

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (39)/16.26
Date de publication : 5 décembre 2016

TRENTE-NEUVIÈME RÉUNION

Date : Du 6 au 8 décembre 2016

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 11 de l'ordre du jour

VIH et vieillissement

NOTE D'INFORMATION

Clause de non-responsabilité

Les études de cas utilisées dans cette note d'information sont présentées telles qu'elles ont été soumises, et n'indiquent pas ni ne suggèrent, de façon implicite ou autre, l'existence d'une approbation, d'une relation ou d'un soutien par l'ONUSIDA et sa mission et/ou par l'un de ses Coparrainants, des États membres et de la société civile. Le contenu des études de cas n'a pas été vérifié de façon indépendante. L'ONUSIDA ne formule aucune prétention, promesse ou garantie concernant l'exhaustivité et l'exactitude du contenu des études de cas, et décline expressément toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans ledit contenu. Les appellations employées et la présentation des études de cas n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Le contenu des études de cas n'exprime pas non plus nécessairement l'opinion des États membres, de la société civile, du Secrétariat de l'ONUSIDA ou des Coparrainants de l'ONUSIDA.

Pour obtenir des références supplémentaires, toutes les études de cas sont publiées en ligne dans un document de séance par le site web du CCP : UNAIDS/PCB (39)/CRP1

Table des matières

Table des matières	3
Introduction	4
SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 50 ANS	5
VIEILLIR AVEC LE VIH : INTERRELATIONS ENTRE LE VIEILLISSEMENT ET LE VIEILLISSEMENT AVEC LE VIH.....	8
Défis liés à la santé	8
Impact de la thérapie antirétrovirale à long terme.....	10
Qualité de vie, conséquences mentales et sociales	12
VIEILLISSEMENT ET VIH : UNE POPULATION VARIEE ET HETEROGENE	16
La prévention du VIH chez les personnes de 50 ans et plus.....	16
Femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH	17
Populations clés	19
RIPOSTES STRUCTURELLES, SANITAIRES ET SOCIALES AU VIH ET AU VIEILLISSEMENT	22
Actions du secteur de la santé	22
Stratégies pour une vie saine	24
Réduction des risques de contracter le VIH et prévention pour les personnes âgées de 50 ans et plus.....	27
Des interventions structurelles, y compris celles qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination	28
Préparation des prestataires de soins de santé	29
Boîte à outils des centres de soins de santé primaires adaptés à l'âge, OMS Kenya Error! Bookmark not defined.	
Production, achats et fournitures durables d'antirétroviraux	31
Actions du secteur social.....	31
UNE APPROCHE FONDEE SUR LES ETAPES DE LA VIE POUR VIEILLIR AVEC LE VIH : DOMAINES D'ACTIONS FUTURES.....	35
REFERENCES	39

Introduction

1. Lors de la 37^e réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA (CCP), il a été convenu que le sujet du segment thématique de la 39^e réunion prévue en décembre 2016 serait « le VIH et le vieillissement ».
2. En septembre 2015 a été adopté le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030, dont le plan d'action consiste à ce que personne ne soit laissé de côté. Suite à cela, en mai 2016, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la *première Stratégie mondiale assortie d'un plan d'action sur le vieillissement et la santé 2016-2020 : vers un monde où tout un chacun peut vivre longtemps et en bonne santé*, qui s'étend sur la période des Objectifs de développement durable (ODD) de 15 ans, et appelle à mettre au point une campagne mondiale de lutte contre l'âgisme [1,2].
3. Sur environ 36,7¹ millions de personnes vivant avec le VIH en 2015 à l'échelle mondiale, 5,8² millions de personnes (2,5³ millions de femmes et 3,3⁴ millions d'hommes) sont âgées de 50 ans et plus et ce chiffre ne cesse de croître.[3]. Un effort concerté est clairement nécessaire afin que la question du VIH et du vieillissement figure parmi les priorités dans l'agenda international. Il est extrêmement important et opportun que ce thème soit abordé du point de vue de l'humain, et de la santé publique.
4. Les personnes âgées vivant avec le VIH, comme les autres groupes d'âge se caractérisent par une grande diversité – il n'y a pas de personnes âgées type [4]. Les femmes et les hommes âgés de 50 ans et plus vivant avec le VIH sont hétérosexuels, transgenres, lesbiennes, homosexuels et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnels du sexe, des consommateurs de drogues, des détenus, entre autres, et en tant que tels, ont des besoins différents et doivent faire face à des obstacles différents. Ces adultes vieillissants sont confrontés à des défis sociaux, psychologiques et physiques importants, associés au processus de vieillissement [5].
5. Pour les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH, les besoins sanitaires et sociaux liés au VIH et au vieillissement se rejoignent. Cette question est également importante pour les personnes à risques et/ou qui contractent le VIH à l'âge de 50 ans et plus. Le VIH et le vieillissement sont des questions cruciales pour toutes les personnes vivant avec le virus. Afin d'atteindre l'objectif de l'accès universel à la thérapie antirétrovirale d'ici à 2030 et de mettre fin à l'épidémie de sida, il est essentiel que cette population soit en bonne santé à tous les stades de la vie.
6. Le vieillissement et le VIH sont également des sujets importants pour les enfants et adolescents vivant avec le virus, car ils devront composer avec l'infection à VIH durant presque toute leur vie. Cela concerne également les personnes qui sont nées et vivent avec le virus depuis leur naissance. Bien que les besoins liés au vieillissement du groupe des jeunes personnes vivant avec le VIH soient extrêmement importants, le présent document se concentre davantage sur les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le virus du VIH. .
7. Il examine la situation de l'épidémie pour ces personnes vivant avec ou étant exposées au virus, les effets du vieillissement associés au VIH, notamment pour les populations

¹ Marge d'incertitude [34,0 millions – 39,8 millions]

² Marge d'incertitude [5,4 millions – 6,3 millions]

³ Marge d'incertitude [2,3 millions – 2,8 millions]

⁴ Marge d'incertitude [3,0 millions – 3,5 millions]

clés et les femmes vivant avec le virus Il définit les ripostes du secteur de la santé et du secteur social, et conclut par une liste de propositions d'actions futures à mener.

SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 50 ANS

8. On observe une tendance de plus en plus significative dans l'épidémie mondiale du VIH, se traduisant par une augmentation croissante du nombre de personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le virus [6]. Cela est en partie dû à la réussite du traitement antirétroviral qui permet de prolonger la vie des personnes séropositives. Là où le traitement est disponible et accessible, le VIH est devenu une infection chronique qu'il est possible de soigner et beaucoup de personnes contaminées par le virus dans leur jeunesse atteignent à présent leur cinquantaine, soixantaine et au-delà [7]. De plus, davantage de personnes d'âge moyen et d'âge mûr contractent l'infection à VIH [8]. Cela s'inscrit dans le cadre général de la tendance démographique mondiale, selon laquelle, dans de nombreuses régions, le pourcentage de la population âgée de plus de 50 ans est en hausse en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la chute des taux de fertilité [4]. Bien que les données en matière de prévalence du VIH et en particulier l'incidence sur cette population plus âgée soient limitées notamment dans les pays à revenus faibles et moyens, certaines études suggèrent que la prévalence et l'incidence sur la tranche des plus de 50 ans pourraient être plus élevées que prévu. Il semblerait cependant que les facteurs de risques soient pratiquement totalement inexplorés [9].
9. Dans le monde, 17 % de la population adulte (plus de 15 ans) vivant avec le VIH est âgée de 50 ans et plus, et on observe des différences notables entre les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible et moyen (*voir Figure 1 ci-dessous*). En 2015, plus de 3 millions de personnes vivant avec le VIH⁵ âgées de 50 ans et plus (2 millions⁶ de femmes et 1,6 million⁷ d'hommes) vivaient en Afrique subsaharienne, ce qui représente 80 % des femmes et 50 % des hommes âgés de 50 ans et plus vivant avec le virus dans le monde [3]. En 2010, ce chiffre était de 1,4 million pour les femmes et de 1,2 million pour les hommes. En 2015, on dénombrait 580 000⁸ personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH dans la région Asie-Pacifique, 300 000⁹ en Asie de l'Est et en Asie centrale, 370 000¹⁰ en Amérique latine et dans les Caraïbes et 860 000¹¹ en Europe occidentale et en Europe centrale [3]. (*Voir la Figure 2 ci-dessous*). Les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire représentent 15 % de la population adulte (15 ans et plus) vivant avec le virus. Dans les pays à revenus élevés, le pourcentage de personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH est passé de 13 % en 2000 à 31 % en 2015. [3]. Une estimation modèle établie en 2015 dans la pyramide des âges indique une transition de l'épidémie de VIH vers les tranches d'âge plus âgées. [3].

⁵ Marge d'incertitude [3,2 millions – 4,0 millions]

⁶ Marge d'incertitude [1,8 million – 2,2 millions]

⁷ Marge d'incertitude [1,4 million -1,8 million]

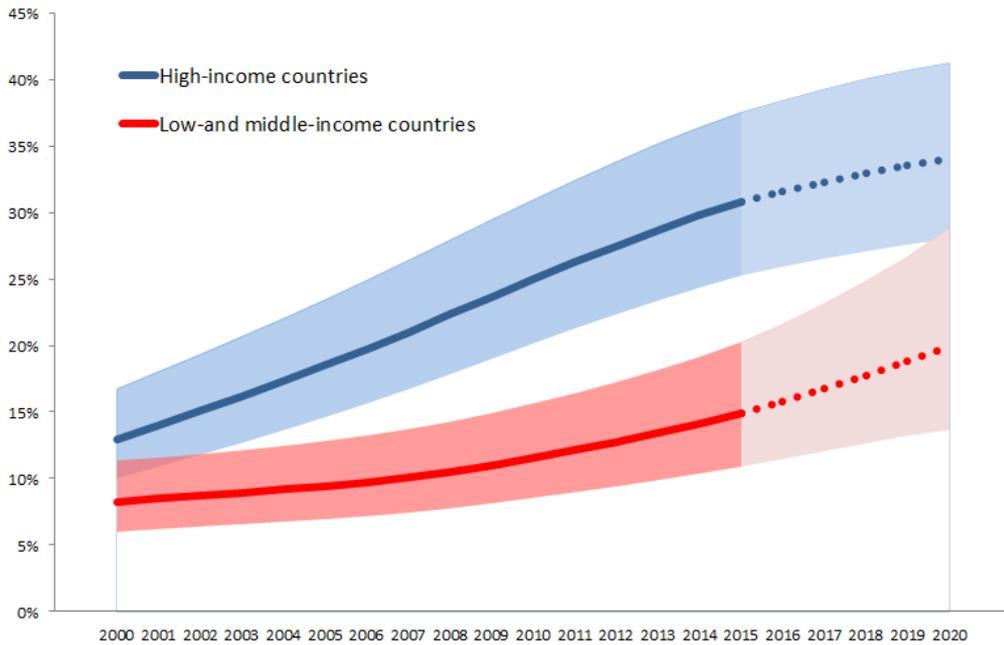
⁸ Marge d'incertitude [500 000 à 680 000]

⁹ Marge d'incertitude [280 000 à 320 000]

¹⁰ Marge d'incertitude [320 000 à 430 000]

¹¹ Marge d'incertitude [790 000 à 950 000]

Figure 1 : Parmi la population adulte (15 ans et plus) vivant avec le VIH, pourcentage de personnes âgées de 50 ans et plus dans les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible et intermédiaire, entre 2000 et 2020

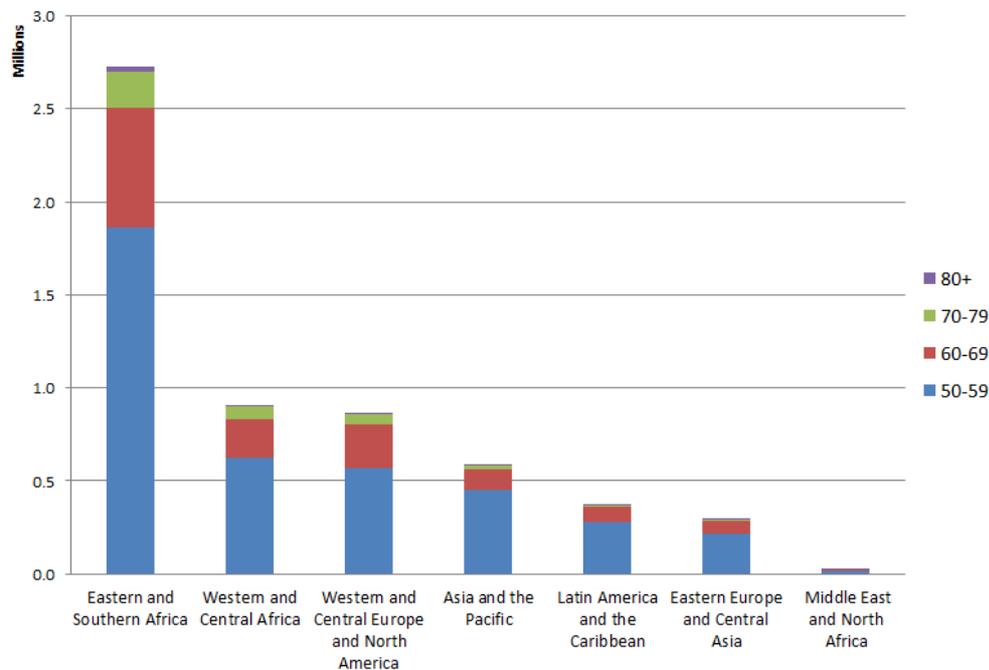


Source :

Estimations 2016 de l'ONUSIDA Les projections pour 2016-2020 sont fondées sur une intensification théorique du traitement antirétroviral à 81 % d'ici 2020.

Note : Selon les définitions des pays à revenu faible et intermédiaire, et élevé en 2015.

Figure 2 : Personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH, par régions, 2015



Source : Estimations 2016 de l'ONUSIDA.

10. Il existe très peu de données mesurées directement sur la prévalence et l'incidence du VIH chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Dans une enquête nationale sur le VIH conduite en 2012 en Afrique du Sud, la prévalence du virus était de 13 % chez les personnes âgées de 50 à 54 ans, 12 % chez les femmes, et 6,9 % chez les hommes

âgés de 55 à 59 ans (contre 18 % chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans) [10]. Au Kenya, la prévalence du VIH était de 5 % chez les personnes de 50 à 64 ans (contre 7,4 % chez les personnes de 15 à 49 ans). Au Swaziland, une enquête nationale basée sur la population et menée entre 2006 et 2007 a montré que 13 % des hommes et 7 % des femmes de 60 à 64 ans vivaient avec le VIH (contre 27 % chez les hommes et les femmes de 15 à 49 ans). En Afrique du Sud et au Kenya, où les enquêtes ont été répétées, les résultats ont montré une augmentation de la prévalence du VIH chez les personnes plus âgées par rapport aux données des précédentes études [6]. D'après les données d'une enquête conduite aux États-Unis, le nombre de cas liés au VIH chez les femmes âgées devrait continuer de croître, à mesure que l'espérance de vie des femmes augmente et que celles-ci continuent d'avoir une activité sexuelle non protégée [11,12]. Il est crucial de disposer de données systématiques, adaptées à l'âge et ventilées par sexe, afin de renforcer des politiques et une planification fondées sur des données avérées.

Vieillir avec le VIH, Pologne

Durant ces 30 ans, j'ai eu la pneumonie deux fois, de nombreuses bronchites, j'ai frôlé la tuberculose, j'ai contracté l'hépatite C, type 3 A, mais m'en débarrassais après 48 semaines de traitement par interféron et j'ai souffert d'une cataracte aux deux yeux. En 2000. On m'a diagnostiqué une maladie pulmonaire obstructive chronique et récemment une bronchectasie. Sans compter une dégénérescence de la colonne vertébrale.

Malgré tous ces petits soucis, j'ai toujours pris des antirétroviraux, mais pour diverses raisons, j'ai changé de médicaments et depuis ces 18 derniers mois, je suis un traitement avec un seul comprimé de Stribild. Mon taux de CD4 est passé à 1009 copies et ma charge virale a été indétectable durant des années.

Le plus important, pour moi, c'est ma famille, mes trois enfants, leurs épouses, mes quatre petits-enfants et les deux qui arrivent.

Je pense que j'ai encore beaucoup de choses à faire ici sur terre

Wojciech J. Tomczyński, président du réseau polonais PLWHA « Sieć Plus », Varsovie, Pologne, âgé de 70 ans et vivant depuis 30 ans avec le VIH.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

11. S'il est important de tenir compte des personnes vivant avec le VIH qui entrent dans cette tranche d'âge, il est également essentiel de tenir compte des besoins en prévention et en soins des personnes qui ont contracté le VIH à partir de 50 ans et plus. En 2015, 120 000¹² personnes (50 000 femmes¹³ et 71 000 hommes¹⁴ âgés de 50 ans et plus ont contracté le virus [3]. Une meilleure compréhension de l'épidémiologie des cas d'infections incidentes parmi les populations plus âgées (en particulier des lieux où ces infections se manifestent, la démographie des personnes nouvellement infectées, et les facteurs de risque des cas d'infections du VIH incidentes) est essentielle afin de mettre en œuvre des actions de prévention et de soins appropriées.
12. Les personnes âgées représentent une part importante de celles qui fréquentent les centres de soins pour le traitement antirétroviral. Dans l'un des groupes multicentriques de neuf pays d'Afrique subsaharienne, plus de 11 % des personnes sous traitement antirétroviral avaient plus de 50 ans [13]. Selon des études conduites en Ouganda et en Afrique du Sud, 11 % des patients sous traitement antirétroviral avaient plus de 50 ans

¹² Marge d'incertitude [110 000 à 140 000]

¹³ Marge d'incertitude [44 000 à 58 000]

¹⁴ Marge d'incertitude [62 000 à 81 000]

en Ouganda, et 15 % des patients avaient plus de 45 ans en Afrique du Sud ([14–16], cités dans [17]). Ce groupe de personnes âgées de 50 ans et plus sous traitement antirétroviral inclut celles qui sont sous traitement depuis de nombreuses années et celles nouvellement diagnostiquées, avec des besoins différents en termes de gestion médicale et de soutien.

13. Il semblerait que les personnes séropositives âgées de 50 ans et plus qui ne reçoivent pas de traitement atteignent le stade du sida plus rapidement que les jeunes qui ne sont pas sous traitement [18]. Plusieurs études ont montré qu'après la mise sous traitement antirétroviral, la reconstitution des CD4 est beaucoup plus lente chez les personnes âgées ([13,19], cités dans [17]). Bien que l'OMS recommande de démarrer rapidement des traitements antirétroviraux pour toutes les personnes vivant avec le VIH, le taux de reconstitution immunitaire plus lent indiqué chez les adultes plus âgés souligne la nécessité de débiter un traitement antirétroviral rapide et précoce de ce groupe [17].
14. Des données factuelles montrent également que les personnes plus âgées sont moins susceptibles d'effectuer un examen de routine de dépistage du VIH ou d'effectuer un test de dépistage du VIH, ce qui signifie qu'elles courent plus le risque d'être diagnostiqués à un stade tardif de l'infection à VIH [20]. Certains facteurs aggravants contribuent à retarder le diagnostic chez les personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH, comme par exemple, de longues périodes asymptomatiques avant que ne se manifeste l'immunodéficience avancée, le manque de sensibilisation ou de divulgation auprès des patients quant aux facteurs de risques d'infection à VIH, des confusions dans les diagnostics de la part des patients de ce groupe [18] et des fournisseurs qui ne sont pas conscients de la présence du VIH parmi les personnes plus âgées ou qui pensent que les personnes de cette tranche d'âge ne sont pas menacées.

VIELLIR AVEC LE VIH : INTERRELATIONS ENTRE LE VIEILLISSEMENT ET LE VIEILLISSEMENT AVEC LE VIH

15. Les effets du vieillissement avec le VIH sont toujours en cours d'études. Ceci est dû d'une part à l'apparition récente d'un groupe important de personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH depuis 20 ou 30 ans, et d'autre part au fait que les personnes vivant avec le VIH ont souvent été perçues en tant que groupe homogène sans distinction de besoins basés sur la tranche d'âge.

Défis liés à la santé

16. Les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH font face à des défis particuliers en matière de santé. La relation entre le VIH et les maladies non transmissibles est influencée par l'augmentation de la durée de vie due à l'efficacité du traitement antirétroviral, à des facteurs liés au mode de vie, à des complications à long terme associées aux antirétroviraux et à la présence d'autres maladies liées au vieillissement [21].
17. Les personnes vivant avec le VIH courent un risque accru de développer des maladies non transmissibles (MNT) associées à l'âge [22], pouvant aggraver la progression du virus [18]. Ces risques comprennent entre autres, les maladies cardio-vasculaires, divers cancers, les complications neurologiques, les problèmes de foie et rénaux, les anomalies et fragilités osseuses, le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, et les maladies rénales et du foie [8,23].

18. Les personnes séropositives sont exposées à un risque élevé de développer certains cancers liés au sida, comme le sarcome de Kaposi, le cancer cervical, et le lymphome anal et non hodgkinien [24]. Les personnes vivant avec le VIH ont tendance à avoir ces cancers plus jeunes, et présentent plus fréquemment des cancers à un stade avancé. En conséquence, il est désormais admis que le VIH entraîne un vieillissement « prématuré » ou « accéléré » [17]. Les inflammations chroniques et l'activation immunitaire, en général détectées chez les personnes les plus âgées, peuvent donc être présentes chez des personnes vivant avec le VIH qui subissent une sorte de vieillissement prématuré affectant leur qualité de vie [25].
19. Les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un risque élevé de contracter des maladies cardio-vasculaires, par rapport aux personnes séronégatives du même groupe d'âge. En outre, on observe que les maladies cardio-vasculaires représentent une part croissante de la mortalité dans ce groupe [21]. Des études ont confirmé que le risque d'infarctus du myocarde et les maladies vasculaires cérébrales sont de 40 à 70 % plus élevés chez les personnes vivant avec le VIH que chez les personnes séronégatives du même groupe d'âge et de même sexe. Des conclusions similaires ont été établies chez les enfants et les adolescents vivant avec le VIH [21].
20. D'après une étude conduite à grande échelle aux États-Unis et en Europe, 60 % des personnes vivant avec le VIH sont fumeurs. Il se peut que les séropositifs sous traitement antirétroviral perdent des années de vie à cause du tabac et non à cause du VIH, et la mortalité associée au tabac s'accroît nettement avec l'âge [26].
21. Chez les personnes vivant avec le VIH, le vieillissement peut accroître la vulnérabilité aux infections opportunistes, et retarder la réponse immunitaire [27]. Une bonne nutrition est particulièrement essentielle dans le cadre des soins cliniques des patients vivant avec le VIH, en particulier avec les MNT, telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et rénales.
22. Des études menées dans des pays développés et en développement ont démontré que le vieillissement accéléré peut être un facteur de déclenchement de la cataracte chez les personnes vivant avec le VIH [28,29]. La cataracte étant la cause principale de cécité dans le monde. Les personnes âgées vivant avec le VIH sont aussi davantage susceptibles d'être plus fragiles, un état qui entraîne une comorbidité accrue et une perte d'autonomie [30]. D'après une étude menée en France, deux personnes sur trois vivant avec le VIH sont en situation de fragilité ou quasi-fragilité et une personne sur deux est en situation précaire.
23. La co-infection au VIH, en particulier la co-infection avec la tuberculose et l'hépatite C (HCV) pose des défis majeurs pour les personnes vivant avec le virus. La tuberculose est l'une des causes principales de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'exposition croissante à la tuberculose, il est probable que la tuberculose chez les personnes âgées devienne un enjeu majeur à l'échelle mondiale [31]. Dans le monde, il y a 2,3 millions de co-infections VIH et VHC, dont 1 363 000 parmi les consommateurs de drogue [32,33]. La réponse au traitement du VHC est plus faible chez les personnes vivant avec le VIH. Plusieurs études ont montré que la co-infection VIH-VHC est associée à une progression plus rapide de la cirrhose, d'une maladie hépatique de phase terminale ainsi que du cancer du foie [32,34,35]. La consommation de drogue, le VHC ainsi que le vieillissement aggravent le profil neurocognitif du VIH, [36] et augmentent le poids de la maladie des personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C.

24. Si de plus amples travaux sont encore nécessaires pour comprendre les effets du vieillissement pour les personnes vivant avec le VIH, il faut inscrire la réponse aux besoins de santé des personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH dans le contexte plus large de la réponse aux besoins apportés par les systèmes de santé aux personnes âgées. À mesure que les personnes vieillissent, elles ont plus de risques de connaître la comorbidité – c'est-à-dire la présence de plusieurs états chroniques coexistants simultanés. La comorbidité a des conséquences importantes sur le fonctionnement et la qualité de vie et accroît le risque de mortalité. Dans les pays à revenu élevé, plus de la moitié des personnes âgées sont touchées par la comorbidité, et la prévalence ne cesse de croître à un âge très avancé [4]. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la prévalence de la comorbidité est susceptible d'être plus élevée, du fait du double fardeau représenté par les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Dans la pratique clinique, la comorbidité est insuffisamment reconnue, diagnostiquée, estimée et traitée. [37].
25. Des recherches menées dans des pays à revenu élevé montrent que les personnes vivant avec le VIH présentent jusqu'à cinq fois plus de risques de contracter des maladies chroniques, des syndromes gériatriques et la comorbidité, même chez les personnes pour lesquelles l'infection est bien traitée et bien gérée [38,39]. Les personnes gérant plusieurs états chroniques sont susceptibles de prendre beaucoup de médicaments (polypharmacie) en même temps que les antirétroviraux, ce qui accroît la possibilité d'une interaction médicamenteuse. De nouvelles technologies visant à réduire les comorbidités de maladies cardiaques et de cancer chez les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH pourraient être à la fois plus efficaces et économiques. Par exemple, des données factuelles donnent à penser qu'un comprimé de polypill (un médicament qui combine plusieurs composants pharmaceutiques actifs) pourrait avoir un rôle dans la réduction des décès dus à des cancers et des maladies cardio-vasculaires [17].
26. D'après les prévisions démographiques pour l'Afrique et les données actuelles provenant de pays qui se développent rapidement, comme l'Inde et la Chine, les maladies chroniques associées au vieillissement constituent un lourd fardeau ([40] cités dans [17]). Pour les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH en Afrique, cela signifie que le risque est multiplié par trois : le risque du VIH est probablement sous-estimé, les maladies chroniques reçoivent peu d'attention, et les personnes séropositives font face à une augmentation des comorbidités associées à l'âge, telles que les maladies cardio-vasculaires et une dégradation neurocognitive [17].
27. Selon une modélisation, un nombre croissant d'adultes plus âgés vivant avec le VIH, présentant des fragilités, des syndromes gériatriques et des incapacités, un scénario « VIH gériatrique » ainsi qu'une multimorbidité représentera la norme. La proportion de personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH va passer de 42 % en 2015 à 95 % en 2030 ; 30 % des personnes vivant avec le virus présenteront des syndromes gériatriques et 34 % souffriront d'un handicap [41]. Une situation qui souligne l'urgence d'accélérer la lutte contre le VIH pour les personnes de 50 ans et plus vivant avec le virus.

Impact de la thérapie antirétrovirale à long terme

28. Les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH sont plus susceptibles de souffrir des effets néfastes de la thérapie antirétrovirale et connaissent des taux de reconstitution immunitaire plus faibles, des taux de mortalité plus élevés, même si les réponses virologiques au traitement sont meilleures que celles observées chez les

jeunes [42,43]. Bien que l'observance du traitement lié au VIH semble plus importante chez les personnes âgées que chez les jeunes [44], la présence d'autres maladies chroniques peut souvent avoir un impact sur les taux d'observance [8].

29. Les personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH devront de plus en plus gérer les effets secondaires des traitements antirétroviraux. Celles qui présentent des états comorbides peuvent être plus exposées aux effets négatifs, et sont plus susceptibles de suivre des traitements à médication multiple, ce qui accroît les risques de non-observance du traitement antirétroviral et de complications avec les interactions de médicaments, menaçant l'efficacité du traitement antirétroviral et la santé générale de la personne. Les effets secondaires réels d'une thérapie antirétrovirale à long terme touchent différemment les hommes et les femmes.

Vieillir avec le VIH, Afrique du Sud

« Physiquement, je suis lourdement limité et s'il est vrai que je fais en sorte de faire bonne figure, je suis la plupart du temps dans une position inconfortable [tout le temps, sauf dans mon canapé avec un angle à 45 degrés ou allongé dans mon lit]...[tout le reste est très inconfortable, que ce soit sur une chaise, un siège de voiture ou d'avion] et au cours des dernières semaines, la douleur aux hanches et aux genoux s'est accrue et cela va de pire en pire...Je suis destiné à finir dans un fauteuil roulant, c'est juste une question de temps. Ce n'est pas vraiment une réalité que j'attends avec impatience, mais c'est une réalité malgré tout. Mes problèmes de santé sont insolubles et sont dégénératifs. Faits.

Je dis aux gens que rien de cela n'est lié au VIH et s'il y a une part de vérité, ce n'est pas honnête à 100 %...l'usage prolongé d'antirétroviraux a contribué à la situation dans laquelle je suis, presque 13 ans de chimio (antirétroviraux) ont tiré sur mon organisme. La neuropathie, l'ostéoporose et l'arthrose sont des résultats directs d'une exposition prolongée aux antirétroviraux. Je suis donc ici pour inciter les gens à suivre un traitement, mais je ne leur parle pas des effets à long terme des antirétroviraux et du processus de vieillissement... plus vous prenez des antirétroviraux et plus vous vieillissez, plus vous êtes confrontés à des complications, car il faut ajouter les conditions de vieillissement/maladies à l'équation, et là ça devient compliqué. »

David Patient Ross, Afrique du Sud, 54 ans, Conférencier charismatique, formateur, auteur et survivant de longue date du VIH

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

30. La résistance aux antirétroviraux représente un réel défi pour toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris celles de 50 ans et plus, ainsi que pour les systèmes de santé qui les soutiennent. La résistance acquise (développement d'une résistance d'un individu sous traitement) et la résistance transmise (propagation de souches résistantes aux médicaments) peuvent réduire l'efficacité des programmes de traitement tant au niveau d'un individu que de la population dans son ensemble, et provoquer une diminution des effets du TAR ([45] cités dans [46]). Chez les personnes vivant avec le VIH développant une résistance aux médicaments, la suppression de la réplication virale peut ne pas avoir lieu, entraînant potentiellement la progression de maladies, un temps de survie plus court et un plus grand risque de transmission du virus. Chez les personnes vivant dans des pays plus industrialisés, passer à un traitement de seconde et troisième ligne peut servir à traiter la résistance. Néanmoins, pour celles vivant dans des pays moins développés, la plupart des programmes de traitement ne disposent pas des moyens nécessaires pour traiter la résistance aux médicaments, puisque le suivi de ladite résistance, ainsi que la mise à disposition d'un traitement de seconde et troisième ligne, sont coûteux et demandent des connaissances spécialisées en matière de santé de la part des prestataires [46]. Si la prévalence de la résistance augmente, l'efficacité du traitement va diminuer, représentant potentiellement un sérieux défi pour l'objectif du contrôle de l'épidémie.

31. Investir dans de nouvelles formulations de médicaments est essentiel et les hommes et les femmes de 50 ans et plus peuvent, et doivent, être intégrés aux essais cliniques.

Le programme Vihaan Care and Support pour les personnes vivant avec le VIH et le sida, en Inde

Ce programme a été développé par l'organisation HIV/AIDS Alliance et a mis en place 359 centres de soins et d'appui. Ces centres étaient reliés aux centres de traitements antirétroviraux nationaux, agissant en tant qu'unité de soins complets pour l'aide en matière de maintien et d'observance des traitements, de vie positive, de référence et de liens vers des services appropriés. Les centres de soin et d'appui ont également aidé à la création d'un environnement favorable pour les personnes vivant avec le VIH, en travaillant en étroite collaboration avec les prestataires de service afin de garantir des services globaux et sans stigmatisation, notamment pour les groupes à risque élevé ainsi que les femmes et les enfants vivant avec et affectés par le VIH. Le programme Vihaan a été mis en place dans 32 états et 3 territoires de l'Union à travers l'Inde, et a ainsi inclus 988 359 personnes vivant avec le VIH à des soins actifs du virus. Parmi eux, 114 260 (12 %) font partie du groupe des 50 ans et plus, dont 71 635 hommes, 42 461 femmes, et 164 personnes transgenres. Le plus grand succès du programme Vihaan a consisté à identifier les problèmes spécifiques rencontrés par les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH. Par exemple, les données du programme indiquent que les patients de plus de 50 ans sont plus enclins à interrompre le traitement antirétroviral et une équipe de proximité a donc été créée pour aider les patients à observer la thérapie et suivre leurs résultats. Le programme Vihaan a également identifié un défi majeur, la mise en place de politiques de soutien associées à l'âge. Par exemple dans des systèmes de protection sociale, la priorité est donnée aux orphelins et aux veuves, pour autant de nombreuses personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 50 ans peuvent être tout aussi vulnérables en raison des problèmes de santé croissants liés au vieillissement.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

Qualité de vie, conséquences mentales et sociales

32. Les effets du VIH et du vieillissement sont complexes, et se répercutent sur la qualité de la vie en général, comportant notamment des conséquences mentales, physiques et sociales.
33. Des études ont montré une plus forte prévalence de symptômes dépressifs, d'abus ou de dépendance à l'alcool et à la drogue chez les personnes vivant avec le VIH sur tous les continents, et pour tous les groupes de populations clés touchées par le virus [47,48]. Les comorbidités courantes de santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH sont la dépression, l'anxiété, la démence et autres troubles cognitifs [4]. La dépression est l'état de comorbidité le plus courant chez les personnes vivant avec le VIH, la prévalence étant jusqu'à trois fois plus élevée que pour la population générale [49]. D'après une étude à grande échelle portant sur les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH, 39 % ont montré des symptômes de dépression majeure [5]. La dépression était généralement associée à un niveau accru de stigmatisation lié au VIH, une solitude accentuée, des niveaux d'énergie plus faibles et une dégradation du fonctionnement cognitif. Sachant que la dépression ne recule pas chez les personnes séropositives, ce problème est de plus en plus important pour les populations âgées [50]. Les personnes vivant avec le VIH souffrant de dépression sont moins susceptibles d'adhérer de manière optimale au traitement antirétroviral [21]. Des données montrent également que la dépression et le stress sont associés de manière négative à la progression de la maladie du VIH, se traduisant notamment par une hausse de la charge virale, une baisse de la numération des CD4 et un plus fort risque de dégradation clinique et de mortalité [51]. Les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH qui présentent davantage de symptômes psychologiques, affichent également davantage de stress lié au VIH, moins de soutien de la part de leurs amis et, plus important encore, un accès réduit aux soins de santé et aux services sociaux, en raison

de la stigmatisation associée au sida [52]. Parmi les éléments clés de traitement de la dépression associée au VIH et au vieillissement, il y a les soins médicamenteux, la psychothérapie (individuellement ou en groupes), et les services d'aide communautaire, notamment un soutien psychosocial [53]. À noter que les prestataires de soins de santé de première nécessité, y compris les conseillers spécialisés en matière de VIH, peuvent être formés pour reconnaître et traiter des troubles mentaux ainsi que des troubles liés aux substances et orienter les patients vers des services spécialisés le cas échéant.

Une planification à long terme : Des séries d'ateliers psychopédagogiques pour les personnes vieillissantes vivant avec le VIH, Canada

Des données relatives à la prévalence du VIH en Ontario montrent qu'un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH dans la région sont âgées de 50 ans et plus. Les utilisateurs du service dédié au vieillissement du Comité du SIDA de Toronto avaient demandé une intervention organisée groupée visant à lutter contre l'isolement social chez les personnes qui vieillissent et qui vivent avec le VIH, y compris les survivants de longue date, et à proposer des connaissances relatives au VIH et au vieillissement en matière de soins physiques, émotionnels et d'aspects financiers. Afin de répondre à cette demande, le Comité développa le Plan à long terme (PLT) qui a été financé par des subventions des gouvernements municipal et fédéral. Ce plan a pris la forme d'un atelier tenu deux fois par an, couvrant deux dimensions : les séances d'avril à juin se concentrent sur la santé et celles d'octobre à décembre sur le bien-être émotionnel. L'atelier comprend 10 séances hebdomadaires de 3 heures, avec des animateurs qui se chargent également de coordonner le recrutement des participants. Les intervenants invités aux séances, à savoir des personnes vivant avec le VIH, des médecins, des chercheurs et autres professionnels de santé associés sont issus de diverses disciplines et spécialités. Parmi les sujets traités figurent les questions de la santé physique, telles que le traitement du VIH, la nutrition, le fait d'arrêter de fumer, l'usage de substance et la réduction des risques, ainsi que des aspects de bien-être émotionnel, la communication avec les docteurs et les prestataires de services, des relations saines, les réseaux sociaux et la résilience. Plus de 100 personnes ont pris part aux ateliers et toutes ont fait état de changements positifs quant à leur santé physique, sexuelle, mentale et cognitive, ainsi que dans leur engagement social. Un grand nombre des participants ont continué à suivre les services conseillés, tels que le dépistage de déficiences cognitives, des programmes d'exercices, des services de l'emploi et d'autres soutiens divers. De plus, beaucoup se sont réunis pour former des réseaux de soutien informels, gardant des liens entre eux, même après la fin du Plan à long terme.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

34. Pour les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH, les conséquences de la stigmatisation, y compris l'auto-stigmatisation et la discrimination, sont potentiellement dévastatrices. Avec les difficultés de santé complexes entraînées par les comorbidités, le VIH a des effets sociaux, émotionnels et économiques importants sur les personnes âgées de 50 ans et plus. Des études ont montré que la stigmatisation associée au VIH a des répercussions négatives sur l'observance du traitement antirétroviral [54] et agit comme un obstacle important empêchant les personnes de rechercher soins et soutien. Les expériences de la stigmatisation et de la discrimination, comprenant le rejet de la famille, des pairs et de la communauté en général, associées à la mauvaise qualité des services de santé et à des services retardés réduisent de manière importante la possibilité d'obtenir des résultats positifs du traitement du VIH [55].
35. La stigmatisation associée au VIH est largement associée à la dépression chez les personnes plus âgées [5]. L'auto-stigmatisation ou la stigmatisation interne a des effets négatifs sur la confiance en soi, l'estime de soi et le bien-être psychologique. 48 % des personnes âgées éprouvent de la honte face à leur maladie, au moins une partie du temps [56].
36. Les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH sont plus susceptibles de vivre seules, de ne pas avoir de partenaires, d'avoir moins d'amis et peu d'appui de la

part des réseaux sociaux comparé aux jeunes vivant avec le VIH [56]. D'après des études portant sur les femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH, des expériences marquantes d'auto-stigmatisation ont été constatées auprès de femmes qui pensent que personne ne veut avoir de relations intimes avec elles, se décrivant elles-mêmes comme étant « sales » [57]. Les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH ont tendance à révéler leur statut sérologique à moins de personnes. Cela peut avoir des conséquences sur leur volonté de rechercher des services et un appui appropriés [56].

Projet égalité des chances et vieillissement de l'organisation Seta, en Finlande

Seta, une ONG nationale qui plaide en faveur des droits des LGBTI en Finlande, a créé un programme de formation axé sur les bonnes pratiques visant à surmonter la discrimination et à encourager la participation, l'éducation et l'apprentissage tout au long de la vie. La crainte de la discrimination peut se révéler un obstacle important dans l'accès aux services mis en place pour les LGBTI finnois, sachant que, selon une étude menée en 2013, un tiers des participants avouait qu'ils avaient choisi de ne pas avoir recours à des services de santé et sociaux en raison de cette peur. En outre, une étude conduite en 2012 concernant les LGBTI et le vieillissement révélait que les trois quarts du personnel de santé chargé des personnes âgées n'ont pas reçu de formations sur les problèmes propres aux LGTI plus âgés. Afin de répondre à ces besoins, le Projet égalité des chances et vieillissement a été créé afin de sensibiliser les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les étudiants, les enseignants et les prestataires de soins de santé aux personnes âgées et d'autres utilisateurs du service. Le programme intègre dans la formation le documentaire « I Wish I Could Tell » (J'aimerais tant vous dire), produit en 2014, qui présente des points de vue de personnes LGBTI sur le vieillissement et les soins aux plus âgés ainsi que le témoignage de neuf Finnois LGBTI âgés qui partagent leur expérience à propos de leur enfance, leur jeunesse et sur le fait de vieillir. Une séance de formation Rainbow Senior vient compléter ce projet. Elle consiste en un atelier d'une heure animé de discussions sur les manières de créer un environnement de soins inclusif, non discriminatoire et sûr pour les personnes âgées LGBTI. Le Projet égalité des chances et vieillissement compte un large réseau incluant les prestataires de services de soins aux plus âgés, des universités, des institutions d'enseignement professionnel, des ONG impliquées dans le secteur des soins dédiés aux personnes âgées, des chercheurs spécialisés en LGBTI et les problèmes liés au vieillissement, ainsi que des organisations LGBTI européennes et finnoises. Cette coopération a été déterminante pour le succès du projet en contribuant à sensibiliser les personnes aux questions relatives aux personnes âgées LGBTI. La pratique de l'égalité des chances et du vieillissement fait évoluer l'ensemble du secteur des soins de santé des personnes âgées afin qu'il intègre les personnes âgées LGBTI au lieu de créer des services compartimentés, et aide les prestataires de services et les professionnels à garder à l'esprit la diversité de la communauté des plus âgés. Elle a également permis de lutter contre l'exclusion sociale en offrant aux plus âgés une plate-forme pour interagir avec d'autres personnes âgées LGBTI.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

37. Les adultes qui vieillissent avec le VIH rencontrent souvent des difficultés supplémentaires liées aux déterminants sociaux de la santé et à la double stigmatisation du vieillissement et de la vie avec le VIH [58]. Beaucoup de personnes âgées de 50 ans et plus font face à la discrimination et à la stigmatisation, non seulement à cause de leur statut VIH mais aussi en raison de leur âge, ce qui peut entraîner un plus fort isolement et des effets négatifs sur le bien-être émotionnel [59]. En outre, les événements de la vie comme la retraite, la maladie, le déménagement ou le décès de membres de la famille ou de proches peuvent réduire les réseaux sociaux [60]. Pour les populations clés, comme les homosexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le vieillissement peut être considéré comme une triple menace : l'homophobie liée à leur sexualité, la stigmatisation associée au VIH, et l'âgisme dans la mesure où ils vivent plus longtemps [61]. Ces conséquences liées à la santé et une longévité accrue des personnes vivant avec le VIH entraînent une augmentation du handicap dont souffrent les personnes âgées vivant avec le virus [62].

38. La discrimination liée à l'âge et au vieillissement s'observe dans le monde entier. Si les droits des personnes âgées sont intégrés dans des conventions internationales relatives aux droits de l'homme en matière de droits économiques, sociaux, civils et politiques, ils sont rarement spécifiques. Bien que les droits ne changent pas avec l'âge des personnes, on considère que les hommes et les femmes âgés ont moins de valeur dans la société. Les personnes âgées deviennent plus dépendantes des autres, peuvent perdre tout ou partie de leur autonomie et leur participation devient plus difficile. Leurs droits sont plus susceptibles d'être ignorés, abusés ou violés aux niveaux familial, communautaire et institutionnel. Avec la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, les personnes vivant avec le virus en souffrent davantage. Les risques particuliers liés à la discrimination associée à l'âge, comparables à ceux associés à la discrimination liée au VIH, portent sur les soins de santé, l'emploi, les droits de propriété et d'héritage, l'accès à l'information et à l'éducation [63]. La discrimination indirecte associée à l'âge consiste par exemple à ne pas collecter de données relatives à l'infection à VIH chez les femmes et les hommes de plus de 49 ans ; l'absence de données pouvant conduire à exclure les personnes âgées des programmes de prévention du VIH et du sida, et par conséquent, conduire à la discrimination [63].

Améliorer la qualité de vie des personnes plus âgées et des personnes à leur charge en Ouganda

En Ouganda, près de 150 100 personnes âgées de 50 ans et plus vivent avec le VIH et la prévalence pour ce groupe d'âge est estimée à 6,8 %. Parmi ces personnes, seulement 10 % connaissent leur statut sérologique, en particulier parce que les centres de conseil et de dépistage du VIH ne sont pas favorables aux aînés. Les organisations « Help Age International » et « Uganda Reach the Aged Association (URAA) » ont identifié la nécessité de mettre en place un groupe chargé du plaidoyer, du traitement, de la prévention et des soins liés au VIH en 2008, afin de réduire les effets du virus sur les personnes de 50 ans et plus dans le pays. L'association URAA soutient le groupe via Help Age International, sous la coordination du réseau ougandais des organisations de prise en charge du sida (UNASO). Le groupe de plaidoyer met en œuvre un projet sur cinq ans avec la participation de membres de diverses organisations de la société civile, des associations de personnes âgées et de ministères gouvernementaux. L'objectif du groupe est de plaider pour un accès aux soins, à la prévention et au traitement du VIH des personnes de 50 ans et plus en Ouganda et d'influencer l'élaboration et la mise en place de politiques en utilisant une approche éclairée par des données probantes. Le groupe de plaidoyer a atteint plus de 200 personnes âgées. En outre, il a contribué à inclure les personnes âgées dans les collectes de données par le ministère de la Santé ougandais, en relevant l'âge limite de 45 à 65 ans. Les personnes âgées sont désormais intégrées aux politiques, stratégies et plans nationaux relatifs au VIH et au sida. Le programme a également constaté une augmentation du nombre de personnes âgées qui accèdent aux services de conseil et dépistage du VIH dans le district d'Iganda depuis janvier 2015. L'intégration des individus par les principales institutions a été un facteur déterminant dans la réussite du projet, notamment les personnes vivant avec le VIH, qui se dédient avec passion à lutter contre les problèmes auxquels doivent faire face leurs pairs.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

39. Des études ont montré que vieillir avec le VIH est aussi synonyme de sagesse, patience, consentement, modération et d'un plus grand respect pour la santé et pour la vie, caractéristiques qui permettent aux adultes âgés de mieux vivre leur maladie [64]. Il ressort d'une étude de 2011 que la résilience chez les personnes âgées vivant avec le VIH est un concept positif du vieillissement et se traduit par l'acceptation de soi, l'optimisme et des stratégies d'autogestion [65]. Les expériences positives du vieillissement avec le VIH et de communiquer les stratégies d'adaptation pratiques doivent être partagées auprès du plus grand nombre. Faire participer les personnes âgées vivant avec le VIH à la recherche et à la mobilisation, ainsi qu'à l'élaboration de programmes, garantira la mise au point d'approches innovantes et durables. Mieux comprendre le vieillissement d'une manière positive et fructueuse peut aider à identifier les interventions efficaces qui réduisent les handicaps et améliorent la santé générale des personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH [62].

VIEILLISSEMENT ET VIH : UNE POPULATION VARIEE ET HETEROGENE

La prévention du VIH chez les personnes de 50 ans et plus

40. Un facteur fondamental souvent ignoré concernant les personnes âgées de 50 ans et plus, est que ce groupe est sexuellement actif et qu'elles ont des niveaux différents de connaissances sur la santé sexuelle et reproductive. On estime que 98 000¹⁵ personnes dans les pays à revenu inférieur et intermédiaire ayant plus de 50 ans (45 000¹⁶ femmes et 53 000¹⁷ hommes) ont contracté le VIH en 2015 avec parmi eux, 83 % vivant en Afrique subsaharienne [3]. Très peu de recherches ont été menées sur le comportement sexuel et l'incidence du VIH au sein de ce groupe d'âge [46]. En outre, il existe peu de programmes de prévention et d'éducation complète à la sexualité adaptés aux personnes ayant plus de 50 ans.
41. Dans une enquête menée en 2012 sur les foyers représentatifs au niveau national en Afrique du Sud, 6 % des hommes de plus de 50 ans ont indiqué avoir eu plusieurs partenaires dans les 12 mois précédant l'enquête. 15 % seulement de ces hommes ont précisé avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel [10]. Dans une autre enquête, une personne âgée sur six utilisait probablement des préservatifs et une sur cinq était susceptible de demander le dépistage comparé aux jeunes dans leur vingtaine [66].
42. Des études ont montré que les personnes âgées ont un niveau de connaissances sur le VIH inférieur à celui des jeunes (où le niveau demeure également bas). Cela est particulièrement préoccupant, dans la mesure où les personnes de plus de 50 ans restent actives sexuellement et exposées au VIH. En outre, grâce au déploiement des traitements antirétroviraux, un plus grand nombre de personnes atteintes du VIH vivent plus longtemps. Les personnes âgées sont souvent considérées comme des membres et des responsables communautaires influents, et jouent rôle important en tant que soignants et éducateurs. Bon nombre de personnes font office de ressources d'informations pour les jeunes et les enfants dont elles s'occupent, renforçant ainsi les attitudes et les comportements normatifs dans les sociétés [67].
43. Des données montrent que l'utilisation du préservatif baisse avec l'âge, bien qu'il soit prouvé que les adultes âgés vivant avec le VIH ont des rapports pénétrants non protégés. Les complications que rencontrent les hommes plus âgés pour maintenir une érection contribuent à l'absence d'utilisation de préservatif. Les femmes âgées vivant avec le VIH indiquent que, parce qu'elles sont ménopausées, leurs partenaires masculins ne voient pas la nécessité d'utiliser un préservatif [68].
44. Les personnes âgées de 50 ans et plus sont moins susceptibles d'effectuer un dépistage du VIH et de parler du virus avec leurs partenaires. En dépit de l'activité sexuelle manifeste des personnes âgées de 50 ans et plus, les prestataires de santé discutent peu souvent de l'infection à VIH, et proposent rarement le dépistage du virus à cette tranche d'âge.
45. Les femmes âgées de 50 ans et plus peuvent ne pas se considérer exposées au risque de contracter le VIH, malgré un niveau de risque et d'exposition de modéré à élevé qu'elles encourent durant leur existence [69]. En outre, le dépistage du VIH ne leur est

¹⁵ Marge d'incertitude [75 000 à 130 000]

¹⁶ Marge d'incertitude [35 000 à 59 000]

¹⁷ Marge d'incertitude [41 000 à 69 000]

pas systématiquement proposé. D'après une étude conduite dans neuf lieux en Afrique de l'Ouest, de l'Est et australe, les connaissances générales sur le VIH étaient très faibles chez les femmes de plus de 50 ans [67]. Si elles sont susceptibles d'avoir des connaissances générales sur le VIH et la transmission du virus, elles en ont beaucoup moins sur les risques qu'elles encourent à titre personnel [70]. Les femmes d'âge mûr ont beaucoup plus de chances que les femmes plus jeunes de connaître des changements dans leurs relations, par exemple un divorce, une séparation ou le décès de leurs partenaires, et peuvent donc avoir de nouveaux partenaires après une longue période de célibat [71]. Les femmes âgées qui ont de nouvelles relations (six mois ou moins) ont plus de chances d'avoir des partenaires multiples [72]. Ces femmes discutent probablement moins de la protection contre le VIH et il est généralement plus difficile pour elles de communiquer sur la sexualité [73].

Femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH

46. Les femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH font face à des problèmes de santé et sociaux spécifiques qui doivent être soigneusement pris en considération. Le poids de plus en plus lourd du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH, associé à l'infection du papillomavirus humain, nécessite une attention particulière, compte tenu en particulier de la disponibilité d'un vaccin efficace contre le papillomavirus humain et de celle d'approches réalisables ainsi que d'un bon rapport coût/efficacité pour le dépistage et le traitement de lésions précancéreuses.
47. Les femmes ménopausées et en péri-ménopause sont socialement et biologiquement particulièrement vulnérables. Par exemple, les changements biologiques peuvent exposer les femmes âgées de 50 ans et plus sexuellement actives à des risques accrus de contracter le VIH. La paroi vaginale s'amincit après la ménopause, ce qui augmente les chances de lésions et de déchirures et accroît le risque de la transmission du VIH pendant les rapports sexuels [74].
48. Les femmes vivant avec le VIH semblent perdre leurs fonctions ovariennes plus tôt que les femmes séronégatives, et elles risquent aussi de développer plus facilement une maladie chronique liée à l'âge, par exemple, une maladie cardio-vasculaire [75] et une détérioration de la fonction cognitive [76]. Les femmes vivant avec le VIH ont une moins bonne densité osseuse, pouvant être dû à une combinaison d'une dégradation de leur situation nutritionnelle, de la fonction hormonale et de la constitution corporelle [77].
49. La ménopause aggrave le processus de vieillissement chez les femmes, et les femmes ménopausées risquent davantage que les hommes de connaître des complications. En effet, la perte de leurs hormones sexuelles contribue à un dérèglement du système immunitaire et à une sénescence (état ou processus de dégradation lié à l'âge) [76].
50. Pour les femmes les plus vulnérables, comme celles vivant dans la pauvreté ou les femmes consommatrices de drogue, la situation est encore plus alarmante. Par exemple, la consommation de drogue et la pauvreté sont souvent associées à des symptômes de la ménopause plus importants, et le stress chronique est lié à des risques psychologiques et cardio-vasculaires aggravés [75]. Il est donc impératif d'accorder davantage d'attention à la façon dont la ménopause interagit avec l'infection à VIH et de communiquer ces données aux cliniciens de manière à ce qu'ils établissent un diagnostic approprié et traitent les femmes vivant avec le VIH pendant le passage à la ménopause [75].

51. Pour parvenir à une santé sexuelle complète, il faut faire davantage que répondre aux vulnérabilités, aux risques encourus ou traiter les états cliniques. Il faut reconnaître et respecter les besoins, les désirs et les comportements sexuels des femmes âgées, quelle que soit leur situation matrimoniale ou leur orientation sexuelle [78].
52. Les risques sexuels qu'encourent les femmes et les hommes âgés vivant avec le VIH sont différents. Ainsi, 72 % des hommes hétérosexuels âgés de 50 ans et plus sont sexuellement actifs, comparé à 36 % chez les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes/les hommes bisexuels et 21 % chez les femmes. Cependant, les hommes hétérosexuels ont fait état de taux inférieurs en ce qui concerne l'usage irrégulier de préservatifs par rapport aux deux autres groupes [79]. Les femmes âgées de 50 ans et plus rencontrent davantage de difficultés à avoir des relations sexuelles lorsqu'elles ont été diagnostiquées séropositives [80]. Les femmes âgées de 50 ans et plus, en particulier celles qui sont veuves ou célibataires, peuvent estimer qu'il est embarrassant ou difficile de se procurer des préservatifs ou de demander des conseils sur les pratiques sexuelles sans risque [78].
53. La violence dans le cadre de relations intimes subies par les femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH peut provoquer des dommages corporels qu'il peut être difficile de soigner, ainsi qu'une détresse psychologique pour laquelle elles ne vont probablement pas chercher de l'aide [81]. Parmi les femmes âgées de 50 ans et plus, la violence dans le cadre de relations intimes est synonyme d'un risque accru de contracter le VIH. Cela comprend les antécédents d'IST, les partenaires multiples et les comportements sexuels à risque avec les partenaires. Les femmes de tous les âges font face à des formes diverses de discrimination en raison de leur sexe, du fait de l'inégalité des relations de pouvoir entre les hommes et les femmes et cette discrimination peut être exacerbée avec l'âge. Il existe pour les femmes un obstacle majeur quant à l'accès à la prévention, au traitement du VIH ainsi qu'aux soins et à l'appui. Les interventions comportementales destinées aux femmes âgées de 50 et plus vivant avec le VIH ou exposées au risque de le contracter, doivent prendre en compte les dynamiques de pouvoir et de domination qui prévalent généralement, en particulier dans les relations hétérosexuelles [69], ainsi qu'à l'échelle des institutions.
54. La distribution inégale des responsabilités pour ce qui est de prodiguer des soins représente un défi en soi pour les femmes de 50 ans et plus vivant avec le VIH. En raison de l'insuffisance des systèmes de santé, les pays comptent sur les soins à domicile où des millions de femmes de 50 ans et plus s'occupent d'adultes et de jeunes enfants, y compris des parents et des proches plus âgés. Pour la plupart, ce travail n'est pas rémunéré ni reconnu [82]. Prodiger des soins peut contribuer à la fatigue, un poids financier et accroître le stress mental, psychologique, émotionnel et physique des femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH [83]. La stigmatisation qui entoure le virus peut réduire le soutien social disponible aux proches soignant un malade, augmentant le risque d'épuisement psychologique et l'isolement [23].

Action visant à promouvoir l'émancipation légale des femmes dans le contexte du VIH au Cameroun, Ghana, Kenya, Malawi, Nigeria, Rwanda, Zimbabwe, en Tanzanie et Ouganda.

Dans de nombreuses régions de l'Afrique subsaharienne, des lois, des habitudes et des traditions discriminatoires peuvent avoir des effets négatifs sur les droits, les opportunités et l'accès des femmes aux ressources ou aux services. Ces inégalités augmentent le risque qu'elles encourent de contracter une infection à VIH et réduisent d'autant la possibilité d'avoir accès aux soins, au soutien et à un traitement. Les femmes de 50 ans et plus vivant avec le VIH, et les femmes vivant avec le VIH en général, sont sujettes aux violations des droits de succession et de propriété du fait de la stigmatisation généralisée. Dans certains cas, elles

peuvent être dépossédées de leurs biens, expulsées de force de leurs domiciles et de leurs terres. Cela peut être aggravé pour les veuves et les femmes d'un certain âge vivant avec le VIH, souvent accusées d'être responsables du décès lié au sida de leurs maris. ONU Femmes a mis en place le programme « Action visant à promouvoir l'émancipation légale des femmes dans le contexte du VIH » avec le soutien du ministère Affaires mondiales du Canada. À ce jour, ce ministère a attribué 2,2 millions USD divisé en petites subventions à 20 organisations de services juridiques, organisations communautaires, des réseaux locaux et des organisations de femmes vivant avec le VIH au Cameroun, Ghana, Kenya, Malawi, Niger, Rwanda, Zimbabwe et en Tanzanie et Ouganda. Les objectifs du programme visaient à : 1) augmenter le nombre de cadres et de processus juridiques visant à promouvoir et à protéger les droits de succession et de propriété des femmes dans le contexte du VIH ; 2) renforcer un environnement propice à la promotion et protection des droits de succession et de propriété des femmes au niveau local et 3) travailler avec des groupes locaux et des ONG afin d'aider les femmes vivant avec le VIH, notamment celles de 50 ans et plus, à mieux réclamer et plaider en faveur de leurs droits de succession et de propriété. 130 774 personnes vivant avec ou touchées par le VIH dans les pays cibles, dont 85 % sont des femmes, ont désormais un accès accru aux informations relatives aux droits juridiques, ainsi qu'aux droits de succession et de propriété. Huit des organisations bénéficiaires du programme ont accompli des progrès pour modifier les procédures et les cadres légaux nationaux relatifs aux droits de succession et de propriété des femmes dans leurs pays, tandis que cinq des projets subventionnés ont directement contesté des lois coutumières, ou essayé dans le cadre de leurs activités d'appliquer la législation visant à protéger les femmes.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

55. Il conviendrait de conduire une recherche spécifique sur le vieillissement des femmes vivant avec le VIH, portant entre autres sur l'examen de la ménopause, le traitement de substitution hormonale, les effets du traitement antirétroviral et autres changements liés à l'âge comme les changements cognitifs. La recherche sur la sexualité des femmes âgées de 50 ans et plus doit porter sur des données concernant leur choix, leurs comportements sexuels et l'utilisation du préservatif. La recherche sur les obstacles liés au genre susceptibles d'entraver l'accès aux connaissances, tests, traitements, soins et appuis est également nécessaire, ainsi qu'une meilleure compréhension des interactions, risques et avantages liés à l'utilisation des traitements antirétroviraux associés au traitement de substitution hormonale [69].
56. La communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW) a récemment appelé à agir pour lutter contre l'âgisme et faire en sorte que les femmes vivant avec le VIH aient la possibilité de vieillir avec dignité, en bonne santé, et de bien vieillir [84]. Elles ont prié instamment les responsables afin : d'intégrer dans les ripostes au VIH la question de l'âgisme sexiste et des inégalités entre les sexes ; de consulter directement les femmes de 50 ans et plus vivant avec le VIH afin de comprendre leurs besoins, préoccupations, valeurs et perspectives ; de conduire en priorité une recherche portant sur les femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH et établir des données ventilées par âge et par sexe ; de renforcer les systèmes de santé de manière à offrir des soins de qualité liés au VIH tout au long de la vie ; de faire en sorte que les objectifs de développement durable ne laissent pas de côté les femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH, et enfin d'établir en priorité, et investir dans une approche fondée sur les droits des soins de santé universels et durables destinés aux femmes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH.

Populations clés

57. En ce qui concerne les populations clés vieillissantes, les données liées aux professionnels du sexe, consommateurs de drogues, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, transgenres et détenus, sont encore plus rares mais néanmoins alarmantes. Les populations clés de tout âge sont plus exposées au VIH, souvent à cause d'une combinaison de facteurs socio-légaux, notamment la stigmatisation, la discrimination, des lois et des politiques prohibitives et un manque de services. Les personnes qui s'injectent des drogues âgées de 18 à 49 ans sont 24 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les adultes de la population générale tout comme les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes âgés de 15 à 49 ans ; les professionnels du sexe âgés de 18 à 49 ans sont eux 10 fois plus susceptibles de contracter le VIH ; les transgenres sont 49 fois plus susceptibles de vivre

avec le VIH et les détenus cinq fois plus que les adultes de la population générale [85]. Il est également envisagé que ce risque accru existe pour les personnes de 50 ans et plus au sein des populations clés. Les effets du vieillissement avec le VIH chez les migrants et les populations déplacées sont également à prendre en compte. Beaucoup de données laissent à penser que la santé mentale et physique des lesbiennes, homosexuels, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, bisexuels et transgenres est plus fragile que celle de leurs homologues hétérosexuels, avec des conséquences pour la durée de vie et un risque plus élevé de contracter des maladies mortelles ou potentiellement mortelles, comme les maladies cardio-vasculaires et l'obésité. Les populations clés telles que les consommateurs de drogues et les professionnels du sexe doivent toujours faire face à des environnements juridiques punitifs, sont souvent victimes de violations des droits de l'homme et ont un accès très limité aux services. Elles sont presque partout criminalisées. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, la majorité des consommateurs de drogues vivant avec le VIH se positionnent loin derrière les autres personnes en matière d'accès à des traitements vitaux du VIH en raison de facteurs tels que des niveaux élevés d'autostigmatisation et stigmatisation sociale, de discrimination et de criminalisation. Les populations clés souffrent de taux plus élevés de détresse mentale et sont plus susceptibles de présenter des taux plus élevés de consommation de tabac et d'alcool [86].

58. Globalement, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes continuent d'être davantage exposés au risque de contracter une infection à VIH, quel que soit leur âge. Des études ont montré que bon nombre d'homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ne révèlent pas leurs orientations sexuelles ou les comportements à risques aux prestataires de soins de santé. Une étude a observé que ceux qui la divulguent avaient probablement deux fois plus de chance d'avoir effectué le dépistage du VIH [87]. De nombreux homosexuels et hommes de 50 ans, plus vivant avec le VIH et qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont toujours sexuellement actifs et un certain nombre fait état de comportement à risque élevé, notamment des niveaux élevés de rapports sexuels non protégés et de consommation de drogues [88]. Comme indiqué, la dépression est commune chez des adultes de 50 ans et plus vivant avec le VIH. [5]. Chez les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes des niveaux moyens de dépression ont été associés à un comportement sexuel continu à risque [89]. De récentes orientations de l'OMS mettent en valeur des recommandations pour les populations clés, y compris les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [90].
59. Les transgenres font face à l'exclusion, la discrimination, la violence et au manque d'accès à des soins appropriés [55]. Un nombre important de femmes transgenres se livre au commerce du sexe, qui a été largement associé à l'absence de domicile fixe, à un faible niveau d'éducation, à la consommation de drogue et à un manque perçu de soutien social. En vieillissant, les transgenres affichent des taux de handicap plus élevés, un état de santé général fragile, connaissent la dépression, l'anxiété, la solitude et des idées suicidaires. Beaucoup de transgenres âgés vivent leurs dernières années avec de graves problèmes de santé et sans pouvoir bénéficier de l'appui social et communautaire dont ils ont besoin pour être soignés [91]. Bon nombre de professionnels de santé manquent non seulement des connaissances pour traiter les problèmes cliniques associés au vieillissement, mais également des connaissances concernant les besoins des populations clés, comme les transgenres. En ce qui concerne les transgenres femmes, peu de recherches ont été conduites sur l'interaction entre la prophylaxie pré-exposition, le traitement antirétroviral et les hormones féminisantes. Cela demeure une source de préoccupation importante pour les transgenres femmes qui privilégient l'utilisation d'hormones au détriment du traitement antirétroviral [92].
60. Une étude française a démontré que la prévalence du VIH est pratiquement cinq fois supérieure chez les consommateurs de drogues âgés que chez les jeunes consommateurs de drogues. Concernant les personnes atteintes du VHC la prévalence est deux fois plus élevée [93]. Le traitement des maladies infectieuses est aussi plus problématique pour les consommateurs de drogues âgés. En outre, ces derniers sont disproportionnellement touchés par l'échec du traitement de l'hépatite C. En effet, le traitement de cette maladie est moins efficace quand il est initié à un âge plus avancé, étant donné la détérioration de la réponse immunitaire associée au vieillissement. Ce qui souligne la nécessité d'élargir l'accès au dépistage et au traitement de l'hépatite C, de manière à démarrer le traitement plus jeune, à un âge asymptomatique, lorsque la réponse immunitaire est meilleure [94].

61. Une étude récente conduite en Europe portant sur les données nationales liées au traitement de substitution aux opiacés a montré que dans certains pays, plus de la moitié des patients sont âgés de 40 ans ou plus. Les dernières données montrent que ce groupe d'âge représente 26,5 % de tous les décès connus liés à la consommation de drogue. Ces décès peuvent être directs, c'est-à-dire par overdose, et indirects, c'est-à-dire causés par d'autres raisons, comme le sida, les accidents de la circulation, la violence, le suicide et les problèmes de santé chroniques entraînés par la consommation répétée de drogues (par exemple, problèmes cardio-vasculaires). [94]. Lorsque des services de réduction des risques sont mis en place, ils sont souvent proposés par des jeunes qui ne comprennent pas nécessairement les besoins et les préoccupations spécifiques des consommateurs de drogue plus âgés qui peuvent en outre vivre avec le VIH.
62. Les professionnelles du sexe âgées peuvent encourir un risque plus élevé de contracter le VIH que leurs jeunes pairs. Une étude récente conduite sur les professionnelles du sexe à Guangxi, en Chine, montre un taux beaucoup plus élevé de VIH chez ce groupe comparé à leurs jeunes pairs [95]. Néanmoins, il y a eu très peu de recherches sur les facteurs de risques comportementaux. Les travailleuses du sexe âgées peuvent être désavantagées par rapport aux plus jeunes de la profession. Elles sont plus susceptibles de travailler dans des environnements moins protégés où le risque de contracter le VIH est beaucoup plus élevé [96]. En outre, comme elles doivent soutenir leur famille, elles subissent des pressions financières accrues et peuvent être davantage contraintes d'avoir des rapports sexuels non protégés pour avoir plus d'argent, ou d'accepter des clients exposés au risque de contracter le VIH [97].
63. En ce qui concerne les détenus, la question du VIH et du vieillissement est particulièrement délicate. Par exemple, un détenu de 50 ans a plus de risques d'avoir les problèmes de santé par rapport d'une personne de 60 ans vivant dans une communauté. Les détenus âgés souffrent de problèmes de santé chroniques et multiples, comprenant un état physique et mental fragile. Les détenus âgés vivant avec le VIH sont susceptibles de rencontrer des problèmes de santé plus importants, sans pouvoir bénéficier de l'accès adéquat à des services médicaux appropriés [98]. Les populations clés délinquantes, en particulier les lesbiennes, bisexuels, homosexuels, hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et transgenres (LGBT) ont plus de chances de souffrir d'IST, dont le VIH, de problèmes liés à l'abus de drogues et d'autres problèmes de santé. Le viol en prison augmente aussi de manière importante le risque de contracter le VIH chez les détenus de la communauté LGBT, ceux-ci étant les victimes les plus probables de viols [98].
64. Un examen portant sur plus de 100 études montre un accès restreint à la protection sociale des populations clés vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible [99]. Malgré le manque de données pertinentes concernant les populations clés, il est nécessaire d'établir des stratégies spécifiques afin d'apporter un soutien aux personnes âgées de 50 ans et plus.

Enfants qui naissent et grandissent avec le VIH

La question du vieillissement se pose aussi pour les enfants qui naissent avec le VIH, et qui sont désormais en mesure de grandir grâce à l'accès étendu au traitement antirétroviral. Suite à l'intensification des services de prévention du VIH entre 2000 et 2015, un recul de 70 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants a été enregistré. Malgré ces progrès importants, le nombre élevé d'enfants contractant le VIH demeure inacceptable. Environ 150 000¹⁸ enfants ont été infectés par le VIH en 2015 [3]. Sur les 1,819 million d'enfants âgés de moins de 15 ans vivant avec le VIH, 86 % vivent en Afrique subsaharienne, 11 % en Asie et dans le Pacifique, et les 3 % restant se trouvent dans le reste du monde [3]. La majorité de ces 1,820 million d'enfants séropositifs a contracté le VIH pendant la période périnatale. On estime que 640 000 enfants sont âgés de 10 à 14 ans.

Vieillir avec le VIH est une question qui requiert une attention particulière pour ces enfants placés sous traitement antirétroviral depuis longtemps et qui font face à des défis à mesure qu'ils

¹⁸ Marge d'incertitude [110 000 à 190 000]

¹⁹ Marge d'incertitude [1,5 million à 2,0 millions]

²⁰ Marge d'incertitude [1,5 million à 2,0 millions]

grandissent . Ces questions portent notamment sur la santé mentale, la santé de la reproduction et de la procréation pour les filles, la révélation du statut VIH et le début précoce de la comorbidité. Les enfants nés avec le VIH font non seulement face à leur maladie, mais sont aussi très affectés par le fait de vivre dans une famille infectée par le VIH. Ils sont confrontés à des conséquences négatives qui affectent la santé, le développement cognitif, l'éducation, la santé mentale infantile, l'exposition à l'exploitation et au comportement à risque chez les adolescents, comprenant des risques sexuels, tout cela entraînant des répercussions sur les efforts de prévention et d'appui liés au VIH [100].

Le traitement antirétroviral n'a pas d'effet curatif, ce qui signifie que les jeunes adultes ou les enfants nés avec le VIH devront prendre des médicaments onéreux et potentiellement toxiques pendant des décennies, voire toute leur vie, ce qui pose des défis à relever pour l'individu et le système de soins de santé [38]. Selon un rapport de l'UNICEF couvrant la région Asie-Pacifique, il est possible que de nombreux enfants et adolescents vivant avec le VIH reçoivent des protocoles thérapeutiques avec un traitement insuffisant comme ceux qui proposent du d4T, pouvant contribuer à dégrader la qualité de vie, entraîner des effets secondaires (notamment des manifestations corporelles associées au VIH telles que la lipodystrophie), provoquer une résistance au traitement et un échec thérapeutique. Une volonté politique, l'actualisation des lignes directrices en matière de pédiatrie ainsi que la gestion de l'approvisionnement et de la livraison des médicaments sont toutes des questions importantes pour garantir l'accès à des traitements optimaux aux jeunes qui grandissent avec le VIH [101].

Des études systématiques récentes montrent un retard cognitif chez les enfants à la fois infectés et affectés par le VIH [102]. Ceci engendre des conséquences dans tous les domaines du développement, y compris dans le langage expressif et réceptif, la mémoire, le traitement de l'information, les tâches visuelles et spatiales, la fonction exécutive et la prise de décision. La relation causale du retard cognitif demeure cependant incertaine concernant la distinction entre les éléments attribuables à des facteurs familiaux et ceux imputables à l'exposition antirétrovirale.

Les enfants nés avec le VIH passent par les mêmes phases de développement que leurs pairs séronégatifs pour le passage de l'adolescence à la vie d'adulte, mais doivent faire face à beaucoup de problèmes découlant du VIH, comme la révélation du statut, la stigmatisation, la maladie, l'observance du traitement et les effets secondaires, la santé sexuelle et reproductive, la procréation et la parentalité. Des problèmes qui seront propres aux différents stades du développement et qui demandent des interventions à chaque étape. Il apparaît ainsi urgent d'intervenir pour aider les jeunes affectés dans la période périnatale à révéler leur statut VIH [103]. Un certain nombre de stratégies et de publications utiles visant à soutenir les enfants nés avec le VIH sont référencées dans le document intitulé « Lost in Transition » délivré par l'UNICEF [101]. La santé sexuelle et reproductive est particulièrement importante, car outre le besoin d'une éducation complète à la sexualité ordinaire sur les relations sexuelles sans risque, les relations avec les autres, les IST et les grossesses non planifiées, ces jeunes vivent leurs premières expériences sexuelles en tant que personnes vivant avec le VIH. Cet aspect est particulièrement important lorsque l'on examine les besoins en santé mentale des jeunes déjà enclins à la dépression et qui tentent de les surmonter.

L'importance des programmes de protection sociale a été mise en lumière par certaines études, soulignant les avantages de la prévention du VIH par un panier de protection sociale comprenant l'alimentation scolaire, les transferts monétaires, les conseillers en milieu scolaire, la fourniture du transport, les jardins potagers et autres [104]. Il est également important d'observer la résilience et l'adaptation des enfants nés avec le VIH et vivant dans des familles affectées par le virus [100].

RIPOSTES STRUCTURELLES, SANITAIRES ET SOCIALES AU VIH ET AU VIEILLISSEMENT

Actions du secteur de la santé

65. Les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH font face à un risque accru de développer un large éventail de maladies non transmissibles, en raison de leur infection au VIH ou d'effets secondaires dus au traitement à long terme ou au vieillissement. Ceci exige une gestion clinique et psychosociale complexe posant des difficultés aux systèmes de santé des pays du monde entier.

66. Traiter le VIH en tant que maladie chronique représente des défis conséquents pour les systèmes de santé et inclut un accès ininterrompu au traitement antirétroviral, en veillant à l'observance et au maintien du traitement et à la gestion de nombreuses comorbidités. Tout cela nécessite un système de soin de santé fonctionnel et doté de ressources suffisantes [105]. Les systèmes de soins de santé situés dans les régions où se trouvent la plupart des personnes vivant avec le VIH ont été conçus pour offrir des soins de courte durée. Cependant, ces systèmes ne sont pas bien préparés ou équipés pour proposer des soins en matière de maladies chroniques et gérer les soins et les traitements complexes désormais nécessaires [38]. Il est essentiel de distinguer les soins de courte durée des soins traitant les maladies chroniques dans la transition vers un modèle des soins traitant des maladies chroniques [38].
67. Pour soutenir la préparation des systèmes de santé dans la transition vers des modèles de soins traitant les maladies chroniques et non transmissibles, les ripostes au VIH mondiales, nationales et locales peuvent apporter des enseignements précieux. Beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire ont déjà mis au point et intensifié des programmes de prévention, soins, traitement et prise en charge du VIH pour les personnes vivant avec le virus et confrontées à un état chronique durant toute leur vie. Des mesures pour traiter les maladies non transmissibles pourraient être intégrées dans les systèmes existants déjà renforcés par des investissements dans la riposte contre le VIH [106]. De telles approches intégrant les soins des maladies non transmissibles dans les programmes de lutte contre le VIH sont déjà en place dans un certain nombre de pays.
68. Afin d'être en mesure de fournir des soins complets traitant les maladies chroniques dont la population vieillissante vivant avec le VIH a besoin, il conviendrait d'intégrer davantage, de relier et de coordonner des services liés au VIH dans les secteurs de la santé concernés, pour les maladies non transmissibles, les infections sexuellement transmissibles, la santé sexuelle et reproductive en général, les troubles dus à la consommation de substances, la santé mentale, l'hépatite, la tuberculose, la sécurité sanguine, les soins gériatriques et la violence sexiste [4]. Une meilleure intégration de ces services pourrait réduire les coûts, simplifier et rationaliser les soins pour les clients et plus important encore, aider à obtenir de meilleurs résultats pour les personnes vivant avec le VIH et renforcer les systèmes de santé. Le modèle d'intégration dépendra du système de santé et du contexte national, et devrait aussi contenir des systèmes d'information sur la santé, des services de laboratoire et de diagnostic, la planification des ressources humaines et le renforcement des capacités, la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que la mobilisation des ressources [4].

Programme contre le VIH pour les personnes âgées vivant avec le VIH, Brésil

Les personnes âgées représentent environ 10,7 % de la population de l'état de São Paulo au Brésil, et la politique en matière de santé publique a fait l'objet d'un débat national afin d'aider à soigner cette population et leur garantir le droit universel à la dignité ainsi qu'une certaine qualité de vie. Entre les années 1980 et 2015, approximativement 26 600 cas de sida chez les personnes de 50 ans et plus ont été indiqués, ce qui représente environ 10 % de tous les cas relevés durant la même période. Cependant, ces chiffres ne prennent pas en compte les personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas encore leur statut sérologique. Le Centre de référence pour la formation et le traitement (CRT) dans l'état de São Paulo a créé le programme pour les personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH en 2011, afin de faire face à une meilleure survie et à une meilleure qualité de vie des personnes vivant avec HIV, et de la hausse de la proportion de problèmes associés au vieillissement, notamment les maladies cardiovasculaires et rénales, le diabète et les maladies osseuses. Ce programme privilégie la participation des personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH, qui ne sont pas encore inscrites à des traitements, et se concentre sur les soins complets, avec la contribution de professionnels de domaines associés, dont un gériatre, un nutritionniste et un

pharmacien clinicien. Cependant, le personnel impliqué dans le programme ne se dédie pas uniquement aux personnes âgées de 50 ans et plus, le centre a donc des capacités limitées et ne prend en charge que deux nouveaux patients et deux visites de suivi par semaine. Depuis son démarrage, le programme a atteint presque 350 personnes (65 % d'hommes, 35 % de femmes), dont un patient de 93 ans, et il a contribué à mieux connaître et comprendre les besoins spécifiques des personnes âgées vivant avec le VIH. Le centre favorise l'intégration professionnelle et les échanges de connaissances, tout en créant des opportunités de partenariats avec des organisations de la société civile afin d'accroître le dépistage du VIH, les conseils et l'éducation par les pairs pour le groupe des personnes de 50 ans et plus. Le programme a permis de souligner le manque en ressources humaines qualifiées pour prendre soin des personnes vieillissantes vivant avec le VIH, ainsi que le besoin de sensibiliser les professionnels de la santé aux questions du VIH et du vieillissement.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

69. Les services de soins des maladies chroniques liées au VIH axés sur la population devraient inclure le continuum des soins, comprenant le dépistage, l'évaluation, le suivi de la gestion des risques les plus courants en matière de santé, parmi lesquels les maladies non transmissibles et les comorbidités dont souffrent les personnes vivant avec le VIH, notamment lors des soins primaires. Ces services de soins devraient être adaptés à l'âge. La gestion efficace de la douleur, les soins palliatifs et les soins de fin de vie sont également des interventions qu'il est indispensable d'intégrer dans les services destinés au VIH [107]. Renforcer les liens, y compris avec les services liés aux maladies non transmissibles, garantira des soins complets et intégrés axés sur la personne, et permettra d'accroître l'impact de l'ensemble des programmes [107].
70. Un certain nombre d'éléments doivent faire partie d'un système de santé solide afin que celui-ci offre des services de prévention et de soins du VIH appropriés. Ces éléments doivent garantir aux personnes de tout âge l'accès à des services de prévention du VIH efficaces ; l'accès au dépistage et l'assurance de recevoir et de comprendre les résultats des tests, d'être redirigées vers des services appropriés de prévention du virus ou de bénéficier de soins ; une mise sous traitement antirétroviral à un stade précoce (dès que possible) si elles ont été diagnostiquées positives au VIH ; le suivi et l'adhésion à un traitement efficace ; la redirection vers d'autres traitements antirétroviraux si le traitement est un échec ; un accès aux soins traitant les maladies chroniques et aux soins palliatifs, comprenant la prévention et la gestion des co-infections majeures, des maladies non transmissibles et des comorbidités [107].
71. Les enseignements essentiels tirés de la riposte au VIH incluent : un rôle actif du leadership international, national et communautaire dans la coopération pour la mise au point d'une riposte nationale élargie [108]; des mécanismes de coordination nationale multisectorielle pour la politique, la planification et l'implication d'organisations de la société civile en tant que partenaires à part entière dans la riposte. L'intégration de services liés aux maladies non transmissibles aux systèmes de soins du VIH relativement bien développés dans les pays à revenu faible et intermédiaire présente un certain nombre d'avantages uniques et importants [106].

Stratégies pour une vie saine

72. Les directives de l'OMS indiquent clairement que des stratégies pour la prévention et la réduction des risques de maladies cardio-vasculaires et les facteurs de risque associés, comme une pression artérielle élevée, le tabagisme, l'obésité, une mauvaise alimentation, et le manque d'activité physique, devraient s'appliquer à toutes les personnes vivant avec le VIH [21]. Les soins traitant les maladies chroniques liées au VIH devraient intégrer des interventions comme les conseils et le soutien nutritionnels, l'évaluation nutritionnelle, l'arrêt du tabac, l'encouragement à faire de l'exercice physique, la gestion de la pression artérielle et du cholestérol, contribuant ainsi à réduire les risques de contracter une maladie non transmissible et à améliorer les résultats du traitement pour les personnes vivant avec le VIH [109].

Santé, richesse et bonheur, Royaume-Uni

Un rapport établi en 2010 par le Terrence Higgins Trust (THT), Age UK et la fondation Joseph Rowntree mettait en avant les nombreux inconvénients auxquels devaient faire face les personnes plus âgées vivant avec le VIH : d'un état de santé général plus fragile à des problèmes en matière d'aide sociale et de logement. Ce constat entraîna la création du programme Santé, richesse et bonheur en 2012. Ce dernier soutient le bien-être financier, émotionnel et physique de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH dans 5 grandes villes du Royaume-Uni dans le but d'accroître la résilience et ainsi gérer les phases de transition clés de la vie. Les activités incluent par exemple le soutien des pairs dans la lutte contre l'isolement et la solitude, des prestations de conseils financiers agréés dans de vastes domaines, des thérapies et du soutien émotionnels, et des formations associées au VIH et portant sur le virus et le vieillissement destinées aux organisations traditionnelles. Le programme vise également à informer les politiques et les pratiques par des actions de lobbying et des campagnes en s'appuyant sur le projet. Le programme pilote a été appliqué pour 192 personnes à Londres et son extension nationale a couvert plus de 730 individus. Parmi eux, 328 personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH à ce jour ont renoué avec leurs communautés, ont créé de nouvelles relations sociales et ont développé des réseaux de pairs. 350 personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH ont été soutenues par les conseillers agréés du programme concernant des aspects financiers et des questions de bien-être. Un avantage financier total de 430 000 £ a ainsi été atteint pour les personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH uniquement au cours de la deuxième année. Outre ces aides, le programme a également permis à des personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH de devenir des parrains pour leurs pairs grâce à la mobilisation et au développement de leurs compétences afin qu'ils puissent soutenir ceux qui sont moins aptes. De plus, 82 organisations ont reçu des formations afin de mieux comprendre les besoins des personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH et de trouver des moyens pour leur venir en aide. L'organisation THT a coordonné le programme, en partenariat avec la fondation George House à Manchester. La troisième et dernière année du programme a été financée par le grand fonds de la loterie nationale britannique. Parmi les facteurs déterminants qui ont contribué au succès du programme, il convient de citer l'approche fondée sur le soutien par les pairs et l'accès à un large réseau d'organisations partenaires ayant apporté leur expertise. Il reste cependant des défis à relever, notamment en termes de changements en matière de l'assistance sociale et du bien-être social qui ont désormais des effets conséquents sur les patients tant financièrement qu'en matière de soins.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

73. Les interventions destinées à faire en sorte que les personnes arrêtent de fumer doivent être menées en priorité de manière à limiter la hausse de la mortalité liée au tabac chez les personnes vivant avec le VIH sous traitement, à mesure qu'elles vieillissent [26]. Cela est particulièrement important compte tenu du risque cardio-vasculaire des personnes vivant avec le VIH, un risque qui augmente avec l'âge.

Vieillir avec le VIH : une approche fondée sur les étapes de la vie, European AIDS Treatment Group (EATG)

Il existe encore de nombreux manques en matière de recherches et de politiques associées aux personnes vieillissantes vivant avec le VIH et de transmission de ces informations aux cliniciens, décideurs politiques et personnes vivant avec le virus elles-mêmes. Conscient de cet état de fait, l'European AIDS Treatment Group a mis en œuvre un projet visant à améliorer l'accès aux ressources et au soutien et à accroître la sensibilisation afin de mobiliser des actions à l'échelle locale et nationale. Il vise également à fournir des opportunités de réseautage afin de mettre en commun des efforts plaidant en faveur de la question du VIH et du vieillissement. Le projet cible trois groupes d'âge : les personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus ; les enfants et les jeunes de moins de 25 ans nés avec le virus ou infectés par le VIH à un âge précoce ; et enfin les personnes âgées de 25 à 50 ans vivant avec le virus depuis plus de 10 ans. Les activités incluaient notamment des réunions avec les parties prenantes concentrées sur chaque tranche d'âge et présentant un aperçu des dernières recherches ainsi que les opportunités de réseautage. Des moyens de communication tels que des séminaires en ligne et le site Internet du projet ont servi à transmettre les informations, à proposer des modules de formation, des ressources documentaires, des rapports de réunion des partenaires et des recommandations politiques. Jusqu'à présent, 116 personnes ont assisté aux séminaires en ligne, tandis que plus de 3800 personnes ont visité le site internet du projet (www.ageingwithhiv.com), et que les informations publiées sur sa page Facebook ont été consultées

par 8 669 personnes dans 27 pays. Une conférence de trois jours a été organisée sous le titre de « New Challenges and Unmet Needs of People Living with HIV/AIDS Aged 50+ » afin d'identifier les écarts de connaissances et de formuler des actions, orientées sur le dépistage pour les 50 ans et plus, la divulgation et la stigmatisation, le bien-être et la qualité de vie, ainsi que les soins palliatifs. La conférence a réuni 84 participants de 34 pays. Une des forces essentielles du projet a été son partenariat avec des cliniciens, des chercheurs, des experts et des personnes vivant avec le VIH ainsi que l'implication de ces dernières dans l'élaboration et l'exécution de programmes.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

Vivre plus longtemps avec le VIH dans la région Asie-Pacifique, le réseau d'Asie-Pacifique des PVVS (APN+)

Ce réseau a mené des recherches pour identifier des problèmes touchant les personnes vieillissantes vivant avec le VIH dans la région et éclairer les décisions politiques et les programmations d'interventions afin qu'elles répondent à leurs besoins. Jusqu'à ce jour, ce projet est le seul où la recherche est menée par des personnes vivant elles-mêmes avec le VIH. La recherche a pour objectif de 1) sensibiliser et encourager les discussions entre les personnes vivant avec le VIH dans la région Asie-Pacifique sur la question de vivre plus longtemps avec le virus ; 2) créer un corpus de savoir sur le vieillissement avec le VIH dans le cadre de la culture et du contexte social de la région ; 3) étayer le travail de plaidoyer avec de bonnes pratiques dans les actions associées au VIH et au vieillissement ; et 4) apporter des mesures communautaires positives dans la région sur l'allongement de l'espérance de vie avec le VIH. Le programme a été conçu après une ample consultation des personnes à l'échelle locale et les recherches ont été menées via une méthode en ligne. 360 personnes ont répondu, issues de 21 pays de la région. Les résultats ont montré que seulement 60 % des personnes interrogées suivaient un traitement, un grand nombre ayant des difficultés à accéder aux soins ; moins de la moitié ceux qui suivaient un traitement avaient une charge virale indétectable ; 43 % des personnes interrogées souffraient de dépression, et il y avait également une incidence accrue de tension artérielle élevée, des maladies mentales sans troubles dépressifs, des infections transmises sexuellement, ainsi que des niveaux modérés de maladies rénales et de cancers. Presque la moitié des personnes interrogées n'avaient pas utilisé de préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel. La majorité des personnes se trouvaient également dans des situations économiques difficiles. La recherche a souligné le fait que de nombreuses personnes vieillissantes vivant avec le VIH font face à des problèmes de santé qui, même s'ils ne découlent pas directement du virus ou de son traitement, sont liés de manière indissociable au fait de vivre avec ce virus. L'implication de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH dans la conception et la mise en œuvre du projet a été l'un des facteurs déterminants de réussite. La recherche a fourni des preuves solides qui ont permis d'étayer le plaidoyer des réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH visant à appeler les gouvernements et d'autres institutions à entreprendre des actions. Le défi actuel consiste à garantir de nouveaux financements pour mettre en œuvre des recommandations.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

74. Les interventions nutritionnelles peuvent améliorer la qualité et la durée de vie, renforcer l'efficacité des médicaments, et améliorer la résistance des personnes aux infections [27]. Afin de prévenir la fragilité et améliorer les paramètres immunitaires, les mesures de prévention pourraient consister à mettre en place des stratégies multiples portant sur la gestion médicale, l'amélioration des résultats nutritionnels et l'augmentation de l'activité physique, comprenant le traitement antirétroviral, le traitement des co-infections, le conseil nutritionnel, les compléments alimentaires, avec des agents pharmacologiques qui stimulent l'appétit et l'exercice [30].

75. Les soins palliatifs restent un élément essentiel d'une riposte globale du secteur de la santé, et ce pour garantir la dignité et le confort des personnes dans la gestion de leurs douleurs et autres symptômes [107]. Bien que le pronostic se soit grandement amélioré dans le cas d'un traitement antirétroviral, le VIH demeure une cause de décès, en particulier lorsque le diagnostic est fait à un stade tardif et que les personnes vivant avec le virus deviennent fragiles, accumulent des comorbidités multiples et doivent prendre des décisions de fin de vie sans en avoir discuté avec des professionnels [110]. Les

interventions essentielles en matière de soins palliatifs liés au VIH recouvrent la gestion des symptômes comme la fatigue et la douleur, le traitement des effets indésirables comme la nausée et les vomissements, la garantie d'un appui psychosocial, la planification anticipée des soins et les soins de fin de vie. Une approche de soins palliatifs dans les soins liés au VIH a montré que les résultats sont meilleurs pour les patients et que cela améliore l'observance du traitement antirétroviral [110].

76. Assurer la programmation intégrée et conjointe du VIH et de la tuberculose dans les pays connaissant le poids le plus élevé de la tuberculose et de la co-infection à VIH conduit à une meilleure intégration, l'accès à des interventions cruciales, tout en optimisant l'utilisation des ressources [107]. Un rapport récent de MSF a souligné l'importance de fournir des services systématiques et gratuits de dépistage du VIH dans le cadre des services liés à la tuberculose, les services hospitaliers généraux et dans les centres d'alimentation thérapeutique [111].

Réduction des risques de contracter le VIH et prévention pour les personnes âgées de 50 ans et plus

77. En ce qui concerne les personnes âgées de 50 ans et plus qui risquent de contracter le VIH, il conviendrait de mettre en place une stratégie clé visant à rendre largement accessibles différentes options de prévention et de dépistage du VIH. La combinaison de mesures de prévention du VIH doit intégrer des cours exhaustifs d'éducation sexuelle, des préservatifs féminins et masculins, des activités de communication visant à susciter le changement de comportement, la circoncision masculine et la réduction des risques pour les consommateurs de drogues. Afin d'améliorer l'accès et inciter les personnes à passer les tests de dépistage du VIH, favoriser l'autodiagnostic, créer des liens avec les soins, des stratégies de dépistage communautaires ciblées et novatrices dans les dispensaires seront nécessaires. Les ripostes communautaires peuvent aussi recouvrir des mesures de plaidoyer et des programmes sur le thème « connaître le statut chez les plus de 50 ans ». Il faut établir en priorité des mesures éducatives de prévention ciblées, comprenant des informations sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et le traitement comme moyen de prévention (TasP) pour les populations vieillissantes vivant avec le VIH.
78. La disponibilité des services d'éducation sexuelle, de santé sexuelle et reproductive et de services destinés spécifiquement aux personnes âgées de plus de 50 ans est encore insuffisante. Un examen systématique comprenant 12 études a permis de mettre en lumière divers programmes à mettre en œuvre auprès des personnes plus âgées vivant avec le VIH ; il s'agit, entre autres, de mettre en pratique l'éducation par les pairs pour la formation en matière d'éducation sexuelle, de dispenser une formation en matière de conseil à la sexualité pour ce groupe plus âgé, et d'accroître l'utilisation d'Internet et de la téléphonie mobile pour l'éducation et l'appui [112].
79. Un certain nombre d'actions à différents niveaux sont nécessaires, parmi lesquelles un meilleur accès aux tests et une extension des services de traitement antirétroviral afin d'identifier, de cibler, de maintenir et de soigner les individus plus âgés. Ceci garantira l'initiation opportune du traitement antirétroviral des personnes âgées qui contractent le virus et contribuera à lutter contre le problème d'une reconstitution immunitaire diminuée.

Des interventions structurelles, y compris celles qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination

80. Il est urgent de mettre en place des interventions structurelles afin de lutter contre les causes sous-jacentes de la vulnérabilité, l'inégalité et les iniquités à l'égard des femmes et des hommes âgés vivant avec le VIH et de créer un environnement favorable à la prévention du virus, aux soins et à l'accompagnement ; ceci est particulièrement important pour les populations clés, notamment les personnes vivant avec le virus. La création de programmes visant à la promotion des droits de l'homme, la suppression des lois et pratiques punitives et luttant contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, la discrimination et les violences sexistes est nécessaire.
81. En vue de soutenir le mieux possible les personnes vivant avec le VIH qui vieillissent, il est nécessaire de mener constamment des interventions pour l'éducation et contre la stigmatisation [62]. Les institutions de soins de santé, les écoles pour les enfants vivant avec le VIH, les lieux de travail pour les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH, les maisons de soins pour personnes âgées, ainsi la communauté des hommes et des femmes âgés vivant avec le virus doivent mettre en place des programmes d'interventions ayant pour objectif la diminution et la lutte contre la stigmatisation, l'auto stigmatisation et la honte .

Le VIH et les personnes âgées : Travailler ensemble au Canada

Une évaluation des besoins menée par Realize (initialement le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale) a constaté que seulement 22 % des prestataires de service ont proposé une éducation sur la santé sexuelle destinée aux adultes de 50 ans et plus, et uniquement 14 % offraient des programmes de soutien ciblant les besoins des personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus. 70 % des personnes interrogées n'ont jamais reçu de formation sur le VIH et le vieillissement. Pour répondre à ce besoin, le projet Working together a été mis en place, via la collaboration avec des comités consultatifs comprenant plus d'une douzaine de partenaires. Il visait à accroître la connaissance des besoins des adultes plus âgés vivant avec ou vulnérables au VIH, faciliter les prestations de soins de haute qualité et réduire la stigmatisation associée au VIH et à l'âge, auprès des prestataires de services. L'initiative a pris la forme d'un atelier interactif co-encadré par un formateur national et un prestataire de services local et/ou un adulte de 50 ans et plus vivant avec le VIH, en plus de quatre modules d'auto-apprentissage en ligne. 37 personnes ont participé à la formation pilote en 2014 et en 2016, il y avait 90 participants provenant de 3 villes inscrits à une version révisée du cours. En moyenne, les résultats relatifs aux préjudices associés au VIH, aux stéréotypes et à la discrimination ont tous baissé et, après la formation, plusieurs participants ont déclaré qu'ils se sentaient plus à l'aise et confiants dans leur rôle lorsqu'ils prodiguaient des soins et des services aux clients vivant avec le VIH. Des participants ont signalé être plus confiants dans leurs capacités à aider les personnes plus âgées vivant avec le VIH à s'orienter parmi les programmes de soins de santé et de services sociaux, et dans leurs propres compétences à reconnaître les signes d'une mauvaise santé mentale chez les personnes âgées vivant avec le VIH. Les facteurs qui ont contribué au succès du programme comprennent l'affectation adéquate du temps du personnel et des ressources au développement d'une formation fondée sur des données avérées et une aide technique, ainsi que l'attention dédiée à l'identification de stratégies pour impliquer et fidéliser les participants. L'utilisation d'un format internet a également favorisé la flexibilité en permettant aux apprenants d'étudier à leur propre rythme et de programmer l'apprentissage en fonction d'autres responsabilités. L'implication d'un comité consultatif durant toute la formation a été fondamentale pour son évolution, le suivi et les évaluations.

Répertoire des programmes et services prometteurs pour les personnes âgées vivant avec le VIH au Canada

Sous la coordination du Réseau VIH/SIDA de Toronto, sept agences ont collaboré pour mettre en place un répertoire des programmes et des services disponibles pour les personnes âgées vivant avec le VIH. Un comité intersectoriel, également constitué de

personnes vivant avec le VIH, a été créé pour procéder à une évaluation des besoins des personnes âgées vivant avec le virus et établir un rapport des systèmes de service existants utilisés par cette population. L'objectif était de développer des modèles coordonnés de soins pour les personnes vieillissantes vivant avec le VIH axés sur des résultats améliorés en matière de santé et des logements stables et durables. Il en est ressorti un répertoire contenant les programmes et services existants et prometteurs intégrant la santé, le logement et les soins pratiques, des groupes de soutien, des programmes d'enseignement et d'information et des activités nationales de coordination. Pour de plus amples informations, consultez : <http://bit.ly/2e4nqCI>

Préparation des prestataires de soins de santé

82. Les besoins complexes en matière de traitement des personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec des co-infections au VIH et des comorbidités rendent urgent la dispense d'une formation gériatrique et gérontologique chez les professionnels de santé et les professionnels de soins sociaux, ainsi qu'au sein des travailleurs de santé locaux et l'intégration à la formation médicale aux niveaux doctoral et postdoctoral. Il se peut que les prestataires de soins de santé ne reconnaissent pas les manifestations cliniques d'une infection à VIH avancée chez les personnes âgées de 50 ans et plus, qui présentent une encéphalopathie et le syndrome de dépérissement [18]. Une étude conduite aux États-Unis a montré que lorsque des personnes âgées de 50 ans et plus sont hospitalisées pour une *Pneumocystis jirovecii* (PCP), l'une des infections opportunistes caractéristique du sida les plus courantes, ils ont moins de chance d'être soumis au dépistage du VIH, de recevoir en temps opportun la prophylaxie et le traitement contre la pneumocystose, et de survivre à l'hospitalisation [113]. Bien qu'une formation dans ce domaine soit déjà dispensée dans des pays comme le Cambodge, le Cameroun, le Canada, l'Indonésie, le Japon, le Kenya, le Nigeria et l'Afrique du Sud [23], il existe moins de 25 centres gériatriques dans toute l'Afrique subsaharienne, et dans la plupart des pays de la région, il n'en existe aucun [114]. Les cliniciens des organisations offrant des services liés au VIH ne reçoivent généralement pas de formation continue sur la complexité du VIH chez les patients âgés [114].

Boîte à outils des centres de soins de santé primaires adaptés à l'âge, OMS Kenya

L'OMS a mis en place une boîte à outils de soutenir les personnels de santé en matière de diagnostic et de gestion des maladies chroniques, dans les quatre domaines souvent concernés par le vieillissement : perte de mémoire, incontinence urinaire, dépression et chutes/immobilité. L'objectif de la boîte à outils est de :

- Améliorer les soins de santé primaires fournis aux personnes âgées.
- Sensibiliser et éduquer les personnels de soins de santé primaires aux besoins spécifiques de leurs patients âgés.
- Fournir aux personnels de soins de santé primaires un ensemble d'outils/instruments afin d'évaluer la santé des personnes âgées.
- Sensibiliser les personnels de soins de santé primaires à l'accumulation de handicaps mineurs/majeurs dont souffrent les personnes âgées.
- Établir des orientations sur l'augmentation de la réactivité des procédures de gestion des soins de santé primaires face aux besoins des personnes âgées.
- Établir des orientations sur la réalisation d'audits environnementaux dans les centres de soins de santé primaire afin d'évaluer leur adaptation à l'âge.

La boîte à outils comprend un certain nombre d'instruments, notamment des formulaires d'évaluation, des diaporamas, des lignes directrices nationales, et des outils de dépistage que les personnels de soins de santé primaires peuvent utiliser pour évaluer la santé des personnes âgées et répondre à leurs besoins.

Source : <http://www.who.int/ageing/publications/Age-Friendly-PHC-Centre-toolkitDec08.pdf>

Amérique latine et dans les Caraïbes

Afin de répondre aux défis que représentent les soins de santé primaires, incluant le VIH, qui accompagnent la population vieillissante, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a noué un partenariat avec le Centre interaméricain d'études de la sécurité sociale (CIESS) et l'Académie latino-américaine de la médecine du vieillissement (ALMA) afin d'accroître les ressources humaines destinées aux soins de santé primaires pour les personnes âgées en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Spécialisation dans la gestion de la santé des personnes âgées

Cette initiative régionale développe un leadership dans le domaine du vieillissement et de la santé pour aligner davantage les politiques et les services de santé sur les besoins des personnes âgées. Le programme consiste en un cours de formation théorique et pratique en ligne destiné aux gestionnaires et professionnels concernés par la gestion des programmes et des services pour les personnes âgées, et qui cherchent à accroître leurs compétences dans la gestion des soins de santé de qualité en faveur des personnes âgées. Les gestionnaires qui suivent la formation reçoivent une accréditation qui leur permettra une meilleure gestion des services et la mise en place de normes minimales pour la sélection et l'évaluation des administrateurs de programmes et de services de santé en faveur des personnes âgées dans la région. Entre 2009 et 2012, 128 étudiants issus de différentes professions et de 14 pays des Amériques ont obtenu un diplôme spécialisé, cette formation étant disponible en espagnol, en portugais et en anglais.

Programme de maîtrise en santé et vieillissement

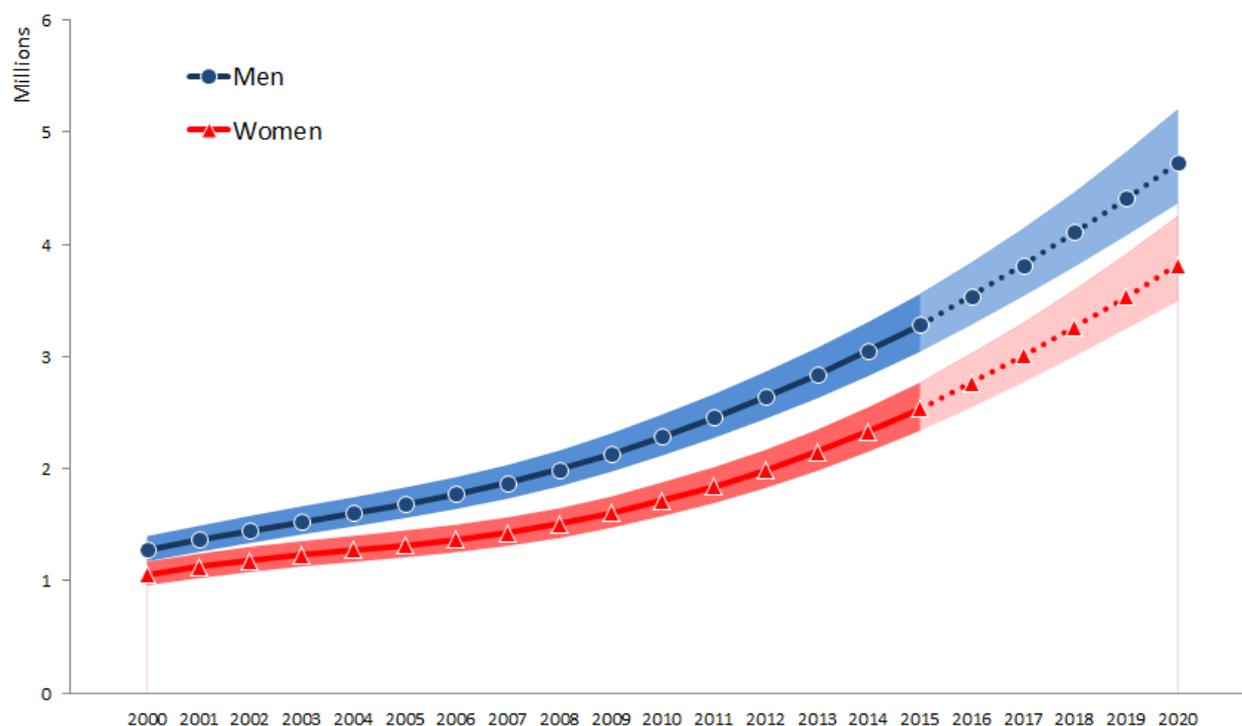
L'OPS et le CIESS ont favorisé la mise en place d'un consortium universitaire en santé publique et vieillissement, regroupant plus de 18 universités. Le programme de maîtrise a été conçu pour former des professionnels compétents, motivés et qualifiés, qui sont capables de rechercher des solutions viables aux problèmes de santé des personnes âgées. L'objectif est de mettre au point des formules visant à promouvoir la santé et prévenir les maladies invalidantes, y compris vivre en bonne santé avec le VIH et améliorer la qualité de vie de ce groupe de population, et à anticiper les défis démographiques, épidémiologiques, économiques, environnementaux et sanitaires actuels.

En encourageant la collaboration entre les 18 universités et les écoles de santé publique de la région, le programme de maîtrise favorise l'intégration, la continuité et la complémentarité de l'enseignement spécialisé, et accroît les ressources humaines disponibles qui permettront de répondre aux besoins de soins de santé primaires des personnes vieillissantes [23].

Production, achats et fournitures durables d'antirétroviraux

83. Les coûts pour administrer un traitement antirétroviral visant à soutenir la population vieillissante vivant avec le VIH sont considérables et doivent être intégrés dans la planification et le financement d'un budget national. À l'échelle mondiale, le groupe des personnes vivant avec le VIH, âgées de 50 et plus va passer d'environ 5,8 millions²¹ de personnes en 2015 à près de 8,5 millions²² en 2020 (voir la figure 3) [3]. Le maintien de la couverture du traitement antirétroviral pour la population vieillissante vivant avec le VIH, comprenant les populations clés vivant avec le VIH, nécessitera des efforts et des ressources ciblés.

Figure 3 : Hommes et femmes vivant avec le VIH (âgés de 50 ans et plus), dans le monde, 2000 à 2020



Source : Estimations 2016 de l'ONUSIDA. Les projections pour 2016-2020 sont fondées sur une intensification théorique du traitement antirétroviral à 81 % d'ici 2020.

Actions du secteur social

84. À mesure que le nombre de personnes de 50 ans et plus augmentera, comprenant celles vivant avec le VIH, les besoins financiers et d'appui social seront également en hausse. En Afrique subsaharienne, les personnes âgées sont généralement prises en charge et reçoivent des soins dans le cadre de familles élargies, avec un lourd fardeau reposant souvent sur les femmes. On ne compte actuellement peu voire aucun programme de pension [115]. Il est important que les décideurs prennent ce problème en considération lorsqu'ils évaluent et mettent en place des mesures visant à soutenir les personnes âgées par le biais des pensions existantes ou de nouvelles pensions, et de systèmes de soins sociaux [46].

²¹ Marge d'incertitude [5,4 millions à 6,3 millions]

²² Marge d'incertitude [7,9 millions à 9,4 millions]

Rencontre des grands-mères ougandaises

En Afrique subsaharienne, de nombreuses grands-mères jouent actuellement un rôle de prise en charge primordial auprès de leurs petits-enfants orphelins. Elles apportent leadership, soins et appui, tout en ayant elles-mêmes à surmonter le deuil ainsi que leurs propres problèmes de maladies et pauvreté. En octobre 2015, la première rencontre nationale des grands-mères ougandaises réunissait 473 grands-mères venant de tout le pays afin de sensibiliser leurs concitoyens à l'échelle nationale aux difficultés qu'elles rencontrent et plaider pour la reconnaissance de leurs droits et un soutien accru. La rencontre était menée par un comité dévoué constitué de six organisations locales clés ougandaises dont les activités sont axées sur les grands-mères et les personnes à leurs charges. Organisée sur trois jours, la rencontre a servi de base aux grands-mères, et aux organisations qui les soutiennent, pour mettre sur pied des agendas visant à faire évoluer leurs droits dans des domaines tels que les pensions de vieillesse et les transferts d'argent, le logement, la terre et l'héritage, la protection contre la violence et un meilleur accès aux traitements et aux soins dédiés au VIH. Des membres du comité d'organisation de la rencontre ont également créé une ONG, « the National Grandmothers' Consortium », qui aura pour mission de suivre les engagements pris durant la rencontre à l'échelle nationale, régionale et locale et de recueillir des ressources et des perspectives durables pour des démarches de sensibilisation permanente par et pour les grands-mères. L'intégration d'organisations populaires ancrées dans les communautés a constitué un élément essentiel dans la réussite de la rencontre. Ces organisations ont apporté une grande expertise en matière d'aide logistique et financière permettant d'organiser un évènement d'un telle ampleur, ainsi qu'un appui soutenu aux grands-mères présentes.. De plus, le comité d'organisation fut fortement renforcé par l'implication des grands-mères elles-mêmes et le programme de la rencontre était guidé par leurs contributions.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

85. Une protection sociale prenant en considération le VIH dans une large mesure est reconnue comme un outil essentiel pour réduire les handicaps, iniquités et inégalités qui rendent les personnes vulnérables au VIH. Cela peut également contribuer à éliminer les obstacles dans l'accès au traitement, réduire les comportements à risque et à atténuer l'impact du VIH sur les ménages [99, 116]. Il importe que les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH demeurent partie prenante de la main-d'œuvre productive aussi longtemps que possible, et qu'elles bénéficient d'une aide pour obtenir les prestations d'assurance et de retraite appropriées, partout où cela est possible. Les personnes vivant avec le VIH et qui sont salariées ont en moyenne 39 % de chances en plus de rester sous traitement antirétroviral que celles qui se trouvent sans emploi [99].
86. La protection sociale renforce la résilience et soutien les personnes vieillissantes et vivant avec le VIH dans la prise de leur traitement à vie [117]. Selon une étude conduite au Guatemala, en Indonésie, au Rwanda et en Ouganda, même lorsqu'il existe une assurance santé/médicale et d'autres services, des obstacles considérables et devant être éliminés, demeurent concernant l'accès et l'utilisation de ces services.. Ces obstacles sont particulièrement difficiles pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Parmi ces quatre pays, la protection sociale est étroitement liée à l'économie formelle, et pourtant, on observe que 61 % des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés travaillent dans l'économie informelle et 7 % sont sans emploi. Les obstacles à l'accès et l'adhésion à la protection sociale sont, entre autres, le manque d'information sur les types d'assistance ou de services sociaux disponibles ; des procédures complexes pour accéder à la protection sociale ; la discrimination et l'auto-stigmatisation ; le coût de la vie avec le VIH [99]. Le type de protection sociale le plus courant est le régime d'assurance-santé et l'accès gratuit aux soins médicaux.

Les personnes âgées réalisent leurs rêves tout en prenant conscience de leurs droits en Thaïlande : Renforcer les capacités afin de promouvoir les droits des personnes âgées et la sécurité d'un revenu en Thaïlande.

Afin de renforcer les capacités pour promouvoir les droits des personnes âgées et la sécurité d'un revenu en Thaïlande, en coopération avec le Groupe des personnes âgées (Older People's Group,

OPG) du district de Banthi (province de Lamphun), une équipe de bénévoles chargée de promouvoir les droits des personnes âgées a été mise en place. Elle a pour mission, en collaboration avec des agences gouvernementales, de mieux faire connaître les droits des personnes âgées, de les protéger, d'encourager et de surveiller leur application. L'équipe intervient dans dix villages pilotes du projet, incluant un total de 4 838 personnes, dont 870 personnes âgées (393 hommes, 477 femmes). Chaque village est doté d'un club pour personnes âgées et le projet mobilise 150 personnes de cette tranche d'âge pour piloter les activités et répondre aux problèmes et besoins de celles vivant avec ou affectées par le VIH. Après une évaluation participative des besoins, la Fondation pour le développement des personnes âgées a fourni un capital de départ aux membres afin de démarrer des activités génératrices de revenus. Les membres du club ont été formés à la gestion de projet, notamment le suivi et l'évaluation, la formulation de propositions, la rédaction de rapport descriptif, la gestion financière de base et la présentation de rapports financiers. Des réunions sous forme d'ateliers servent à renseigner les personnes âgées sur les droits essentiels dont elles peuvent se prévaloir en vertu de la Loi sur les personnes âgées de 2003 et à fournir des informations sur leur quotidien, notamment en ce qui concerne les possibilités d'accès aux services de santé ou au Fonds pour les personnes âgées mis en place par les autorités nationales. L'équipe de bénévoles a également transmis des informations par le bouche à oreilles dans le cadre d'occasions spéciales telles que les jours fériés bouddhistes. Depuis la mise en place de ce projet, les personnes âgées ont acquis de l'autonomie pour accéder aux services de santé et négocier avec les organisations gouvernementales afin d'obtenir des financements pour soutenir leurs groupes. Le travail des groupes de personnes âgées a été reconnu par les autorités locales et les administrations provinciales et la Loi a constitué un banc d'essais pour l'intégration dans les systèmes de santé des soins aux personnes âgées issues des communautés ainsi que pour la sensibilisation aux besoins des familles des personnes vivant avec le VIH. Le projet a obtenu d'excellents résultats en réduisant l'isolement de personnes âgées vivant avec et touchées par le VIH qui ont été de nouveau intégrées dans des activités communautaires, en particulier celles qui génèrent des revenus. Il a également mis en valeur les avantages qu'offre l'intégration des activités et des ressources en collaboration avec les autorités locales, les hôpitaux locaux et autres services gouvernementaux associés.

UNAIDS/PCB (39)/16.25 CRP1

87. Certains problèmes auxquels font face les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH ont été identifiés en ce qui concerne l'aide au revenu, à l'emploi et à la transition vers la retraite. Ces problèmes doivent être pris en compte dans les politiques du domaine social. Par exemple, l'incertitude financière découlant du principe selon lequel l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH est diminuée (en l'absence d'antiviraux disponibles), l'incertitude à propos du passage à la retraite en cas de maladies chroniques, et les préoccupations liées à un logement approprié à long terme des personnes âgées vivant avec le VIH susceptibles également d'être influencées par la stigmatisation sociale [62]. En outre, la réalité de la vie avec une maladie épisodique influence la capacité psychologique des personnes à se projeter à long terme. Une analyse des politiques liées à l'assurance-vie des personnes vivant avec le VIH dans 23 pays a montré des différences importantes dans les possibilités offertes. Certains pays proposent des assurances spécifiquement destinées aux personnes vivant avec le VIH, d'autres offrent des assurances au cas par cas, les critères n'étant pas clairement établis et les régimes d'assurance étant probablement très élevés, d'autres pays n'offrant simplement pas de possibilité d'assurance [118]. Étant donné que l'espérance de vie d'une personne vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral est pratiquement la même que celle d'une personne séronégative, l'accès à l'assurance-vie doit être une priorité [119]. Étant donné que l'isolement social des personnes vieillissantes vivant avec le VIH est un facteur de risque de vieillissement en général, il est important de mettre au point des programmes pour promouvoir l'interaction sociale et l'appui des personnes vieillissantes vivant avec le VIH [62].

Les personnes âgées sont couvertes par certaines stratégies et politiques nationales liées au VIH, et le VIH est intégré dans certains plans et politiques en matière de vieillissement. En Éthiopie par exemple, les personnes âgées sont considérées comme un groupe majeur, à la fois en tant que bénéficiaires et contributeurs, dans le cadre stratégique de la riposte nationale au VIH/SIDA. De même, au Mozambique, la question du vieillissement est intégrée au plan national stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2005-2009.

En Thaïlande, le dixième plan national de lutte contre le sida (2007 à 2011) intègre les personnes âgées en tant que groupe spécifiquement ciblé par les interventions. Au Cambodge, le VIH est pris en considération dans la politique de 2003 pour les personnes âgées. En Afrique du Sud, le VIH/SIDA est pris en compte dans les politiques de 2006 pour les personnes âgées. En Tanzanie également, il est fait spécifiquement référence au VIH dans le cadre de la politique nationale de 2003 sur le vieillissement. Au Kenya, la politique nationale de 2009 relative aux personnes âgées et au vieillissement prend en compte le VIH, et les personnes âgées de 50 à 64 ans sont intégrées dans le plan stratégique national de lutte contre le sida du Kenya (2009/10-2012/13). Certaines enquêtes nationales intègrent désormais des données sur la prévalence et l'infection des personnes âgées de 50 ans et plus, notamment les enquêtes sur les indicateurs du VIH/SIDA au Botswana, au Kenya et au Mozambique.

Aux États-Unis, le Bureau de la Maison-Blanche pour la politique nationale de lutte contre le sida a mis en exergue les problèmes liés au VIH des Américains âgés. Aux États-Unis toujours, le Bureau pour la recherche sur le sida de l'Institut national de la santé a mis en place en 2011 un groupe de travail sur le VIH et le vieillissement. Ce groupe a lancé un programme de recherche consistant à collecter des données factuelles sur les mécanismes et les déclencheurs du déclin fonctionnel, les indices et les marqueurs de substitution des résultats, la recherche sur les interventions et l'infrastructure sociétale, les problèmes liés à la santé mentale et l'abus de substances [23].

88. En raison de l'influence des normes sociétales persistantes sur le rôle des femmes dans la société, les femmes plus âgées sont souvent contraintes de porter elles-mêmes la lourde tâche de prodiguer des soins. Ces femmes devraient recevoir une aide économique, technique et sociale ciblée. Les priorités des soignants non professionnels dans les foyers et les communautés doivent être intégrées aux plans stratégiques et aux budgets nationaux et doivent comprendre des régimes de protection sociale prenant en compte le VIH. Des espaces sûrs doivent être garantis aux femmes âgées vivant avec le VIH afin de participer à la conception, la mise en place et le suivi des ripostes nationales au VIH. Les compétences en leadership et le potentiel d'action des femmes de 50 ans et plus vivant avec le virus devront être renforcés afin qu'elles puissent organiser, participer et avoir accès à des financements durables pour leur travail et leurs vies.

89. Des personnes vivant plus longtemps avec le VIH peuvent aider leur famille et la société par une cohésion sociale, ce qui améliorera les soins apportés aux enfants et offrira davantage de souplesse pour les membres de la famille d'âge moyen qui partent temporairement pour trouver des opportunités de travail plus lucratives [46].

Associations de personnes âgées : exploiter les atouts des personnes âgées, Asie du Sud-Est

Les associations de personnes âgées constituent une approche innovante pour mener une action au sein des communautés. Ces organisations donnent la possibilité à des personnes qui sont à un stade avancé de leur vie, de s'engager activement auprès de leurs communautés et de les servir en exploitant leurs compétences, leurs capacités et leur volonté. L'importance de ces organisations pour promouvoir le bien-être des personnes âgées, incluant les populations pauvres et défavorisées, a été reconnue par l'Association des pays d'Asie du Sud-Est, les Nations Unies, l'OMS et les gouvernements de toute l'Asie [120]. Par exemple, la Chine a publié récemment une politique qui promeut le renforcement et l'augmentation du nombre de leurs 490 000 associations afin de les aligner davantage sur leurs objectifs de développement. Les associations de personnes âgées sont

multifonctionnelles et conduisent un large éventail d'activités ; les plus courantes s'attachent à améliorer les revenus via le microcrédit et les activités génératrices de revenus ; à fournir des soins de santé et un appui aux personnes âgées, notamment par le biais de programmes de soins communautaires ciblant les personnes âgées dépendantes de soins ; à proposer des activités sociales et culturelles ainsi que la préparation aux catastrophes ; et à permettre la participation sociale.

Les associations peuvent aussi fournir une aide sociale sous forme d'argent, de nourriture ou de travail pour les membres de la communauté qui en ont le plus besoin. Les associations travaillent en étroite collaboration avec les autorités publiques non seulement pour s'assurer que les membres de leur communauté reçoivent les services auxquels ils ont droit, comme la pension sociale et l'assurance-santé, mais aussi pour plaider en faveur du développement et de l'augmentation du nombre des services et des ressources fournis par les autorités locales. Les associations œuvrent également pour assurer leur propre viabilité financière, et au Vietnam, des associations ont démontré leur capacité à lever des fonds.

Les associations de personnes âgées disposent d'un potentiel important concernant le vieillissement en bonne santé. Pour leurs membres, elles organisent des bilans de santé réguliers, conduisent des activités d'éducation à la santé, mettent régulièrement en place des séances d'exercice physique, et transmettent des connaissances pour un mode de vie sain, la prévention et la gestion des maladies non transmissibles. En Asie du Sud-Est, les associations mettent actuellement au point une approche communautaire globale afin de soutenir le nombre croissant de personnes âgées fortement dépendantes et qui ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, perçoivent des revenus limités, ou ne bénéficient pas de soins appropriés de la part de leurs familles. Ces activités communautaires recouvrent le recrutement, la formation et la gestion de volontaires qui fourniront une assistance personnalisée à domicile aux personnes âgées qui en ont besoin. Les associations peuvent aussi contribuer à payer le transport jusqu'aux centres de santé en cas de nécessité, et proposent des liens vers des services complémentaires, comme ceux fournissant des appareils d'assistance ou la réadaptation. Certaines associations mobilisent également des ressources et la main d'œuvre afin de réaménager et réparer les maisons, et dans les zones à risque, elles veillent à ce que l'on attribue aux personnes âgées à risque un référent qui les aidera en cas de danger. Les associations de personnes âgées ont exploité efficacement les ressources dont disposent les populations âgées pour mobiliser des communautés entières [4].

UNE APPROCHE FONDEE SUR LES ETAPES DE LA VIE POUR VIEILLIR AVEC LE VIH : DOMAINES D' ACTIONS FUTURES

90. La nécessité de se concentrer sur les populations laissées de côté dans la riposte contre le VIH est inhérente à la cible des ODD visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, l'une de ces populations étant les personnes âgées[116].
91. Il est temps de reconnaître l'épidémie de VIH chez les personnes qui vieillissent, dans le contexte visant à mettre fin au sida d'ici à 2030, et de garantir la fourniture de services intégrés et accessibles aux personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le virus, de manière à répondre correctement aux besoins de ces populations croissantes et de garantir que la population vivant avec le VIH, dans toute sa diversité, puisse vivre en bonne santé. Par ailleurs, à mesure que s'étend l'accès à un traitement de qualité et que des pays initient l'approche d'un accès universel, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH continuera d'augmenter, pouvant potentiellement atteindre celle des personnes séronégatives. Les ripostes au VIH aux niveaux mondial et national doivent anticiper le vieillissement des personnes vivant avec des populations atteintes par le VIH, et établir une transition fructueuse en matière de soins ciblés vers des soins intégrés pour les soins chroniques, et garantir l'accès à des médicaments antirétroviraux de qualité et économiques, dans le cadre de systèmes de santé intégrés, tout en garantissant le respect des droits de l'homme des personnes âgées. Sur la base de

l'analyse présentée ci-dessus, il est possible de dégager un certain nombre d'actions prioritaires :

Domaines de recherche et de développement

92. Afin mieux orienter les politiques et les programmes, il est nécessaire de mener davantage de recherche pour comprendre ce que signifie vieillir avec le VIH en incluant divers points : les effets à long terme du traitement antirétroviral, la comorbidité liée au processus de vieillissement ainsi que d'autres coinfections et MNT; l'efficacité des modifications des traitements dans différents groupes d'âges, l'impact du déclenchement précoce ou tardif du processus de vieillissement ; le processus de vieillissement du corps avec le VIH en général pour les femmes, les hommes nés avec le VIH ainsi qu'auprès des populations clés.
93. Il est urgent de comprendre les facteurs clés de l'incidence du VIH chez les hommes et les femmes âgés de 50 et plus, afin de répondre par des interventions et des politiques de soutien.
94. Des investissements pour la recherche sur de nouvelles formes améliorées d'antirétroviraux sont nécessaires pour les personnes qui suivent des traitements à long terme, présentant idéalement moins de risques de toxicité et d'interactions des médicaments, ainsi que des investissements dans la recherche pour trouver un médicament capable de guérir le VIH et un vaccin. Les essais cliniques doivent intégrer les hommes et les femmes.

Informations stratégiques tenant compte de l'âge

95. Pour pouvoir répondre aux besoins des personnes vieillissantes vivant avec le VIH, des informations stratégiques ventilées par sexe et tenant compte de l'âge sont nécessaires. Comprendre l'épidémiologie de l'infection à VIH chez les personnes âgées de 50 ans et plus peut déboucher sur des interventions pratiques permettant de rendre la vie plus sûre et plus agréable [9] et d'améliorer la qualité de vie en général. Il y a actuellement un manque cruel de surveillance ou d'informations stratégiques concernant les hommes et les femmes âgées vivant avec le VIH [121]. Les enquêtes nationales collectant des données sur la prévalence du VIH recueillent généralement des données chez les femmes de 15 à 49 ans et les hommes de 15 à 54 ans, ce qui réduit la disponibilité des données permettant de suivre la prévalence et les comportements à risque au sein de la population âgée de 50 ans et plus. Par exemple, sur les 30 enquêtes démographiques et de santé menées entre 2004 et 2009, 13 enquêtes seulement portaient sur les hommes âgés, et aucune sur les femmes âgées [9].
96. Il est également important d'avoir des données ventilées par sexe sur l'incidence du VIH chez les personnes âgées de 50 ans et plus, mais ces données font également défaut. On pourrait déterminer l'incidence au moyen du signalement des cas, des essais ou des modèles de l'incidence sérologique. Les pays en développement disposent souvent de systèmes de signalement des cas limités, contrairement aux pays industrialisés [9]. En outre, un certain nombre d'indicateurs mondiaux de comportement à risque de contracter le VIH ciblent les populations âgées de moins de 50 ans.

Des actions sanitaires, sociales et structurelles

97. L'intégration de services liés aux co-infections et aux comorbidités sont des éléments essentiels à prendre en considération concernant le VIH et le vieillissement. Des systèmes de santé et de protection sociale axés sur les personnes (comprenant

l'alimentation la nutrition, et l'emploi) sont nécessaires pour que le VIH soit traité comme une maladie chronique nécessitant une approche fondée sur le cycle de vie.

98. Des soins de santé intégrés pour les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH sont nécessaires et doivent inclure le dépistage et la gestion des maladies cardiovasculaires et autres MNT, ainsi que les facteurs liés au mode de vie tels que le tabac, l'alcool et l'alimentation. Le traitement antirétroviral doit être intégré au système de soins des autres maladies chroniques. Les prestataires de soins de santé doivent être formés afin de répondre aux besoins et aux problèmes spécifiques de cette population. Les services de santé doivent répondre aux changements de soins de santé liés à la reproduction, au vieillissement et au VIH auxquels font face les femmes âgées de plus de 50 ans vivant avec le VIH.
99. Il est nécessaire d'élaborer des directives liées au VIH spécifiques à l'âge. Outre l'apport de conseils en matière de soins et de gestion clinique du VIH, il est également nécessaire d'inclure des recommandations sur les programmes de dépistage et le suivi additionnel des biomarqueurs, en particulier ceux des comorbidités survenant plus fréquemment avec l'âge. Il se peut que les personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH soient suivies par des prestataires de soins de santé généralistes et ne soient redirigées vers des centres spécialisés pour le VIH qu'en cas de non-suppression de la charge virale ou pour la gestion de co-infections et de comorbidités complexes. Ils pourraient alors recevoir des soins intégrés portant sur le mode de vie, les maladies cardio-vasculaires et autres maladies chroniques, ainsi que des soins liés aux complications associées au ARV, comme les interactions médicamenteuses [119].
100. Les interventions structurelles comprenant des programmes luttant contre les inégalités entre les sexes, l'auto-stigmatisation, la stigmatisation et la discrimination, les violences sexistes et la discrimination auxquelles font face les populations clés et les droits pour les hommes et les femmes âgés vivant avec le VIH dans toute leur diversité doivent être privilégiées.
101. Compte tenu de la forte prévalence des symptômes de dépression, d'abus d'alcool ou de drogue chez les personnes vivant avec le VIH (incluant les populations âgées), l'impact de ces conditions sur le maintien et l'observance du TAR, ainsi que l'accès restreint au traitement, il est essentiel que les secteurs sociaux et les secteurs de la santé élaborent et mettent en œuvre des approches afin de lutter contre ces défis majeurs en matière de santé mentale. L'OMS a mis en exergue des recommandations et des priorités pour mettre en place des actions capables de répondre aux défis combinés du VIH et de la santé mentale dans le monde [122].
102. Une attention particulière doit être accordée concernant l'apport d'un soutien psychologique et médical, ainsi que d'une protection sociale concrète pour les personnes âgées de plus de 50 ans vivant avec le VIH dans toute leur diversité.
103. Des programmes d'éducation complète à la sexualité ainsi que des programmes adaptés à l'âge et tenant compte du genre et de la santé sexuelle doivent être élaborés en priorité pour les personnes de 50 ans et plus vivant avec ou exposées au VIH.
104. Des programmes tenant compte des sexospécificités pour les populations clés âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH doivent être adaptés à l'âge, en particulier les services destinés aux femmes, aux consommateurs de drogues, aux professionnels du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux personnes transsexuelles vivant avec le VIH. Des services de réduction des risques adaptés à l'âge sont également essentiels pour les consommateurs de drogues.

105. La production, l'achat et les systèmes de distribution d'antirétroviraux doivent être renforcés afin d'assurer l'apport économique, adéquat et ininterrompu d'antirétroviraux à une population vieillissante et croissante de personnes vivant avec le VIH.
106. En mai 2016, les pays membres de l'Assemblée mondiale de la santé ont adopté la Stratégie mondiale assortie d'un plan d'action sur le vieillissement et la santé 2016-2020 qui recommande la mise en place de cadres nationaux afin d'assurer un vieillissement en bonne santé. Ces cadres nationaux comprennent des politiques fondées sur des données avérées et luttant contre l'âgisme ; la création d'environnements adaptés aux personnes âgées encourageant leur autonomie, la facilitation de leur participation active et la promotion des actions plurisectorielles ; ainsi que l'alignement des systèmes de santé aux besoins des populations plus âgées. Il s'agit là de recommandations essentielles visant à renforcer les actions du secteur de la santé contre le VIH et le vieillissement.

Agenda politique

107. Placer la question du VIH et du vieillissement dans l'agenda international implique d'accroître le leadership et l'engagement politique, un mouvement actif, des systèmes de santé plus solides, un engagement plus ferme dans la formation des ressources humaines et l'amélioration de l'infrastructure clinique, ainsi que l'expertise et les budgets d'appui pour la recherche et les programmes ciblant les personnes âgées vivant avec le VIH.
108. Les organisations de la société civile, en collaboration avec les gouvernements, peuvent plaider en faveur de la réduction des coûts élevés des médicaments afin de traiter les maladies survenant à un stade avancé de la vie, notamment les cancers et les maladies organiques en phase terminale, comme elles l'ont fait pour le traitement antirétroviral [114].

Faire participer de manière significative apprendre des personnes vivant avec le VIH

109. Il est fondamental d'assurer un engagement plus fort des personnes âgées de 50 ans plus vivant avec le VIH dans les processus de décisions, de stratégies et de ripostes destinées à répondre à leurs besoins.
110. Il est important de se concentrer sur la grande force et résilience des personnes âgées de 50 ans plus vivant avec le VIH. De nombreuses personnes vivant avec le VIH ont appris comment faire face à un nombre de défis physiques, sociaux et psychologiques importants. Elles peuvent ainsi représenter un modèle et un leadership positif afin de montrer aux autres comment vivre de manière positive avec le VIH.

[Fin du document]

RÉFÉRENCES

1. WHO. Sixty-Ninth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.4: Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
2. Officer A, Schneiders ML, Wu D, Nash P, Thiyagarajan JA, Beard JR. Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism. *Bull World Health Organ.* 2016;94: 710–710A.
3. UNAIDS. 2016 estimates. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2016.
4. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
5. Grov C, Golub SA, Parsons JT, Brennan M, Karpiak SE. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care.* 2010;22: 630–639. doi:10.1080/09540120903280901
6. UNAIDS. HIV and aging: A special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2013.
7. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet Lond Engl.* 2008;372: 293–299. doi:10.1016/S0140-6736(08)61113-7
8. Balderson BH, Grothaus L, Harrison RG, McCoy K, Mahoney C, Catz S. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. *AIDS Care.* 2013;25: 451–458. doi:10.1080/09540121.2012.712669
9. Schmid GP, Williams BG, Garcia-Calleja JM, Miller C, Segar E, Southworth M, et al. The unexplored story of HIV and ageing. *Bull World Health Organ.* 2009;87: 162–162A.
10. Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, Zuma K, Jooste S, Zungu N, et al. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012. Pretoria, South Africa: The Human Sciences Research Council; 2014.
11. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357: 762–774. doi:10.1056/NEJMoa067423
12. Sormanti M, Shibusawa T. Predictors of condom use and HIV testing among midlife and older women seeking medical services. *J Aging Health.* 2007;19: 705–719. doi:10.1177/0898264307301173
13. 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 Lond Engl.* 2012;26 Suppl 1: S31-37. doi:10.1097/QAD.0b013e3283558446
14. Bakanda C, Birungi J, Mwesigwa R, Ford N, Cooper CL, Au-Yeung C, et al. Association of aging and survival in a large HIV-infected cohort on antiretroviral therapy. *AIDS Lond Engl.* 2011;25: 701–705. doi:10.1097/QAD.0b013e3283437ed7

15. Cornell M, Grimsrud A, Fairall L, Fox MP, van Cutsem G, Giddy J, et al. Temporal changes in programme outcomes among adult patients initiating antiretroviral therapy across South Africa, 2002-2007. *AIDS Lond Engl*. 2010;24: 2263–2270. doi:10.1097/QAD.0b013e32833d45c5
16. Grabar S, Kousignian I, Sobel A, Le Bras P, Gasnault J, Enel P, et al. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the French Hospital Database on HIV. *AIDS Lond Engl*. 2004;18: 2029–2038.
17. Bendavid E, Ford N, Mills EJ. HIV and Africa's elderly: the problems and possibilities. *AIDS Lond Engl*. 2012;26 Suppl 1: S85-91. doi:10.1097/QAD.0b013e3283558513
18. Kirk JB, Goetz MB. Human immunodeficiency virus in an aging population, a complication of success. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57: 2129–2138. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02494.x
19. Kaufmann GR, Furrer H, Ledergerber B, Perrin L, Opravil M, Vernazza P, et al. Characteristics, determinants, and clinical relevance of CD4 T cell recovery to <500 cells/microL in HIV type 1-infected individuals receiving potent antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2005;41: 361–372. doi:10.1086/431484
20. Lacerda HR, Kitner D. Mortality of the elderly is still exceedingly high at diagnosis of AIDS despite favourable outcomes after highly active antiretroviral therapy in Recife, Brazil. *Int J STD AIDS*. 2008;19: 450–454. doi:10.1258/ijisa.2008.007317
21. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection Recommendations for a public health approach - Second edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
22. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV cohort study. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2014;59: 1787–1797. doi:10.1093/cid/ciu701
23. United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge. New York, USA: United Nations Population Fund; 2012.
24. Dryden-Peterson S, Medhin H, Kebabonye-Pusoentsi M, Seage GR, Suneja G, Kayembe MKA, et al. Cancer Incidence following Expansion of HIV Treatment in Botswana. *PloS One*. 2015;10: e0135602. doi:10.1371/journal.pone.0135602
25. Nasi M, De Biasi S, Gibellini L, Bianchini E, Pecorini S, Bacca V, et al. Ageing and inflammation in patients with HIV infection. *Clin Exp Immunol*. 2016; doi:10.1111/cei.12814
26. Helleberg M, May MT, Ingle SM, Dabis F, Reiss P, Fätkenheuer G, et al. Smoking and life expectancy among HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Europe and North America. *AIDS Lond Engl*. 2015;29: 221–229. doi:10.1097/QAD.0000000000000540
27. Somarriba G, Neri D, Schaefer N, Miller TL. The effect of aging, nutrition, and exercise during HIV infection. *HIVAIDS Auckl NZ*. 2010;2: 191–201. doi:10.2147/HIV.S9069
28. Rasmussen LD, Kessel L, Molander LD, Pedersen C, Gerstoft J, Kronborg G, et al. Risk of cataract surgery in HIV-infected individuals: a Danish Nationwide Population-based cohort study. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2011;53: 1156–1163. doi:10.1093/cid/cir675

29. Nakanjako D, Otiti-Sengeri J, Ssewanyana I, Nabatanzi R, Bayigga L, Kirimunda S, et al. CD4 T-cell activation and reduced regulatory T-cell populations are associated with early development of cataracts among HIV-infected adults in Uganda. *Immunol Lett.* 2014;161: 44–49. doi:10.1016/j.imlet.2014.04.011
30. Enel P, Retornaz F, Petit N, Darque A, Bregigeon S, Ravaux I, et al. Are frailty, precariousness, and comorbidity related in HIV-infected ageing patients? 6th HIV and Aging Workshop; 2015; Washington DC, USA.
31. Schaaf HS, Collins A, Bekker A, Davies PDO. Tuberculosis at extremes of age. *Respirol Carlton Vic.* 2010;15: 747–763. doi:10.1111/j.1440-1843.2010.01784.x
32. Singhatiraj E. HIV Co-Infections with Hepatitis B and C. *J AIDS Clin Res.* 2013;1. doi:10.4172/2155-6113.S3-001
33. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016;16: 797–808. doi:10.1016/S1473-3099(15)00485-5
34. Soriano V, Vispo E, Fernandez-Montero JV, Labarga P, Barreiro P. Update on HIV/HCV coinfection. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2013;10: 226–234. doi:10.1007/s11904-013-0169-5
35. van der Helm J, Geskus R, Sabin C, Meyer L, Del Amo J, Chêne G, et al. Effect of HCV infection on cause-specific mortality after HIV seroconversion, before and after 1997. *Gastroenterology.* 2013;144: 751–760.e2. doi:10.1053/j.gastro.2012.12.026
36. Schuster RM, Gonzalez R. Substance Abuse, Hepatitis C, and Aging in HIV: Common Cofactors that Contribute to Neurobehavioral Disturbances. *Neurobehav HIV Med.* 2012;2012: 15–34. doi:10.2147/NBHIV.S17408
37. Jakovljević M, Ostojić L. Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other. *Psychiatr Danub.* 2013;25 Suppl 1: 18–28.
38. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet Lond Engl.* 2013;382: 1525–1533. doi:10.1016/S0140-6736(13)61809-7
39. Guaraldi G, Zona S, Brothers TD, Carli F, Stentarelli C, Dolci G, et al. Aging with HIV vs. HIV seroconversion at older age: a diverse population with distinct comorbidity profiles. *PloS One.* 2015;10: e0118531. doi:10.1371/journal.pone.0118531
40. Sridhar D, Batniji R. Misfinancing global health: a case for transparency in disbursements and decision making. *Lancet Lond Engl.* 2008;372: 1185–1191. doi:10.1016/S0140-6736(08)61485-3
41. De Francesco D, Malagoli A, Theou O, Zona S, Carli F, Dolci G, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a “geriatric HIV” modeling study. Glasgow, UK; 2016.
42. Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Study Group, Sabin CA, Smith CJ, d’Arminio Monforte A, Battegay M, Gabiano C, et al. Response to combination antiretroviral therapy: variation by age. *AIDS Lond Engl.* 2008;22: 1463–1473. doi:10.1097/QAD.0b013e3282f88d02

43. Mussini C, Manzardo C, Johnson M, Monforte A d'Arminio, Uberti-Foppa C, Antinori A, et al. Patients presenting with AIDS in the HAART era: a collaborative cohort analysis. *AIDS Lond Engl*. 2008;22: 2461–2469. doi:10.1097/QAD.0b013e328314b5f1
44. Silverberg MJ, Leyden W, Horberg MA, DeLorenze GN, Klein D, Quesenberry CP. Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. *Arch Intern Med*. 2007;167: 684–691. doi:10.1001/archinte.167.7.684
45. Boyd M, Emery S, Cooper DA. Antiretroviral roll-out: the problem of second-line therapy. *Lancet Lond Engl*. 2009;374: 185–186. doi:10.1016/S0140-6736(09)61313-1
46. Hontelez JAC, de Vlas SJ, Baltussen R, Newell M-L, Bakker R, Tanser F, et al. The impact of antiretroviral treatment on the age composition of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *AIDS Lond Engl*. 2012;26 Suppl 1: S19-30. doi:10.1097/QAD.0b013e3283558526
47. Justice AC, McGinnis KA, Atkinson JH, Heaton RK, Young C, Sadek J, et al. Psychiatric and neurocognitive disorders among HIV-positive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort Five-Site Study. *AIDS Lond Engl*. 2004;18 Suppl 1: S49-59.
48. Hinkin CH, Castellon SA, Atkinson JH, Goodkin K. Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *J Clin Epidemiol*. 2001;54 Suppl 1: S44-52.
49. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med*. 2008;38: 365–374. doi:10.1017/S0033291707002012
50. Rabkin JG. HIV and depression: 2008 review and update. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2008;5: 163–171.
51. Leserman J, Pence BW, Whetten K, Mugavero MJ, Thielman NM, Swartz MS, et al. Relation of lifetime trauma and depressive symptoms to mortality in HIV. *Am J Psychiatry*. 2007;164: 1707–1713. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06111775
52. Heckman TG, Heckman BD, Kochman A, Sikkema KJ, Suhr J, Goodkin K. Psychological symptoms among persons 50 years of age and older living with HIV disease. *Aging Ment Health*. 2002;6: 121–128. doi:10.1080/13607860220126709a
53. Forstein M. Depression in the Aging HIV Infected Population - Clinical Recommendations. In: *HIV and Aging* [Internet]. 26 Jan 2016 [cited 5 Nov 2016]. Available: <http://hiv-age.org/2016/01/26/depression-in-the-aging-hiv-infected-population/>
54. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16: 18640.
55. UNAIDS. The Gap Report (2014) [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2014. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
56. Emler CA. An examination of the social networks and social isolation in older and younger adults living with HIV/AIDS. *Health Soc Work*. 2006;31: 299–308.
57. Psaros C, Barinas J, Robbins GK, Bedoya CA, Safren SA, Park ER. Intimacy and Sexual Decision Making: Exploring the Perspective of HIV Positive Women Over 50. *AIDS Patient Care STDs*. 2012;26: 755–760. doi:10.1089/apc.2012.0256

58. Schrimshaw EW, Siegel K. Perceived barriers to social support from family and friends among older adults with HIV/AIDS. *J Health Psychol.* 2003;8: 738–752. doi:10.1177/13591053030086007
59. Shippy RA, Karpiak SE. Perceptions of Support Among Older Adults With HIV. *Res Aging.* 2005;27: 290–306. doi:10.1177/0164027504273780
60. Karpiak SE, Shippy RA. *Research on Older Adults with HIV.* New York, USA: AIDS Community Research Initiative of America; 2006.
61. Masten J. Managing the Triple Threat: Strategies for Older Gay Men With HIV. *ACHIEVE.* 2015;7: 12–15.
62. Solomon P, O’Brien K, Wilkins S, Gervais N. Aging with HIV and disability: the role of uncertainty. *AIDS Care.* 2014;26: 240–245. doi:10.1080/09540121.2013.811209
63. Global Alliance for the Rights of Older People. What are older people’s rights? [Internet]. [cited 10 Oct 2016]. Available: <http://www.rightsofolderpeople.org/what-are-older-peoples-rights/>
64. Siegel K, Raveis V, Karus D. Perceived Advantages and Disadvantages of Age among Older HIV-Infected Adults. *Res Aging.* 1998;20: 686–711. doi:10.1177/0164027598206004
65. Emlert CA, Tozay S, Raveis VH. “I’m not going to die from the AIDS”: resilience in aging with HIV disease. *The Gerontologist.* 2011;51: 101–111. doi:10.1093/geront/gnq060
66. Sankar A, Nevedal A, Neufeld S, Berry R, Luborsky M. What do we know about older adults and HIV? A review of social and behavioral literature. *AIDS Care.* 2011;23: 1187–1207. doi:10.1080/09540121.2011.564115
67. Negin J, Nemser B, Cumming R, Lelera E, Ben Amor Y, Pronyk P. HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. *AIDS Behav.* 2012;16: 63–68. doi:10.1007/s10461-011-9994-y
68. Taylor TN, Karpiak SE. Clinical Recommendations: PrEP and the Older Adult with HIV. In: *HIV and Aging* [Internet]. 23 Feb 2016 [cited 10 Oct 2016]. Available: <http://hiv-age.org/2016/02/23/prep-and-the-older-adult-with-hiv/>
69. Durvasula R. HIV/AIDS in Older Women: Unique Challenges, Unmet Needs. *Behav Med Wash DC.* 2014;40: 85–98. doi:10.1080/08964289.2014.893983
70. Winningham A, Richter D, Corwin S, Gore-Felton C. Perceptions of Vulnerability to HIV Among Older African American Women. *J HIV/AIDS Soc Serv.* 2004;3: 25–42. doi:10.1300/J187v03n01_04
71. Sherman CA, Harvey SM, Noell J. “Are they still having sex?” STI’s and unintended pregnancy among mid-life women. *J Women Aging.* 2005;17: 41–55. doi:10.1300/J074v17n03_04
72. Sormanti M, Wu E, El-Bassel N. Considering HIV risk and intimate partner violence among older women of color: a descriptive analysis. *Women Health.* 2004;39: 45–63. doi:10.1300/J013v39n01_03

73. Zablotsky D, Kennedy M. Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: knowledge, options, and the initiation of safer sexual practices. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2003;33 Suppl 2: S122-130.
74. Drew O, Sherrard J. Sexually transmitted infections in the older woman. *Menopause Int*. 2008;14: 134–135. doi:10.1258/mi.2008.008020
75. Santoro N, Fan M, Maslow B, Schoenbaum E. Women and HIV infection: the makings of a midlife crisis. *Maturitas*. 2009;64: 160–164. doi:10.1016/j.maturitas.2009.09.001
76. Alcaide ML, Parmigiani A, Pallikkuth S, Roach M, Freguja R, Della Negra M, et al. Immune activation in HIV-infected aging women on antiretrovirals--implications for age-associated comorbidities: a cross-sectional pilot study. *PloS One*. 2013;8: e63804. doi:10.1371/journal.pone.0063804
77. Dolan SE, Huang JS, Killilea KM, Sullivan MP, Aliabadi N, Grinspoon S. Reduced bone density in HIV-infected women. *AIDS Lond Engl*. 2004;18: 475–483.
78. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ*. 2013;91: 707–709. doi:10.2471/BLT.13.119230
79. Lovejoy TI, Heckman TG, Sikkema KJ, Hansen NB, Kochman A, Suhr JA, et al. Patterns and correlates of sexual activity and condom use behavior in persons 50-plus years of age living with HIV/AIDS. *AIDS Behav*. 2008;12: 943–956. doi:10.1007/s10461-008-9384-2
80. Siegel K, Schrimshaw EW. Reasons for the adoption of celibacy among older men and women living with HIV/AIDS. *J Sex Res*. 2003;40: 189–200. doi:10.1080/00224490309552180
81. Wyatt GE, Myers HF, Williams JK, Kitchen CR, Loeb T, Carmona JV, et al. Does a history of trauma contribute to HIV risk for women of color? Implications for prevention and policy. *Am J Public Health*. 2002;92: 660–665.
82. Budlender D. Compensation for Contributions: Report on interviews with volunteer caregivers in six countries. New York, USA: The Huairou Commission; 2010.
83. Chimwaza AF, Watkins SC. Giving care to people with symptoms of AIDS in rural sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2004;16: 795–807. doi:10.1080/09540120412331290211
84. International Community of Women Living with HIV (ICW). ICW demands to age gracefully with HIV and asks for an end to ageism within the HIV response. [Internet]. International Community of Women Living with HIV (ICW); 2016. Available: <http://www.iamicw.org/CampaignProcess.aspx?A=View&Data=%2brYBauiozXMYHavcUrEo1A%3d%3d>
85. United Nations General Assembly. Political declaration on HIV and AIDS: On the fast track to accelerate the fight against HIV and to end the AIDS epidemic by 2030. New York, USA: United Nations; 2016 Jun.
86. Henderson N, Almack K. Lesbian, gay, bisexual, transgender ageing and care: A literature study. *Soc Work*. 2016;52: 267–279. doi:10.15270/52-2-504
87. Bernstein KT, Liu K-L, Begier EM, Koblin B, Karpati A, Murrill C. Same-Sex Attraction Disclosure to Health Care Providers Among New York City Men Who Have Sex With Men: Implications for

- HIV Testing Approaches. *Arch Intern Med.* 2008;168: 1458–1464.
doi:10.1001/archinte.168.13.1458
88. Golub SA, Tomassilli JC, Pantalone DW, Brennan M, Karpiak SE, Parsons JT. Prevalence and correlates of sexual behavior and risk management among HIV-positive adults over 50. *Sex Transm Dis.* 2010;37: 615–620.
 89. O’Cleirigh C, Newcomb ME, Mayer KH, Skeer M, Traeger L, Safren SA. Moderate levels of depression predict sexual transmission risk in HIV-infected MSM: a longitudinal analysis of data from six sites involved in a “prevention for positives” study. *AIDS Behav.* 2013;17: 1764–1769.
doi:10.1007/s10461-013-0462-8
 90. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
 91. SAGE. SAGE - The Issues - Transgender Aging. In: SAGEusa.org [Internet]. [cited 15 Oct 2016]. Available: <http://www.sageusa.org/issues/transgender.cfm>
 92. Poteat TC. Abstract 79: HIV in transgender populations: charted and uncharted waters. Boston, MA, USA: CROI Foundation; 2016.
 93. Toufik A, Cadet-Tairou A, Janssen E, Gandilhon M. Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. Paris, France: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2008.
 94. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Treatment and care for older drug users. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2010.
 95. Zhou Y, Li X, Zhang C, Tan G, Stanton B, Zhang X, et al. Rates of HIV, syphilis, and HCV infections among different demographic groups of female sex workers in Guangxi China: evidence from 2010 national sentinel surveillance data. *AIDS Care.* 2013;25: 1433–1441.
doi:10.1080/09540121.2013.772282
 96. Shen Z, Zhang C, Li X, Su S, Cui Y, Zhou Y, et al. HIV-related behavioral risk factors among older female sex workers in Guangxi, China. *AIDS Care.* 2014;26: 1407–1410.
doi:10.1080/09540121.2014.913764
 97. Zhang C, Li X, Hong Y, Zhou Y, Liu W, Stanton B. Unprotected sex with their clients among low-paying female sex workers in southwest China. *AIDS Care.* 2013;25: 503–506.
doi:10.1080/09540121.2012.726345
 98. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet Lond Engl.* 2011;377: 956–965.
doi:10.1016/S0140-6736(10)61053-7
 99. International Labour Organization. Access to and Effects of social protection on workers living with HIV and their households: An analytical report. Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 2014.
 100. Sherr L, Cluver LD, Betancourt TS, Kellerman SE, Richter LM, Desmond C. Evidence of impact: health, psychological and social effects of adult HIV on children. *AIDS Lond Engl.* 2014;28 Suppl 3: S251-259. doi:10.1097/QAD.0000000000000327

101. UNICEF, UNESCO, TREATASIA, APN Plus. LOST IN TRANSITIONS: Current issues faced by adolescents living with HIV in Asia Pacific. [Internet]. Bangkok, Thailand: Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS; Available: http://www.unicef.org/eapro/Lost_in_Transitions.pdf
102. Sherr L, Croome N, Parra Castaneda K, Bradshaw K. A systematic review of psychological functioning of children exposed to HIV: using evidence to plan for tomorrow's HIV needs. *AIDS Behav.* 2014;18: 2059–2074. doi:10.1007/s10461-014-0747-6
103. Richter LM, Mofenson LM. Children born into families affected by HIV: *AIDS.* 2014;28: S241–S244. doi:10.1097/QAD.0000000000000361
104. Cluver LD, Orkin FM, Boyes ME, Sherr L. Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa. *AIDS Lond Engl.* 2014;28 Suppl 3: S389-397. doi:10.1097/QAD.0000000000000340
105. Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP, Losina E, Muccio T, Sax PE, et al. The lifetime cost of current human immunodeficiency virus care in the United States. *Med Care.* 2006;44: 990–997. doi:10.1097/01.mlr.0000228021.89490.2a
106. Lamptey P, Dirks R, Torpey K, Mastro TD. Discussion paper on how to promote the inclusion of the prevention and control of noncommunicable diseases within other programmatic areas. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
107. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV 2016–2021: Towards Ending AIDS. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
108. Lamptey P, Merson M, Piot P, Reddy KS, Dirks R. Informing the 2011 UN Session on Noncommunicable Diseases: applying lessons from the AIDS response. *PLoS Med.* 2011;8: e1001086. doi:10.1371/journal.pmed.1001086
109. World Health Organization. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
110. European AIDS Treatment Group (EATG). Conference Report: Ageing with HIV - A Lifecycle Approach. Brussels, Belgium: European AIDS Treatment Group (EATG); 2016.
111. Medecins Sans Frontieres (MSF). Le Prix de l'oubli - Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH. Paris, France: Medecins Sans Frontieres (MSF); 2016.
112. Negin J, Rozea A, Martiniuk AL. HIV behavioural interventions targeted towards older adults: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014;14: 507. doi:10.1186/1471-2458-14-507
113. Sureka A, Parada JP, Deloria-Knoll M, Chmiel JS, Phan L, Lyons TM, et al. HIV-related pneumonia care in older patients hospitalized in the early HAART era. *AIDS Patient Care STDs.* 2004;18: 99–107. doi:10.1089/108729104322802524
114. Mills EJ, Bärnighausen T, Negin J. HIV and aging--preparing for the challenges ahead. *N Engl J Med.* 2012;366: 1270–1273. doi:10.1056/NEJMp1113643

115. Stewart F, Yermo J. Pensions in Africa, OECD Working Papers on Insurance and Private Pensions, No. 30. Paris, France: OECD Publishing; 2009.
116. UNAIDS. Social Protection: Advancing the Response to HIV. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2015.
117. International Labour Organization. The Impact of Employment on HIV Treatment Adherence. Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 2013.
118. AIDS-Hilfe Schweiz. Life insurance policies for people living with HIV: International analysis. Zurich, Switzerland: AIDS-Hilfe Schweiz; 2008.
119. Nakagawa F, May M, Phillips A. Life expectancy living with HIV: recent estimates and future implications. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26: 17–25. doi:10.1097/QCO.0b013e32835ba6b1
120. Tanner B, Tilse C, Jonge D de. Restoring and Sustaining Home: The Impact of Home Modifications on the Meaning of Home for Older People. *J Hous Elder.* 2008;22: 195–215. doi:10.1080/02763890802232048
121. Vollmer S, Alfven T, Padayachy J, Harttgen K, Ghys PD, Bärnighausen T. HIV surveys in older adults: better data, better health. *Lancet HIV.* 2015;2: e40-41. doi:10.1016/S2352-3018(15)00004-1
122. World Health Organization. HIV/AIDS and mental health: report by the Secretariat [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Available: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/2107>