH sur les enfants peut être atténué en se focalisant sur des services qui répondent aux besoins de santé, sociaux et économiques des enfants résultant d'une infection à VIH. Ces services incluent la prestation de services cliniques et nutritionnels personnalisés, le développement des compétences parentales, l'encouragement des parents à divulguer de manière appropriée leur séropositivité à leurs enfants, l'offre d'un accès au conseil et tests VIH et la participation au

traitement du VIH, ainsi que la réduction des disparités et obstacles à l'éducation parmi mes enfants d'âge scolaire par le biais d'efforts durables tels que les subventions globales (72). Les subventions globales sont un soutien ciblé des écoles d'une communauté accompagnées de stipulations générales quant à leur utilisation, par exemple accueillir un nombre spécifique d'orphelins et d'enfants vulnérables dans une école pendant un certain temps en échange d'une subvention.

L'orientation des familles touchées par le VIH pour qu'elles accèdent à une protection sociale, y compris les transferts d'argent, permet aux familles de faire traiter et vacciner leurs enfants contre les maladies courantes, respecter les besoins nutritionnels de leurs enfants, inscrire et maintenir leurs enfants à l'école (69), et réduire le transfert intergénérationnel de la pauvreté (73). Il est essentiel d'éliminer les obstacles empêchant les enfants d'accéder aux soins et de s'y maintenir (36) et de leur ouvrir des opportunités économiques (72).

Voici les principales actions pour augmenter l'accès aux soins et le maintien dans les soins des enfants :

- Orientation active des familles touchées par le VIH ayant besoin d'accéder à des activités de renforcement économique du foyer afin de les autonomiser pour répondre aux besoins essentiels de leurs enfants par des services de promotion et de gestion des actifs et de l'argent.
- Identifier et éliminer les obstacles sociaux et économiques, y compris l'exposition à la violence et à la stigmatisation, qui ont un impact sur l'adoption du service par les enfants et leur rétention dans les soins.
- Développer l'accès aux services juridiques, y compris la suppression des restrictions d'âge pour le conseil et les tests VIH (le consentement au conseil et tests VIH est limité dans certains pays aux enfants de moins de

18 ans), l'enregistrement des naissances, la protection des droits d'héritage et les droits de base pour améliorer l'accès aux opportunités socioéconomiques.

### **Besoins en soins et soutien VIH des populations clé**

Les populations clé sont définies comme les hommes homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les professionnel(les) du sexe et leurs clients, les personnes transgenre et les usagers de drogues par injection. Ces quatre grands groupes de population souffrent de lois punitives ou de politiques stigmatisantes et font partie des plus susceptibles d'être exposés au VIH. Les pays doivent définir les populations clés de leur épidémie et baser leur riposte sur le contexte épidémiologique. Les populations clé peuvent inclure les personnes en prison ou dans des cadres fermés, les couples sérodiscordants et les adolescentes et jeunes femmes en Afrique orientale et méridionale (74).

La majorité des besoins en soins et soutien des populations clé vivant avec le VIH sont similaires à ceux des personnes vivant avec le VIH en général. Mais il existe des besoins spécifiques pour les populations clé, y compris les adolescents, qui sont confrontés à des obstacles plus importants pour accéder aux services de soin et de soutien. Les populations clé peuvent connaître des taux de problèmes médicaux et psychosociaux plus élevés à cause de facteurs tels que :

- Une incidence de VIH restant élevée ou en augmentation dans les populations clé (36).
- De multiples niveaux de stigmatisation et de discrimination due au VIH et l'identification à une population clé, y compris dans les installations de santé.

- La criminalisation de toutes ou certaines activités pour cette population (75).

Les populations clé vivant avec le VIH ont plus souvent des comorbidités et autres problèmes concomitants tels que le cancer, la tuberculose et l'hépatite, la dépendance à la drogue, à l'alcool et au tabac, l'absence de gestion de la douleur et les problèmes de santé mentale.

Ces facteurs ont un effet négatif sur l'adhésion à la thérapie antirétrovirale et le maintien dans les soins. La fourniture d'un accès aux services de soin et de soutien, y compris les traitements de substitution aux opiacés, aux populations clé vivant avec le VIH qui en ont besoin, peut stabiliser la vie des populations clé, améliorer leur santé et leur bien-être et renforcer leur adhésion à la thérapie antirétrovirale (76). Le Tableau 4 présente les services de soin et de soutien supplémentaires aux populations clé recommandés par l'OMS.

Les services combinés de soin et de soutien des populations clé sont interdépendants. Les services du secteur de la santé ont le maximum d'avantages quand ils sont fournis de manière combinée et quand un environnement habilitant est en place. Mais ces services ne doivent pas être retardés en raison de l'absence d'un environnement propice.

Bien qu'un environnement propice puisse être hors du contrôle des prestataires de soins de santé, les prestataires de soins de santé doivent absolument travailler pour créer un environnement propice en collaboration avec d'autres secteurs. Outre les services répertoriés, les personnes des populations clé doivent avoir accès à des services médicaux, socioéconomiques et juridiques plus larges afin de pouvoir accéder au plus haut niveau de soins de santé possible (36).

---

#### Tableau 4.

Services de soins et soutien des populations clé

Services du secteur de la santé	Services essentiels pour un environnement propice
Programmation complète de préservatifs et lubrifiants	Législation, politique et engagement financier de soutien, y compris la décriminalisation des comportements des populations clé
Intervention de réduction des risques <sup>a</sup> pour les consommateurs de substances (en particulier, programmes d'aiguilles et de seringues <sup>b</sup> et traitements de substitution aux opiacés)	Lutte contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles les populations clé sont confrontées
Interventions comportementales	Autonomisation communautaire
Conseil et tests VIH	Lutte contre la violence envers les personnes des populations clé
Traitement et soins du VIH	
Interventions de santé sexuelle et génésique <sup>c</sup>	
Prévention et gestion des coinfections et autres maladies, y compris l'hépatite virale, la tuberculose et les problèmes de santé mentale	

Source : Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendation for a public health approach, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016.

<sup>a</sup> Cet ensemble est le même que celui pour la prévention, le traitement et les soins VIH pour les usagers de drogues par injection. Pour les usagers de drogues par injection, le composant de réduction des risques de l'ensemble et notamment la mise en œuvre de programmes d'aiguilles-seringues et de traitements de substitution aux opiacés, reste la principale priorité ;

<sup>b</sup> Les programmes d'aiguilles-seringues sont importants pour les usagers de drogues par injection et pour les personnes transgenre qui ont besoin d'équipements d'injection stériles pour injecter sans risque des hormones d'affirmation du genre.

<sup>c</sup> Y compris la contraception, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles, du dépistage du cancer du col de l'utérus et autres.

## Besoins en soins et soutien VIH des personnes plus âgées

La « maturation » de l'épidémie de VIH exige que la riposte au sida intervienne sur les nombreuses conséquences physiologiques et psychologiques du vieillissement. On estime que 5,8 millions [5,4 millions–6,3 millions] de personnes de 50 ans et plus vivaient avec le VIH en 2015.<sup>3</sup> Aux États-Unis en 2013, 18 % des diagnostics de VIH concernaient des personnes de 50 ans et plus (77), et l'âge moyen des personnes vivant avec le VIH a dépassé 50 ans dans les cadres tels que l'United States Veteran Health Care System à New York et San Francisco (78). Dans une étude dans de nombreux lieux menée dans neuf pays d'Afrique, 11,4 % des personnes vivant avec le VIH débutant une thérapie antirétrovirale avaient 50 ans ou plus (79).

L'évolution du profil de l'épidémie de VIH et le fait que des personnes plus âgées présentent aussi des comportements à risque de VIH expliquent le nombre grandissant de personnes plus âgées vivant avec le VIH (80).

Voici les principaux facteurs expliquant le vieillissement de l'épidémie de sida :

- La réussite de la thérapie antirétrovirale pour prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH.
- La réduction de l'incidence de VIH chez les jeunes adultes, qui transmet le fardeau de la maladie aux personnes plus âgées.
- Les personnes de 50 ans et plus présentant de nombreux comportements à risques associés aux personnes plus jeunes.

Les personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH sont confrontées à des défis différents et peuvent obtenir de

moins bons résultats avec le traitement du VIH que les personnes plus jeunes vivant avec le VIH. Les personnes plus âgées vivant avec le VIH peuvent avoir d'autres maladies liées au vieillissement (81). Elles peuvent connaître en moyenne cinq ans de vieillissement accéléré, qui augmentent le risque de mortalité de 19 % par rapport à leurs pairs ne vivant pas avec le VIH, sans différence entre les personnes récemment infectées par le VIH et celles qui vivent avec le VIH depuis 12 ans ou plus (82).

Par rapport aux plus jeunes, les personnes plus âgées ont généralement plus de problèmes de santé et utilisent plus les services de santé en général. Les professionnels de la santé passent parfois à côté d'un diagnostic de VIH car les symptômes peuvent ressembler à ceux d'autres maladies courantes liées au vieillissement, comme la confusion mentale, la perte de poids, la fatigue, la tension artérielle élevée, les problèmes rénaux et hépatiques et l'arthrite. Tous ces problèmes peuvent aussi être liés aux effets secondaires à long terme du traitement du VIH (83). Par rapport aux plus jeunes, les personnes plus âgées vivant avec le VIH ont probablement une infection au VIH depuis longtemps mais se présentent relativement tard, ou bien suivent un traitement du VIH depuis plus longtemps.

Les personnes plus âgées ayant des maladies avancées liées au VIH peuvent ne pas souhaiter divulguer leur diagnostic à leur famille et soignants par crainte d'être abandonnées et isolées. Les soignants et les membres de la famille peuvent s'inquiéter du niveau de soins nécessaire pour une personne plus âgée vivant avec le VIH et peuvent limiter leur contact en conséquence. Les personnes plus âgées vivant avec le VIH ont globalement plus de risques d'être dans une situation moins bonne en termes d'argent, de travail et de logement que leurs pairs sans VIH. Comme les personnes plus âgées ont moins de chances d'être économiquement actives, elles peuvent avoir besoin d'accéder aux allocations de l'État telles que les retraites, les soins de santé gratuits sur le

<sup>3</sup> Estimations ONUSIDA 2016.

lieu d'utilisation, le logement, une aide à domicile et des programmes de transport (84).

Voici quelques actions clé pour augmenter l'accès et le maintien des personnes vivant avec le VIH dans les soins :

- Encourager un conseil et des tests VIH de routine, avec une prise en charge des adultes pour le traitement VIH, y compris les personnes de 50 ans et plus, car elles sont généralement incapables d'estimer de manière fiable leur risque d'acquisition d'une infection à VIH.
- Augmenter l'accès au soutien psychosocial répondant aux besoins mentaux, affectifs et sociaux des personnes plus âgées vivant avec le VIH, y

compris la promotion des facteurs de mode de vie reconnus comme optimisant la santé, tels que l'activité physique, la nutrition, le maintien d'une tension artérielle basse, la réduction du cholestérol et l'évitement de la consommation de substances.

- Développer l'accès aux tests, traitement, soins et soutien VIH, avec une prise en charge active par les programmes et services de soins gériatriques.

Il est essentiel que les services VIH prennent en compte les besoins des personnes plus âgées, tels qu'une auto-évaluation fiable du risque de VIH (83) et des changements de mode de vie afin de minimiser le risque de maladies cardiovasculaires et autres maladies non transmissibles (85).

# Conclusion

Les soins et le soutien du VIH sont cruciaux pour aider les personnes vivant avec le VIH à accéder au conseil et aux tests VIH et pour une prise en charge immédiate et un maintien du traitement du VIH et atteindre le niveau de bien-être le plus haut possible. Par le biais des objectifs d'éradication rapide « Fast-Track » de l'ONUSIDA, il faut lancer un grand effort au niveau des soins et du soutien au cours des cinq prochaines années pour que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90 % des personnes qui connaissent leur statut VIH accèdent à un traitement et 90 % des personnes suivant un traitement du VIH aient une charge virale supprimée, contribuant ainsi à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination et à la réduction des nouvelles infections à VIH à moins de 500 000 personnes d'ici 2020.

La focalisation sur l'amélioration de l'accès des enfants, des adultes et des populations clé qui ont besoin de services de soin et de soutien dans les lieux clé est essentielle pour atteindre les objectifs « Fast-Track ». Pour obtenir une suppression virale durable, l'adoption et l'adhésion au traitement du VIH doivent être améliorées. Dans ce but, les personnes auront besoin de conseil et de tests améliorés et de voies efficaces pour entamer le traitement VIH de manière précoce. En particulier, les écarts qui ont persisté doivent être comblés, y compris l'accès aux éléments suivants :

- Soins cliniques.
- Soins physiques.
- Soutien social.
- Soulagement de la douleur.
- Services de santé mentale.
- Soutien nutritionnel et alimentaire.
- Soutien juridique.

Il est nécessaire de renforcer l'accès à ces services des personnes vivant avec le VIH, à risque de contracter le VIH et touchées par le VIH. Il existe aussi un besoin essentiel d'améliorer les soins aux enfants et adolescents et de développer des systèmes de soins chroniques à jour, y compris pour les populations clé et les personnes plus âgées vivant avec le VIH. Ces objectifs sont

réalisables en renforçant la capacité des travailleurs de santé et des soignants communautaires, y compris l'incitation, la rémunération et le développement de voies de carrière pour les soignants communautaires, et la fourniture d'informations à jour à ces travailleurs à propos de l'évolution des besoins des personnes vivant avec le VIH.

# Références

- 1 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendation for a public health approach, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016.
- 2 Technical considerations provided by PEPFAR technical working groups for FY 2014 COPS and ROPS. Washington, DC : United States President's Emergency Plan for AIDS Relief; 2013.
- 3 On the Fast-Track to end AIDS: UNAIDS 2016–2021 strategy. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015
- 4 Global AIDS update. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2016
- 5 Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013;382:1525-1533.
- 6 Vella S, Schwartlander B, Sow SP, Eholie SP, Murphy RL. The history of antiretroviral therapy and of its implementation in resource-limited areas of the world. *AIDS*. 2012;26:1231-1241.
- 7 "15 by 15": a global target achieved. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015
- 8 Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*. 2013;8:e81355.
- 9 Mills EJ, Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, et al. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Ann Intern Med*. 2011;155:209-216.
- 10 Bor J, Herbst AJ, Newell ML, Barnighausen T. Increases in adult life expectancy in rural South Africa: valuing the scale-up of HIV treatment. *Science*. 2013;339:961-965.
- 11 Nsanzimana S, Remera E, Kanters S, Chan K, Forrest JI, Ford N, et al. Life expectancy among HIV-positive patients in Rwanda: a retrospective observational cohort study. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e169–e177.
- 12 Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. *Lancet*. 2014;384:241-248.
- 13 Cox JA, Kiggundu D, Elpert L, Meintjes G, Colebunders R, Alamo S. Temporal trends in death causes in adults attending an urban HIV clinic in Uganda: a retrospective chart review. *BMJ Open*. 2016;6:e008718.
- 14 Langley CL, Lapidus-Salaiz I, Hamm TE, Bateganya MH, Firth J, Wilson M, et al. Prioritizing care and support interventions: moving from evidence to policy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68(suppl. 3):S375–S378.
- 15 Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 16 Community caregivers: the backbone for accessible care and support. Multicountry research—synthesis report. Caregivers Action Network; 2013.
- 17 Tang AM, Quick T, Chung M, Wanke CA. Nutrition assessment, counselling and support interventions to improve health-related outcomes in people living with HIV/AIDS: a systematic review of the literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68(suppl. 3):S340–S349.
- 18 What do we really mean by "HIV care and support"? Progress towards a comprehensive definition. London: UK Consortium on AIDS and International Development; 2008.
- 19 Sherr L, Yakubovich AR, Skeen S, Cluver LD, Hensels IS, Macedo A, Tomlinson M. How effective is help on the doorstep? A longitudinal evaluation of community-based organisation support. *PLoS One*. 2016;11:e0151305.
- 20 Tso LS, Best J, Beanland R, Doherty M, Lackey M, Ma Q, et al. Facilitator and barriers in HIV linkage to care interventions: a qualitative evidence review. *AIDS*. 2016;30:1639-1653.
- 21 Leon N, Mathews C, Lewin S, Osler M, Boule A, Lombard C. A comparison of linkage to HIV care after provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) versus voluntary HIV counselling and testing (VCT) for patients with sexually transmitted infections in Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:350.
- 22 Genberg BL, Naanyu V, Wachira J, Hogan JW, Sang E, Nyambura M, et al. Linkage to and engagement in HIV care in western Kenya: an observational study using population-based estimates from home-based counselling and testing. *Lancet HIV*. 2015;2:e20–e26.
- 23 Fox MP, Rosen S. Retention of adult patients on antiretroviral therapy in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis 2008–2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69:98–108.
- 24 Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*. 2015;528:S77–S85.
- 25 Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Maletse G, et al. Initiating antiretroviral therapy for HIV at a patient's first clinic visit: the RapIT randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2016;13:e1002015.
- 26 Hoffmann C, Mabuto T, Ginindza S, Fielding KL, Kubeka G, Dowdy D, et al. A randomized trial to accelerate HIV care and ART initiation following HIV diagnosis. Abstract 113LB. Présenté à la Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, 22–25 février 2016.
- 27 Magnus M, Herwehe J, Murtaza-Rossini M, Reine P, Cuffie D, Gruber D, Kaiser M. Linking and retaining HIV patients in care: the importance of provider attitudes and behaviours. *AIDS Patient Care STDs*. 2013;27:297-303.
- 28 Amanyire G, Semitala FC, Namusobya J, Katuramu R, Kampiire L, Wallenta J, et al. Effects of a multicomponent intervention to streamline initiation of antiretroviral therapy in Africa: a stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet HIV*. 2016. Advance online publication ([http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30090-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30090-X)).
- 29 Govindasamy D, Ford N, Kranzer K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. *AIDS*. 2012;26:2059-2067.

- 30 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013.
- 31 Ford N, Matteelli A, Shubber Z, Hermans S, Meintjes G, Grinsztejn B, et al. TB as a cause of hospitalization and in-hospital mortality among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2016;19:20714.
- 32 RK Gupta, Lucas SB, Fielding KL, Lawn SD. Prevalence of tuberculosis in post-mortem studies of HIV-infected adults and children in resource-limited settings: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2015;29:1987-2002.
- 33 Date A, Modi S. TB screening among people living with HIV/AIDS in resource-limited settings. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;3(suppl. 3):S270–S273.
- 34 Grinsztejn B, Luz PM, Pacheco AG, Santos DVG, Velasque L, Moreira RI, et al. Changing mortality profile among HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil: shifting from AIDS to non-AIDS-related conditions in the HAART era. *PLoS ONE.* 2013;8:e59768.
- 35 Yanik EL, Achenbach CJ, Gopal S, Coghil AE, Cole SR, Eron JJ, et al. Changes in clinical context for Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin lymphoma among people with HIV infection in the United States. *J Clin Oncol.* 2016. Advance online publication (doi:10.1200/JCO.2016.67.6999).
- 36 Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 37 Forhan SE, Godfrey CC, Watts DH, Langley CL. A systematic review of the effects of visual inspection with acetic acid, cryotherapy, and loop electrosurgical excision procedures for cervical dysplasia in HIV-infected women in low- and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68(suppl. 3):S350–S356.
- 38 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- 39 Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- 40 The implications of HIV and AIDS on women's unpaid labour burden. Genève : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; 2010
- 41 Yates T, Lantagne D, Mintz E, Quick R. The impact of water, sanitation, and hygiene interventions on the health and well-being of people living with HIV: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68(suppl. 3):S318–S330.
- 42 Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A, Costello A. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;381:1721-1735.
- 43 Fatti G, Shaikh N, Eley B, Grimwood A. Improved virological suppression in children on antiretroviral treatment receiving community-based adherence support: a multicentre cohort study from South Africa. *AIDS care* 2014;26:448–453.
- 44 Grimwood A, Fatti G, Mothibi E, Malahlela M, Shea J, Eley B. Community adherence support improves programme retention in children on antiretroviral treatment: a multicentre cohort study in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2012;15:17 381.
- 45 Richter L, Rotheram-Borus MJ, Van Heerden A, Stein A, Tomlinson M, Harwood JM, et al. Pregnant women living with HIV (WLH) supported at clinics by peer WLH: a cluster randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2014;18:706-715.
- 46 Tomlinson M, Doherty T, Ijumba P, Jackson D, Lawn J, Persson LA, et al. Goodstart: a cluster randomised effectiveness trial of an integrated, community-based package for maternal and newborn care, with prevention of mother-to-child transmission of HIV in a South African township. *Trop Med Int Health.* 2014;19:256-266.
- 47 Cluver L, Toska E, Orkin FM, Meinck F, Yakubovich A, Sherr L. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care.* 2016;28(suppl. 2):73–82.
- 48 Bateganya MH, Amanyeiwe U, Roxo U, Dong M. Impact of support groups for people living with hiv on clinical outcomes: a systematic review of the literature. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68(suppl. 3):S368–S374.
- 49 Parker R, Stein DJ, Jelsm J, Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2014;17:18 719.
- 50 Lawson E, Walker-Bone K, Sabin C, Perry N, Richardson D, Gilleece Y, et al. Is HIV painful? An epidemiologic study of the prevalence and risk factors for pain in HIV-infected patients. *Clin J Pain.* 2015;31:813-819.
- 51 Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. HIV infection and depression. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014;68:96-109.
- 52 Lowenthal E, Lawler K, Harari N, Moamogwe L, Masunge J, Masedi M, et al. Rapid psychosocial function screening test identified treatment failure in HIV+ African youth. *AIDS Care.* 2012;24:722-727.
- 53 Mellins CA, Brackis-Cott E, Dolezal C, Abrams EJ. The role of psychosocial and family factors in adherence to antiretroviral treatment in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23:1035-1041.
- 54 Primeau MM, Avellaneda V, Musselman D, St Jean G, Illa L. Treatment of depression in individuals living with HIV/AIDS. *Psychosomatics.* 2013;54:336-344.
- 55 Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, Eron JJ. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;44:159-166.
- 56 Ahaneku H, Ross MW, Nyoni JE, Selwyn B, Troisi C, Mbwambo J, et al. Depression and HIV risk among men who have sex with men in Tanzania. *AIDS Care.* 2016;28(suppl. 1):140-147.
- 57 Mental health and substance use services for people living with HIV/AIDS. Washington, DC : APA Public Interest Government Relations Office; 2013 (<https://www.apa.org/about/gr/issues/hiv/mental-health-briefing.pdf>).
- 58 Toolkit: for countries applying for funding of food and nutrition programs under the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Round 11). Washington, DC : FHI 360: 2011.

- 59 Cluver LD, Orkin FM, Boyes ME, Sherr L. Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa. *AIDS*. 2014;28(suppl. 3):S389–S397.
- 60 McGovern M, Canning D, Tanser F, Herbst K, Gareta D, Mutevedzi T, et al. A household food voucher increases consent to home-based HIV testing in rural KwaZulu-Natal. Abstract 1102. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA, 23–26 February 2015.
- 61 Building capacity for the agriculture sector's response to AIDS: a training manual for agriculture sector workers. Rome : Food and Agriculture Organization (<http://www.fao.org/docrep/013/am022e/am022e.pdf>).
- 62 Cluver L, Orkin M, Boyes M, Sherr L, Meinck F, Yakubovich A. Cash, food, care and HIV prevention for adolescents: latest evidence from southern Africa. Genève : IATT Stakeholders Consultation; 2015.
- 63 Nutrition assessment, counselling and support for adolescents and adults living with HIV: a programming guide—food and nutrition in the context of HIV and TB. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2014
- 64 Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(suppl. 2):18 640.
- 65 Reduction of HIV-related stigma and discrimination. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2014
- 66 Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Educ Prev*. 2003;15:49–69.
- 67 United States Government 69 Action plan on children in adversity: a framework for international assistance 2012–2017. Washington, DC : United States Government; 2012.
- 68 Fishel JD, Ren R, Barrère B, Croft TN. Child survival by HIV status of the mother: evidence from DHS and AIS Surveys. DHS comparative reports 35. Rockville, MD: ICF International; 2014.
- 69 Taking the evidence to impact: making a difference for vulnerable children living in a world with HIV. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2009.
- 70 Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping mothers alive. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2011
- 71 Bender JM, Li F, Martelly S, Byrt E, Rouzier V, Leo M, et al. Maternal HIV infection influences the microbiome of HIV-uninfected infants. *Sci Transl Med*. 2016;8:349ra100.
- 72 PEPFAR blueprint: creating an AIDS-free generation. Washington, DC : United States President's Emergency Plan for AIDS Relief; 2012.
- 73 Social protection: advancing the AIDS response. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015
- 74 Lignes directrices terminologiques. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015
- 75 Baggaley R, Armstrong A, Dodd Z, Ngoksin E, Krug A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key populations. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(suppl. 1):19 438.
- 76 Power L, Bell M, Freemantle I. A national study of people over 50 living with HIV. Londres : Joseph Rowntree Foundation; 2010.
- 77 HIV among people aged 50 and over. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2016 (<http://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html>).
- 78 Justice A, Falutz J. Aging and HIV: an evolving understanding. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9:291-293.
- 79 Greig J, Casas EC, O'Brien DP, Mills EJ, Ford N. Association between older age and adverse outcomes on antiretroviral therapy: a cohort analysis of programme data from nine countries. *AIDS*. 2012;26(suppl. 1):S31–S37.
- 80 HIV and aging: a special supplement to the UNAIDS report of the global AIDS epidemic. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2013
- 81 O'Brien D, Spelman T, Greig J, McMahon J, Ssonko C, Casas E, et al. Risk factors for mortality during antiretroviral therapy in older populations in resource-limited settings. *J Int AIDS Soc*. 2016;19:20 665.
- 82 Gross AM, Jaeger PA, Kreisberg JF, Licon K, Jepsen KL, Khosroheidari M, et al. Methylome-wide analysis of chronic HIV infection reveals five-year increase in biological age and epigenetic targeting of HLA. *Mol Cell*. 2016;62:157-168.
- 83 Abrass CK, Appelbaum JS, Boyd CM, Braithwaite RS, Brody VC, Covinsky K, et al. The HIV and Aging Consensus Project: recommended treatment strategies for clinicians managing older patients with HIV. Washington, DC : American Academy of HIV Medicine; 2011.
- 84 Protection, care and support for an AIDS-free generation: a call to action for all children. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2014.
- 85 The immune system, HIV and aging, version 2. New York : Treatment Action Group; 2014.

Copyright © 2016  
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)  
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes et correctes et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

ONUSIDA/JC2741E









**ONUSIDA**  
**Programme commun des**  
**Nations Unies sur le VIH/sida**

20 Avenue Appia  
1211 Genève 27  
Suisse

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)