

SUIVI DU SEGMENT THÉMATIQUE DE LA 39^E RÉUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME :

VIH et vieillissement

Document supplémentaire pour ce point : aucun

Actions requises lors de cette réunion – Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

(voir les décisions mentionnées dans les paragraphes ci-dessous)

30. *Prendre note* du rapport de synthèse du débat thématique du Conseil de Coordination du Programme sur le VIH et le vieillissement.

31. *Reconnaître* que :

- a. La question du VIH et du vieillissement nécessite, d'adopter une approche fondée sur le cycle de vie et des stratégies adaptées à chaque tranche d'âge, et prendre en compte les problèmes de santé physique et mentale ainsi que le besoin de protection sociale ;
- b. Le vieillissement des personnes vivant avec le VIH mesure la réussite et non l'échec de la riposte à la maladie et qu'il est impératif de renforcer notre action dès maintenant pour répondre de manière proactive aux besoins des personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le virus, qu'il s'agisse des générations actuelles ou futures ;
- c. Les communautés, les gouvernements, les responsables politiques, la société civile et, en particulier, les personnes âgées qui vivent avec le VIH, ont un rôle essentiel à jouer pour faire en sorte qu'une réponse cohérente et efficace soit apportée à la question du VIH et du vieillissement.
- d. Des obstacles systémiques et structurels perpétuent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes âgées et empêchent d'accéder à l'information portant sur le VIH ainsi qu'aux services de lutte contre la maladie ;
- e. Il est nécessaire de poursuivre l'innovation et la recherche pour, d'une part, mettre au point des traitements antirétroviraux plus simples et moins toxiques ainsi que des traitements des affections liées à l'âge, et d'autre part, étudier les interactions entre ces différents traitements.

32. *Demander* aux États membres de :

- a. Investir dans des systèmes de santé et de protection sociale centrés sur les individus et faire en sorte que les professionnels de santé et les travailleurs sociaux acquièrent des connaissances et des compétences d'un niveau approprié ;
- b. Soutenir la recherche visant à améliorer la compréhension du vieillissement avec le VIH, et notamment des effets à long terme des traitements antirétroviraux, des interactions entre les antirétroviraux et les traitements des affections liées à l'âge, et de la possibilité d'un vieillissement accéléré et accentué par le virus ;
- c. Améliorer les systèmes de collecte de données et de suivi de manière à pouvoir fournir des informations stratégiques sur les personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le VIH ou qui sont exposées au risque d'infection ;
- d. Soutenir des interventions structurelles, notamment des réformes juridiques et politiques pour lever les obstacles et améliorer l'accès aux services, une éducation sexuelle intégrée pour les personnes âgées, des dispositifs de protection sociale ainsi que des programmes pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés.
- e. Investir dans des interventions éclairées par des données probantes et adaptées aux différentes tranches d'âge, ayant pour but d'intensifier et de promouvoir le dépistage du VIH et l'orientation vers une prise en charge sur la durée.

33. *Demander au Programme commun*, en collaboration avec des partenaires, de renforcer l'appui apporté aux pays pour intégrer et mettre en œuvre des programmes complets sur le vieillissement avec le VIH, et d'allouer des ressources en conséquence.

Conséquences financières des décisions : aucune

CONTEXTE

1. Lors de la 39^e réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (le Conseil), un segment thématique était consacré à la question du vieillissement des personnes vivant avec le VIH. La décision de traiter ce thème avait été prise lors de la 38^e réunion du Conseil de juin 2016.
2. Le présent rapport résume les présentations et les discussions du débat thématique de la 39^e réunion. Plutôt que de reprendre toutes les interventions des participants, le rapport récapitule les thèmes et les points principaux qui sont ressortis du débat. Il devra être lu conjointement avec le document de référence (UNAIDS/PCB (39)/16.26) préparé spécialement pour ce débat thématique.
3. En septembre 2015, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été adopté, accompagné d'un plan d'action pour que personne ne soit laissé pour compte. En mai 2016, les États membres de l'OMS ont adopté la Stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020, qui recommandent la mise en place de cadres nationaux pour favoriser un vieillissement en bonne santé. Ces cadres devraient répondre à plusieurs besoins : mise en œuvre de politiques et de mesures fondées sur des données factuelles pour lutter contre l'âgisme ; mise en place d'environnements accueillants pour les aînés, favorisant l'autonomie et, par là même, la participation active des personnes âgées à la société ; promouvoir une action multisectorielle ; adapter les systèmes de santé aux besoins des populations âgées.
4. Sur les près de 36,7 millions de personnes qui vivaient avec le VIH dans le monde en 2015, environ 5,8 millions (2,5 millions de femmes et 3,3 millions d'hommes) avaient 50 ans ou plus. On prévoit que le nombre de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH devrait atteindre 8,5 millions en 2030, une évolution qui aura d'importantes répercussions sur la planification et le financement des budgets nationaux. Les conséquences médicales, sociales et psychosociales d'une augmentation du nombre de personnes âgées vivant avec le VIH mettent en lumière l'urgence d'une riposte accélérée et centrée sur les individus, afin que les personnes qui vivent avec le virus puissent d'abord parvenir à un état de santé satisfaisant, puis rester en bonne santé tout au long de leur vie.
5. Les personnes âgées qui vivent avec le VIH, tout comme celles des autres tranches d'âge, sont diverses : la personne âgée typique n'existe pas. Leurs préférences et leurs identités sexuelles sont diverses et elles peuvent en outre appartenir à des populations clés telles que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou la population carcérale. Pour cette raison, elles ont des besoins différents et les problèmes qu'elles rencontrent – notamment les problèmes sociaux, psychologiques et physiques associés au processus de vieillissement – sont également différents.
6. Pour des personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le VIH, les besoins médicaux et sociaux liés à l'infection et au vieillissement se rejoignent. La question du VIH et du vieillissement se pose aussi pour les personnes de 50 ans et plus qui contractent le virus ou qui sont plus exposées au risque d'infection. Elle concerne enfin au premier chef les enfants et les adolescents qui vivent avec le VIH et qui devront maîtriser leur infection pour le reste de leur vie.

ORGANISER LE DEBAT : DISCUSSION D'OUVERTURE

7. M. Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA, a ouvert le débat thématique en soulignant qu'un changement était en cours du fait de l'augmentation du nombre de

personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le VIH. Il a insisté sur la nécessité d'adopter une approche tenant compte du cycle de vie et des besoins différents des individus selon leur âge. Soulignant l'importance de se concentrer sur le vécu et les besoins des personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH, il a demandé aux participants de trouver des solutions adaptées qui devraient être mises en œuvre dans le cadre de la stratégie d'accélération de la riposte. Ces solutions devraient prendre en compte les personnes âgées exposées au risque d'infection ou à des risques de comorbidité, liés notamment à des maladies non transmissibles telles que les cancers, les maladies cardiaques et la démence, autant d'éléments qui compliquent le traitement et la prise en charge du VIH et qui augmentent le coût des soins. M. Sidibé a fait remarquer que la probabilité de souffrir d'une maladie non transmissible était 5 à 6 fois plus élevée chez les personnes vivant avec le VIH par rapport aux personnes séronégatives du même âge. Il a pressé les participants de proposer des moyens pour améliorer la protection sociale des personnes âgées vivant avec le virus, dont le besoin de soutien s'accroît avec l'âge.

8. M^{me} Angeline Chiwetani, directrice de l'ONG zimbabwéenne *Widows Fountain of Life*, a souligné l'importance des questions de protection sociale pour les personnes qui vieillissent avec le VIH, et notamment des besoins de ces personnes en matière de pension, d'accompagnement social et d'assurance-vie. Elle a mentionné les besoins particuliers des enfants qui sont nés avec le VIH au moment où ceux-ci entrent dans l'adolescence et dans l'âge adulte. Tout en insistant sur le fait que les personnes qui vivent et vieillissent avec le VIH pouvaient avoir une qualité de vie satisfaisante, elle a également souligné l'importance d'étudier les effets à long terme des médicaments antirétroviraux (ARV), l'intérêt toujours d'actualité d'une éducation aux traitements, la nécessité de trouver de nouveaux traitements plus simples et plus sûrs, et le besoin d'améliorer la formation des prestataires de santé. Elle a également mis l'accent sur la nécessité d'accorder une attention particulière aux problèmes de santé mentale et d'autostigmatisation.
9. John Rock, représentant de la communauté des personnes vivant avec le VIH, a fait part d'un témoignage personnel émouvant. Aujourd'hui âgé de 72 ans, cet Australien vit avec le VIH depuis 36 ans. Il a précisé que des données montraient clairement un risque plus élevé de contracter des maladies associées au vieillissement, en partie à cause des effets inflammatoires du VIH – notamment chez les personnes dont la charge virale est restée élevée sur une longue période –, tout en indiquant que le lien restait encore mal compris. Il a souligné que plusieurs problèmes associés au vieillissement, notamment les effets inflammatoires du VIH et les effets à long terme des traitements, n'étaient pas encore suffisamment bien compris. La dépression, la solitude, une faible estime de soi, l'isolement social et la culpabilité du survivant touchent beaucoup de personnes qui vivent avec le VIH, a indiqué M. Rock aux participants. Il a souligné les différences frappantes entre pays développés et pays en développement, notamment en ce qui concerne la qualité des infrastructures de santé et l'existence d'une protection sociale subventionnée par l'État. Il a par ailleurs souligné la nécessité de promouvoir le traitement comme mesure de prévention et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Il a également abordé certains problèmes particuliers qui touchent des populations clés vieillissantes telles que les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment la forte corrélation entre infection à VIH et cancer de l'an, et réclamé la mise en place d'un dépistage régulier plus accessible. M. Rock a exhorté les États membres à adopter la stratégie d'accélération, à promouvoir le dépistage du VIH et à soutenir les groupes communautaires afin que ceux-ci puissent développer le dépistage voire dispenser eux-mêmes des traitements dans leurs circonscriptions. Cela permettrait également de limiter l'apparition d'autres maladies qui tendent à toucher les personnes vivant avec le VIH lorsque celles-ci vieillissent.

10. La table ronde qui a suivi la discussion d'ouverture a réuni plusieurs personnes vivant avec le VIH ainsi que des représentants de ministères de la santé et de la société civile. Les échanges ont porté sur les mesures prioritaires à prendre pour que les personnes vivant avec le VIH puissent vivre longtemps et en bonne santé.

VIEILLIR AVEC LE VIH : VIVRE LONGTEMPS ET VIVRE BIEN

11. Le Pr Peter Reiss, de l'Institut d'Amsterdam pour la santé mondiale et le développement (AIGHD), a donné un aperçu complet de l'état de l'épidémie de VIH et de son impact sur la santé physique et mentale des personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le virus. Après avoir rappelé que l'âge était un facteur de risque important pour de nombreuses maladies, le Pr Reiss a indiqué que la charge de comorbidité était systématiquement élevée chez les personnes qui vivent avec le VIH. Les maladies cardiovasculaires, le diabète et diverses formes de cancer figurent parmi les principales comorbidités. Il a signalé que le succès des traitements antirétroviraux entraînait une augmentation du nombre de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH. Il a souligné l'importance d'un diagnostic et d'une mise sous traitement précoces pour permettre aux personnes infectées par le VIH de vivre longtemps et en bonne santé.
12. Point important, le Pr Reiss a mis en garde contre toute généralisation du lien entre infection à VIH, traitement antirétroviral, comorbidités et vieillissement. Il a indiqué que les interactions entre ces différents facteurs n'étaient pas encore suffisamment bien comprises. On ne sait pas, par exemple, si les personnes qui vivent avec le VIH connaissent en effet un vieillissement accéléré. Cependant, la toxicité de l'infection à VIH et des traitements antirétroviraux (notamment des traitements administrés les premières années) pourrait contribuer à la prévalence et à l'intensité de certaines comorbidités chroniques chez les personnes vivant avec le VIH. Certaines études (AgeHIV et Cobra notamment) sont en train de fournir de nouvelles données importantes sur ces questions. Les données actuelles semblent montrer que le risque de comorbidité serait plus lié à la durée pendant laquelle le taux de lymphocytes CD4 est resté bas chez une personne, qu'à l'exposition globale d'un patient à des traitements antirétroviraux. Le Pr Reiss a souligné que la promotion d'une bonne hygiène de vie, associée au diagnostic et au traitement précoces de l'infection, était d'une importance capitale car elle permettait de limiter les effets négatifs des interactions et de réduire la charge des comorbidités.
13. M^{me} Ekaterine Gardapkhadze, présidente du conseil d'administration d'ACESO *International for women* en Géorgie, a décrit les difficultés rencontrées par les personnes vivant avec le VIH et les consommateurs de drogues, en particulier lorsque ceux-ci sont âgés, pour accéder à des services. Elle a pointé le rôle de la violence et de la stigmatisation, le manque d'information sur le vieillissement avec le VIH à destination des personnes sous traitement de substitution, et la pénurie de professionnels de santé spécialistes des problèmes liés au vieillissement et au VIH. Dans la mesure où les personnes âgées utilisent peu les nouveaux médias sociaux pour s'informer, les informations dont elles ont besoin devront leur parvenir par d'autres moyens. M^{me} Gardapkhadze a souligné l'importance d'exploiter l'expérience des personnes âgées qui vivent avec le VIH. Elle a également noté un manque de services médicaux et sociaux au sein des systèmes pénitentiaires pour traiter des comorbidités telles que les maladies cardiovasculaires. On note en particulier l'absence de services destinés aux femmes incarcérées pour consommation de drogue et le non-respect du principe de confidentialité. La stigmatisation, la discrimination et l'isolement social peuvent faire plus de dégâts que le VIH et la drogue, observe-t-elle.

14. M. Stephen Ayisi Addo, responsable du Programme national de lutte contre le sida au Ghana, a indiqué aux participants que 8 % des personnes vivant avec le VIH dans son pays avaient 50 ans ou plus, et que nombre d'entre elles rencontraient des obstacles pour accéder aux services. Avec le soutien du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le gouvernement du Ghana a mis en place des dispensaires de prise en charge des maladies chroniques pour garantir un accès aux services et réduire la stigmatisation liée au VIH. Les dispensaires prennent en charge divers groupes de population, y compris les adolescents, les personnes d'âge moyen et les plus de 50 ans. M. Addo a demandé à ce que de nouvelles études soient menées pour mieux comprendre les effets à long terme des différents traitements antirétroviraux, afin que les enfants qui vivent avec le VIH puissent éviter les effets négatifs liés à leurs traitements. Il a également appelé à poursuivre les recherches portant sur la prise en charge des comorbidités et sur les besoins et les expériences en la matière des personnes âgées qui vivent avec le VIH.
15. M. Clive Blowes, coordonnateur national du projet *Health, Wealth and Happiness* mis en œuvre par le Terrence Higgins Trust au Royaume-Uni, a présenté une étude réalisée en 2010, qui a guidé l'élaboration du projet. L'étude avait révélé que malgré les soins de qualité dont bénéficiaient les personnes vivant avec le VIH, celles-ci souffraient deux fois plus d'affections de longue durée que les personnes séronégatives, et qu'il existait peu de données sur les interactions entre les différentes maladies. L'étude avait également mis en évidence des difficultés financières, en particulier chez les personnes âgées vivant avec le VIH qui ne percevaient aucune pension, ne bénéficiaient que de prestations limitées versées par l'État et qui avaient peu assuré leur avenir financier. Des niveaux élevés de dépression, d'anxiété, de stigmatisation et d'autostigmatisation avaient été constatés, associés à la solitude, à l'isolement social et au sentiment d'avoir perdu des amis. Un programme pilote a été élaboré en 2012 et mis en œuvre à l'échelle nationale en 2014. Dans le cadre de ce programme, les personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le VIH bénéficient de conseils financiers, d'un complément de revenus, d'un soutien psychologique et social, d'informations médicales et d'une aide au retour à l'emploi. M. Blowes a souligné l'importance de la protection sociale et des liens entre services, et a appelé à une meilleure prise en compte des besoins particuliers des personnes dans la cinquantaine ou plus âgées, ainsi que des divers problèmes auxquels celles-ci doivent faire face.
16. M^{me} Norlela Mokhtar, présidente de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH pour la région Asie-Pacifique, a partagé son expérience au foyer Wahidayah, une initiative pilotée au niveau communautaire en Malaisie. Elle a décrit les vulnérabilités des femmes vivant avec le VIH – en particulier, les professionnelles du sexe, les consommatrices de drogues et les veuves – qui sont souvent rejetées par leurs communautés et leurs familles, et qui, avec l'âge, finissent par avoir besoin d'une aide, notamment pour se loger. Elle a rappelé aux participants l'importance de bien informer les personnes qui vieillissent avec le VIH afin que celles-ci puissent protéger leur santé.
17. L'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une mise sous traitement rapide a été mis en avant dans la discussion finale. Les intervenants ont appelé au renforcement des programmes d'aide à l'emploi et aux moyens d'existence, et souligné la nature sexospécifique des déficits de protection sociale, le risque de vieillir dans la pauvreté étant plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Le personnel médical a besoin d'être formé à la problématique du VIH et du vieillissement. Par ailleurs, il est nécessaire de mener des études et de mettre en place des programmes portant sur les facteurs structurels sous-jacents qui façonnent le vécu des personnes âgées vivant avec le VIH. Il a été suggéré qu'une réforme des systèmes d'assurance-maladie pourrait faciliter l'amélioration de la prise en charge de l'infection par le VIH, en particulier pour les personnes âgées. La

prise en charge du VIH et des comorbidités chez un grand nombre de personnes âgées pourrait en outre servir de modèle pour d'autres affections. Le Ghana a été cité en exemple pour avoir intégré la prise en charge du diabète et de l'hypertension et le dépistage du VIH. Les intervenants ont également souligné la nécessité de continuer à proposer des services de santé sexuelle et reproductive aux personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le virus.

LA PREVENTION DU VIH CHEZ LES PERSONNES AGEES : RISQUES ET REPONSES

18. Cette discussion de groupe a débuté avec la projection de deux spots télévisés diffusés au Brésil dans le cadre d'une campagne créative de prévention du VIH destinées aux femmes et aux hommes d'un certain âge. M^{me} Shirley Hankerson, coprésidente du Réseau des femmes séropositives aux États-Unis d'Amérique, a parlé de problèmes invisibles de santé sexuelle et reproductive concernant les femmes de 50 ans et plus, et a partagé son expérience personnelle en racontant qu'elle avait été elle-même diagnostiquée séropositive à l'âge de 58 ans. Elle a demandé à ce que les adultes âgés soient mieux informés sur le VIH, en particulier les femmes sexuellement actives qui se retrouvent seules suite au décès d'un partenaire ou à un divorce, et dont les connaissances sur le sujet comme sur d'autres risques pour la santé sont insuffisantes. Selon M^{me} Hankerson, les femmes âgées sont souvent le chef de famille et peuvent avoir un rôle important dans la sensibilisation de leurs enfants à la problématique du VIH.
19. M^{me} Kay Thi Win, coordinatrice régionale du Réseau Asie-Pacifique des professionnelles du sexe au Myanmar, a mentionné les risques élevés auxquels s'exposent les populations clés vivant avec le VIH du fait de lois punitives, de politiques restrictives et d'un manque de services. Le risque de contracter le VIH est dix fois plus élevé chez les professionnelles du sexe que dans la population générale, a-t-elle indiqué. Les risques sont encore plus importants pour les professionnelles d'un certain âge, qui sont contraintes de quitter les lieux de commerce du sexe pour travailler dans la rue, où elles s'exposent encore davantage à la violence et au harcèlement. Par ailleurs, avec l'âge, leurs services sont moins rémunérés et elles subissent davantage la stigmatisation et la discrimination. Les programmes de distribution de préservatifs tendent à passer à côtés des professionnelles du sexe âgées. M^{me} Win a déclaré que les programmes d'information, d'éducation et de soutien devraient prendre en considération les professionnelles du sexe vieillissantes, qui ont besoin de préservatifs, d'informations sur la santé sexuelle et d'autres services, ainsi que d'un soutien pour trouver d'autres sources de revenus.
20. M^{me} Adele Benzaken, directrice du Département MST, sida et hépatites virales au ministère brésilien de la Santé, a déclaré que la vie sexuelle des personnes âgées était une priorité pour le gouvernement. Le pays compte plus de 40 millions de personnes de 50 ans et plus. Or, selon des estimations effectuées en 2013 à partir d'une enquête auprès des ménages, plus de 20 millions de Brésiliens âgés de 50 à 64 ans étaient alors sexuellement actifs. Parmi ces personnes, 20 % ont déclaré avoir eu un partenaire sexuel au cours de l'année précédant l'enquête et 6 % ont déclaré avoir eu plus de cinq partenaires sexuels occasionnels durant cette période. Parmi les personnes interrogées sexuellement actives, 25 % seulement avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH et près de 90 % d'entre elles estimaient qu'elles avaient un risque faible de contracter l'infection. L'enquête a révélé que l'usage du préservatif avec un partenaire occasionnel était rare. M^{me} Benzaken a dit que la meilleure manière d'aborder la santé sexuelle et la prévention du VIH chez les personnes âgées n'avait pas encore été clairement établie, mais elle a ajouté que ces questions pouvaient être soulevées lorsque ces personnes se présentaient dans des services de santé pour d'autres affections. Selon elle, même si les programmes de santé destinés aux personnes âgées contiennent un volet santé

sexuelle, la sexualité de cette tranche de la population reste un tabou pour de nombreux professionnels.

21. M. Kenneth Mugayehwenkyi, directeur exécutif de Reach One Touch One Ministries (Fondation Stephen Lewis) en Ouganda, a parlé des besoins et des droits des personnes âgées. Il a relaté l'histoire d'Edwina, une grand-mère de 76 ans, qui a perdu son mari en 1998, puis son fils et sa fille peu de temps après. Sa famille avait dépensé une grande partie de ses ressources pour prendre soin de son mari et de ses enfants, au point qu'elle s'est retrouvée dépourvue de biens, de revenus et de sécurité sociale. Les femmes comme Edwina sont désormais soutenues dans le cadre d'un programme mis en œuvre en Ouganda, qui leur permet d'avoir accès à des soins et de percevoir un revenu en s'occupant d'orphelins. M. Mugayehwenkyi a décrit le puissant mouvement engagé par des grands-mères vivant avec le VIH pour amener des changements dans leurs villages et leurs communautés, et le rôle essentiel qu'elles ont joué pour qu'une meilleure protection sociale soit mise en place dans le cadre des politiques nationales. Il a indiqué aux participants que les organisations locales avaient besoin de fonds, d'une part, pour fournir un appui médico-social aux personnes âgées de leurs communautés, et d'autre part, pour mobiliser ces personnes afin de pouvoir mieux les défendre.
22. Les participants ont mentionné l'importance des relations intergénérationnelles dans la prévention du VIH ainsi que la nécessité d'une protection sociale renforcée. L'absence d'une protection sociale suffisante, en particulier pour les femmes âgées qui s'occupent de membres de leur famille vivant avec le VIH, a été soulignée. Les intervenants ont fortement insisté sur l'organisation de campagnes d'information et la mise en place d'une éducation sexuelle destinées spécifiquement aux hommes et aux femmes de 50 ans et plus. Ils ont également évoqué le besoin d'un appui spécialisé apporté par des cliniciens aux femmes vivant avec le VIH qui sont en période de ménopause.

DES SYSTEMES DE SANTE ADAPTES A L'AGE : QUELLE EVOLUTION POUR L'AVENIR ?

23. Pour introduire la discussion sur une adaptation à l'âge des systèmes de santé, M. Gottfried Hirnschall, directeur du Département VIH/sida et du Programme mondial de lutte contre l'hépatite de l'OMS, a indiqué aux participants que les systèmes de santé étaient mal préparés pour faire face au vieillissement des personnes vivant avec le VIH. D'une manière générale, les services sont très spécialisés (et très coûteux) dans les pays à revenu élevé et insuffisants dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Le fait que ces derniers connaissent une évolution démographique rapide rend toute amélioration des systèmes particulièrement difficile. Les changements introduits dans les pays à revenu élevé sur plusieurs décennies, et dans un contexte budgétaire relativement favorable, doivent maintenant être appliqués beaucoup plus rapidement, et généralement avec des ressources moindres, aux pays à revenu faible ou intermédiaire. Un renforcement des effectifs dans le secteur de la santé est indispensable pour prendre en charge le nombre croissant de patients présentant des complications multiples. Les systèmes de santé devront en outre établir des relations plus systématiques avec les systèmes de protection sociale et financière. M. Hirnschall a attiré l'attention des participants sur la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH pour la période 2016–2021 de l'OMS, qui traite également de la problématique du VIH et du vieillissement. Il a encouragé les États membres à mettre en place des cadres nationaux solides intégrant la question du vieillissement pour lutter contre le VIH. Il a également mis l'accent sur une différenciation de l'appui médico-social apporté aux personnes vivant avec le VIH en fonction de leur tranche d'âge. Enfin, il a préconisé une évolution vers une prise en charge globale et intégrée, puis ajouté qu'il était nécessaire de collecter davantage de données ventilées par âge pour éclairer les décisions concernant l'allocation de ressources susceptibles de renforcer les systèmes de santé.
24. M. Kenichi Komada, directeur adjoint de la Division des affaires internationales au ministère japonais de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, a déclaré que son pays avait l'une des populations les plus âgées au monde, une personne sur quatre étant âgée de plus de 50 ans. Environ 20 % des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives ont plus de 50 ans.
25. L'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH est comparable à celle des personnes séronégatives, et les personnes infectées par le virus sont couvertes par les mêmes systèmes d'assurance et bénéficient des mêmes services que le reste de la population. Cependant, certaines études menées dans les établissements de santé ont révélé un niveau de connaissance médiocre concernant le VIH et une mauvaise acceptation des personnes séropositives. En réponse à ce problème, le gouvernement a mis en place une formation au VIH dans le réseau hospitalier, et formé puis affecté des travailleurs sociaux pour favoriser une meilleure acceptation des personnes vivant avec le VIH par les professionnels de santé.
26. M^{me} Carmen Pérez Casas, responsable de la stratégie VIH de l'UNITAID, a attiré l'attention des participants sur plusieurs problèmes, notamment la nécessité de réduire encore le coût des traitements antirétroviraux et d'améliorer les protocoles thérapeutiques pour éviter d'avoir à prescrire des traitements coûteux de deuxième ou troisième intention. Elle a indiqué que l'efficacité et la sécurité des traitements existants devaient être préservées, grâce par exemple à des tests de charge virale, de manière à pouvoir adapter rapidement un protocole et éviter ainsi l'apparition de résistances et des changements de traitements. Du fait du nombre grandissant de personnes sous traitement antirétroviral et du besoin croissant de modifier les protocoles, le coût des traitements est en train d'augmenter. Il est donc plus important que jamais de plaider pour des médicaments moins chers et d'élaborer des stratégies pour y parvenir. Elle a

également souligné la nécessité de mettre au point des formulations antirétrovirales moins toxiques. M^{me} Casas a mentionné des innovations, comme l'autodépistage, qui font tomber les barrières liées à la stigmatisation et à la discrimination, et a vivement préconisé une plus large diffusion de la prophylaxie préexposition.

27. Enfin, M^{me} Erika Castellanos, directrice exécutive de C-NET+ au Belize, a parlé des différences entre les priorités des jeunes vivant avec le VIH et celles des personnes plus âgées se trouvant dans la même situation. Elle a insisté sur la nécessité de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH, y compris le droit d'avoir un logement, de souscrire une assurance et de bénéficier d'un régime de retraite.
28. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Conseil et les intervenants ont lancé un appel pour un monde dans lequel les personnes qui vieillissent avec le VIH sont pleinement soutenues par des systèmes de santé et des systèmes sociaux solides d'ici 2030, et insisté sur le fait que le respect des droits de l'homme devait guider les prises de décisions et l'élaboration des politiques. Les participants ont rapporté des faits de résilience qui ont renforcé la riposte au VIH.
29. Dans son allocution de clôture du débat thématique, le Dr Luiz Loures, directeur exécutif adjoint de la branche Programme de l'ONUSIDA, a réaffirmé la nécessité d'une démarche fondée sur les droits de l'homme à tous les stades de la vie, et appelé à poursuivre les discussions pour s'assurer que la question du VIH et du vieillissement reste en bonne place dans les priorités.

RECOMMANDATIONS

Le Conseil est invité à :

30. *Prendre note* du rapport de synthèse du débat thématique du Conseil de Coordination du Programme sur le VIH et le vieillissement.
31. *Reconnaître* que :
 - a. La question du VIH et du vieillissement nécessite d'adopter une approche fondée sur le cycle de vie et des stratégies adaptées à chaque tranche d'âge, et de prendre en compte les problèmes de santé physique et mentale ainsi que le besoin de protection sociale ;
 - b. Le vieillissement des personnes vivant avec le VIH mesure la réussite et non l'échec de la riposte à la maladie et qu'il est impératif de renforcer notre action dès maintenant pour répondre de manière proactive aux besoins des personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le virus, qu'il s'agisse des générations actuelles ou futures ;
 - c. Les communautés, les gouvernements, les responsables politiques, la société civile et, en particulier, les personnes âgées qui vivent avec le VIH, ont un rôle essentiel à jouer pour faire en sorte qu'une réponse cohérente et efficace soit apportée à la question du VIH et du vieillissement.
 - d. Des obstacles systémiques et structurels perpétuent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes âgées et empêchent d'accéder à l'information portant sur le VIH ainsi qu'aux services de lutte contre la maladie ;
 - e. Il est nécessaire de poursuivre l'innovation et la recherche pour, d'une part, mettre au point des traitements antirétroviraux plus simples et moins toxiques ainsi que des traitements des affections liées à l'âge, et d'autre part, étudier les interactions entre ces différents traitements.

32. *Demander* aux États membres de :

- a. Investir dans des systèmes de santé et de protection sociale centrés sur les individus et faire en sorte que les professionnels de santé et les travailleurs sociaux acquièrent des connaissances et des compétences d'un niveau approprié ;
- b. Soutenir la recherche visant à améliorer la compréhension du vieillissement avec le VIH, et notamment des effets à long terme des traitements antirétroviraux, des interactions entre les antirétroviraux et les traitements des affections liées à l'âge, et de la possibilité d'un vieillissement accéléré et accentué par le virus ;
- c. Améliorer les systèmes de collecte de données et de suivi de manière à pouvoir fournir des informations stratégiques sur les personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le VIH ou qui sont exposées au risque d'infection ;
- d. Soutenir des interventions structurelles, notamment des réformes juridiques et politiques pour lever les obstacles et améliorer l'accès aux services, une éducation sexuelle intégrée pour les personnes âgées, des dispositifs de protection sociale ainsi que des programmes pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés ;
- e. Investir dans des interventions éclairées par des données probantes et adaptées aux différentes tranches d'âge, ayant pour but d'intensifier et de promouvoir le dépistage du VIH et l'orientation vers une prise en charge sur la durée.

33. *Demander au Programme commun*, en collaboration avec des partenaires, de renforcer l'appui apporté aux pays pour intégrer et mettre en œuvre des programmes complets sur le vieillissement avec le VIH, et d'allouer des ressources en conséquence.

[Fin du document]