

Faculté de santé publique

Analyse des besoins et attentes des personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans en matière de soins et d'accompagnement

Recherche quantitative et qualitative

Mémoire réalisé par
Gael Kevin Kaneza

Promoteur
Pr Walter Hesbeen

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Analyse des besoins et attentes des personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans en matière de soins et d'accompagnement

Recherche quantitative et qualitative

Mémoire réalisé par
Gael Kevin Kaneza

Promoteur
Pr Walter Hesbeen

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Nom et Prénom : GAEL KEVIN KANEZA

Titre du mémoire : Analyse des besoins et attentes des personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans en matière de soins et d'accompagnement
Recherche quantitative et qualitative

Promoteur : Pr. WALTER HESBEEN

Résumé

Introduction : Dans tous les pays occidentaux dont la population a accès aux traitements antirétroviraux, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a fortement augmenté, et elle se rapproche aujourd'hui de celle des personnes qui n'ont pas contracté le VIH.

La conséquence directe est une forte augmentation de la proportion des PVVIH de plus de 50 ans. On estime d'ailleurs que, dans quelques années, il y aura plus de PVVIH de plus de 50 ans que de PVVIH de moins de 50 ans.

Objectifs : Mesurer l'accroissement des PVVIH de plus de 50 ans et examiner les besoins de cette nouvelle patientèle en s'assurant que l'offre de soins actuelle, ainsi que les possibilités d'accompagnement, pourront satisfaire ces nouvelles exigences.

Méthodologie : L'approche est à la fois quantitative et qualitative. Au niveau quantitatif, nous examinons l'évolution de la proportion de PVVIH en nous référant aux données de Sciensano concernant la cohorte VIH belge. Pour la partie qualitative, nous nous basons sur la littérature et des contacts avec des acteurs de terrain représentatifs.

Résultats: En Belgique, la proportion de patients âgés de plus de 50 ans est passée de 19% en 2006 à 41% en 2018. Elle est estimée à 64% pour 2030 et 73% pour 2035. Ce qui correspond à 15 495 PVVIH de plus de 50 ans en 2030 et à 20 131 en 2035 (contre 2 607 en 2009). Les PVVIH ne souffrent plus de pathologies particulières, mais ont une santé plus fragile, avec comme causes les coinfections, les comorbidités (plus nombreuses et qui arrivent plus tôt), la fragilité et les problèmes cognitifs.

Conclusions : L'augmentation du nombre de PVVIH de plus de 50 ans va faire que certains secteurs de santé seront amenés à accueillir plus de PVVIH. C'est notamment le cas des maisons de repos qui verront la demande augmenter dans les années à venir. Les PVVIH ne nécessitent pas plus de soins, mais plutôt un suivi biologique et infectieux. Il faut assurer une prise en charge multidisciplinaire et renforcer la formation au niveau psychologique.

Mots-clefs : ageing, antirétroviral, bithérapie, cœur, ARV, Covid-19, foie, fragilité, frailty, hépatite, HSH, IST, LGBT, maison de repos, maison de repos et de soins, MR, MRS, os, polypharmacie, PrEP, PVVIH, rein, SAM, Sida, traitements antirétroviraux, trithérapie, vieillissement, VIH, VHB, VHC, VPH

Remerciements



À toutes les personnes infectées pendant les premières années de la pandémie qui n'ont pas eu l'opportunité, faute de traitement, de vieillir avec le VIH.

Au terme de ce projet, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont apporté leur aide à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, le Professeur Walter Hesbeen, qui, malgré son agenda chargé, a accepté de diriger ce travail du début jusqu'à la fin. Merci de m'avoir encadré par vos remarques, votre disponibilité et votre patience.

Je tiens aussi à remercier sincèrement toute l'équipe enseignante de la Faculté de santé publique de l'UCLouvain pour toutes les connaissances transmises tout au long de la formation. Je vous en serai toujours reconnaissant.

Ensuite, je remercie toutes les personnes qui ont permis la réalisation de cette recherche en acceptant de répondre à mes questions.

Je voudrais également remercier ma famille et mes proches qui m'ont toujours soutenu et encouragé tout au long de mes études.

Pour terminer, je ne peux omettre les quelques amis motivés qui, par leur soutien, leur expérience, leurs conseils avisés et leur sens critique ont permis d'enrichir ce mémoire.

Le plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »

Table des matières

Résumé.....	4
Remerciements.....	5
Le plagiat.....	6
Table des matières.....	7
Acronymes.....	9
Sections du mémoire.....	11
1. Introduction.....	11
2. Contexte théorique : Littérature scientifique.....	14
2.1. Historique et évolution.....	14
2.1.1. Historique du VIH et de la prise en charge des PVVIH.....	14
2.1.2. Épidémiologie.....	15
2.1.3. Évolution des traitements et augmentation de l'espérance de vie.....	19
2.1.4. Prophylaxie pré-exposition (PrEP).....	25
2.1.5. Prophylaxie post-exposition (PPE).....	26
2.2. Vieillissement avec le VIH.....	27
2.2.1. Coinfections.....	28
2.2.2. Comorbidités.....	30
2.2.2.1. Comment expliquer ces comorbidités ?.....	32
2.2.2.2. VIH et système cardiovasculaire.....	33
2.2.2.3. VIH et reins.....	34
2.2.2.4. VIH et os.....	36
2.2.2.5. VIH et cancers.....	36
2.2.3. Dégradation des fonctions neurocognitives.....	36
2.2.4. Fragilité (« frailty »).....	37
2.2.5. Effets indésirables des traitements antirétroviraux.....	38
2.2.6. Polypharmacie.....	39
2.3. Prise en charge des PVVIH.....	39
2.3.1. Stigmatisation et discriminations des PVVIH.....	40
2.3.2. Formation spécifique du personnel infirmier.....	41
2.3.3. Soins infirmiers à domicile vs Maisons de repos (MR).....	42
2.3.4. Soins infirmiers à domicile.....	43
2.3.5. Maisons de repos (MR) – Maisons de repos et de soins (MRS).....	43
2.3.6. Rôle des associations.....	44
2.3.7. Cas des femmes vivant avec le VIH (FVVIH).....	45
2.3.8. Cas particulier des HSH.....	46
2.3.9. Cas particulier des migrants subsahariens.....	47
2.3.10. Coûts de santé.....	47
2.4. Synthèse de la littérature scientifique.....	48
3. Méthodologie.....	49
3.1. Approche quantitative : Démographie.....	49
3.2. Approche qualitative : Littérature scientifique et contacts/rencontres.....	51
4. Analyse et résultats.....	54
4.1. Analyse démographique.....	54
4.2. Analyse des contacts/rencontres.....	56
4.2.1. Comparaison des situations médicales en Belgique et à l'étranger.....	58
4.2.2. Situation en Belgique en matière de soins et d'accompagnement.....	58
5. Discussion, perspectives et préconisations.....	62
5.1. Discussion et perspectives.....	62
5.2. Préconisations.....	65

5.3. Vigilance éthique.....	66
6. Conclusions.....	68
Bibliographie.....	71
Figures (avec sources).....	94
Tableaux.....	95
Annexes.....	96
Annexe 1 : Chef de clinique, Professeur, centre de référence VIH.....	97
Annexe 2 : Assistante sociale, association LGBT.....	99
Annexe 3 : Ergothérapeute, directrice d'une maison de repos et de soins.....	106
Annexe 4 : Médecin généraliste, maison de repos et de soins.....	108
Annexe 5 : Docteur, centre de référence VIH.....	110
Annexe 6 : Docteur, centre de prise en charge VIH.....	112
Annexe 7 : Scientifique, Sciensano.....	115
Annexe 8 : Co-Directeur, Unia.....	116
Annexe 9 : Tableaux avec verbatims.....	117
Annexe 10 : Estimation du nombre de PVVIH à l'horizon 2030-2035.....	127
Annexe 11 : Évolution des thérapies/antirétroviraux.....	128
Annexe 12 : Les grandes pandémies de l'Histoire.....	129
Index.....	130

Acronymes

FR	Description	EN
2DR	Two-drug regimens – Combinaison de deux médicaments (Bithérapie)	2DR
3DR	Three-drug regimens – Combinaison de trois médicaments (Trithérapie)	3DR
Act Up	AIDS Coalition to Unleash Power – Coalition contre le Sida pour libérer le pouvoir	Act Up
ADMR	Association des directeurs de maison de repos	ADMR
ADN	Acide désoxyribonucléique	DNA
AMU	Aide Médicale d'Urgence	EMS
APA	Aide aux personnes âgées	APA
ARN	Acide ribonucléique	RNA
ART	Traitement antirétroviral (souvent appelé trithérapie, il s'agit d'un « cocktail » d'ARV)	ART
ARV	Antirétroviral	ARV
AVC	Accident vasculaire cérébral	stroke
AViQ	Agence Wallonne pour une Vie de Qualité (Charleroi, Belgique)	AViQ
AZT	Zidovudine (Retrovir®)	AZT
CD4	Cluster de différenciation 4	CD4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention – Centres de contrôle et de prévention des maladies (Atlanta, Géorgie, États-Unis)	CDC
Covid-19	Coronavirus disease 2019, est une maladie infectieuse causée par la souche de coronavirus SARS-CoV-2	Covid-19
CPAS	Centre Public d'Action Sociale (Belgique)	CPAS
DFG	Débit de filtration glomérulaire	eGFR
DMO	Densité minérale osseuse	BMD
DT2	Diabète de type 2	T2D
EV	Espérance de vie	LEB
FA	Fibrillation auriculaire	AF
EVSI	Espérance de vie sans incapacité	DFLE
FDA	Food and Drug Administration – Administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments (Maryland, États-Unis)	FDA
FVVIH	Femmes vivant avec le VIH	WLHA
GMHC	Gay Men's Health Crisis (New York, États-Unis)	GMHC
GHB	Acide gamma-hydroxybutyrique (psychotrope dépresseur)	GHB
GPA	WHO Global Programme on AIDS – Programme mondial de lutte contre le Sida (1987-1996)	GPA
HAART	Traitement antirétroviral hautement actif	HAART
HIVAN	Néphropathie associée au VIH	HIVAN
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	MSM
HVVIH	Hommes vivant avec le VIH	MLHA

IE	Inhibiteurs d'entrée (ou inhibiteurs de fusion)	EI
II	Inhibiteurs de l'intégrase	INIs
IMT	Institut de Médecine Tropicale (Anvers, Belgique)	ITM
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité (Bruxelles, Belgique)	INAMI
INNTI	Inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse	NNRTI
INTI	Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse	NRTI
IP	Inhibiteurs de la protéase	PI
IRC	Insuffisance rénale chronique	CKD
Iriscare	Protection sociale pour tous les Bruxellois (Bruxelles, Belgique)	Iriscare
IST	Infections sexuellement transmissibles	STD
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres	LGBT
MAT	Microangiopathie thrombotique	TMA
MCV	Maladies cardiovasculaires	CVD
MNT	Maladie non transmissible	NCD
MR	Maison de repos	NH
MRS	Maison de repos et de soins	NH
OMS	Organisation mondiale de la santé (Canton de Genève, Suisse)	WHO
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (Canton de Genève, Suisse)	UNAIDS
PCP	Pneumocystose (ou pneumonie à pneumocystis)	PCP
PPE	Prophylaxie post-exposition	PEP
PrEP	Prophylaxie pré-exposition	PrEP
PVVIH	Personne vivant avec le VIH	PLHIV - PLHA
SAM	Migrants subsahariens	SAM
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (coronavirus)	SARS-CoV-2
Sciensano	Assume des missions en matière de santé publique et animale (Bruxelles, Belgique)	Sciensano
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise	AIDS
TES	Thromboembolie systémique	STE
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (lentivirus, famille rétrovirus)	HIV
UDI	Usager de drogues par injection	PWID
Unia	Institution publique indépendante qui lutte contre la discrimination et défend l'égalité des chances (Bruxelles, Belgique)	Unia
VHA	Virus de l'hépatite A	HAV
VHB	Virus de l'hépatite B	HBV
VHC	Virus de l'hépatite C	HCV
VIS	Virus d'immunodéficience simien (lentivirus, famille rétrovirus)	SIV
VPH	Papillomavirus humain	HPV

Sections du mémoire

1. Introduction

Après des études de médecine en Chine, j'ai décidé de poursuivre mes études en Belgique à la [Faculté de Santé Publique](#) de l'[UCLouvain](#), en finalité « Approche communautaire des politiques et programmes de santé & Personnes âgées et Gériatrie ».

Durant ma première année d'études, très sensibilisé à la problématique VIH/Sida, j'ai participé à un focus group organisé par l'ASBL [Plateforme Prévention Sida](#). Par la suite, je suis devenu bénévole au sein de cette association.

Créée en 1999, la Plateforme Prévention Sida est une association belge travaillant, en Région Wallonne et en Région Bruxelloise, sur la prévention du VIH/Sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que dans la lutte contre les discriminations (sérophobie, etc.) des personnes vivant avec le VIH [67].

En seconde année d'études, j'ai dû choisir la finalité de mon master. Et l'approche communautaire des politiques et programmes de santé exigeait un stage d'observation de 40 heures (WFSP2221).

En toute logique, j'ai effectué ce stage auprès de la Plateforme Prévention Sida. Je me suis principalement occupé de dépistage démedicalisé et délocalisé.

Suite à l'arrêté royal de 2018 officialisant la démedicalisation et la délocalisation des tests de dépistage VIH [114], le projet Action Test a été mis en place en Région Bruxelloise pour les populations de migrants subsahariens (SAM) [115], en l'élargissant aussi aux communautés latino-caribéennes [18]. Le choix de ce public se justifie également car il existe des freins au dépistage propres à cette population : le coût du test classique, la peur du diagnostic, la confidentialité, la discrimination et stigmatisation intracommunautaire, etc [67].

À côté de ce dépistage démedicalisé/délocalisé, j'ai participé à différentes activités de l'association dont la sensibilisation à la problématique du VIH/Sida et des IST, ainsi qu'à des journées de formation.

Pendant mon stage, j'ai eu également l'occasion d'assister à une journée de formation : « Vieillir avec le VIH, quels enjeux ? Quelles pistes d'actions » [68] organisée par l'[Observatoire du sida et des sexualités](#) (UCLouvain Saint-Louis).

C'est au cours de cette journée d'étude que m'est venue l'idée de réaliser mon mémoire dans ce domaine. Cela faisait parfaitement converger mes intérêts pour l'approche communautaire, la gériatrie et le VIH.

Dans le but de mieux définir mon sujet de mémoire, j'ai commencé par me documenter sur cette problématique. Je savais déjà que l'évolution des traitements avait permis de passer d'une épidémie dévastatrice à une maladie chronique gérable. Mais je me suis alors rendu compte que cette évolution avait des répercussions importantes sur l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Cette évolution est d'abord quantitative. Les PVVIH âgées sont de plus en plus nombreuses. Elle est également qualitative, car ces personnes nécessitent des soins plus importants que la population générale.

Dans tous les pays occidentaux dont la population a accès aux traitements antirétroviraux (trithérapie)¹, l'espérance de vie des PVVIH a fortement augmenté, à tel point qu'aujourd'hui elle se rapproche des personnes qui n'ont pas contracté le VIH.

La conséquence directe est une forte augmentation de la proportion des PVVIH de plus de 50 ans. On estime d'ailleurs que dans quelques années, il y aura plus de PVVIH de plus de 50 ans que de PVVIH de moins de 50 ans.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques de la population belge, en 12 ans, la proportion de patients âgés de plus de 50 ans est passée de 19% en 2006 à 41% en 2018. Le vieillissement est observé dans les deux sexes : l'âge moyen des femmes était de 38 ans en 2006 et 45 ans en 2018, et chez les hommes, de 43 ans en 2006 et 48 ans en 2018 [3].

Si cette évolution est aujourd'hui essentiellement due à l'amélioration de l'efficacité des traitements antirétroviraux, on peut espérer que cette tendance s'accroîtra avec l'usage de la PrEP (cf. infra 2.1.4).

De même, des spécialistes examinent comment diminuer la toxicité en allégeant le traitement grâce à une réduction du nombre de molécules et/ou une réduction du nombre de prises hebdomadaires (cf. infra 2.1.3).

A contrario, de nouvelles pratiques sexuelles, comme le chemsex² ou l'utilisation d'applications comme Tinder³ ou Grindr⁴, pourraient avoir l'effet inverse en augmentant le nombre de rencontres et de contaminations.

La pandémie de Covid-19, en limitant les contacts sociaux, pourrait également influencer le rythme

1 On appelle communément trithérapie les traitements antirétroviraux contre le VIH qui consistent en un « cocktail » d'ARV. Si, historiquement ces traitements comportaient généralement trois principes actifs, il peuvent en contenir plus (souvent quatre) [16].

2 Le chemsex consiste à avoir des pratiques sexuelles sous l'influence de produits psychotropes (GHB, crystal meth, etc.). Le chemsex est essentiellement présent dans le milieu LGBT (« plans chems ») [78].

3 Tinder est une application de rencontres destinée aux hétérosexuels. Les utilisateurs sont géolocalisés, sont mis en relation et peuvent échanger des messages, et plus si affinité.

4 Grindr est une application de rencontres destinée aux hommes homosexuels et bisexuels (HSH).

des contaminations en diminuant la promiscuité sexuelle. En revanche, en période de confinement, nombre de célibataires se sentent seuls ou perdus. Tinder a constaté une progression du nombre de discussions au niveau mondial de 20% [117].

Être porteur du VIH n'est plus synonyme de mort comme pendant les premières années de la pandémie. Les avancées médicales ont permis une amélioration du traitement, une amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ainsi qu'une augmentation de l'espérance de vie. L'évolution de l'infection au VIH en tant que maladie chronique a permis de voir les personnes vivant avec le VIH vieillir permettant ainsi une augmentation des PVVIH de plus de 50 ans [52].

Bien que les PVVIH soient des patients comme les autres, les réalités du vieillissement normal et pathologique les touchent beaucoup plus tôt et cela est dû aux multiples comorbidités [19]. Des études qualitatives sur les besoins des personnes âgées vivant avec le VIH et des fournisseurs de services en Angleterre et au Canada ont été réalisées, ainsi que des recherches médicales sur le vieillissement accéléré des PVVIH, sur les multiples comorbidités associées au VIH pour démontrer la nécessité de connaître les besoins de cette population spécifique [8, 14, 20, 48].

Mon objectif principal est d'examiner les besoins de cette nouvelle patientèle et de m'assurer que l'offre de soins actuelle, ainsi que les possibilités d'accompagnement, pourront satisfaire ces nouvelles exigences.

Pour cela, j'ai d'abord effectué une revue de la littérature pour mieux comprendre le sujet, et comparer les recherches effectuées dans les autres pays occidentaux dont les besoins sont similaires à ceux des patients belges.

Ensuite, j'ai eu l'occasion de rencontrer des acteurs belges impliqués dans ce domaine. Cela m'a permis de vérifier si le secteur des soins de santé belge, ainsi que les établissements destinés aux personnes âgées étaient préparés pour répondre à ces nouveaux besoins.

2. Contexte théorique : Littérature scientifique

Ce chapitre contient la revue critique de la littérature scientifique (complétée par des articles de la presse de référence). Nous allons examiner l'histoire et l'évolution du VIH, le vieillissement avec le VIH, ainsi que la prise en charge des PVVIH. L'objectif est d'examiner la situation internationale pour l'évolution des traitements et des besoins des PVVIH. Pour la Belgique, nous examinerons en plus la prise en charge des PVVIH, spécifique à chaque pays.

2.1. Historique et évolution

Nous allons évoquer dans cette partie l'évolution de la pandémie, des soins apportés aux PVVIH, ainsi que des traitements, y compris prophylactiques.

2.1.1. Historique du VIH et de la prise en charge des PVVIH

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est un rétrovirus (genre lentivirus) qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

Il existe en fait deux types de VIH : le VIH-1 et le VIH-2. Le VIH-1 est plus virulent et se transmet plus facilement que le VIH-2. L'essentiel des infections par le VIH concerne le VIH-1 (99%). Le VIH-2 est en grande partie resté cantonné dans son foyer originel d'Afrique de l'Ouest [2].

La pandémie a été reconnue le 5 juin 1981 lorsque le CDC (Atlanta, États-Unis) a signalé cinq cas d'une pneumonie rare (*Pneumocystis carinii* - PCP) chez des hommes homosexuels de Los Angeles [77]. Avant la fin de cette année, d'autres cas étaient découverts en dehors de la communauté homosexuelle (utilisateurs de drogues par injection (UDI), hémophiles et Haïtiens⁵) [77] et également dans d'autres pays [1].

En mai 1983, un rétrovirus (que l'on appellera plus tard virus de l'immunodéficience humaine ou VIH) sera isolé en France à partir d'un patient souffrant du Sida et 22 mois plus tard la FDA américaine approuvait un test commercial permettant de détecter le virus [1].

On sait toutefois aujourd'hui que le VIH-1 (en fait, le groupe M⁶, celui qui s'est répandu dans le monde entier) est apparu en Afrique centrale, probablement au Cameroun ou en République démocratique du Congo, entre 1915 et 1941. À l'origine, il s'agit d'un virus d'origine simiesque (le

5 De nombreux Haïtiens ont travaillé en RDC après son indépendance en 1960. Le virus s'est développé à Haïti vers 1966. Puis une variation (un « clade pandémique ») a émergé aux États-Unis, véhiculée depuis Haïti par une seule personne vers 1969 [182].

6 Le groupe M ('M' pour majeur) est le plus répandu (environ 90% des infections). Il existe également deux ou trois groupes mineurs. Le groupe M est divisé en sous-types. C'est le sous-type B (12%) qui est géographiquement le plus répandu. On le trouve notamment en Europe et sur le continent américain. Le sous-type C (50%) est plus répandu, mais principalement en Afrique australe, Afrique de l'Est et en Inde. La transmission peut varier selon le sous-type, mais c'est le sous-type B qui a été le plus étudié [5].

VIS) qui a muté et s'est transmis à l'homme⁷ [183].

Les premières années, la prise en charge des malades du Sida a été organisée par les malades eux-mêmes et les personnes qui les soignaient, notamment à San Francisco et à New York⁸. Ils se sont également occupés de prévention [1].

L'inaction des gouvernements a entraîné l'apparition de groupes activistes, comme Act Up en 1987 (« silence = mort ») [1].

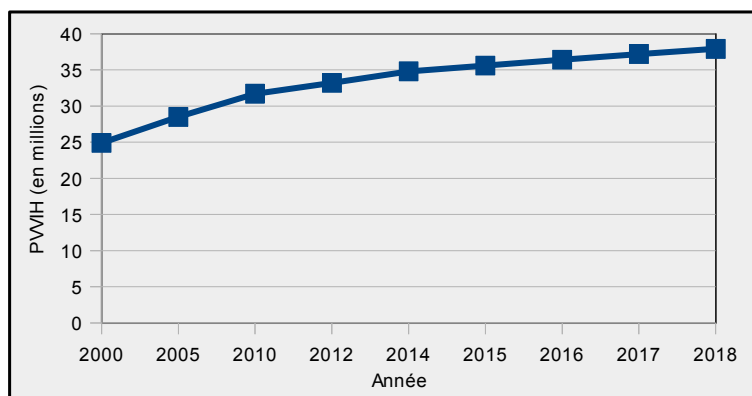
Ce n'est finalement qu'à partir de 1987 (au niveau de l'OMS, le programme mondial de lutte contre le Sida ou GPA) et surtout 1988 (Sommet mondial des ministres de la santé à Londres) qu'une stratégie globale se met en place [1].

Au niveau des médicaments, une étape importante a été franchie en 1996 avec l'arrivée des premiers traitements antirétroviraux. Ces traitements antirétroviraux ont rapidement évolué. Les nouvelles thérapies antirétrovirales arrêtent mieux la réplication du virus, sont moins toxiques, ont moins d'effets secondaires, et comportent moins de pilules [6, A11].

2.1.2. Épidémiologie

Aujourd'hui, selon les chiffres d'ONUSIDA (2018), environ 37,9 millions de personnes⁹ de part le monde, vivent avec le VIH. Et 24,5 millions de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale (juin 2019) [4]. La Figure 1 montre la croissance du nombre de PVVIH dans le monde.

FIGURE 1¹⁰. PVVIH DANS LE MONDE (EN MILLIONS), 2000-2018 [4]



Du début de la pandémie jusqu'en 2018, 75 millions de personnes ont été infectées et 32 millions sont mortes suite à des maladies liées au Sida [4]. La Figure 2 montre le nombre de morts par année. On constate que le pic a été atteint en 2004/2005 et est en diminution constante depuis lors.

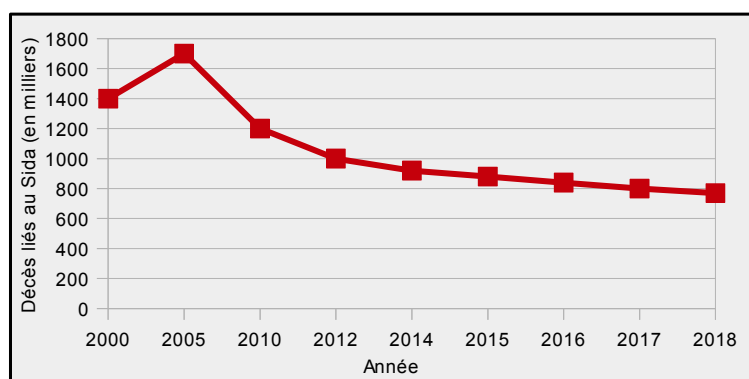
7 Par l'intermédiaire du chimpanzé pour le VIH-1 groupe M et le macaque mangabey pour le VIH-2.

8 Création du Gay Men's Health Crisis (GMHC) en janvier 1982 à New York.

9 ONUSIDA publie une moyenne et indique toujours une fourchette avec des valeurs minimales et maximales. Nous ne reprenons ici que les moyennes.

10 La source des figures est indiquée dans la partie Figures (avec sources) page 94.

FIGURE 2. DÉCÈS LIÉS AU SIDA DANS LE MONDE (EN MILLIERS), 2000-2018 [4]



En une petite centaine d'années, ce virus a donc eu une (triste) réussite. Cela montre bien l'importance de suivre les épidémies au niveau mondial dès leur déclenchement, car des virus probablement plus dangereux feront encore leur apparition¹¹ [128, 129, A12].

Alors que les premiers cas n'ont été détectés qu'en 1983, en 1985 déjà plus de 17 000 cas de Sida ont été signalés par 71 pays à l'OMS à Genève [1].

ONUSIDA estime que 1,7 millions de personnes ont été infectées en 2018 et 770 000 sont décédées de maladies liées au Sida cette même année. Les nouvelles infections ont été réduites de 41% depuis le pic de 1997 (2,9 millions) et de 19% depuis 2010 (2,1 millions). Les décès liés au Sida ont été réduits de 55% depuis le pic de 2004 (1,7 millions) et de 36% depuis 2010 (1,2 millions) [4].

Comme le nombre de décès a fortement chuté, et même si le nombre de personnes nouvellement infectées diminue, le nombre de PVVIH a augmenté. On est ainsi passé de 24,9 millions (2010) à 37,9 millions (2018) de PVVIH [4].

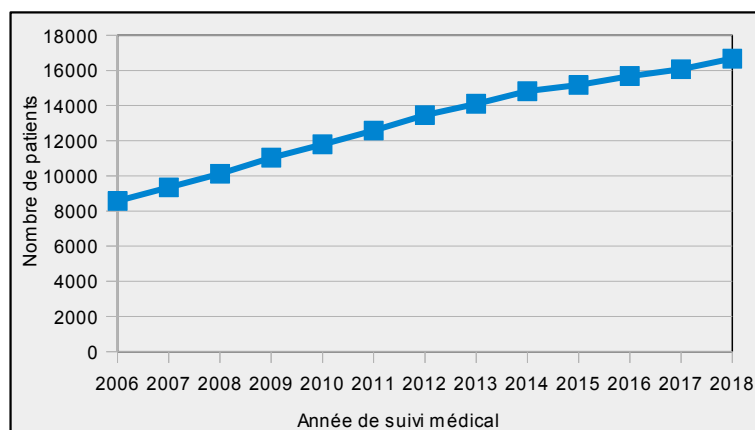
En Belgique, selon les derniers chiffres de [Sciensano](#)¹² (2018), environ 19 213 personnes vivent avec le VIH (soit 1,7 par 1 000 habitants). Parmi celles-ci, 17 466 ont été diagnostiquées (dont 16 673 en suivi médical) alors que 1 747 n'ont pas encore été diagnostiquées [3]. La [Figure 3](#) montre l'évolution du nombre de PVVIH en suivi médical.

Ces personnes ignorant leur infection représentent 9,1% des PVVIH. Ce pourcentage s'élevait à 23,5% en 2008, et est donc en forte diminution [3].

11 Grippe espagnole (Pandémie, 1918-1919, 20 à 50 millions de morts) – Grippe asiatique (Pandémie, 1956-1958, 1 à 3 millions de morts) – Grippe de Hongkong (Pandémie, 1968-1970, 1 million de morts) – Sida (Pandémie, depuis 1981, 32 millions de morts) – Sras (Asie, Canada, 2002-2003, 774 morts) – Grippe A (Pandémie, 2009-2010, 18 500 morts) – Mers (Moyen-Orient et Europe, depuis 2012, 850 morts) – Ebola (Principale épidémie en Afrique de l'Ouest, 2013-2016, 11 300 morts) – Covid-19 (Pandémie, depuis 2019, 400 000 morts au 31 mai 2020) [128, 129, A12].

12 Sciensano est né de la fusion de deux institutions sœurs : l'ISP (Institut scientifique de Santé publique) et le CERVA (Centre d'étude et de recherche Vétérinaires et Agrochimiques).

FIGURE 3. NOMBRE ANNUEL DE PERSONNES EN SUIVI MÉDICAL POUR LE VIH PAR ANNÉE (BELGIQUE), 2006-2018 [3]



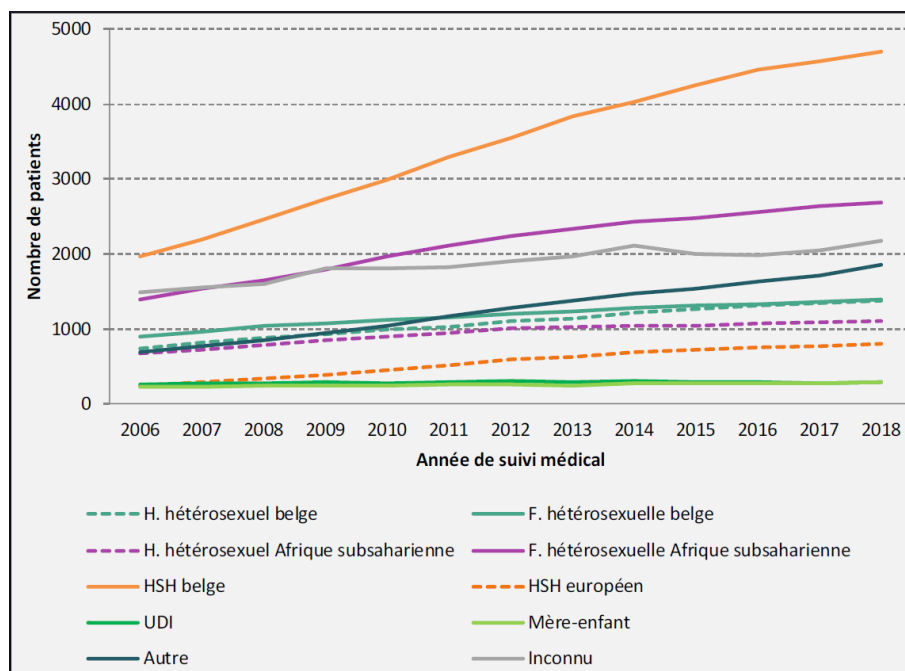
En 2018, 882 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique, ce qui correspond à 2,4 nouveaux diagnostics par jour en moyenne, ou encore à 78 nouveaux diagnostics par million d'habitants. Le nombre d'infections diagnostiquées en 2018 est en diminution de 2% par rapport à l'année 2017. Après une diminution importante et régulière observée entre 2012 et 2016 (moins 26%), la décroissance a été plus limitée en 2017 et 2018 [3].

Les caractéristiques de l'épidémie ont cependant évolué : d'une part, le nombre de diagnostics continue de décroître chez les personnes de nationalités belge (-38% depuis 2012) et africaines (-43% depuis 2012) ; d'autre part, on remarque entre 2017 et 2018 une progression importante des diagnostics chez des personnes de nationalités latino-américaines (+53%) et asiatiques (+31%). En 2018, les nationalités hors Europe ou Afrique représentent 17% des nationalités connues (+40% par rapport à 2017) [3].

L'épidémie du VIH en Belgique se caractérise de moins en moins par une forte prédominance de deux populations, à savoir d'une part les hommes homosexuels ou bisexuels (HSH) de nationalité belge et d'autre part les personnes qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels et provenant de pays d'Afrique subsaharienne [3].

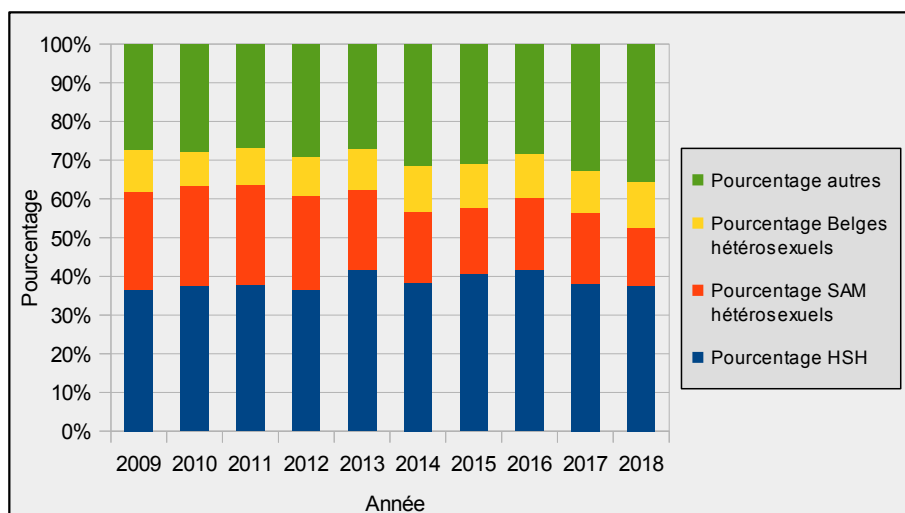
Parmi les personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2018, 43% sont de nationalités africaines subsahariennes, 34% de nationalité belge, 10% de nationalités européennes et 11% d'autres nationalités. En 2018, les femmes représentaient 68% des diagnostics posés chez des hétérosexuels d'Afrique subsaharienne et 41% des personnes hétérosexuelles de nationalité belge [3]. La Figure 4 montre le nombre de PVVIH en suivi médical par origine et par mode probable de transmission.

FIGURE 4. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS EN SUIVI PAR NATIONALITÉS GROUPEES ET MODE PROBABLE DE TRANSMISSION (BELGIQUE), 2009-2018 [3]



Comme on peut le voir sur la [Figure 5](#), les trois principales populations concernées par le VIH représentent, en 2018, 65% des PVVIH (38% pour les HSH, 15% pour les SAM et 12% pour les hétérosexuels belges) [3].

FIGURE 5. PROPORTION DE PVVIH PAR POPULATIONS (BELGIQUE), 2006-2018 [3]



Néanmoins, comme dans la quasi totalité des pays occidentaux, les HSH constituent le premier groupe de PVVIH (49% des nouvelles infections en 2018). Seulement la moitié de ces HSH est belge (en 2012, ils représentaient 70%). Cela démontre bien l'efficacité de la prévention en Belgique. Les personnes de nationalités européennes (autres que belge) représentaient 18%. C'est parmi les HSH originaires d'autres régions du monde que s'accroît le nombre de diagnostics : en 2018, 13% des HSH ont une nationalité latino-américaine et 10% une nationalité asiatique. Cela signifie clairement

que l'effort de prévention doit maintenant se concentrer sur les HSH d'origine étrangère [3].

Le deuxième groupe de PVVIH, comme dans beaucoup de pays d'Europe occidentale, est constitué de migrants subsahariens (SAM) (20% des nouvelles infections en 2018). Contrairement à la plupart des autres groupes, les SAM infectés par le VIH sont essentiellement des femmes (en 2018, 114 femmes nouvellement infectées contre 78 hommes) [3]. Ces migrants sont souvent, du moins dans les premières années, en séjour précaire et sont confrontés à des difficultés spécifiques liées à leur statut administratif et à leurs conditions de vie, et risquent d'avoir un accès limité aux soins [35].

2.1.3. Évolution des traitements et augmentation de l'espérance de vie

Le premier médicament pour lutter contre le Sida a été la zidovudine (AZT)¹³, approuvé par la FDA en mars 1987 [7]. Il s'agit d'un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI). Ce nouveau traitement a permis d'augmenter la durée de vie des PVVIH. Mais ce n'était pas un médicament miracle. La toxicité était importante et les effets secondaires nombreux : maux de tête, nausées, vomissements, insomnie, fatigue, douleurs musculaires et perte de l'appétit [118]. Pris tôt et souvent, l'AZT permettait d'allonger la vie des patients [77]. Pendant près de dix ans et malgré plusieurs tentatives pour développer d'autres traitements en mono ou bithérapies, les patients ne voient rien d'autre venir [161].

Auparavant, il n'existait aucun médicament, et les malades étaient condamnés à mourir assez rapidement. On se contentait de soigner les maladies opportunistes¹⁴, comme par exemple la toxoplasmose, la pneumocystose, la cryptococcose, l'infection à CMV (cytomégalovirus), le sarcome de Kaposi [9]. Les traitements étaient difficiles à supporter, et particulièrement onéreux (aux États-Unis, en moyenne 40 000 dollars par patient en 1987) [77].

Les premiers traitements antirétroviraux sont apparus en 1996 (nevirapine, ritonavir, indinavir). La nevirapine a été le premier inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) à être approuvé. Le ritonavir et l'indinavir sont des inhibiteurs de la protéase (IP) [6]. Il faut prendre plus d'une douzaine de comprimés par jour en plusieurs prises, parfois à jeun, en même temps ou isolément... La toxicité reste importante et pousse à faire des écarts, lesquels entraînent des échecs thérapeutiques [161].

Nouveau tournant en 2008 avec l'arrivée de deux nouvelles classes d'antirétroviraux : les inhibiteurs de l'intégrase (II) et les inhibiteurs d'entrée (IE), qui entrent dans la composition de trithérapies plus faciles à prendre et, surtout, mieux tolérées. La formulation et la galénique des médicaments ont

13 Il est commercialisé sous le nom de Retrovir® (Glaxo Wellcome, puis ViiV Healthcare). Son usage en monothérapie n'existe plus depuis 1997 [55].

14 Infections et tumeurs qui se manifestent uniquement chez les personnes dont les défenses immunitaires sont affaiblies. L'apparition d'une maladie opportuniste marque l'entrée dans le stade Sida [55].

aussi évolué, de sorte que le nombre de cachets et de prises quotidiennes diminuent, et que la qualité de vie des PVVIH augmente [161].

De nouvelles molécules sont cependant en développement et sont rendues disponibles régulièrement. Les chercheurs soulignent d'ailleurs la nécessité de développer de nouvelles classes d'ARV – ciblant d'autres protéines du virus – de façon à élargir le champ d'action contre le VIH [156].

Une étude canadienne¹⁵ de 2005 estime la longévité d'une personne séropositive de 50 ans à [44] ;

- 1996 à 1999 : 62 ans
- 2000 à 2005 : 68 ans
- 2006 à 2014 : 73 ans

Il est probable que ces différences entre l'espérance de vie des personnes séropositives sont attribuables aux années que celles-ci ont vécu avec une infection au VIH non traitée ou mal gérée avant l'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996. Au XXI^e siècle, les traitements antirétroviraux sont devenus plus tolérables et ont également gagné en efficacité, les patients et médecins ont acquis plus d'expérience de leur usage et les PVVIH ont commencé graduellement à s'en servir plus tôt dans le cours de l'infection au VIH. Tous ces facteurs ont contribué à améliorer l'espérance de vie [44].

Un traitement antirétroviral (ART¹⁶) contre le VIH comprend plusieurs médicaments de différentes classes. Chaque classe de médicaments contre le VIH a une action spécifique. Un traitement antirétroviral ne peut pas faire disparaître entièrement le virus de l'organisme, mais il empêche pour l'essentiel sa multiplication, apportant ainsi de nombreux avantages [10] :

- Le système immunitaire est soulagé et se rétablit
- Les personnes séropositives avec une charge virale indétectable ne transmettent plus le VIH lors de rapports sexuels
- La maladie, le Sida, ne se déclare pas
- L'espérance de vie et la qualité de vie augmentent considérablement

Ils agissent en bloquant certaines étapes du cycle de multiplication du VIH. Le virus une fois dans le corps, va au contact des cellules CD4¹⁷ (ou T4) et essaye d'y pénétrer. Le virus entre alors dans la cellule, l'infecte en lui injectant son patrimoine génétique (soit l'ARN ou Acide Ribonucléique) puis utilise cette cellule pour produire de nouveaux virus qui iront eux-mêmes s'attaquer aux autres

15 Étude portant sur 2 440 personnes séropositives et 14 588 personnes séronégatives (Danemark) sur la période allant de janvier 1996 à mai 2014 [44].

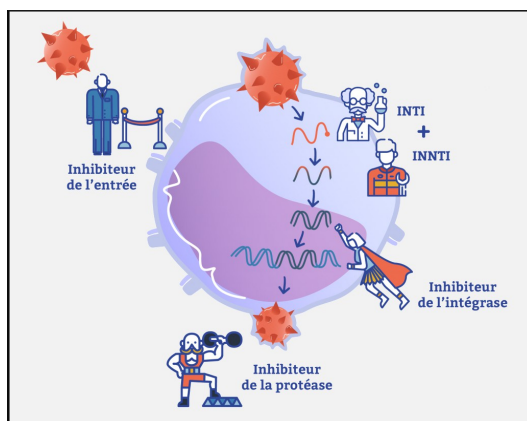
16 Ces traitements sont communément appelés trithérapies.

17 Le nombre de lymphocytes CD4 par mm³ de sang caractérise l'état immunitaire de la personne. C'est l'une des deux mesures clefs pour suivre l'évolution de l'infection et mesurer l'efficacité des traitements (conjointement à la mesure de la charge virale). Les lymphocytes CD4 sont la cible principale du VIH [55].

cellules CD4 [16].

Ce fonctionnement se répète indéfiniment. La charge virale, soit le taux de virus dans le sang, augmente. Le nombre de cellules CD4 non-infectées et donc efficaces contre les infections diminue et rend donc l'organisme vulnérable. Chaque classe d'antirétroviral agit à des étapes différentes : la fusion du VIH avec la cellule, l'intégration de son ARN ou la fabrication des nouveaux virus... L'objectif est de bloquer le processus de réplication et d'infection du virus [16].

FIGURE 6. COMMENT LES ANTIRÉTROVIRAUX BLOQUENT L'ACTION DU VIH [70]



Il existe en effet cinq différentes familles d'antirétroviraux [70] :

- les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse¹⁸ (INNTI)
- les inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)
- les inhibiteurs de la protéase¹⁹ (IP)
- les inhibiteurs de l'intégrase²⁰ (II)
- les inhibiteurs de l'entrée²¹ (IE)

Les ARV sont une famille complexe de médicaments composés de molécules avec chacune leur particularité et leur mode d'action. Ils réduisent la réplication du virus en limitant la destruction du système immunitaire en inhibant, par exemple, sa transcriptase inverse ou sa protéase [55]. Selon leurs effets et la situation de la personne séropositive au VIH, et en accord avec elle, le médecin va prescrire un "cocktail" d'ARV qu'on appelle une multithérapie comprenant souvent trois ou quatre molécules, communément appelée trithérapie [16].

Les ARV ont pour objectif de rendre indétectable la charge virale (quantité de virus dans le sang). L'obtention et le maintien de cette charge virale indétectable²² et d'un taux de CD4 dans le sang

18 Enzyme virale nécessaire à la copie de l'ARN viral en ADN, appelée transcription, étape essentielle dans le cycle de réplication du VIH.

19 Enzyme qui permet le clivage et l'assemblage des protéines virales, processus indispensable au cycle de vie du VIH.

20 Enzyme spécifique du VIH, nécessaire à sa réplication.

21 Empêche l'attachement du virus à la membrane cellulaire au niveau des récepteurs CD4, puis de fusionner et de pénétrer dans la cellule.

22 La charge virale est indétectable lorsque le VIH est en trop faible quantité pour être détectée par les tests couramment utilisés (moins de 50 copies de virus/ml de sang) [55].

suffisamment élevé sont des indicateurs d'efficacité de ce traitement. Obtenir une charge virale indétectable est l'objectif des traitements ARV [55]. Une PVVIH ayant une charge virale indétectable grâce à son traitement ne transmet plus le VIH²³.

Lorsque les premiers traitements sont apparus sur le marché, ils avaient beaucoup d'effets indésirables. Les personnes qui ont pris des ARV entre les années 1996 et le début des années 2000 se souviennent encore des nausées, maux de tête et des problèmes gastro-intestinaux que les ARV causaient [70].

La lipodystrophie²⁴ était aussi une grande problématique, car cela affectait l'apparence physique de la personne et affectait son bien-être [70].

De nos jours, les ARV modernes causent beaucoup moins d'effets indésirables. Toutefois, certaines personnes en souffrent toujours [70].

Il y a deux types d'effets indésirables (aussi appelés effets secondaires) : ceux qui sont à court terme et ceux qui sont à long terme [70].

Les effets secondaires n'affectent pas tout le monde. Certaines personnes n'en auront jamais, tandis que d'autres auront plus de difficultés à s'adapter au traitement à cause des effets indésirables [70].

Une fois que le corps a utilisé le médicament, il élimine le restant. On pourrait imaginer le corps comme une usine de traitement. Les ARV peuvent être éliminés par les reins ou par le foie [70].

Cela étant, les résistances aux traitements demeurent. Il existe deux types de résistances : les résistances primaires, relativement rares, repérables tôt par génotypage de la souche virale et celles consécutives à la prise irrégulière du traitement [161].

L'espérance de vie et la mortalité chez les personnes séropositives au VIH suivant un traitement antirétroviral vont différer selon la période et les caractéristiques du patient au début du traitement [19].

Par exemple, les personnes vivant avec le VIH suivant une thérapie antirétrovirale et qui arrivent à 350 cellules/mm³ de CD4 à la fin de la première année du traitement antirétroviral ont une espérance de vie proche de l'espérance de vie des personnes non infectées par le virus du VIH [8]. Mais celle-ci est plus élevée chez les personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas d'autres coinfections ou des comorbidités [56].

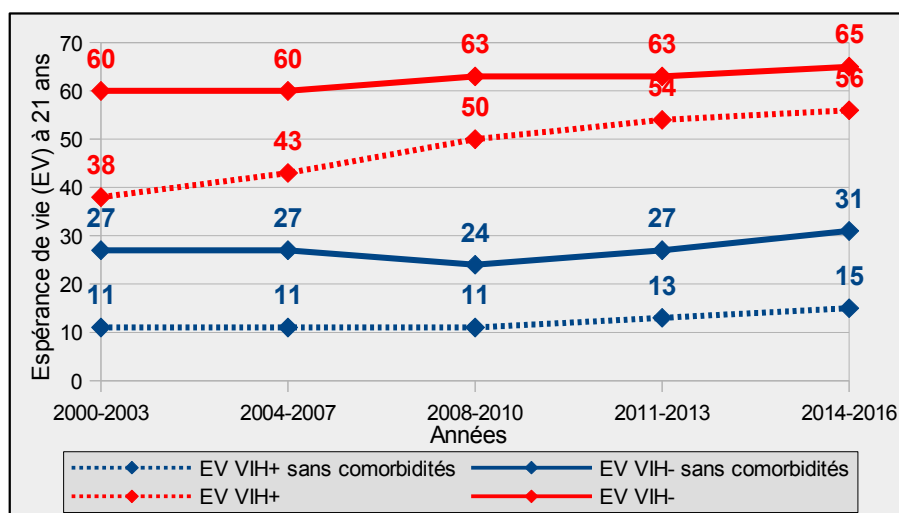
23 Elles ne transmettent plus le VIH à leurs partenaires sexuels ni à leur bébé durant la grossesse ou l'accouchement. Il subsiste un risque extrêmement réduit de transmettre le VIH par l'allaitement et un risque réduit de transmettre le VIH aux personnes avec qui elles partagent du matériel servant à la consommation de drogues injectables [139].

24 Effet indésirable de certains médicaments antirétroviraux consistant en une redistribution de la masse grasseuse (« tissu adipeux ») dans le corps. Le tissu adipeux est un réservoir pour le VIH et il semble qu'il joue également un rôle dans les atteintes de ce tissu. Les nouveaux traitements ont permis de diminuer cet effet [55, 171].

Toutefois, cette différence reste assez importante chez les personnes vivant avec le VIH qui ont des problèmes d'abus de drogue ou d'alcool ou qui sont fumeurs [8]. Selon une étude américaine²⁵, les PVVIH étaient fumeurs à 45,2% contre 31,1% pour la population non porteuse du VIH, abusaient de l'alcool ou de drogues à 20,6% contre 8,6% et étaient porteurs de l'hépatite B ou C pour 11,5% contre 1,7% pour la population non porteuse du VIH [20, 63]. Les PVVIH ont donc un mode de vie plus à risques que la population générale.

Malheureusement, les études, même récentes, se basent sur des cohortes anciennes de plusieurs années. Il n'est donc pas possible de connaître la situation actuelle exacte.

FIGURE 7. ESPÉRANCE DE VIE (EV) RESTANTE À 21 ANS, 2000-2016 [136]



Une étude américaine récente, sur une longue période et sur une cohorte importante²⁶ permet de quantifier l'écart en termes de durée de vie globale et d'années sans comorbidité entre les personnes séropositives (VIH+) et non séropositives au VIH (VIH-) [135, 136, 137].

Les résultats Figure 7 ont montré une augmentation constante de l'espérance de vie des personnes atteintes du VIH au cours de la période de l'étude, de 2000 à 2016. Alors qu'en 2000, les PVVIH devaient vivre en moyenne 22 ans de moins que les personnes séronégatives au VIH de la cohorte, en 2016, l'espérance de vie était réduite à neuf ans de moins [135, 136, 137].

Plus précisément, pour la période 2014-2016, on prévoyait qu'un jeune de 21 ans atteint du VIH vivrait jusqu'à l'âge de 77 ans, alors qu'un jeune de 21 ans non atteint par le VIH vivrait jusqu'à l'âge de 86 ans (pour la période 2000-2003, on obtient respectivement 59 ans et 81 ans) [Figure 7]. Et si la personne séropositive a commencé un traitement antirétroviral avec un taux de CD4 supérieur à 500 cellules/mm³, elle devrait vivre jusqu'à 87 ans, soit un peu plus longtemps que les personnes non

25 Cohorte du Kaiser Permanente California sur la période 1996–2011 [20].

26 Cohorte du Kaiser Permanente, un fournisseur intégré d'assurance maladie et de soins médicaux en Californie, en Virginie, dans le Maryland et dans le district de Columbia. Les données proviennent de 39 000 personnes vivant avec le VIH et de 387 767 personnes séronégatives, entre 2000 et 2016. [135, 136].

séropositives (85 ans) [135, 136, 137]. En effet, les PVVIH bénéficient d'un suivi médical plus important et plus efficace en terme de prévention que la population générale. Cela a un impact sur leur espérance de vie sans incapacité (EVSI), et d'une façon générale sur leur santé, l'évolution thérapeutique et leur espérance de vie.

Une étude canadienne²⁷ (Colombie britannique) estimait (période 1996-2012) que les hommes séropositifs devraient vivre jusqu'à 54 ans, tandis que les hommes séronégatifs devraient atteindre 81 ans. Pour les femmes, les chiffres sont respectivement de 41 et 85 ans. L'espérance de vie plus faible des femmes serait en partie due à un taux d'observance thérapeutique (notamment la prise régulière des médicaments) plus faible [116].

On essaye aujourd'hui de simplifier les traitements pour diminuer les effets secondaires et les comorbidités, notamment chez les patients plus âgés.

On veut remplacer l'approche standard reposant sur une combinaison de trois médicaments actifs (3DR) par un traitement d'entretien utilisant deux médicaments (2DR). Après avoir utilisé le nombre standard de médicaments pour commencer le traitement et supprimer la charge virale à moins de 50 copies/ml, on peut réduire le nombre de médicaments tout en maintenant la suppression virale. Certains médicaments peuvent également être utilisés pour des patients naïfs de traitement. Notons cependant que la plupart des études de simplification ont eu leur lot de problèmes [160].

Il s'agit notamment de bithérapies. Dans ce cas, on parle principalement d'une combinaison²⁸ de deux molécules existantes, le dolutégravir et la lamivudine. Des essais²⁹ ont prouvé une efficacité quasi identique à la trithérapie. Il s'agit d'une avancée thérapeutique, même si son utilisation est limitée (patients qui n'ont par reçu d'autres traitements contre le VIH, qui n'ont pas une charge virale trop élevée ni des CD4 trop bas, qui n'ont pas de coinfection VHB³⁰, ni de désir de grossesse). De plus, cette bithérapie permet de réduire les effets secondaires, grâce à une diminution du nombre de médicaments et à une moindre toxicité du traitement [166]. Une autre étude a également montré qu'il n'y avait pas de résistance à la lamivudine [172]. Le Dovato® est remboursé en Belgique depuis le 1^{er} décembre 2019.

Parallèlement à l'allègement du nombre de molécules, on pense aussi à un allègement des prises hebdomadaires (essai³¹ de 4 jours sur 7) [156].

27 Étude portant sur 9 310 personnes séropositives et 510 313 personnes séronégatives (Colombie britannique) sur la période allant du 1^{er} avril 1996 au 31 décembre 2012, auprès de personnes âgées de 20 ans ou plus [116].

28 Commercialisée par le laboratoire ViiV Healthcare sous le nom de Dovato®. Il a été approuvé par la FDA en avril 2019 [169].

29 Essais français Gemini 1 et 2 (menés sur plus de 1 400 adultes) pendant 96 semaines [157, 162] et essais américains SWORD-1 et SWORD-2 (menés sur 1 024 patients) [170].

30 Les patients infectés par le VHB ont besoin du ténofovir qui n'entre pas dans la composition de cette bithérapie [157].

31 Essai français Quatuor mené sur 647 patients répartis en deux groupes (7 jours sur 7 et 4 jours sur 7). Après 48 semaines, aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes. Les effets secondaires ont également été les mêmes dans les deux groupes. L'essai fait état d'un nombre mineur de cas de résistance. Un suivi sur 48 semaines supplémentaires évaluera le succès sur

Les spécialistes pensent également pouvoir combiner les deux. Un essai³² français était prévu mais a dû être reporté suite à la crise du Covid-19. Il devait permettre de tester l'efficacité de la bithérapie sur 4 jours, en s'assurant qu'il n'y ait pas d'apparition de résistance du virus, et en analysant les mutations et les réservoirs [158].

Diminuer le nombre de prises hebdomadaires et/ou de molécules permet également de diminuer l'impact financier pour la collectivité. À titre d'exemple, un comprimé de Triumeq®³³ est vendu entre 25 et 30 €, soit un coût de 750 à 900 € par mois. En réduisant la prise à quatre comprimés par semaine, ce coût est ramené à environ 430 à 515 € par mois, soit près de 4 000 à 5 000 € annuel de gain par personne sous traitement.

Malgré tous les efforts, et quelque 32 millions de morts, quarante ans n'ont pas suffi à découvrir un vaccin contre le VIH. Le VIH se multiplie grâce à une enzyme qui transforme son matériel génétique, l'ARN viral, en ADN. Cette enzyme peut introduire des modifications dans le virus. C'est une source de grande variabilité qui permet au virus de s'adapter rapidement, et rend difficile la recherche d'un vaccin. Un des points cruciaux pour lutter contre l'infection par le VIH est la production d'anticorps à fort pouvoir neutralisant et capables de reconnaître plusieurs souches du virus [55, 175].

La pandémie du VIH fournit des enseignements pour la réponse à apporter à la nouvelle pandémie Covid-19 : aucun vaccin disponible pour les deux, pas encore de médicament pour le Covid-19, comme c'était le cas durant les premières années de l'infection VIH. Le comportement de la population déterminera la trajectoire de la pandémie Covid-19, tout comme cela a été le cas pour le VIH [80].

Par une triste ironie du sort, les habitants de la ville de New York sont durement frappés par le Covid-19, comme ils l'ont été 40 ans plus tôt par le VIH. Le nombre quotidien de décès liés au Covid-19 à New York dépasse même celui des morts du Sida pendant les pires années de cette pandémie. Ceux qui ont vécu cette triste période ne peuvent s'empêcher d'y penser, ainsi qu'à leurs amis décédés [79].

2.1.4. Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Il existe depuis quelques années un traitement préventif contre le VIH : la PrEP³⁴. Ce traitement consiste à prendre un médicament antirétroviral avant et après les rapports sexuels. Dans ce cas, il se

le long terme et sera déterminant afin que la stratégie soit proposée à plus grande échelle [156].

32 L'essai Duetto prévoit de suivre 440 volontaires pendant 48 semaines [158].

33 Le Triumeq® (ViiV Healthcare) est une pilule qui regroupe trois antirétroviraux : dolutégravir (II), abacavir (INTI) et lamivudine (INTI).

34 La PrEP est remboursée par la sécurité sociale depuis le 1^{er} juin 2017 sous certaines conditions [69].

prend sur une base "2-1-1"³⁵. Il est également possible de prendre le médicament quotidiennement. La première formulation permet de diminuer le coût, la toxicité et le risque d'effets secondaires. Il convient également mieux pour les personnes qui évitent de prendre des médicaments [178].

Il s'adresse aux personnes qui ne sont pas infectées par le VIH, qui n'utilisent pas le préservatif et qui sont à haut risque de contracter le VIH, afin d'éviter une contamination.

Le seul médicament utilisé actuellement pour la PrEP associe deux antirétroviraux contre le VIH : l'emtricitabine et le ténofovir disoproxil.³⁶

L'arrivée de ce traitement préventif va permettre de diminuer le nombre de nouvelles infections. Ce qui va permettre, à terme, d'augmenter la proportion des PVVIH de plus de 50 ans. Il faut toutefois signaler que la PrEP est principalement utilisée par des personnes jeunes, d'où un impact actuellement limité chez les plus de 50 ans [3]. Certains spécialistes craignent que ce nouveau traitement risque d'avoir comme effet indésirable d'augmenter les autres IST. C'est pour cette raison qu'un suivi médical trimestriel est obligatoire pour bénéficier du remboursement.

Signalons également que les femmes réagissent moins bien à la PrEP (cf. infra 2.3.7).

En Belgique, entre le 1^{er} juin 2017 et le 31 décembre 2018, 2 412 personnes ont commencé un traitement PrEP pour la première fois. On observe une croissance régulière d'environ 100 initiateurs de la PrEP par mois [3].

Parmi les nouveaux patients recevant la PrEP, 99% étaient des hommes, 99% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 82% étaient belges et 52% appartenaient au groupe d'âge des 25-39 ans. Les plus de 50 ans ne représentaient que 14,7%. Plus de la moitié (55,4%) prennent le traitement quotidiennement [3].

Des essais récents d'un nouveau traitement (cabotegravir en injection toutes les huit semaines) ont donné des résultats probants³⁷, meilleurs qu'avec le ténofovir/emtricitabine.

2.1.5. Prophylaxie post-exposition (PPE)

La PPE consiste en une combinaison de trois médicaments anti-VIH qu'une personne séronégative prend pendant quatre semaines afin de réduire son risque de contracter le VIH après une exposition possible au virus. La PPE devrait commencer le plus tôt possible, idéalement dans les 4 heures, mais obligatoirement dans les 72 heures suivant l'exposition au VIH [174].

35 "2-1-1" : deux comprimés dans les 24 heures précédents le rapport sexuel et un comprimé chacun des deux jours suivant le rapport. Ce mode de prise de médicaments n'a prouvé son efficacité que chez les hommes [178].

36 Il est commercialisé sous la marque Truvada® (Gilead). Les brevets européens sur ce médicament ayant expiré en 2017, des génériques sont maintenant disponibles.

37 Étude sur 4 570 hommes cisgenres et femmes transgenres ayant des rapports sexuels avec les hommes, dans sept pays. Les infections ont été trois fois moins nombreuses qu'avec le Truvada® [159].

La PPE ne prévient pas 100% des infections par le VIH, mais on estime qu'elle peut réduire le risque de transmission du VIH de plus de 80%. Il s'agit d'un traitement « d'urgence » [174].

2.2. Vieillesse avec le VIH

Grâce notamment à l'avancée de la médecine et des progrès en matière d'hygiène, l'espérance de vie de la population générale a augmenté d'une trentaine d'années en un siècle, avec pour corollaire le vieillissement de la société.

Depuis le milieu des années 90, avec l'arrivée de tous ces nouveaux traitements, on constate une forte diminution du nombre de personnes souffrant de maladies liées au Sida. Ces traitements permettent d'éviter d'arriver au stade du Sida [26, 27].

Un des bénéfices de prendre le traitement contre le VIH est que la personne devient indétectable : il est impossible de détecter le virus dans son sang. Le virus ne disparaît pas complètement du corps, mais il se cache très bien dans des réservoirs³⁸. [70].

Dans la majorité des cas, une personne devient indétectable après 24 semaines de prise du traitement. Si après 48 semaines la personne est encore détectable, les médecins vont parler d'échec thérapeutique. L'échec thérapeutique peut être dû à des résistances du virus, une mauvaise observance du traitement ou d'autres raisons [70].

De nos jours, du moins dans les pays occidentaux, il est rare de mourir du Sida. En revanche, les PVVIH sont maintenant traitées pour des maladies liées à l'âge [62].

En Belgique, en 2018, 59 décès ont été notifiés parmi les personnes porteuses de l'infection VIH, ainsi que 49 diagnostics de Sida. Un total de 2 751 décès a été rapporté entre 1978 et 2018 et 5 091 cas de Sida [3].

Il existe une différence de pathologies entre les patients VIH positifs âgés et ceux qui sont jeunes. Ceci est dû au fait que la réponse immunitaire devient moins bonne chez les patients plus âgés (immunosénescence), aux comorbidités, à la toxicité des agents antirétroviraux quant à leur élimination hépatique et rénale, ainsi qu'aux interactions médicamenteuses et à la polymédication. [14].

Le VIH est donc devenu une maladie chronique nécessitant un traitement au long cours [15]. Cette situation pose de nombreux nouveaux problèmes et défis : celui de l'inflammation persistante entraînant une activation immunitaire, des comorbidités, de l'accumulation de la toxicité des

³⁸ Il existe des réservoirs de VIH inactifs « archivés » au sein de certaines cellules infectées (notamment des lymphocytes CD4 dits « mémoires »). Le virus est ainsi à l'abri des traitements et des défenses naturelles qui pourraient l'éliminer. Ces réservoirs libèrent de faibles quantités de virus, qui, en cas d'arrêt du traitement, recommencent à se répliquer très rapidement. Les réservoirs constituent un obstacle majeur à l'éradication du virus de l'organisme et à la guérison de l'infection par le VIH [55].

traitements antirétroviraux, du vieillissement et enfin celui de la surcharge des systèmes de santé pas ou peu organisés ou n'ayant pas les ressources nécessaires pour faire face à l'afflux de ces patients chroniques. Les déterminants du vieillissement en bonne santé ou du vieillissement actif sont excessivement complexes et intriqués. Entre autres, le vieillissement va tenir compte de la culture, du sexe, de la génétique, de facteurs socio-économiques, du système de santé dans lequel on vit, de l'environnement physique, du style de vie personnelle. Chez les PVVIH, non seulement cette complexité s'observe mais il faut y rajouter l'infection chronique elle-même et l'utilisation des thérapies antirétrovirales au long cours et leurs potentielles toxicités [14, 43].

Selon une enquête réalisée à Lyon et dans la vallée du Rhône sur la qualité de vie des seniors vivant avec le VIH [22], les résultats montrent que la qualité de vie des PVVIH a tendance à être meilleure pour les seniors que pour ceux qui ont moins de 50 ans ; l'hypothèse principale expliquant cette hausse est que les seniors ont pour la plupart arrêté de travailler ou sont en fin de carrière, et ce changement de train de vie semble beaucoup diminuer les soucis et améliorer l'état d'esprit de ces personnes. Une autre raison est la normalisation des problèmes de santé due à l'apparition d'autres problèmes de santé liés au vieillissement. En effet, les personnes vivant avec le VIH vieillissantes sont avec le temps confrontées à d'autres problèmes de santé similaires aux personnes vieillissant sans VIH.

En ce qui concerne la vie de couple, quand on est senior vivant avec le VIH, on vit à la fois plus souvent en couple que quand on est jeune, mais également plus souvent seul. Plus d'un senior sur deux vit sans conjoint et les femmes davantage que les hommes [22].

Les PVVIH transgenres doivent être prises en charge de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH. Les consignes de convalescence des chirurgies de réassignation sexuelle doivent être respectées [12].

2.2.1. Coinfections

L'infection par le VIH peut être accompagnée ou suivie d'une infection par un autre agent pathogène. On parle alors de coinfection, c'est-à-dire deux ou plusieurs infections en même temps.

Le virus de l'hépatite B (VHB) et le VIH sont transmis en grande partie de la même façon (mais avec une contagiosité du VHB bien plus élevée que le VIH), à savoir par contact sexuel ou par partage de seringues. Ce qui signifie que les personnes à risque pour le VIH sont également plus à risque pour l'hépatite B. Les personnes ayant les deux virus sont plus à risque de développer une hépatite chronique. Et sont donc plus à risque de développer des maladies du foie, parfois mortelles. Il est donc fortement recommandé aux PVVIH de se faire vacciner contre l'hépatite B [13]. Si une personne déjà infectée par le VIH contracte le VHB, il a plus de probabilité de développer une

hépatite chronique car son système immunitaire est déjà affaibli par le VIH. Environ 240 millions de personnes dans le monde souffrent d'une hépatite B chronique [121].

Notons également qu'une proportion importante de migrants subsahariens (SAM) a développé une hépatite chronique. C'est souvent le cas s'ils ont été contaminés par le VHB alors qu'ils étaient encore enfants. Dans ce cas, leur système immunitaire n'est pas encore suffisamment développé pour lutter contre le VHB. Environ 90% des enfants infectés par transmission verticale développent une hépatite chronique. En revanche, 96% des adultes se débarrasseront de leur infection primaire par le VHB. En Afrique subsaharienne, plus de 8% de la population est constituée de porteurs chroniques du VHB [121].

En ce qui concerne l'hépatite C (virus VHC), plus rare que l'hépatite B, la principale cause d'infection est le partage des seringues³⁹. Mais la transmission par voie sexuelle est également importante chez les HSH. Comme il n'existe pas de vaccin, il est recommandé de se faire tester chaque année [13].

Pour les PVVIH, la coinfection avec une hépatite chronique peut compliquer le traitement VIH [13].

Il existe également un risque de coinfection par le virus du papillomavirus humain (VPH). Le VPH et le VIH présentent chacun des interactions favorisant l'autre infection au niveau cellulaire. L'infection par le VPH favorise l'acquisition du VIH chez les femmes et les hommes, et les personnes infectées par le VIH présentent un risque plus lourd de dysplasie et de cancer induits par le VPH en raison de la suppression immunitaire progressive. Ces deux infections contribuent à un cercle vicieux qui pourrait expliquer l'intensification des deux pandémies dans certaines régions du monde. Le traitement HAART pourrait être bénéfique pour réduire l'infection par le VPH et les lésions associées, mais seulement après plusieurs années avec un contrôle optimal de la charge virale du VIH et une reconstitution immunitaire de grande amplitude [141, 142].

Le VPH est surtout connu pour être à l'origine du cancer du col de l'utérus. Mais il a été prouvé qu'il peut également être à l'origine d'autres cancers⁴⁰ et de verrues génitales [143]. Remboursé pour les femmes depuis une dizaine d'années, il est, depuis 2019, également remboursé pour les hommes sous certaines conditions.

Il existe également une possibilité de coinfection VIH/tuberculose⁴¹. En Belgique, la tuberculose a quasiment disparu (environ 1 000 cas par an). Le risque est donc très faible.

La pandémie Covid-19 a changé nos vies. Nous ne connaissons pas l'impact du nouveau coronavirus

39 La contamination par seringue est assez importante aux États-Unis, mais beaucoup plus rare en Belgique. Aux États-Unis, 9% des personnes nouvellement infectées sont des UDI [99] (environ 62-80% de ceux-ci sont porteurs du VHC [13]) contre environ 1% en Belgique [3].

40 Cancers de la vulve, du vagin, du pénis, de l'anus, de la bouche et du pharynx. Un quart des cancers liés au papillomavirus humain touche les hommes [143].

41 La tuberculose est une maladie infectieuse causée par la bactérie *mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch), contagieuse.

(SARS-CoV-2) sur l'évolution de l'infection par le VIH et vice versa. Nous ne savons pas si l'infection est plus grave chez les personnes séropositives pour le VIH [82].

À présent, rien n'indique que le risque d'infection par le virus du Covid-19 (SARS-CoV-2), ou de complications de cette maladie, soit différent entre les personnes vivant avec le VIH cliniquement et immunologiquement stables et sous antirétroviral et la population générale. Certaines PVVIH ont des facteurs de risque connus des complications de la Covid-19, notamment le diabète, l'hypertension et d'autres maladies non transmissibles, et peuvent donc présenter un risque majoré de Covid-19 non lié au VIH [81, 173].

Une étude récente portant sur 5 700 patients hospitalisés pour le Covid-19 à New York montre que seulement 0,8% étaient porteurs du VIH, alors que le pourcentage est de 1,1% pour les New-yorkais. Cela montre bien que le VIH n'est pas un facteur de risque supplémentaire pour le nouveau virus SARS-CoV-2 [130].

À l'heure actuelle, la principale incidence du Covid-19 sur les PVVIH (en plus des mesures sanitaires que chacun doit respecter) consiste simplement, par précaution, à prendre une réserve plus importante de médicaments lors de leurs déplacements.

Pour limiter les risques, il est généralement conseillé aux PVVIH de se faire vacciner contre [36] :

- Hépatite A (VHA)
- Hépatite B (VHB)
- Pneumonie bactérienne
- Grippe/Influenza (vaccin annuel)
- Papillomavirus humain (VPH)

Notons également que les migrants subsahariens (SAM) peuvent souffrir de coinfections par le cytomégalovirus, les virus de l'hépatite B et C, le paludisme et le mycobacterium tuberculosis, qui peut entraîner une inflammation persistante même lorsque le VIH est bien maîtrisé. La prévalence de ces infections peut être différente selon le niveau des revenus [25].

2.2.2. Comorbidités

En médecine, le terme "comorbidité"⁴² désigne la présence de maladies et/ou divers troubles aigus ou chroniques s'ajoutant à la maladie initiale (dans ce cas, être porteur du VIH). À noter que ces maladies "secondaires" peuvent être directement dues à la première ou ne pas avoir de liens apparents avec celle-ci ou en être la conséquence, ou même partager les mêmes facteurs de risque.

⁴² On parle de comorbidités pour désigner l'ensemble des maladies ou problèmes de santé qui vont impacter la prise en charge, l'évolution, les complications et la tolérance aux traitements de la maladie initiale d'une personne.

La multimorbidité⁴³ est l'accumulation de multiples problèmes de santé chroniques rencontrés chez les personnes âgées, qui menacent leurs capacités fonctionnelles et cognitives [75]. Selon l'étude comparative de différents cohortes de PVVIH avec la population VIH négative, on remarque que les patients âgés porteurs du VIH ont plus de comorbidités que ceux VIH négatifs [84]. Au-delà de l'âge de 55 ans, plus de 50% des PVVIH ont deux comorbidités ou plus et au-delà de 65 ans, 70 à 80% des PVVIH ont entre deux et trois comorbidités, ceci n'étant pas le cas chez les personnes VIH négatives. Cela démontrerait alors que ces comorbidités apparaissent 10 ans plus tôt chez les PVVIH que chez les personnes VIH négatives [14, 84]. La durée d'exposition au VIH a un effet sur le nombre de comorbidités pendant le vieillissement. Le nombre de comorbidités doublerait au-delà de l'âge de 75 ans pour une durée d'exposition au VIH de 20 ans [83]. Les conséquences de ces comorbidités sont l'accélération du déclin fonctionnel physique et le développement prématuré de la fragilité (« frailty »). Par conséquent, elle entraîne une diminution de l'espérance de vie s'il n'y a pas de prise en charge des pathologies [75].

Il s'agit, au niveau neurologique, d'une dégradation des fonctions neurocognitives voire de la démence. Au niveau des pathologies cardiovasculaires, notons l'infarctus du myocarde, l'angine de poitrine, l'hypertension artérielle, la fibrillation auriculaire. Il y a des pathologies métaboliques avec intolérance glucidique, diabète, troubles lipidiques, lipodystrophie, obésité. Au niveau ostéoarticulaire, on note l'ostéopénie et l'ostéoporose avec les risques fracturaires, la déficience en vitamine D, les ostéonécroses. Les pathologies au niveau du foie avec le vieillissement au niveau du foie, les coinfections hépatite B et hépatite C ; au niveau rénal on note l'augmentation de la fréquence des insuffisances rénales chroniques, la dégradation progressive de la fonction rénale, des atteintes tubulaires. Enfin des pathologies néoplasiques liées ou non à l'immunodépression (poumons, etc...) [14].

Reprenons l'étude américaine mentionnée supra page 23 et la Figure 7. Les chercheurs ont approfondi l'analyse pour prendre en compte la santé des personnes au fur et à mesure qu'elles vieillissent. Ils ont constaté que les PVVIH vivent beaucoup moins longtemps en bonne santé que les personnes séronégatives au VIH. Pour la période 2014-2016, ils ont constaté que les PVVIH de 21 ans vivent sans aucun problème de santé supplémentaire jusqu'à l'âge de 36 ans, alors que leurs pairs séronégatifs vivent jusqu'à l'âge de 52 ans sans problèmes de santé supplémentaires (pour la période 2000-2003, on obtient respectivement 32 ans et 48 ans) [Figure 7]. Il est frappant de constater que cet écart de 16 ans est le même que celui qui a été constaté au début de l'étude, en 2000-2003 [135, 136, 137].

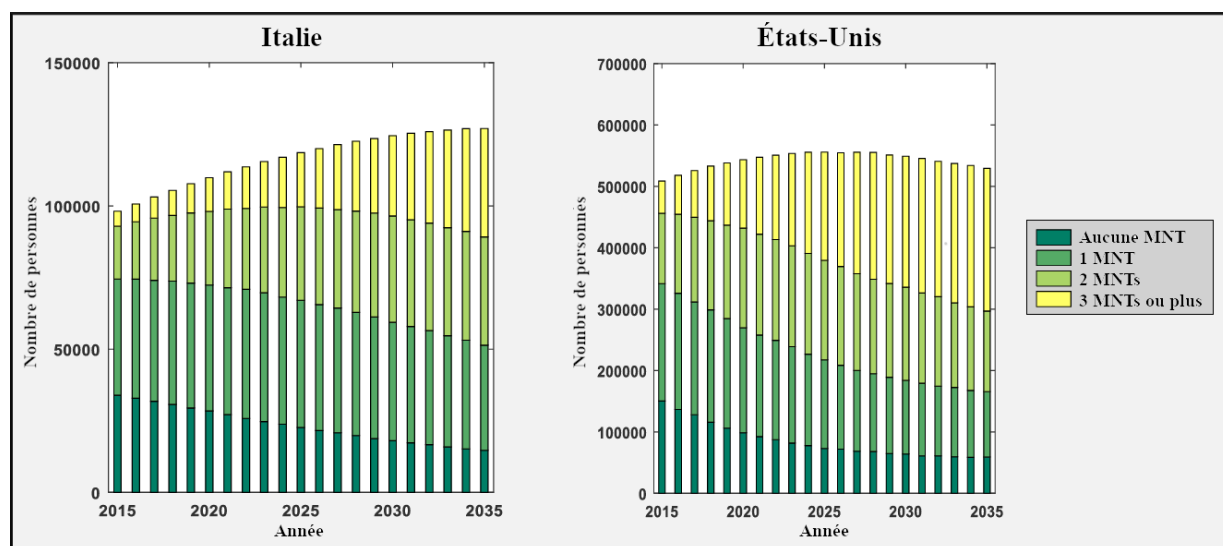
43 La multimorbidité se définit par l'association de plusieurs maladies chez une même personne, sans référence à une pathologie index particulière.

L'apparition de la maladie du foie est survenue 24 ans plus tôt pour les PVVIH, celle de la maladie des reins 17 ans plus tôt et celle de la maladie pulmonaire 16 ans plus tôt. L'écart s'est réduit pour le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires (un écart de huit ou neuf ans pour chacun) [135, 136, 137].

Le fait de prendre un traitement anti-VIH rapidement, avant que le système immunitaire ne subisse des dommages importants, ne semble pas avoir fait beaucoup de différence. Même si la PVVIH de 21 ans a commencé son traitement avec un taux de CD4 supérieur à 500 cellules/mm³, l'apparition de comorbidités était prévue pour l'âge de 34 ans, soit 16 ans avant une personne non séropositive au VIH. Une amélioration a été constatée pour le cancer et les maladies cardiovasculaires, mais pas pour les autres comorbidités [135, 136, 137].

Notons toutefois que les PVVIH consultent plus souvent un médecin, et il est donc possible que les comorbidités soient détectées plus tôt [135, 136].

FIGURE 8. NOMBRE DE PVVIH SOUFFRANT DE MNT (ITALIE, ÉTATS-UNIS), 2015-2035 [133].



La Figure 8 représente le nombre de maladies non transmissibles (MNT). On voit bien que les PVVIH vont avoir un nombre plus élevé de comorbidités MNT au cours des prochaines années.

2.2.2.1. *Comment expliquer ces comorbidités ?*

L'infection par le VIH est une maladie inflammatoire chronique [85]. Chez un patient non traité, on observe une réplication du virus, une perte des cellules immuno régulatrices et d'autres éléments qui vont causer une inflammation chronique persistante qui entraîne une activation immunitaire permanente pour à la fois des réponses VIH spécifiques et non spécifiques en faisant appel à la fois à l'immunité innée et adaptative [14, 75, 87]. Cette activation immunitaire est l'un des éléments importants de la pathogenèse de l'infection par le VIH, ceci s'expliquant par le fait que même avec un traitement antirétroviral efficace les niveaux restent effectivement élevés comparés à ceux des

personnes VIH négatives [86, 88].

Les causes de l'activation du système immunitaire, de l'inflammation chronique et de leur persistance sont nombreuses et dépendent de beaucoup d'autres facteurs [88, 89] dont le niveau d'immunodépression lors du début de la prise du traitement [90], la durée d'exposition à la toxicité de certains traitements antirétroviraux [91], la translocation microbienne [92] et les coinfections.

L'activation immunitaire et l'inflammation chronique entraînent ainsi, à la longue, un épuisement des capacités du système immunitaire et son vieillissement prématuré [93]. Ce vieillissement accéléré du système immunitaire des PVVIH associé à d'autres facteurs de risques traditionnels comme les habitudes de vie tels que le manque d'activité physique, le tabac ou l'alcool expliquent alors l'augmentation des risques d'autres comorbidités qui au départ ne sont pas liées au VIH [14].

L'espérance de vie de certaines personnes séropositives n'est pas quasi-normale à cause de problèmes liés largement à des facteurs autres que l'infection au VIH, notamment les suivants [96, 116] :

- Tabagisme
- Consommation de drogues et/ou d'alcool
- Problèmes de santé mentale non reconnus ou mal traités
- Coinfection au virus de l'hépatite B (VHB) et/ou au virus de l'hépatite C (VHC)

Signalons également qu'il peut y avoir des interactions entre le traitement antirétroviral et l'usage de drogues, notamment récréatives⁴⁴. Cela peut affecter l'efficacité du traitement et augmenter les effets secondaires. C'est principalement le cas avec les inhibiteurs de la protéase (IP)⁴⁵ [168].

Ces comorbidités peuvent être concomitantes ou peuvent être accumulées, expliquant ainsi la multimorbidité chez les PVVIH [94]. Les multiples comorbidités rencontrées chez les PVVIH sont les maladies cardiovasculaires (MCV), la dégradation des fonctions neurocognitives, la dégradation progressive de la fonction rénale, l'ostéoporose et des pathologies au niveau du foie [14, 75].

2.2.2.2. *VIH et système cardiovasculaire*

Au cours des dernières décennies, les types de maladies qui touchent les PVVIH ont évolué à mesure que la population vieillit. Les maladies cardiovasculaires deviennent ainsi les principales causes de décès dans cette population. La fibrillation auriculaire (FA) est une arythmie de plus en plus fréquente dans la population générale et chez les PVVIH. On estime que sa prévalence est de 2% à 3% chez les PVVIH. La prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de la thrombo-embolie

44 Si ces interactions peuvent se produire avec des médicaments sous prescription (Kétamine, Valium, Viagra,...), le risque est plus élevé avec les drogues récréatives, car leurs interactions sont moins étudiées et elles sont souvent mélangées à d'autres substances [168].

45 Il s'agit notamment du ritonavir et du cobicistat [168].

systémique (TES) par un traitement antithrombotique constitue la pierre angulaire du traitement de la FA et diminue considérablement la morbidité et la mortalité liées à la FA. De plus en plus de données probantes décrivent le fardeau accru des comorbidités comme l'hypertension et l'AVC chez les PVVIH, qui les prédisposent à la FA et à la TES [148].

Plusieurs travaux ont montré le lien entre le VIH et les affections cardiovasculaires. On remarque un nombre accru d'infarctus du myocarde chez les PVVIH et, par comparaison à la population VIH négative, à partir de l'âge de 45-54 ans, il y a un nombre plus important de ces infarctus du myocarde. Le VIH augmente le risque de faire un AVC ischémique et, chez les PVVIH masculins, il y a une prévalence accrue de plaques au niveau des artères coronariennes [24]. Une étude de la cohorte des vétérans américains a très clairement montré que les infarctus du myocarde et même l'ensemble des pathologies cardiovasculaires sont beaucoup plus importantes dans les populations des patients PVVIH comparées aux populations VIH négatives et cet impact est plus marqué à partir de l'âge de 40 ans [14].

Différentes études de recherches démontrent un lien entre le VIH et les maladies liées aux problèmes cardiovasculaires. La prévalence et l'incidence des maladies cardiovasculaires double chez les PVVIH comparées à la population générale. Ces affections sont notamment l'athérosclérose, l'infarctus du myocarde, la calcification des artères coronaires, les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque [95]. Les études démontrent que les facteurs traditionnels de risque cardiovasculaire comme l'hypertension, le tabagisme, le diabète, l'âge, les antécédents familiaux de maladie coronarienne -- combinés avec l'inflammation systémique et l'activation immunitaire du virus du VIH -- jouent un rôle important dans la survenue des problèmes cardiovasculaires chez les PVVIH [97, 98]. Rotger et al., évoquent aussi un point controversé selon lequel l'utilisation de certains antirétroviraux comme l'abacavir augmenterait le risque d'atteintes cardiovasculaires [98]. Il est important alors de lutter contre ces facteurs de risques traditionnels pour pouvoir diminuer considérablement le risque d'affection cardiovasculaire [21].

Les PVVIH ont un risque plus élevé (5,53⁴⁶) de développer de l'athérosclérose que les personnes qui ne sont pas porteuses du VIH (3,49). Le risque est également accru pour les infarctus du myocarde (3,58 contre 2,34) ainsi que pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC – 1,49 contre 0,94) [131, 132].

2.2.2.3. *VIH et reins*

Quand on regarde les différentes cohortes européennes, comme la cohorte ICONA qui est une cohorte italienne, on remarque qu'entre 2004 et 2014, il y a une augmentation d'environ 25% des

46 Sur 1 000 personnes-ans.

patients ayant un débit de filtration glomérulaire (DFG/eGFR) inférieur à 60 ml/mm (IRC). En 2004, il y avait environ 4,9% de ces patients qui avaient un DFG inférieur à 60 ml/mm. En 2014, il y en avait à peu près 30,2%. Cette même cohorte nous signale que le nombre des événements cardiovasculaires a augmenté de 14%, le nombre de diabétiques de 4,4%, le nombre de patients avec hypertension artérielle de 16,3%, le nombre de dyslipidémie de 16,6%, le nombre de coinfection hépatite C et hépatite B a augmenté mais dans une très faible proportion. Il y a une augmentation de l'obésité de 3,1% et la consommation d'alcool a augmenté de 2,3% mais, la très bonne nouvelle, est qu'il y a une diminution d'environ 8,4% du tabagisme. Cette augmentation de certains facteurs cardiovasculaires tels que l'hypertension et le diabète, entraîne de facto un risque accru d'insuffisance rénale. Ceci a été confirmé dans la cohorte française Aquitaine où on voit qu'entre 2004 et 2014, le nombre de facteurs de risque d'insuffisance rénale a quasiment doublé [14].

L'insuffisance rénale chronique chez les PVVIH était classiquement divisée en celle qui était associée à l'infection VIH, comme l'HIVAN (néphropathie associée au VIH), HIVICK⁴⁷ et la microangiopathie thrombotique (MAT). Ces pathologies ont fortement régressé avec la mise en route des traitements antirétroviraux. Ce que l'on voit de façon plus fréquente, ce sont celles non associées au VIH comme l'insuffisance rénale chronique associée à l'hypertension, au diabète, aux maladies cardiovasculaires et aux uropathologies. On voit également augmenter un nombre d'insuffisances rénales liées à l'exposition à des traitements non antirétroviraux comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Quand on regarde les facteurs de risque d'insuffisance rénale chez les PVVIH, très clairement, l'augmentation de l'âge, l'hypertension artérielle et le diabète constituent des gros pourvoyeurs d'insuffisance rénale chronique. L'utilisation de certaines médications, notamment le ténofovir, l'indinavir, l'atazanavir, semble être un facteur de risque associé à l'insuffisance rénale chronique dans la cohorte européenne publiée par Mocroft *et al* en 2010 [14].

La dégradation de la fonction rénale est fréquente chez PVVIH. L'étude de la cohorte française Aquitaine a confirmé que les facteurs cardiovasculaires comme l'hypertension et le diabète augmentent le risque d'insuffisance rénale chez les PVVIH. L'utilisation de certains antirétroviraux comme les antirétroviraux néphrotoxiques (ténofovir) augmenterait aussi le risque d'affections rénales [100], mais une combinaison de différentes molécules et une diminution des médications toxiques réduit considérablement ce risque [14]. Il est important alors de lutter contre les facteurs de risques classiques des maladies cardiovasculaires parce qu'ils vont exposer à un double risque, le risque de développer les maladies cardiovasculaires et le risque de développer une insuffisance rénale au vieillissement.

47 HIV-associated immune complex kidney disease.

2.2.2.4. *VIH et os*

Les PVVIH présentent un risque accru d'ostéoporose et de fractures par rapport aux personnes du même âge et du même sexe [107]. Le risque d'ostéoporose, d'ostéopénie et de fracture chez les patients infectés par le VIH est plus important que dans la population générale. Ce risque s'explique par l'action directe du VIH sur l'homéostasie osseuse (perte de la densité osseuse) et la toxicité de certains antirétroviraux [14, 108]. L'activation immunitaire, les traitements antirétroviraux hautement actifs, un métabolisme de vitamine D assez lent et la ménopause prématurée sont aussi d'autres facteurs qui expliqueraient cette perte accélérée de densité osseuse [109]. Pour lutter contre ces affections osseuses, il est alors important de se focaliser sur les facteurs modifiables comme la supplémentation en vitamine D, des apports en calcium, l'arrêt du tabac, de l'alcool et l'abus des drogues récréatives [110].

2.2.2.5. *VIH et cancers*

Selon les analyses de différentes cohortes, on remarque, malgré un traitement efficace sous ARV, une augmentation significative du risque de cancer chez les PVVIH [111]. Beaucoup de facteurs de risques traditionnels comme le sexe, le tabagisme, la consommation d'alcool, les coinfections des virus oncogènes (comme le VPH) [112] peuvent être liés à ces cancers. Mais il existe aussi des facteurs de risques liés au VIH comme l'exposition à certains ARV qui sont aussi associés à un risque plus élevé de cancers chez les PVVIH comparé à la population générale [113]. Un contrôle tout au long du traitement des ARV et une lutte contre ces autres facteurs traditionnels devrait permettre de diminuer ce nombre accru de cancers.

2.2.3. *Dégradation des fonctions neurocognitives*

Bien que l'utilisation des antirétroviraux à large échelle ait particulièrement contribué à la baisse de la morbidité générale liée à l'infection par le VIH, la prévalence des troubles neurocognitifs liés au VIH s'est fortement accrue ces dernières années [1]. Le nombre d'atteintes neurocognitives chez les PVVIH âgées semble être nettement plus important que chez les personnes VIH négatives [11]. Une des différences est surtout marquée par le fait que les PVVIH âgées avaient une atteinte beaucoup plus précoce que les populations âgées VIH négatives avec une différence de 10 ans.

Une bonne nouvelle cependant, est que globalement ces atteintes neurocognitives chez les PVVIH régressent comme on peut l'observer dans la population générale. On voit que la réduction se marque au fil des années non seulement chez les patients de moins de 50 ans mais également chez les patients de plus de 50 ans. On voit même qu'en fonction du degré d'études, il y a une nette régression surtout chez les patients ayant plus de 13 ans d'études par rapport à ceux qui n'ont pas ce

niveau d'étude.

Il est très difficile d'expliquer pourquoi il y a une réduction de ces différentes atteintes neurocognitives tant les mécanismes sont complexes. Une explication qu'on pourrait fournir est que les PVVIH sont traitées et donc qu'il y a une diminution de la réplication virale. Elles sont traitées tôt et donc il y a moins d'impact de l'immunosuppression prolongée. Il y a également une réduction de la consommation de tabac et des efforts sont en cours pour réduire au maximum les autres facteurs de risques vasculaires [14].

Après la transmission du VIH, durant la période de primo infection, le virus arrive rapidement au système nerveux central provoquant ainsi une activation immunitaire rapide dans le cerveau causant des lésions neuronales [103, 104]. L'évolution des traitements antirétroviraux a diminué le nombre d'atteintes neurocognitives, diminuant la prévalence des démences qui étaient les plus sévères des troubles neurodégénératifs liés au VIH de 10-15% à 2% [101, 102]. Des études démontrent qu'un niveau d'activation immunitaire un peu élevé a été retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien comparé aux personnes VIH négatives bien que la charge virale soit supprimée [105]. Le nombre d'atteintes neurocognitives reste alors plus important chez les PVVIH âgées que chez les personnes VIH négatives âgées.

Une étude américaine montre chez les PVVIH une prévalence du diabète de type 2 (DT2) de 10,3%. la proportion de diabétiques est 3,8% plus élevée dans le groupe de séropositifs analysés que dans la population générale [145].

Or, une relation existe entre le diabète et les troubles neurocognitifs chez les PVVIH et ce quel que soit l'âge. Ces troubles touchent principalement les fonctions faisant appel à la mémoire et à la réactivité et apparaissent dès le stade pré-diabétique (hyperglycémie). Les PVVIH présentent, dans 20 à 50% des cas, des troubles neurocognitifs légers et ce même lorsque leur charge virale est bien contrôlée par le traitement antirétroviral [144].

2.2.4. Fragilité (« frailty »)

Beaucoup de personnes pensent que les PVVIH sont confrontées à un vieillissement précoce. Cependant, les différentes études démontrent que ce vieillissement précoce n'existe pas en l'absence d'autres morbidités [28, 29, 30].

Une des conséquences des comorbidités liées au VIH est le déclin fonctionnel et le développement de la fragilité liée à l'âge. La fragilité est définie comme un état physiologique de vulnérabilité accrue aux facteurs de stress résultant de la diminution des réserves physiologiques et de la déréglementation de plusieurs systèmes physiologiques ; cette définition varie chez les PVVIH

comme chez les personnes séronégatives au VIH [106].

On sait qu'au-delà de 65 ans, 10% des patients vont présenter une fragilité (frailty), qui augmentera pour atteindre 50% au-delà de 85 ans. Or, on sait que plusieurs facteurs contribuent à la fragilité au fil des années. Comparées à la population générale, les PVVIH âgées vont perdre la possibilité de réaliser les activités de la vie courante. Le risque est 2-3 fois plus important que dans la population générale. Ce risque de réduction des activités de la vie courante est lié surtout à la dysfonction neurocognitive, au statut socio-économique et au style de vie plus qu'à des facteurs liés au VIH lui-même. On sait également que les PVVIH vont faire plus de chutes que les patients VIH négatifs et ceci à un âge beaucoup plus jeune. Or, les chutes sont un facteur de risque significatif de morbi-mortalité dans la population générale [14, 54].

Dans une étude américaine qui évaluait la fragilité et le risque des chutes chez les PVVIH, on remarque qu'au-delà de 50 ans, il y avait 20,7% de chutes et ce chiffre atteignait les 26% après l'âge de 60 ans. On voit que les patients plus fragiles présentaient des chutes dans 49% des cas contre 12% chez les patients moins fragiles. Les chutes conduisaient à 5% de fractures au total. Chez les patients âgés, le risque est la fracture du col du fémur qui grosso modo a un risque de mortalité de 25-30% dans l'année. On sait que ce risque de mortalité est triplé voire quadruplé chez les patients ayant plus de trois comorbidités. Il faut se souvenir que les PVVIH ont une prévalence élevée de 2 à 3 comorbidités et ceci à un âge beaucoup plus jeune que dans la population générale d'où l'intérêt de lutter contre la fragilité mais également lutter contre le risque de chute qui peut avoir des conséquences importantes sur la morbi-mortalité des PVVIH [71, 14, 30].

2.2.5. Effets indésirables des traitements antirétroviraux

Les premiers médicaments contre le Sida étaient très agressifs et entraînaient parfois des maladies particulières.

Avec les traitements antirétroviraux actuels, il n'y a plus de maladies particulières liées au traitement.

Par contre, les PVVIH risquent de souffrir d'effets indésirables à court et long terme.

À court terme, car ces effets disparaissent en quelques semaines après avoir débuté le traitement, dès que le corps s'est habitué [71] :

- Maux de tête
- Problèmes digestifs
- Fatigue et manque d'énergie
- Réactions cutanées : petits boutons, zones rougeâtres
- Étourdissements

- Troubles du sommeil : insomnie, rêves bizarres

À long terme et bien que ces effets soient moins communs qu'auparavant (ex. : lipodystrophie), certaines personnes peuvent encore avoir des effets indésirables [45, 71] :

- Troubles cognitifs
- Troubles cardiovasculaires
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Prise de poids
- Diabète de type 2 (DT2)
- Ostéoporose
- Dépression

2.2.6. Polypharmacie

On définit généralement la polypharmacie par l'utilisation simultanée d'au moins 5 médicaments. Dans le cas des PVVIH, le traitement habituel comprend déjà 3 voire 4 substances actives.

La polymédication est une conséquence quasi inévitable du vieillissement. Les personnes âgées développent des maladies liées au vieillissement et la plupart de ces maladies demandent une intervention pharmacologique. Nous avons également vu le problème des comorbidités qui vont entraîner un usage plus élevé de médicaments chez les PVVIH. L'usage de nombreux médicaments risque d'avoir différentes conséquences [72] :

- Interactions entre les médicaments
- Toxicités
- Diminution de l'efficacité du traitement contre le VIH
- Mauvais usage des médicaments, principalement chez les patients plus âgés qui peuvent avoir des difficultés à gérer tous ces médicaments

2.3. Prise en charge des PVVIH

En Belgique, les compétences de la santé sont réparties de façon complexe entre l'État fédéral et les entités fédérées (régions & communautés). La sixième réforme de l'État (commencée en 2012) a entraîné un transfert du niveau fédéral vers les régions et les communautés.

Avec la sixième réforme de l'État, le fédéral s'est déchargé de l'exercice de toute une série de matières au profit des entités fédérées. Dans le domaine des soins de santé, le passage des compétences comprend notamment les soins aux aînés (maisons de repos (MR) et maisons de repos

et de soins (MRS)), les infrastructures hospitalières, les personnes handicapées avec l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA), la santé mentale (maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées), la prévention et l'organisation des soins de première ligne [120].

Au total, l'ensemble de ces compétences représente un montant de 4,2 milliards d'euros, soit 16% du budget INAMI⁴⁸. Le secteur des maisons de repos pèse le plus lourd dans ce budget (79,20%) [120].

Face à ce transfert historique des compétences liées à la sécurité sociale, les différentes entités fédérées ont dû s'organiser. Elles ont alors créé des structures régionales spécifiques afin de pouvoir les reprendre à leur compte [120]. Pour la Région Wallonne, il s'agit de l'AViQ⁴⁹, tandis que pour la Région de Bruxelles-Capitale, c'est Iriscare qui reprend ces compétences. Pour la Région Flamande, c'est Agentschap Zorg en gezondheid [119].

2.3.1. Stigmatisation et discriminations des PVVIH

Malgré la mobilisation mondiale exceptionnelle des deux dernières décennies, il est tragique de constater que la stigmatisation et la discrimination constituent toujours des problèmes cruciaux. Non seulement ces deux phénomènes persistent, mais ils progressent plus vite qu'on le pensait [73].

ONUSIDA donne la définition suivante de la stigmatisation et de la discrimination : « Un processus de dévaluation des personnes vivant avec le VIH ou associées au VIH. [...] La discrimination, qui fait suite à la stigmatisation, désigne le traitement injuste fait à une personne au motif de son statut sérologique réel ou supposé. » [74]

La loi belge du 10 mai 2007 [179] interdit toutes discriminations, notamment celles basées sur l'origine ethnique, l'orientation sexuelle ou l'état de santé. Le code wallon de l'action sociale et de la santé prévoit que les établissements pour aînés [...] sont tenus de garantir le respect de la vie privée, affective et sexuelle des résidents [180].

Durant la période 2003-2014, Unia⁵⁰ a enregistré une quinzaine de dossiers de sérophobie concernant l'accès aux soins médicaux. Ils concernent notamment le refus ou le report d'interventions ou d'opérations médicales, l'ordre de passage des patients (ceux déclarant leur séropositivité étant placés en dernier), la rupture du secret médical concernant le statut sérologique et l'accès aux soins dans les institutions [127].

L'ordre des médecins prévoit que « Le médecin ne peut pas faire de discrimination et a le devoir de soigner tout patient, sans distinction d'âge ou de sexe, de conviction idéologique, philosophique ou religieuse, de race ou d'orientation [...] » [181]. Toute forme de discrimination, de stigmatisation, de

48 Institut national d'assurance maladie-invalidité (Bruxelles, Belgique).

49 Agence pour une Vie de Qualité (Charleroi, Belgique).

50 Unia est une institution publique indépendante qui lutte contre la discrimination et défend l'égalité des chances en Belgique.

rejet, de banalisation,... est incompatible avec la fonction soignante et l'éthique de la relation de soin qui devrait animer les différents professionnels. C'est à chaque fois d'un être humain dont il est question et ses caractéristiques, sa condition, son histoire,... n'enlèvent rien à son humanité et au souci de sa dignité dont les professionnels devraient faire preuve en toute circonstance.

Les conséquences directes de la stigmatisation liée au VIH et aux comportements discriminants sont aujourd'hui reconnues par tous comme pouvant être aussi destructrices que la maladie elle-même : rejet social, abandon familial, perte d'emploi, refus d'accès aux soins, etc. La crainte de la stigmatisation est par ailleurs un frein évident au dépistage volontaire et à l'accès aux soins [74].

Pour le premier groupe de PVVIH, les HSH, on peut même parler de double stigmatisation. En effet, ce groupe a longtemps souffert de la discrimination envers les personnes LGBT. Si la situation s'est nettement améliorée, il n'en a pas toujours été ainsi. Les plus de 50 ans ont connu une forte discrimination dans leurs jeunes années. Et la plupart d'entre eux ont connu la période pendant laquelle il n'y avait pas encore de médicaments ou des médicaments avec une efficacité limitée. Beaucoup d'entre eux ont connu des décès liés au Sida dans leur cercle d'amis.

Pour le second groupe de PVVIH, on peut également parler de double discrimination. Les personnes d'origine subsaharienne ont également vécu des cas de stigmatisation/discriminations liés à leur origine. Il en va de même pour d'autres populations d'origine étrangère, notamment d'Europe de l'Est. Finalement, il ne reste guère que 20% (essentiellement les belges hétérosexuels) des PVVIH en Belgique à ne pas être victimes de double discrimination.

À court et moyen terme, des formations devraient permettre de réduire les discriminations. Mais on peut espérer, mais c'est à long terme, une diminution des discriminations, que l'universalisme mettra fin au communautarisme. Il faudrait que les membres des différentes populations se côtoient plus, notamment au niveau des écoles et des universités, mais aussi du travail.

2.3.2. Formation spécifique du personnel infirmier

Comme expliqué précédemment, depuis l'arrivée des nouveaux traitements antirétroviraux, il n'y a plus de pathologies particulières pour les PVVIH.

Aucune technique spéciale n'est requise pour l'accueil des seniors séropositifs au VIH. Mais il faut toutefois prendre certaines mesures importantes comme éviter toute contamination lors des soins de plaies ou veiller à la conformité au traitement. En outre, il faut suivre de très près l'état de santé des patients. Le VIH les rend en effet plus vulnérables à d'autres infections. Ces mesures doivent être abordées dans le cadre d'une formation continue des infirmiers(ères) pratiquant les soins à domicile, ainsi que du personnel des maisons de repos et de soins [60].

En revanche, à cause des coinfections et des comorbidités, les PVVIH nécessitent souvent plus de soins que les personnes non contaminées par le VIH [60].

Il faut également tenir compte du fait que les PVVIH sont souvent dépressives, anxieuses ou souffrent d'autre problèmes mentaux [12, 47].

Avec l'arrivée des traitements antirétroviraux, le taux de suicide parmi les PVVIH a diminué. Mais il reste toujours supérieur à celui de la population générale [65, 66], notamment chez les LGBT.

Les pratiques de soins infirmiers se veulent soucieuses du patient et se préoccupent de ne pas heurter, de ne pas blesser sa dignité [17]. La relation entre le patient et le personnel soignant est donc particulièrement importante.

2.3.3. Soins infirmiers à domicile vs Maisons de repos (MR)

En Belgique, en 2018, il y avait plus de deux millions de personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui correspond à 19% de la population. Selon les estimations du Bureau fédéral du Plan, ce pourcentage va augmenter jusqu'à 21% en 2025 et frôler les 26% en 2050. Ce vieillissement de la population entraîne donc une hausse du nombre de seniors ayant besoin à un moment de leur vie de soins de longue durée, que ce soit au domicile ou en maisons de repos [76].

Soins infirmiers à domicile [76] :

- Avantages :
 - pas de changement de lieu de vie
 - préservation de l'autonomie
 - respect de la vie privée
 - facilité pour les proches
 - variété de soins possibles
 - conservation d'une bonne qualité de vie
 - contacts avec les aides et infirmiers
- Inconvénients :
 - isolement et solitude
 - peu sécurisé
 - moins de sociabilisation
 - dépenses conséquentes en cas d'installations spécifiques
 - prix élevés en cas de forte dépendance
 - personnel en sous-effectif

Maisons de repos [76] :

- Avantages :
 - animations pour lutter contre l'isolement
 - création de liens sociaux
 - sécurité
 - nombreux soins et services personnalisés
 - structure médicalisée 24 heures sur 24
 - repas pris en charge
 - suivi médical
- Inconvénients :
 - prix élevés
 - personnel en sous effectif
 - mauvaise image
 - nouveau lieu de vie = perturbant
 - pandémie de Covid-19

Il est évident que l'actuelle pandémie de Covid-19 qui frappe durement les maisons de repos (surmortalité, isolement des résidents, interdiction/limitation des visites, etc.) risque d'avoir un impact important sur celles-ci.

2.3.4. Soins infirmiers à domicile

Les soins infirmiers à domicile constituent la solution privilégiée par les PVVIH. Les coinfections et les comorbidités vont nécessiter des soins plus importants chez les PVVIH que chez la population générale.

D'un autre côté, ce sont des personnes généralement trop jeunes pour séjourner en maisons de repos.

De plus, les principaux groupes de PVVIH (HSH, migrants subsahariens, etc.) vont éviter de séjourner dans les maisons de repos.

Et bien sûr le coût des soins infirmiers à domicile est inférieur au séjour en maisons de repos (sauf si les soins sont très importants et/ou nécessitent des installations particulières).

Le personnel de soins à domicile devra être formé pour tenir compte des problèmes psychologiques (dépression, anxiété, tendances suicidaires, etc.) dont souffrent les PVVIH.

2.3.5. Maisons de repos (MR) – Maisons de repos et de soins (MRS)

Il existe 751 maisons de repos pour la Région Wallonne (50 000 places) et 149 pour la Région

Bruxelloise (16 300 place). Les plus petits établissements ne comptent qu'une vingtaine de lits, tandis que les mastodontes en alignent plus de deux cents [176].

Peu de PVVIH séjournent en maison de repos. Tout d'abord, l'âge moyen des personnes qui vivent en maison de repos est de 83,5 ans (en Wallonie, 2012) [32]. Même si l'espérance de vie des PVVIH se rapproche de celui de la population générale, très peu de PVVIH atteignent aujourd'hui cet âge. Toutefois, certaines PVVIH sont plus « fragiles » (cf. supra 2.2.4) et devraient donc entrer en maison de repos à un âge moins avancé.

À l'heure actuelle, peu de personnes séropositives ont plus de 65 ans. Des 2 050 patients VIH suivis à l'[Institut de Médecine Tropicale](#) (IMT⁵¹), seuls 4% dépassent cet âge. Chaque année, seuls quelques patients doivent être placés dans une maison de repos et de soins [60].

Dans les dix prochaines années, la demande de placement de seniors séropositifs dans des maisons de repos et de soins va sensiblement augmenter. La tranche d'âge 55-65 ans représente aujourd'hui 10% du nombre total de patients VIH. Les séropositifs sont touchés plus tôt par les maladies liées à l'âge. Certains seniors séropositifs devront dès lors être placés en maison de repos et de soins à un âge moins avancé que les personnes non atteintes par le VIH [60].

Malheureusement, certains de ces établissements nourrissent encore des préjugés à l'égard des séropositifs au VIH (sérophobie). Cette crainte de l'inconnu n'est pas justifiée. Un senior séropositif au VIH ne diffère pas tellement d'un patient ordinaire. Il doit prendre ses médicaments tous les jours. Mais quel résident de maison de repos ne le doit-il pas ? [60]

La pandémie de Covid-19 impacte fortement les maisons de repos. Sur les 148 727⁵² résidents en maisons de repos et autres collectivités résidentielles testés, 5 736 (4%) se sont révélés positifs. Sur les 9 821⁵³ décès survenus en Belgique, la moitié (4 879, soit 50%) concernait les maisons de repos [184].

La tragédie du Covid-19 dans les maisons de repos laissera un traumatisme profond dans la population. Les gens vont réfléchir à deux fois avant d'entrer dans une maison de repos ou d'y placer un de leurs proches. Il faudra du temps avant que la confiance ne revienne. L'image du secteur semble fortement ternie [177].

2.3.6. Rôle des associations

Les associations ont un rôle essentiel dans l'accompagnement du vieillissement des PVVIH. Il y a

51 L'Institut de Médecine Tropicale à Anvers est une institution spécialisée dans l'enseignement, la recherche et les services en médecine tropicale humaine et vétérinaire et en soins de santé.

52 Chiffres au 27 mai 2020 (date du dernier rapport mentionnant le nombre de résidents testés). La proportion est de 4% pour la Wallonie, 5% pour Bruxelles et 3% pour la Flandre [122].

53 Chiffres au 26 juillet 2020. 1 286 sont des cas confirmés et 3 593 des cas possibles. Le taux est de 46% pour la Wallonie, 43% pour Bruxelles et 54% pour la Flandre [184].

vingt ans, le médecin infectiologue était au cœur de la prise en charge des PVVIH. La relation soignant-soigné était souvent forte, les consultations étaient fréquentes et duraient longtemps. La chronicisation de l'infection à VIH et le vieillissement des patients ont modifié la donne [167].

Aujourd'hui, la personne est vue dans le service d'infectiologie une à deux fois par an, sur des temps de consultation très courts. Souvent, elles doivent également consulter divers spécialistes pour les pathologies qu'elles ont développées avec l'âge. La prise en charge devient complètement morcelée, avec une écoute insuffisante de la souffrance des patients [167].

Les associations deviennent parfois le pivot du suivi médical et social. Elles peuvent faciliter la prise de rendez-vous médicaux, voire accompagner les patients en consultation. L'objectif final est toujours que les personnes retrouvent le plus d'autonomie possible [167].

2.3.7. Cas des femmes vivant avec le VIH (FVVIH)

Les femmes vivant avec le VIH (FVVIH) sont de plus en plus nombreuses à atteindre l'âge de la ménopause. Ces femmes ménopausées et porteuses du VIH constituent un groupe particulièrement exposé aux maladies osseuses, ce qui nécessite un dépistage proactif et des conseils sur les mesures préventives [140]. Les FVVIH sont plus susceptibles que les HVVIH d'avoir une diminution de la densité minérale osseuse (DMO) et ont un risque augmenté d'ostéopénie, d'ostéoporose et de fractures. Elles sont également plus à risque de ménopause précoce ou d'insuffisance ovarienne prématurée [151].

L'infection VIH et les antirétroviraux peuvent être des facteurs de surrisque concernant certaines pathologies gestationnelles, comme le diabète gestationnel et hypertension [165]. Les FVVIH ont un taux d'acquisition de l'infection par un papillomavirus (VPH), notamment à haut risque oncogène (HPVhr), supérieur aux femmes VIH négatives ; le risque est accru de persistance virale, de lésions précancéreuses et de cancers cervicaux [149].

Les femmes et les hommes réagissent différemment à l'infection par le VIH, mais les essais cliniques continuent de reposer largement sur la participation des hommes homosexuels. Il existe des différences bien connues entre les systèmes immunitaires des hommes et des femmes. La réponse à l'infection par le VIH semble également différente. Le système immunitaire des femmes réagit d'abord avec force, en maintenant un contrôle étroit sur le virus pendant cinq à sept ans. Mais à long terme, cet état d'alerte élevé se fait sentir. Les femmes évoluent plus rapidement vers le Sida que les hommes infectés et sont plus susceptibles de subir des crises cardiaques et des AVC [150, 164].

Les études sur la PrEP (cf. supra 2.1.4) ne ciblant que des femmes se sont montrées décevantes, cette inefficacité ayant été attribuée pour beaucoup à une faible observance du traitement par les

participantes. Mais la pharmacologie clinique ayant mis en lumière des différences dans les concentrations de la PrEP entre les tissus rectaux et cervico-vaginaux, il se peut qu'une observance plus marquée soit nécessaire chez les femmes pour conduire à des niveaux de protection similaires à ceux observés chez les hommes [164].

2.3.8. Cas particulier des HSH

Les HSH estiment généralement que les maisons de repos ne correspondent pas à leur style de vie et ne souhaitent pas y séjourner. Ils ont peur de se retrouver dans un environnement où ils seront discriminés. Ils ont peur de devoir cacher leur homosexualité pendant leurs dernières années, de retourner dans le placard. Sans parler des difficultés que risquent de rencontrer en maison de repos les couples de même sexe, les personnes transgenres,...

L'âge élevé des résidents --- ils ont vécu leur jeunesse à la fin des années cinquante --- laisse supposer une acceptation plus difficile des résidents LGBT. Malgré l'augmentation générale de l'acceptation des minorités sexuelles, de nombreuses personnes LGBT vivant en communauté croient encore que les résidents LGBT plus âgés sont discriminés en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre [41].

Certaines initiatives ont vu le jour pour attribuer un label « gay-friendly » à certaines maisons de repos. Au niveau belge francophone, des déclarations ont été faites dans ce sens [57, 58], mais il semble que rien ne se soit concrétisé. Une question parlementaire sur le sujet a également été déposée au Parlement de Wallonie [59].

Côté néerlandophone, les initiatives sont plus concrètes. Un plan de sensibilisation complet à l'usage des maisons de repos a été mis en place : « Tachtig Tinten »⁵⁴. Des séminaires de sensibilisation sont organisés à l'intention des maisons de repos, et une brochure est distribuée [42].

Il faut également signaler quelques projets de maisons de repos LGBT [61]. Si quelques projets se sont concrétisés aux États-Unis [38, 39, 40], les projets européens tardent à voir le jour. Il existe notamment une initiative en France, mais qui visiblement tarde à se mettre en place, ainsi que la création d'un label « Grey Pride Bienvenue »⁵⁵ [49, 50, 51, 124].

Les personnes séropositives sont confrontées à une myriade d'autres problèmes qui peuvent affecter le vieillissement en bonne santé : la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté, le racisme, l'âgisme et l'homophobie [37, 64].

Les HSH présentent une prévalence de dépression plus élevée et ils connaissent des épisodes

⁵⁴ Quatre-vingts nuances.

⁵⁵ La mairie de Paris veut faire signer une charte aux 16 établissements médicalisés publics de Paris pour un meilleur accueil en leur sein des seniors LGBT [124].

dépressifs de manière plus précoce que la population hétérosexuelle. En Communauté Française, 51% déclarent avoir fait une dépression au cours de leur vie. Des enquêtes principalement nord-américaines estiment que le risque de tentatives de suicide est de 4 à 7 fois supérieur parmi les hommes homosexuels en comparaison avec les hommes hétérosexuels [53].

De nombreux adultes LGBT âgés séropositifs n'ont ni partenaire ni conjoint, et peu d'entre eux ont des enfants vers lesquels ils peuvent se tourner en cas de besoin. En l'absence de ces deux piliers de soutien informel disponibles pour la plupart des adultes âgés hétérosexuels, beaucoup disent qu'ils se fieront à leurs amis pour obtenir du soutien. Toutefois, nombre de ces amis sont également séropositifs et peuvent ne pas être en mesure de fournir de l'aide en raison de leur propre défi de vivre avec le VIH [64].

2.3.9. Cas particulier des migrants subsahariens

Les migrants subsahariens (SAM) constituent une communauté soudée. Il n'est pas dans la tradition africaine de confier leurs aînés à des maisons de repos. Les pensionnaires des maisons de repos sont généralement d'origine belge, mais le personnel d'origine étrangère...

De plus, une partie importante de ces migrants est de religion musulmane. Or les maisons de repos ne sont pas organisées pour respecter les préceptes de l'Islam (nourriture halal, jeûne/ramadan, cinq prières quotidiennes, etc.).

Il s'agit également généralement de personnes plus jeunes, surtout chez les migrants récents.

2.3.10. Coûts de santé

Dans beaucoup de pays (notamment en Amérique du Nord), le niveau de revenus et la couverture médicale vont souvent déterminer les prestations médicales.

En Belgique, on peut estimer que la sécurité sociale permet à tous d'obtenir des soins d'un niveau élevé. Les traitements antirétroviraux sont remboursés. Depuis le 1^{er} décembre 2016, les conditions ont été assouplies pour obtenir le remboursement des médicaments antirétroviraux utilisés pour traiter le VIH. L'assurance soins de santé rembourse le traitement dès que le diagnostic de séropositivité pour le VIH est posé, quel que soit le taux de CD4 [147].

Notons toutefois que les personnes en séjour illégal peuvent rencontrer des problèmes pour pouvoir accéder aux soins. Ils ont toutefois droit à l'aide médicale d'urgence (AMU) par l'intermédiaire des CPAS qui doivent mener une enquête sociale. L'incidence de certaines maladies infectieuses, telles le VIH ou la tuberculose, peut être plus élevée dans certains groupes de personnes en séjour irrégulier que dans la population générale [146].

Selon le secrétaire général de la Fédération des maisons de repos, le prix moyen de l'hébergement en

Belgique en maison de repos est de 50 euros environ par jour, soit 1 500 euros mensuels. Ces tarifs varient selon les régions, le standing et le statut de l'établissement [76].

Ce coût peut s'avérer élevé pour des PVVIH qui n'ont parfois pas eu une carrière complète à cause de leur maladie. Il en va de même pour les immigrés qui bien souvent ont eu une carrière tardive et ont dû se contenter d'emplois plus précaires et moins bien rémunérés [35].

2.4. Synthèse de la littérature scientifique

Nous avons vu dans ce chapitre que les traitements antirétroviraux ont fortement évolué depuis leur apparition : plus efficaces et moins toxiques. La tendance est à une diminution des prises de médicaments et de leur nombre, sous réserve de tests en cours. De plus, des traitements prophylactiques efficaces ont fait leur apparition.

Il est maintenant, dans nos pays, rare de mourir du Sida. Les PVVIH doivent être traités comme des malades souffrant d'une maladie chronique.

Les PVVIH ne souffrent plus de pathologies particulières, mais ont une santé plus fragile, influencée par les coinfections, les comorbidités, la fragilité et les problèmes cognitifs.

La prise en charge des PVVIH de plus de 50 ans est généralement assurée par les services de soins à domicile. Les maisons de repos sont moins sollicitées car elles s'adressent à une patientèle plus âgée et qui ne souhaite généralement pas séjourner dans ce type d'établissement, principalement par crainte de discrimination.

Dans le chapitre suivant, nous allons sélectionner la meilleure méthodologie pour poursuivre ce mémoire.

3. Méthodologie

Au chapitre précédent, nous avons parcouru la littérature scientifique. Nous allons maintenant décrire la méthodologie utilisée.

Nous avons effectué une recherche à la fois quantitative et qualitative. L'approche quantitative va nous fournir les chiffres qui vont permettre de mesurer l'ampleur du phénomène et son évolution dans le temps, alors que l'approche qualitative va nous apporter des faits concrets, des détails et le contexte pour mieux en comprendre toutes les implications.

Les deux approches (qualitative et quantitative) sont complémentaires et doivent idéalement être combinées pour approcher au mieux la réalité.

Au niveau quantitatif, nous allons estimer l'évolution du nombre de PVVIH de plus de 50 ans. Au niveau qualitatif, nous allons vérifier comment l'offre de soins peut satisfaire au mieux aux nouveaux besoins des PVVIH. Pour cela, nous avons interrogé des acteurs de terrain représentatifs.

Sciensano fournit dans son rapport annuel sur le VIH une quantifié importante de chiffres, de statistiques et de tableaux sur lesquels nous nous sommes basés pour le volet quantitatif de cette étude. Nous pouvons toutefois regretter que Sciensano ne mette pas les chiffres bruts à disposition⁵⁶ (sous forme d'open data⁵⁷/big data⁵⁸), ce qui aurait probablement permis des analyses plus variées et plus fines [155]. Par exemple, nous aurions pu calculer le nombre de PVVIH HSH et SAM, ce qui aurait été intéressant pour estimer plus finement l'impact sur les maisons de repos.

Mais les chiffres ne sont pas suffisants, car il manque les informations recueillies auprès de personnes de terrain qui peuvent donner un sens concret à tous ces chiffres. C'est le but des rencontres et contacts qui constituent, avec la littérature scientifique, le volet qualitatif de cette étude.

3.1. Approche quantitative : Démographie

Dans tous les pays où les PVVIH ont facilement accès aux traitements antirétroviraux, la proportion des plus de 50 ans est en forte augmentation. Dans quelques années, il y aura plus de PVVIH de plus de 50 ans que de PVVIH de moins de 50 ans [23].

En Belgique, les mesures régulières de la charge virale dans le cadre du suivi médical des patients infectés par le VIH sont effectuées par les laboratoires de référence Sida. Ces laboratoires sont en charge de l'ensemble des mesures de charge virale pour toute PVVIH en suivi médical [3].

56 Dans le cadre de la pandémie de Covid-19, Sciensano a été contraint, sous la pression des spécialistes, de publier les chiffres bruts en « open data » [134].

57 Open data : consiste à rendre les données (anonymisées dans ce cas-ci) disponibles pour tout le monde.

58 Big data : Ensembles de données à grande échelle, qui ne peuvent généralement pas être traitées par les logiciels habituels. C'est déjà le cas depuis longtemps avec des données marketing (par exemple, les cartes clients) ou mobiles. Les données sont exploitées grâce à des logiciels de « data mining » [155].

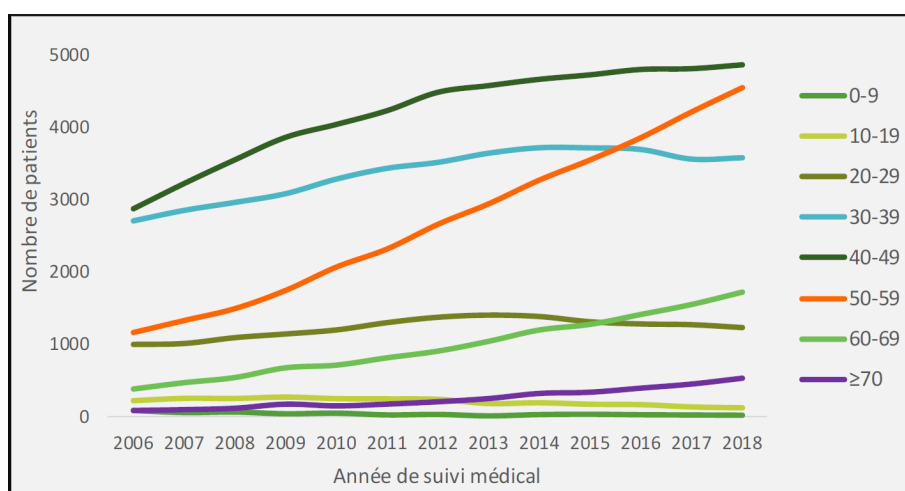
Les données de traitement et d'évolution immunologique sont enregistrées par les centres de référence VIH qui prennent en charge plus de 80% des PVVIH en suivi médical [3].

Ces deux sources de données permettent d'obtenir une image complète de la population infectée par le VIH en suivi en Belgique [3] (cohorte VIH belge⁵⁹). Ces données sont collationnées par Sciensano et font l'objet d'un rapport annuel détaillé.

En Belgique, en 2018, les patients en suivi étaient diagnostiqués depuis 12 années en moyenne comparé à 7 ans pour les patients en suivi en 2006. La durée moyenne de suivi médical s'est allongée au cours du temps et une proportion croissante de patients présente de longues durées de suivi et d'exposition au traitement antirétroviral [3].

Parmi les patients en suivi médical en Belgique en 2018, le ratio hommes/femmes était de 1,9. L'âge moyen des patients était de 47 ans ; 48 ans chez les hommes et 45 ans chez les femmes [3].

FIGURE 9. NOMBRE DE PATIENTS PAR CATÉGORIE D'ÂGE ET ANNÉE DE SUIVI MÉDICAL (BELGIQUE), 2006-2018 [3]



On voit très bien sur la Figure 9 que les catégories d'âge dont la proportion est en augmentation sont les catégories 50-59, 60-69 et ≥ 70 . Les catégories 60-69 et ≥ 70 étaient quasi inexistantes en 2006.

Pour les tranches d'âge de plus de 50 ans, on constate, entre 2006 et 2018 :

- Tranche 50-59 ans : augmentation de 1 100 à 4 500 patients (+ 309%)
- Tranche 60-69 ans : augmentation de 350 à 1 700 patients (+ 385%)
- Tranche ≥ 70 ans : augmentation de 10 à 500 patients (+ 4 900%)
- TOTAL ≥ 50 ans : augmentation de 1 460 à 6 700 patients (+ 358%)

En examinant ces chiffres, on voit bien que, plus l'âge est élevé, plus l'augmentation est spectaculaire. Ce qui est logique, car les personnes les plus âgées prennent leur traitement

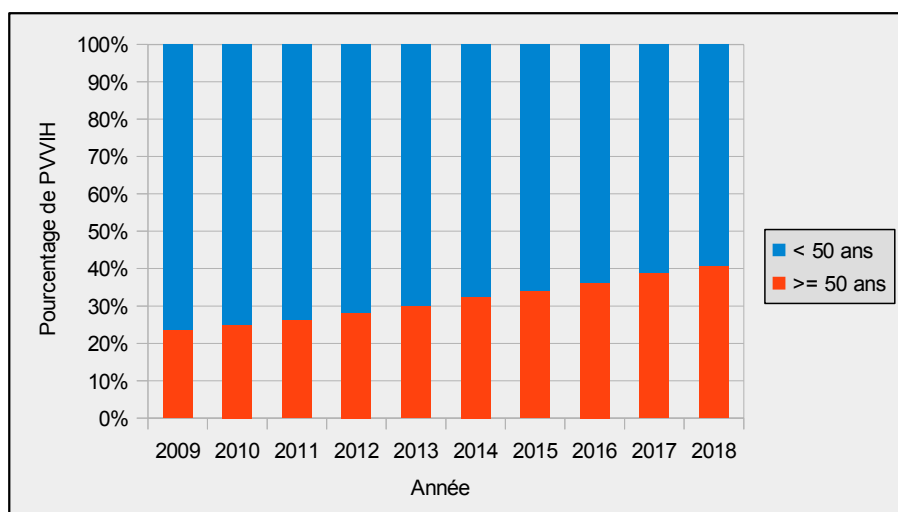
⁵⁹ La cohorte VIH belge reprend des données provenant de patients âgés de 18 ans ou plus avec une infection au VIH confirmée (VIH-1, VIH-2 ou coinfection VIH-1/VIH-2).

antirétroviral depuis plus longtemps, et devaient au début de leur traitement se contenter de traitements antirétroviraux plus dangereux pour la santé, notamment au niveau de la toxicité et des effets secondaires des médicaments.

Cette augmentation en âge de la population infectée par le VIH en suivi médical est principalement due à une amélioration de l'espérance de vie des patients vivant avec le VIH depuis l'introduction des thérapies antirétrovirales. De plus, on constate aussi une légère augmentation de l'âge moyen au moment du diagnostic de VIH. La prise en charge des patients infectés par le VIH a ainsi évolué vers une prise en charge globale prenant en compte les comorbidités liées au vieillissement d'une partie des patients en suivi et nécessitant une collaboration interdisciplinaire optimale [3].

Le vieillissement des patients infectés par le VIH en suivi médical est illustré dans la Figure 10 : en 12 ans, la proportion de patients âgés de plus de 50 ans est passée de 19 % en 2006 à 41 % en 2018. Le vieillissement est observé dans les deux sexes : l'âge moyen des femmes était de 38 ans en 2006 et 45 ans en 2018, et chez les hommes, de 43 ans en 2006 et 48 ans en 2018 [3].

FIGURE 10. POURCENTAGE DE PVVIH ≥ 50 ANS PAR ANNÉE DE SUIVI (BELGIQUE), 2009-2018



À remarquer également que, dans la cohorte de l'UCL-St-Luc, en 2015, 39-40% des patients avaient plus de 50 ans dont 26% d'hommes et 13% de femmes respectivement [14].

Cette tendance va continuer dans les prochaines années. Dans 2 ou 3 ans, les PVVIH de plus de 50 ans devraient d'ailleurs constituer la majorité des PVVIH.

3.2. Approche qualitative : Littérature scientifique et contacts/rencontres

Deux méthodes ont été utilisées pour l'approche qualitative :

- La revue critique de la littérature scientifique (complétée par des articles de la presse de référence)
- Des contacts/rencontres avec des acteurs de terrain représentatifs

La finalité exploratoire ou descriptive est sans aucun doute la plus courante en recherche qualitative. Bien décrire une réalité, c'est déjà contribuer à mieux la connaître et la faire comprendre. Cependant, leurs aspects purement descriptifs ont parfois jeté le discrédit sur certaines recherches qualitatives en remettant en question leur apport à l'avancement de la connaissance scientifique. Il n'en demeure pas moins que la valeur heuristique d'un rapport de recherche exploratoire ou descriptive peut s'avérer déterminante lorsqu'il s'agit d'étudier un phénomène récent, peu connu ou changeant, comme le sont tant de phénomènes sociaux [125, 126].

La description et la compréhension (de la perception) du vécu des personnes interviewées, des récits de leurs expériences professionnelles, des défis qu'elles ont dû relever et plus généralement leurs histoires de vie vont nous permettre de nous initier à leur réalité et d'en découvrir les lignes de force, c'est-à-dire les dynamiques.

L'étude exploratoire cherche à répondre aux questions du pourquoi, du comment et dans quelles conditions.

En ce qui concerne la revue critique de la littérature, nous avons déjà, dans les chapitres précédents (Section 2 – Contexte théorique : Littérature scientifique) présenté, discuté et commenté de nombreux documents.

On constate en consultant la littérature scientifique que les tendances concernant l'évolution des PVVIH sont similaires dans tous les pays occidentaux dont les citoyens ont facilement accès aux traitements antirétroviraux : pays de l'Union européenne, Royaume-Uni, États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande.

Dans tous ces pays, la proportion de PVVIH de plus de 50 ans augmente et se rapproche de 50%. Elle devrait dépasser dans 2-3 ans les 50% et excéder les 70% vers 2030-2035. L'âge moyen des PVVIH devrait avoisiner les 58 ans en 2035 (en 2018, il était de 47 ans en Belgique).

Malgré tout, dans tous ces pays, les PVVIH de plus de 50 ans ont une santé plus fragile, avec comme causes les coinfections, les comorbidités, la fragilité et les problèmes cognitifs. Ils sont également plus susceptibles de souffrir de dépression.

Toutefois les offres de soins et d'accompagnement varient fortement selon les pays en fonction de la couverture sociale et des assurances privées.

Les contacts/rencontres ont uniquement été établis au niveau de la Belgique. En effet, le but de ces contacts est d'abord de vérifier si les problèmes de santé sont identiques en Belgique, et ensuite examiner l'offre de soins et d'accompagnement (soins à domicile, maisons de repos, etc.) et vérifier si elle correspond bien aux besoins des PVVIH.

En ce qui concerne les contacts, j'ai essayé d'avoir des interlocuteurs représentatifs prenant en charge des PVVIH de plus de 50 ans : spécialistes VIH, gériatres, infectiologues, assistants sociaux, directeurs de maisons de repos, médecins coordonnateurs en maisons de repos, ergothérapeutes, etc. L'échantillon vise surtout à représenter la plus grande diversité possible de profils de répondants.

Initialement, il était prévu que ces contacts se dérouleraient sous forme d'entretiens semi-directifs en tête-à-tête avec les interlocuteurs. Ce qui devait leur permettre de s'exprimer et de donner toutes les informations. Malheureusement, la pandémie de Covid-19 et surtout le confinement⁶⁰ qui en a résulté, m'ont obligé à procéder différemment. La plupart des contacts se sont finalement faits par email ou par téléphone. C'est évidemment dommage, car ces contacts ont été moins interactifs que souhaité. Il était également plus difficile d'approfondir certaines questions et il n'est évidemment pas possible de tenir compte des expressions non verbales.

Il faut également signaler que la fonction de la plupart de mes interlocuteurs (cf. [Annexes](#)) a rendu plus compliqués les contacts, car beaucoup d'entre eux étaient surchargés, car ils étaient impliqués dans la pandémie de Covid-19.

Finalement, j'ai eu huit contacts représentatifs. Les transcriptions et échanges de mails sont repris dans les [Annexes](#). Les références à ces annexes sont indiquées entre crochets. Le premier élément à l'intérieur du crochet reprend le numéro de l'annexe et le deuxième élément indique le numéro de la question. Ainsi [[A2-5](#)] se réfère à la cinquième question de l'[annexe 2](#).

⁶⁰ En Belgique, le confinement a débuté le 18 mars 2020. Les déplacements non essentiels sont interdits et les contacts sociaux sont très limités.

4. Analyse et résultats

Nous allons d'abord effectuer une analyse démographique pour obtenir le nombre de PVVIH de plus de 50 ans à l'horizon 2030-2035 en Belgique. Ensuite, nous allons examiner le résultat des contacts en utilisant la technique de l'analyse thématique.

4.1. Analyse démographique

J'ai pris contact avec Sciensano pour disposer d'éventuelles projections. Ils m'ont communiqué que leurs rapports épidémiologiques sont essentiellement descriptifs. Ils ne produisent pas de prédictions pour les prochaines années [A7].

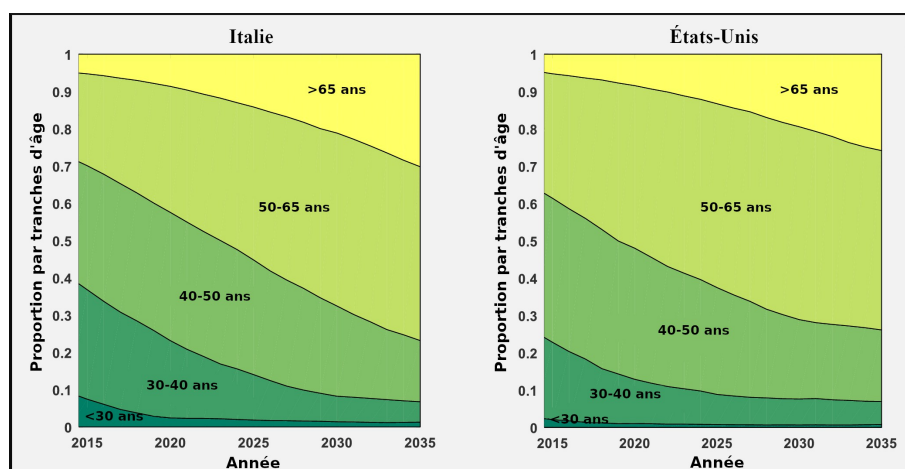
« Le modelling présenté dans le rapport permet des estimations telles que le nombre de personnes vivant avec le VIH mais non diagnostiquées, ou une estimation de l'incidence de l'infection. Comme vous pouvez le constater, cette dernière estimation produit un intervalle de confiance assez large pour les années les plus récentes, ce qui témoigne de la difficulté de produire des projections précises pour l'avenir. » [A7].

« Des circonstances comme les migrations ainsi que l'épidémie Covid-19 actuelle pourraient d'autre part influencer l'évolution de l'épidémie. » [A7].

Des projections réalisées pour différents pays (Pays-Bas [34], Italie [123], États-Unis [33]) montrent que la proportion de PVVIH de plus de 50 ans va continuer à augmenter dans les prochaines années (Figure 11).

Aux Pays-Bas, l'âge moyen des PVVIH sous ART devrait augmenter de 43,9 ans en 2010 à 56,6 ans en 2030, avec la proportion de PVVIH de plus de 50 ans passant de 28% en 2010 à 73% en 2030 [34].

FIGURE 11. PROPORTION DE PVVIH PAR TRANCHES D'ÂGE (ITALIE, ÉTATS-UNIS), 2015-2035 [133].

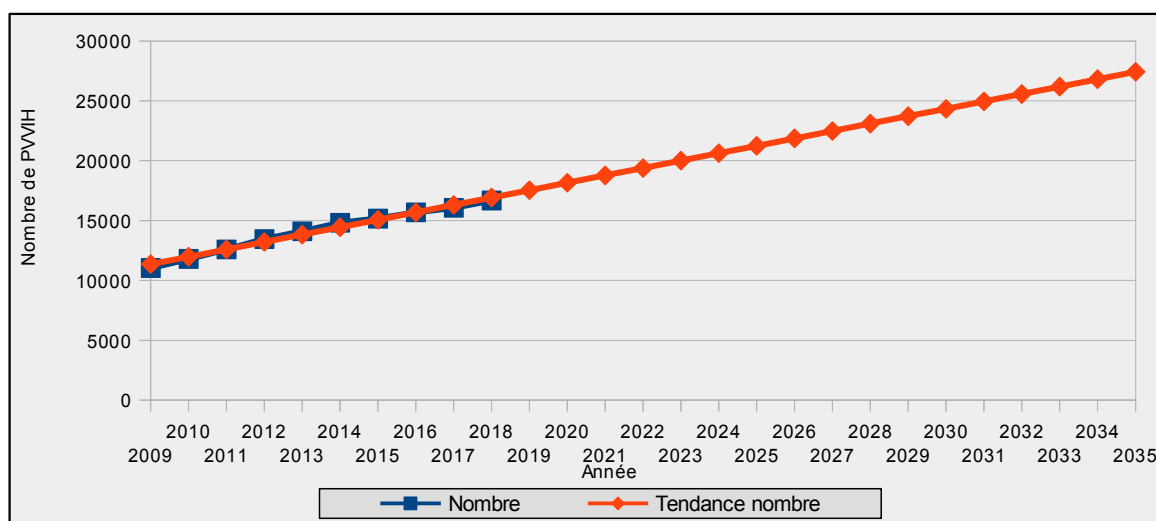


L'étude réalisée sur la population italienne⁶¹ prévoit que l'âge moyen des patients sous ART va passer

61 L'étude porte sur 7 468 PVVIH sous ART de la cohorte ICONA (Italian Cohort Naïve Antiretrovirals).

de 46,1 à 58,8 ans entre 2015 et 2035. De même, la proportion de patients sous ART de plus de 50 ans va monter de 30% à 76% entre 2015 et 2035 [33, 123, 133].

FIGURE 12. TENDANCE DES PVVIH PAR ANNÉE (BELGIQUE), 2009-2035

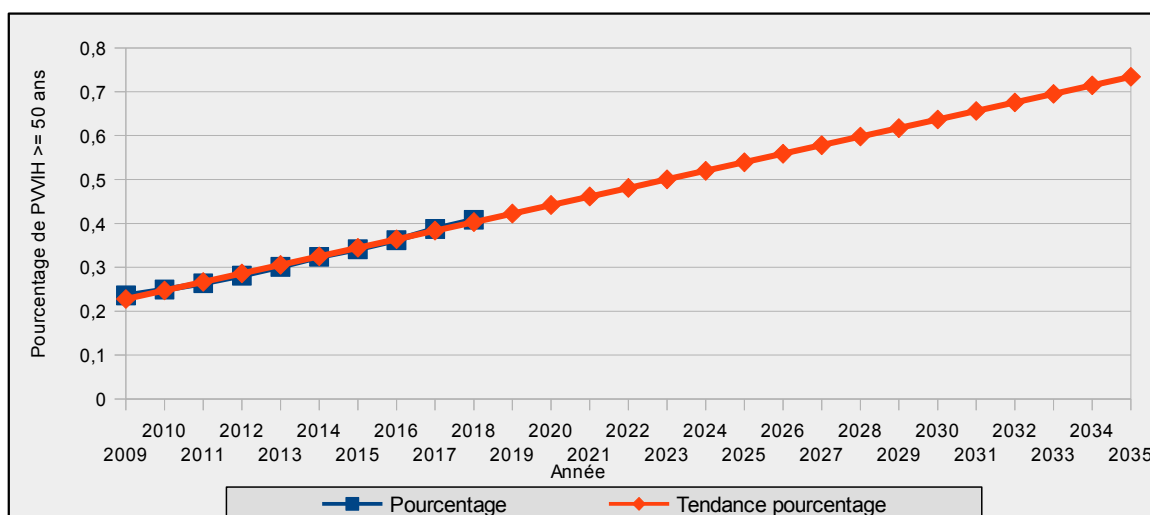


Nous avons réalisé, grâce à Excel, une extrapolation jusqu'en 2035 sur base des données fournies par Sciensano pour les années 2009-2018 (Annexe 10). Le calcul de la tendance est effectué grâce à la fonction `TREND(valeursy; valeursx; nouvelle_valeursx; type)`. La fonction TREND adapte une ligne droite à des données utilisant une régression linéaire et renvoie les points de cette ligne. On calcule donc directement la prédiction des nouvelles valeurs en se basant sur les valeurs passées.

La Figure 12 montre de façon graphique cette extrapolation des PVVIH à l'horizon 2035. L'Annexe 10 indique le tableau qui a permis de construire ce graphique [A10]. Le tableau donne des chiffres précis par année jusqu'en 2035. On obtient 24 336 PVVIH en 2030 et 27 426 PVVIH en 2035. Il s'agit d'une extrapolation mathématique qui ne tient pas compte de l'évolution des traitements, du travail de prévention, des traitements préventifs comme la PrEP, etc. Si on effectue le calcul⁶² avec 736 patients supplémentaires en suivi par an, on obtient 25 505 PVVIH en 2030 et 29 991 PVVIH en 2035.

62 2030 : $16\,673 + 12 * 736$ --- 2035 : $16\,673 + 18 * 736$ --- En 2018, 16 673 patients infectés par le VIH et 736 patients supplémentaires en suivi par an au cours de la période 2006-2018 [3].

FIGURE 13. TENDANCE DES PERSONNES ≥ 50 EN SUIVI POUR LE VIH PAR ANNÉE (BELGIQUE), 2009-2035



La Figure 13 montre, selon le même principe que la Figure 12, la progression de la proportion des PVVIH de plus de 50 ans à l'horizon 2030-2035. La proportion estimée de PVVIH de plus de 50 ans est de 64% pour 2030 et de 73% pour 2035. On obtient donc une estimation de 15 495 (64% de 24 336) PVVIH en 2030 et de 20 131 (73% de 27 426) PVVIH en 2035, contre 6 807 en 2018 (estimation de 8 023 pour 2020).

Ces chiffres sont proches de ceux obtenus dans différentes études. Aux Pays-Bas, une étude publiée par The Lancet [34] montre que 73% des PVVIH en 2030 auront plus de 50 ans (âge moyen : 56,6 ans). En Italie, une étude [133] donne 76% de PVVIH de plus de 50 ans en 2035 (âge moyen : 58,8 ans). Pour les PVVIH, une étude (2016) de l'Imperial College London sur les PVVIH aux États-Unis [33] prévoit 74% de PVVIH de plus de 50 ans en 2035 (âge moyen : 57,8 ans).

4.2. Analyse des contacts/rencontres

Dans cette partie, nous allons examiner les différents points soulevés dans la littérature et les comparer au contenu des interviews/contacts pour confirmer, approfondir ou infirmer ces points. Nous ne cherchons pas à émettre des affirmations mais bien d'essayer de clarifier/préciser certaines informations lues dans la littérature [153].

Nous avons opté pour une analyse thématique avec deux thèmes principaux :

- Comparaison des situations médicales et thérapeutiques en Belgique par rapport aux pays occidentaux
- Situation en Belgique en matière de soins et d'accompagnement

L'analyse thématique est avant tout une méthode servant au relevé, à l'inventaire classificatoire (rubriques) et à la synthèse des thèmes présents dans un matériau de recherche. Il s'agit d'une logique explicative d'un phénomène, lors d'un besoin de poser rapidement un diagnostic. La

thématisation est l'opération centrale. Deux types de support peuvent être envisagés : le papier est le support habituel, mais c'est surtout dans ce type d'analyse que l'apport des logiciels est intéressant. Le résultat est formalisé par un arbre thématique ou un diagramme donnant une information documentée du contenu textuel [152]. Dans le présent mémoire, nous avons opté pour un support papier et une formalisation sous forme d'arbre thématique.

L'analyse de contenu est utilisée pour traiter les données d'un entretien (non directif, semi-directif ou directif), les questions ouvertes d'un questionnaire, d'un document écrit ou oral (textes, journaux, télévision, etc.) ou encore les données obtenues par observation globale et narrative.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits (verbatim), ainsi que les contacts par email ([Annexes](#)). Ensuite, il ont été traités par analyse de contenu thématique pour mettre en évidence l'ensemble des caractéristiques communes du discours des sujets contactés.

L'analyse thématique n'a pour fonction essentielle ni d'interpréter, ni de théoriser, ni de dégager l'essence d'une expérience. Elle est d'abord et avant tout une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus [154].

La phase finale de mise en ordre des thèmes ou des catégories résulte d'une classification des thèmes récurrents ou centraux constituants. L'arborescence thématique construite à partir des thèmes et des rubriques donne une vision globale du phénomène. Le travail d'analyse d'un verbatim sur papier est souvent fastidieux et chronophage [152]. Nous avons ainsi obtenu une arborescence permettant de classer/regrouper les points abordés lors des contacts. L'arborescence thématique construite à partir des thèmes et des rubriques (catégories) donne une vision globale du phénomène.

L'analyse thématique est plutôt dans le relevé et la synthèse de thèmes d'un corpus sans mettre en jeu des processus interprétatifs. Elle va nécessiter différentes opérations [152] :

- Transcription (verbatim) : Intégrale mot à mot
- Relecture : Unités de sens, repérage des fréquences
- Codification : Codage *a priori*, Étiquetage
- Thématisation : Thèmes
- Catégorisation : Rubriques
- Restitution du sens : Arbre thématique

Pour rendre cette arborescence plus lisible, les différents thèmes sont représentés sous forme de tableaux. Ces tableaux vont reprendre les catégories, éventuellement les sous-catégories et les références (généralement la question) aux annexes, et les principaux verbatims.

4.2.1. Comparaison des situations médicales en Belgique et à l'étranger

Nous allons comparer les situations médicales et thérapeutiques en Belgique par rapport aux pays occidentaux dont les PVVIH ont facilement accès aux traitements antirétroviraux.

En cliquant sur la référence verbatim, vous accédez à la question figurant dans les [Annexes](#). Des tableaux détaillés reprenant le résumé des questions et des verbatims sont repris à l'[Annexe 9](#).

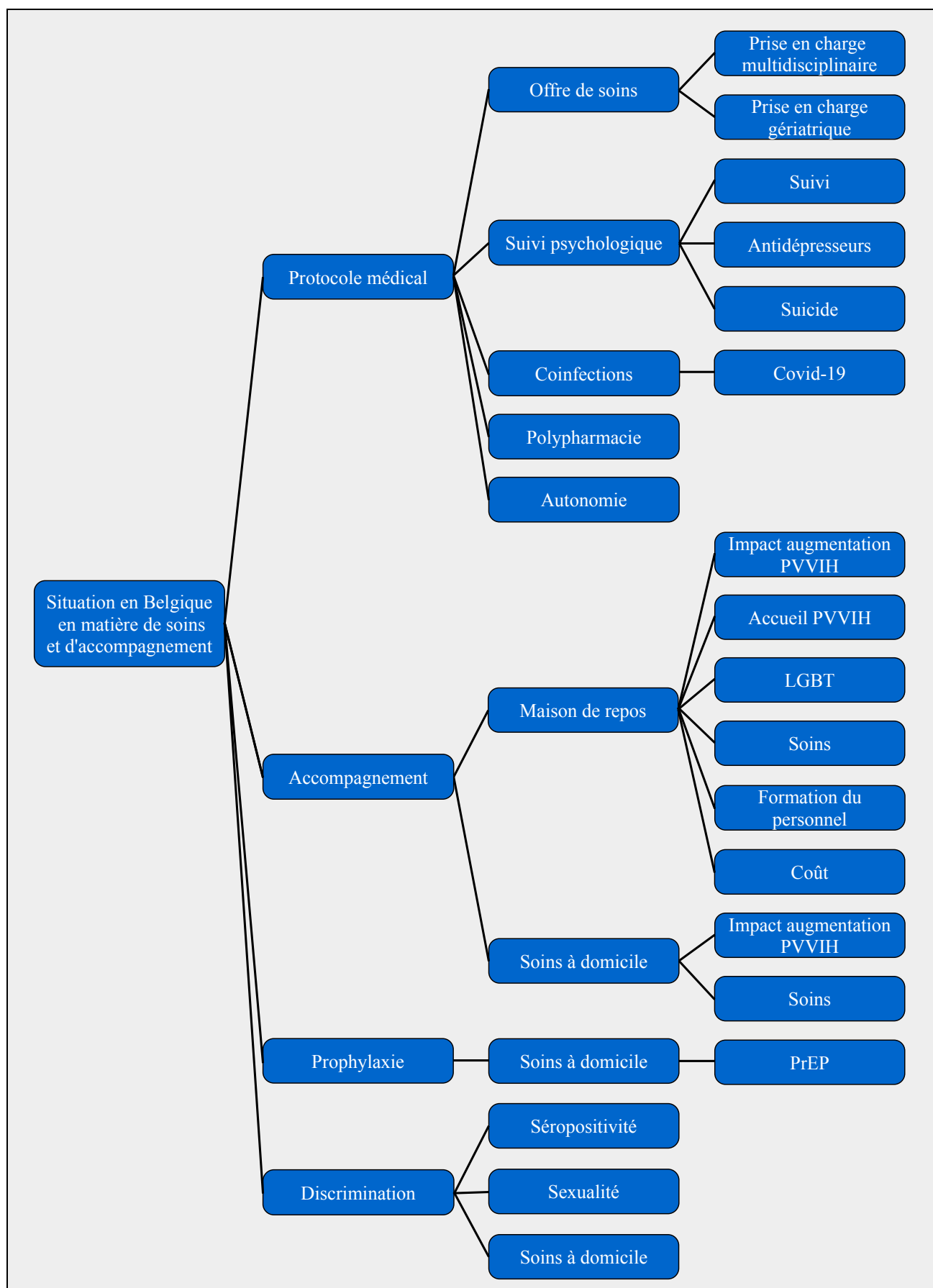
TABLEAU 1. COMPARAISON DES SITUATIONS MÉDICALES EN BELGIQUE ET À L'ÉTRANGER :
PROTOCOLE MÉDICAL

Thème	Catégorie	Sous-catégorie	Référence verbatims
Protocole médical	Traitement	Traitement	A5-8 – A6-8
		Sous-type VIH	A1-1 – A5-1 – A6-1
Tableau 1 verbatims – page 117			

4.2.2. Situation en Belgique en matière de soins et d'accompagnement

La situation en Belgique est représentée sous forme d'arbre thématique ([Figure 14](#)).

FIGURE 14. SITUATION EN BELGIQUE EN MATIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT



Nous avons également repris les différents thèmes dans des tableaux (2 à 5) qui indiquent aussi les références aux verbatims des [Annexes](#).

TABLEAU 2. SITUATION EN BELGIQUE : PROTOCOLE MÉDICAL

Thème	Catégories	Sous-catégories	Références verbatims
Protocole médical	Offre de soins	Prise en charge multidisciplinaire	A1-2 – A2-4 – A5-2 – A5-3 – A6-2
		Prise en charge gériatrique	A1-2 – A1-5 – A5-2 – A5-3 – A6-3
	Suivi psychologique	Suivi	A1-3 – A6-4
		Antidépresseurs	A1-4 – A5-4
		Suicide	A2-11
	Coinfections	Covid-19	A1-10
	Polypharmacie		A3-4 – A4-4
	Autonomie		A2-5
Tableau 2 verbatims – page 117			

TABLEAU 3. SITUATION EN BELGIQUE : ACCOMPAGNEMENT

Thème	Catégories	Sous-catégories	Références verbatims
Accompagnement	Maison de repos	Impact augmentation PVVIH	A1-6 – A3-1 – A4-1 – A5-5 – A6-5
		Accueil PVVIH	A2-9 – A4-8 – A4-9
		LGBT	A2-12 – A3-9 – A4-11 – A5-6
		Soins	A3-1 – A3-3 – A3-4 – A4-3 – A4-4 – A4-10 – A6-5
		Formation du personnel	A2-4 – A2-9 – A3-6 – A4-6 – A4-10
		Coût	A3-5 – A4-5
	Soins à domicile	Impact augmentation PVVIH	A1-6 – A5-5
		Soins	A2-6
Tableau 3 verbatims – page 119			

TABLEAU 4. SITUATION EN BELGIQUE : PROPHYLAXIE

Thème	Catégorie	Sous-catégorie	Référence verbatims
Prophylaxie	Prophylaxie pré-exposition	PrEP	A1-7 – A1-8 – A2-10 – A5-7 – A6-7
Tableau 4 verbatims – page 123			

TABLEAU 5. SITUATION EN BELGIQUE : DISCRIMINATION

Thème	Catégories	Sous-catégories	Références verbatims
Discrimination	Séropositivité		A2-1 – A2-2 – A3-2 – A2-9 – A3-7 – A4-2 – A4-7 – A5-6 – A6-6
	Sexualité		A2-2 – A2-4 – A2-7 – A2-8 – A2-9 – A3-7 – A4-10 – A5-6 – A6-6
	Origine ethnique		A6-6
Tableau 5 verbatims – page 124			

Il ressort des différents contacts/interviews différents points :

- Tous les intervenants sont d'accord en ce qui concerne la forte augmentation de PVVIH de plus de 50 ans.
- Ils estiment que leurs institutions sont à même de répondre aux besoins de ces patients.
- L'aspect psychologique (notamment dépressions et risques de suicide) est important.
- La prise en charge doit être multidisciplinaire.
- Prévoir une meilleure information (ou un ciblage plus large) concernant la PrEP.
- En ce qui concerne les maisons de repos, elles devront :
 - mettre en place de nouvelles procédures de soins,
 - rassurer le personnel (qui peut avoir des craintes d'être contaminé),
 - s'adapter aux plus nombreuses comorbidités,
 - prévoir une formation du personnel (notamment au niveau psychologique et pour éviter les discriminations sérophobie, homophobie, racisme, etc.),
 - aborder le sujet de la sexualité, souvent taboue.
- Les maisons de repos estiment que la prise en charge des PVVIH n'entraînera pas de coût supplémentaires.
- Peu de maisons de repos ont (ou ont eu) des résidents séropositifs au VIH.
- Les PVVIH LGBT ne souhaitent pas séjourner en maison de repos, mais les maisons de repos estiment que ce n'est pas un problème.

5. Discussion, perspectives et préconisations

Nous allons d'abord commencer par une discussion basée sur les différents contacts que j'ai obtenus et dont les transcriptions sont reprises dans les [Annexes](#) et ont été synthétisées dans les tableaux du chapitre précédent. Ensuite, nous allons proposer différentes préconisations.

5.1. Discussion et perspectives

Pour rappel, mon objectif est de « Mesurer l'accroissement des PVVIH de plus de 50 ans et examiner les besoins de cette nouvelle patientèle en s'assurant que l'offre de soins actuelle, ainsi que les possibilités d'accompagnement, pourront satisfaire ces nouvelles exigences. »

Dans cette partie, nous allons nous baser sur la littérature scientifique et les contacts avec les acteurs de terrain représentatifs.

Au niveau des PVVIH, la situation en Belgique est identique à celle des pays occidentaux dont les PVVIH ont facilement accès aux traitements antirétroviraux [[A5-8](#)].

La proportion de PVVIH de plus de 50 ans est en forte augmentation et devrait d'ici trois ans dépasser les 50%. Elle devrait même atteindre 64% en 2030 et 73% en 2035. Ce qui signifie 15 495 PVVIH en 2030 et 20 131 PVVIH en 2035 (contre 6 807 en 2018).

Pour les patients suivant régulièrement leur traitement, le VIH n'entraîne plus de pathologies particulières [[A3-1](#)]. Les PVVIH souffrent de maladies identiques aux autres patients.

Le traitement ne varie pas en fonction du sous-type du virus [[A1-1](#), [A6-1](#)]. En pratique cela signifie que le traitement est identique pour les PVVIH d'origine subsaharienne (généralement infectées par le sous-type C) [[A1-1](#), [A5-1](#), [A6-1](#)].

En revanche, les PVVIH ont généralement une santé plus fragile et souffrent de plus de comorbidités que les autres personnes. De plus, ces comorbidités apparaissent plus tôt, souvent vers l'âge de 36 ans (contre 52 ans pour la population générale).

Le risque de coinfections est aussi plus élevé ce qui va compliquer les traitements. En Belgique, il s'agit principalement du virus de l'hépatite B (VHB). Signalons également que le Covid-19 ne semble pas aggraver l'état de santé des PVVIH, mais nous n'avons pas encore toutes les données [[A1-10](#)].

Au niveau médical, la formation du personnel est jugée satisfaisante, mais il faut assurer une prise en charge multidisciplinaire [[A6-3](#)] et recourir à différents spécialistes en cas de besoin [[A1-2](#)] :

- Infectiologue
- Diabétologue
- Cardiologue

Il faudra également prévoir, pour les patients plus âgés, une prise en charge gériatrique [A1-2] :

- Gériatre
- Infirmières et aides-soignantes
- Kinésithérapeute
- Diététicien
- Ergothérapeute

L'aspect psychologique est très important, mais parfois négligé. Les centres de référence VIH proposent les services de psychologues. Mais les patients ont parfois du mal à accepter le suivi psychologique qui leur est proposé [A5-4]. Il faut mettre en place un suivi psychologique avec les psychologues. C'est d'ailleurs déjà prévu dans la convention VIH [A1-3]. Les infirmières et assistantes sociales sont elles aussi très à l'écoute des patients et peuvent référer vers la psychologue si nécessaire. La difficulté est parfois de convaincre le patient que cela peut l'aider. Dans certaines cultures, la psychologie est encore fort associée à la « folie » [A6-4].

Dans certains cas, le médecin sera appelé à prescrire également des antidépresseurs, car les PVVIH ont souvent des problèmes de dépression [A1-4, A6-4], et même de risque de passage à l'acte suicidaire [A2-11].

Notons aussi que la réponse immunitaire au traitement antirétroviral est moins bonne chez les patients plus âgés. Ceci est dû à une moins bonne reconstitution immunitaire liée à l'immunosénescence et pas à l'efficacité des traitements antirétroviraux [A1-5].

La PrEP est utilisée comme traitement préventif contre le VIH depuis quelques années (en Belgique, surtout depuis 2017, année du début du remboursement par la sécurité sociale). Ce traitement préventif permet de diminuer le nombre de nouvelles infections. Ce qui va permettre, à terme, d'augmenter la proportion des PVVIH de plus de 50 ans. Il faut toutefois signaler que la PrEP est principalement utilisée par des personnes jeunes, d'où un impact actuellement limité chez les plus de 50 ans. De plus elle n'est quasiment utilisée que par les HSH.

La prescription de la PrEP dépend du risque auquel le patient s'expose. Si des personnes âgées ont des comportements à haut risque d'acquisition du VIH, ils seront aussi candidats à la PrEP, mais c'est plus rare [A5-7].

Il faut quand même faire attention que le Truvada® n'est pas sans risque pour les reins et donc chez les personnes âgées, il faudra mettre dans la balance le risque et le bénéfice [A6-7].

Pour les MR/MRS, le nombre de PVVIH à prendre en charge va augmenter [A4-1].

Si on considère que c'est une pathologie chronique dont souffrent les PVVIH, il ne devrait pas y

avoir de différence. Mais c'est une pathologie qui reste encore taboue surtout chez les patients âgés et qui remet en question la compréhension et la prise en compte de la sexualité/affection chez la personne âgée en maison de repos [A4-2]. Tant que le traitement est bien pris et efficace, la prise en charge en maison de repos ne devrait pas être plus lourde que pour un autre patient avec une maladie chronique [A5-5, A6-2].

Globalement les PVVIH ne nécessitent pas plus de soins [A3-3]. Il faut peut-être plus de suivi au niveau biologique et infectieux, mais a priori pas plus de soins infirmiers [A4-3]. Au niveau de la prise de médicaments, cela va nécessiter plus d'attention de la part du médecin (polypharmacie), mais pas nécessairement de la part des soignants [A4-4]. Il faut mettre en place un système de surveillance qui est indispensable comme pour tous les autres résidents [A3-4].

Les résidents PVVIH n'occasionnent pas de charges supplémentaires [A3-5, A4-5].

Le personnel n'a pas besoin de formation spécifique, mais peut-être un rappel de quelques notions de pathologie infectieuse et de précautions [A4-5, A4-6].

La plupart des seniors LGBT veulent rester chez eux le plus longtemps possible, avec peut être une aide extérieure, par exemple une aide familiale ou une aide soignante [A2-5].

Beaucoup de PVVIH craignent de séjourner en maison de repos, car ils ont peur d'être discriminés par rapport à leur séropositivité, leur sexualité, leur origine ethnique. Il peut y avoir une crainte à ne pas recevoir les mêmes soins que les autres patients mais cette crainte n'est probablement pas fondée. Crainte aussi du risque que le secret médical soit divulgué et de ce fait d'être isolé par les autres patients [A2-9, A4-7]. Il faut que le personnel n'ait pas d'attitude discriminante ou stigmatisante [A5-6]. Parfois il est important de prendre un peu de temps pour informer le personnel médical de la pathologie, des risques de transmission, des effets des médicaments, des complications éventuelles, etc. [A6-6] Il faudra rassurer les collaborateurs [A3-2].

Le suivi virologique est fait par les spécialistes en milieu hospitalier, les bilans sanguins sont faits à la maison de repos. Pour la formation du personnel et l'organisation des maisons de repos, il n'y a pas de grosse différence par rapport aux autres patients, cela concerne la sexualité qui reste tabou/interdite en maison de repos avec la particularité des risques de contamination de ces patients et la difficulté à protéger les autres sans divulguer le secret médical [A4-10].

En ce qui concerne les soins à domicile, les infirmiers vont administrer les soins prescrits par le médecin. L'attention est de la part du médecin, mais pas nécessairement de la part des soignants [A3-4].

On constate également que les FVVIH réagissent souvent différemment à l'infection et aux

traitements que les HVVIH, alors que les études et les essais portent souvent sur des HVVIH. Il existe des différences entre les systèmes immunitaires des hommes et des femmes. De plus, les femmes ménopausées sont particulièrement exposées aux maladies osseuses.

Notons aussi que les personnes qui sont en couple sont souvent en couple avec une autre personne également séropositive. Et souvent ce sont des personnes qui sont en couple de longue date et qui vivent leur séropositivité ensemble depuis longtemps [A2-3].

5.2. Préconisations

Il faut promouvoir un accompagnement global et adapté aux besoins spécifiques des différents publics et proposer plus de formations continues en lien avec les thématiques pour permettre une remise en question des professionnels.

Mettre en place un réseau interactif qui travaille de concert pour augmenter la qualité de l'accompagnement des seniors vivant avec le VIH.

La formation du personnel devrait être renforcée, il faut aussi parler d'intimité, de sexualité, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, de VIH ou encore de MST [A2-9].

Il faut également renforcer le suivi psychologique des PVVIH [A1-3] pour éviter les risques de dépressions et de suicides.

Pour éviter les coinfections, il faut vacciner préventivement les personnes à risques, non seulement contre le VHB, mais également contre le VPH (vaccin maintenant également remboursé par la sécurité sociale pour les hommes).

La PrEP devrait également être plus largement prescrite [A1-7, A1-8, A2-10], en ciblant d'autres populations que les HSH (les SAM notamment). Il faudrait également mieux former les médecins généralistes (surtout en dehors des grandes villes) qui devraient informer leurs patients à risques et les diriger vers les spécialistes habilités à la prescrire [A6-7]. C'est aussi le cas pour la PPE. Le médecin traitant devrait également être sensibilisé pour pouvoir proposer un dépistage à un senior, car il risque de ne pas penser qu'il puisse s'agir d'une IST [A2-9].

Il faut aussi continuer à lutter contre les discriminations (sérophobie, homophobie, racisme, etc.) (et doubles discriminations) et la stigmatisation [A2-2].

Sciensano devrait publier les chiffres bruts de l'infection au VIH en «open data». Cela permettrait aux étudiants, doctorants et autres chercheurs de réaliser des études et calculer des statistiques/tendances pour un meilleur suivi épidémiologique.

En ce qui concerne les maisons de repos, nous avons vu que les deux principales populations de

PVVIH (HSH, SAM) ont beaucoup de réticences à y résider. D'autant plus qu'il semble que les maisons de repos sous-estiment le problème [A3-7].

Les HSH ont peur de devoir cacher leur homosexualité pendant leurs dernières années [A2-7]. Des propositions ont bien été faites pour lutter contre ce problème, mais rien ne s'est concrétisé [A3-9, A4-11]. Il faudrait s'inspirer de ce qui se passe en Région flamande, où des formations spécifiques sont organisées pour le personnel et des brochures distribuées.

Dans certains pays (notamment au États-Unis), il existe des maisons de repos qui accueillent principalement des résidents LGBT. Ce n'est pas le cas en Belgique, où les projets ne suscitent pas l'enthousiasme. Unia, que j'ai contacté, n'a reçu qu'une plainte à ce sujet [A8].

Une piste intéressante est l'habitat intergénérationnel qui permettrait de lutter contre la solitude des PVVIH âgées [A2-5].

L'offre de soins est régulièrement remise en question par l'INAMI en ce qui concerne les centres de référence VIH, alors que ces centres prennent en charge des patients aux problèmes multiples. De plus, la répartition de cette offre de soins entre la première ligne (médecine générale) et les centres de référence VIH est remise en question. Il y a donc lieu de sécuriser les moyens des centres de référence VIH pour pouvoir garantir à long terme des soins de qualité appropriés et multidisciplinaire [A5-2, A5-3].

Il faudrait également réaliser plus d'études concernant les FVVIH, notamment au niveau du système immunitaire et du vieillissement.

5.3. Vigilance éthique

Le courant de pensée de l'humanisme soignant a pour ambition d'étudier la vigilance éthique dans la relation de soin et d'œuvrer pour la développer [17].

On constate souvent que le personnel médical a tendance à « donner des soins » alors qu'il devrait « prendre soin » du patient. Le patient ne se résume pas à la maladie dont il souffre. Il faudrait donc évoluer vers un modèle plus humaniste des soins. C'est particulièrement vrai pour les PVVIH car ils souffrent de plus de comorbidités et ont un risque plus élevé de dépression que les autres patients.

Il s'agit, au fond, d'agir pour augmenter et affiner la qualité humaniste des professionnels et la pertinence des organisations afin de lutter contre toute forme de rejet, de stigmatisation, quelle que soit l'affection et pas seulement pour les PVVIH [185].

Et l'évolution des besoins de la population, notamment du fait du vieillissement, du fait des maladies chroniques et de ce qu'elles induisent comme aide et soins aux personnes qui en sont atteintes, du fait, également, de la diminution des durées de séjour en milieu hospitalier, du fait encore des modes

de vie et des solidarités familiales qui se montrent moins présentes, est une évolution qui comporte autant de facteurs qui indiquent l'importance plus grande, mais aussi plus juste, qu'il convient d'accorder aux soins infirmiers en ce que, par leur nature profonde, ils proposent, face à différentes formes de dépendances, une aide à vivre ce qu'il y a à vivre ou à le vivre moins difficilement [17].

La pression sur le coût des soins de santé, la normalisation des actes et des tâches, voire un certain taylorisme médical ne sont pas propices au « prendre soin » et risquent d'entraîner une déshumanisation des soins de santé. Le risque est grand de voir les membres du personnel soignant plus accaparés par ce qu'ils ont à faire que par la personne à qui ils s'adressent.

Il faut, au contraire, bien que le contexte ne semble pas toujours favorable, s'assurer que chaque patient bénéficie d'un traitement adapté, d'une posture soignante singulière. Il faut mettre plus de soin dans les soins et plus de soi dans les soins [185].

La finalité est donc l'être humain dont on prend soin et les moyens sont ce qu'on met en œuvre pour venir en aide au patient. Si les moyens matériels sont généralement présents, il faut, au niveau du personnel médical, faire évoluer les pratiques et comportements tant individuels que d'équipe [185].

Pour cela, il faut intégrer plus d'humanisme dans les formations initiales. Il faudrait également, lors des formations continues, ne pas se contenter d'une formation « médicale technique » mais en profiter pour une « piqûre de rappel » des notions éthiques et du « prendre soin » [185].

Il faut également faire évoluer les organisations en prévoyant, notamment, une culture de la vigilance éthique partagée, pas seulement pour les PVVIH mais pour chaque situation [185].

6. Conclusions

Dans la plupart des pays occidentaux dont la population a accès aux traitements antirétroviraux, la proportion de PVVIH de plus de 50 ans augmente et se rapproche de 50%. Elle devrait dépasser dans 2-3 ans les 50% et excéder les 70% à l'horizon 2030-2035. L'âge moyen des PVVIH devrait avoisiner les 58 ans en 2035.

Pour la Belgique, nous avons extrapolé le nombre de PVVIH jusqu'en 2035 en nous basant sur les chiffres 2009-2018. Nous obtenons ainsi plus de 24 000 PVVIH en 2030 et plus de 27 000 PVVIH en 2035. Ces extrapolations, néanmoins, ne tiennent pas compte de l'évolution des moyens thérapeutiques et de leur impact sur le devenir des PVVIH.

En Belgique, en 12 ans, la proportion de patients âgés de plus de 50 ans est passée de 19% en 2006 à 41% en 2018. En effectuant une extrapolation, on estime la proportion de PVVIH de plus de 50 ans à 64% pour 2030 et 73% pour 2035. On obtient donc une estimation des PVVIH de plus de 50 ans à près de 16 000 en 2030 et à plus de 20 000 en 2035. Ils n'étaient que 6 807 en 2018 et de 2 607 en 2009. Cette population aura donc été multipliée par six en une vingtaine d'années.

Au fil des années, les traitements antirétroviraux ont évolué avec l'apparition de nouvelles molécules moins dangereuses pour la santé, notamment au niveau de la toxicité et des effets secondaires qu'elles engendrent. Aujourd'hui, l'espérance de vie des PVVIH a fortement augmenté, et se rapproche des personnes qui n'ont pas contracté le VIH.

Malgré tout, dans tous les pays, les PVVIH de plus de 50 ans ont une santé plus fragile, avec comme causes les coinfections, les comorbidités, la fragilité et les problèmes cognitifs. Ils sont également plus susceptibles de souffrir de dépression et ont un risque accru de passage à l'acte suicidaire.

Pour les coinfections, il s'agit principalement en Belgique de l'hépatite B (VHB), d'autant plus que les modes de transmission sont similaires à ceux du VIH. Dans certaines circonstances, l'hépatite B peut devenir chronique, avec le risque de développer des maladies du foie, parfois mortelles.

D'après les études, récentes une coinfection avec le SARS-CoV-2 n'est pas un facteur de risque supplémentaire.

Les comorbidités entraînent un risque accru de maladies cardiovasculaires, de maladies des reins et des os, ainsi que de cancers. Elles entraînent également une dégradation des fonctions neurocognitives et une plus forte fragilité (« frailty ») des PVVIH.

Les PVVIH sont (ou ont été) plus fréquemment fumeurs ou abusent (ou ont abusé) plus facilement d'alcool et/ou de drogues que la population générale. Cela risque d'entraîner un nombre de comorbidités supérieur à la population générale. Dans ce cas c'est le mode de vie, et non le VIH, qui

entraîne un nombre plus important de comorbidités.

Nos contacts avec des acteurs de terrain représentatifs en Belgique nous ont permis d'effectuer une analyse thématique. Cette analyse nous a permis de relever les catégories et de les regrouper par thèmes pour proposer une vision globale des offres de soins et d'accompagnement des PVVIH.

Grâce à cette analyse, nous avons constaté que :

- pour les patients suivant régulièrement leur traitement, le VIH n'entraîne plus de pathologies particulières,
- les PVVIH souffrent de maladies identiques aux autres patients,
- les PVVIH souffrent de plus de comorbidités et elles apparaissent plus tôt, souvent vers l'âge de 36 ans (soit 10 à 15 ans plus tôt que la population générale),
- au niveau médical, la formation du personnel est jugée satisfaisante, mais il faut assurer une prise en charge multidisciplinaire,
- l'aspect psychologique est très important, notamment pour éviter les dépressions et les suicides,
- pour ce qui concerne les maisons de repos, les PVVIH ne nécessitent pas plus de soins, mais plutôt un suivi biologique et infectieux.

Nous avons également formulé différentes recommandations. Il faudrait ainsi :

- remplacer les trithérapies (3DR) par des bithérapies (2DR) moins toxiques
- renforcer le suivi psychologique,
- vacciner préventivement les personnes à risques pour éviter les coinfections,
- prescrire plus largement la PrEP et sensibiliser les médecins généralistes,
- publier les données/chiffres détaillé(e)s de l'infection en « open data »,
- sensibiliser les maisons de repos pour permettre un meilleur accueil des résidents LGBT,
- former le personnel des maisons de repos pour lutter contre la stigmatisation et les discriminations,
- sensibiliser les maisons de repos (et leurs résidents) pour permettre un meilleur accueil des personnes LGBT,
- lancer plus d'études concernant les FVVIH, notamment au niveau du système immunitaire (y compris les réactions aux traitements) et du vieillissement,
- agir au niveau des formations initiales et continues pour augmenter et affiner la qualité et la sensibilité humanistes des professionnels,
- développer au sein des organisations une culture de la vigilance éthique partagée, notamment en

prévoyant de manière systématique des temps de réflexion sur les différentes situations humaines rencontrées et les interrogations, interpellations voire difficultés qu'elles génèrent.

Ce mémoire a permis de réaliser une synthèse des connaissances concernant les offres de soins et d'accompagnement des PVVIH de plus de 50 ans du point de vue des spécialistes et des intervenants. Il pourrait être prolongé par une étude des patients PVVIH pour faire ressortir leur ressenti et leurs besoins.

Bibliographie

1. MICHAEL H MERSON, JEFF REY O'MALLEY, DAVID SERWADDA, CHANTAWIPA APISUK. The history and challenge of HIV prevention. *The Lancet*, Vol. 372, pp. 475–488, 2008 [consulté le 2 octobre 2019]. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60884-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60884-3)
CITÉ PAGES 14, 14, 15, 15, 15, 16, 36
2. SOUS LA DIRECTION DU PR PHILIPPE MORLAT. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Infection VIH2; Diversité des VIH-1. *Publication ANS – ANRS*, 2016 [consulté le 19 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/01/experts-vih_diversite.pdf
CITÉ PAGE 14
3. SCIENSANO. *Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique – Situation au 31 décembre 2018*. Sciensano, Bruxelles, 2019 [consulté le 19 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.25608/k6sn-n789>
CITÉ PAGES 12, 16, 16, 17, 17, 17, 17, 18, 18, 18, 19, 19 26, 26, 26, 27, 29, 49, 50, 50, 50, 50, 51, 51, 55
4. ONUSIDA. Fiche d'information 2019 — Données mondiales sur le VIH. *ONUSIDA*, 2019 [consulté le 20 avril 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
CITÉ PAGES 15, 15, 15, 16, 16, 16
5. BARBARA S. TAYLOR, MAGDALENA E. SOBIESZCZYK, FRANCINE E. MCCUTCHAN, SCOTT M. HAMMER. The Challenge of HIV-1 Subtype Diversity. *New England Journal Medicine*, 2008 April 10 [consulté le 12 octobre 2019], 358(15): pp. 1590–1602. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1056/NEJMra0706737>
CITÉ PAGE 14
6. ALICE TSENG, JASON SEET, ELIZABETH J. PHILLIPS. The evolution of three decades of antiretroviral therapy: challenges, triumphs and the promise of the future. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 15 avril 2014 [consulté le 12 octobre 2019], 79:2 pp. 182-194. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1111/bcp.12403>
CITÉ PAGES 15, 19
7. AIDS INFO. FDA Approval of HIV Medicines. *AIDS Info*, 17 février 2020 [consulté le 22 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/infographics/25/fda-approval-of-hiv-medicines>
CITÉ PAGE 19
8. THE ANTIRETROVIRAL THERAPY COHORT COLLABORATION. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*, 2017 [consulté le 14 octobre 2019], Vol. 4: e349–356. Disponible à

9. SIDACTION. Maladies opportunistes. [consulté le 3 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.sidaction.org/glossaire/maladies-opportunistes> CITÉ PAGE 19
10. EXAEQUO. Traitements antirétroviraux. [consulté le 20 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.exaequo.be/fr/s%C3%A9ropositif/th%C3%A9rapie-suivi-m%C3%A9dical/traitements-antir%C3%A9troviraux> CITÉ PAGE 20
11. SOUS LA DIRECTION DU PR PHILIPPE MORLAT. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Prise en charge des comorbidités au cours de l'infection par le VIH. *Publication ANS – ANRS*, 2019 [consulté le 19 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2019/08/experts-vih_comorbidites.pdf CITÉ PAGE 36
12. SOUS LA DIRECTION DU PR PHILIPPE MORLAT. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins. *Publication ANS – ANRS*, 2018 [consulté le 19 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/05/experts-vih_suivi.pdf CITÉ PAGES 28, 42
13. CDC. HIV & Coinfectons. *CDC*, 2020 [consulté le 12 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/hiv/library/factsheets/coinfections/index.html> CITÉ PAGES 28, 29, 29, 29
14. PR. JEAN-CYR YOMBI, JEAN-CHRISTOPHE MAROT. Vieillir avec le VIH, nouvelle réalité, nouveaux enjeux. *Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain*, Juin 2017 [consulté le 19 novembre 2019], pp. 335-342. Disponible à l'adresse : <https://www.louvainmedical.be/fr/article/vieillir-avec-le-vih-nouvelle-realite-nouveaux-enjeux> CITÉ PAGES 13, 27, 28, 31, 31, 32, 33, 33, 34, 35, 35, 35, 36, 37, 38, 38, 51
15. PR. JEAN-CYR YOMBI. Le traitement du VIH en 2018 : ce que doit savoir le médecin généraliste. *Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain*, Mai 2018 [consulté le 21 novembre 2019], pp. 258-261. Disponible à l'adresse : <https://www.louvainmedical.be/fr/article/le-traitement-du-vih-en-2018-ce-que-doit-savoir-le-medecin-generaliste> CITÉ PAGE 27
16. AIDES. Les traitements antirétroviraux et la trithérapie. [consulté le 5 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.aides.org/traitement-vih-sida> CITÉ PAGES 12, 21, 21, 21
17. PR. WALTER HESBEEN. *Humanisme soignant et soins infirmiers ; « Un art du singulier »*. Paris : Elsevier Masson, 2017. 184 p. CITÉ PAGES 42, 66, 67
18. RELACS : RÉSEAU BRUXELLOIS DE SANTÉ SEXUELLE AFRO-LATINO-CARIBÉEN. 27 septembmre

2019 [consulté le 5 février 2020]. Disponible à l'adresse :

<https://preventionsida.org/fr/ressources/relacs/>

CITÉ PAGE 11

19. SOPHIE PATTERSON, ANGELA CESCONE, HASINA SAMJI, KEITH CHAN, WENDY ZHANG, JANET RABOUD *ET AL.* Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC Infectious Diseases*, 15, 274, 2015 [consulté le 27 novembre 2019]. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://dx.doi.org/10.1186/s12879-015-0969-x> CITÉ PAGES 13, 22
20. MARCUS JULIA L., CHAO CHUN R., LEYDEN WENDY A., XU LANFANG, QUESENBERRY CHARLES P. JR, KLEIN DANIEL B. *ET AL.* Narrowing the Gap in Life Expectancy Between HIV-Infected and HIV-Uninfected Individuals With Access to Care. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 2016 Sep 1 [consulté le 2 décembre 2019], 73(1):39-46. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://dx.doi.org/10.1097%2FQAI.0000000000001014> CITÉ PAGES 13, 23, 23
21. JUDITH SCHOUTEN, FERDINAND W. WIT, INEKE G. STOLTE, NEELTJE A. KOOTSTRA, MARC VAN DER VALK, SUZANNE E. GEERLINGS *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. *Clinical Infectious Diseases*, 2014 Dec 15 [consulté le 23 octobre 2019], 59(12):1787-97. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/cid/ciu701> CITÉ PAGE 34
22. MAKES BANENS, ROMMEL MENDÈS-LEITE, JEAN-MARC TALPIN, BRUNO CUVILLIER. Vieillir avec le VIH - Les séniors séropositifs à Lyon et dans la Vallée du Rhône. 2016 [consulté le 4 février 2020]. Disponible sur HAL à l'adresse : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01247694> CITÉ PAGES 28, 28
23. WALLACH I., DUCANDAS X., MARTEL M., TROTTIER B., THOMAS R. Le VIH et le vieillissement au Québec. Une recherche qualitative sur les expériences, les difficultés et les besoins des personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans. 2013 [consulté le 12 avril 2020]. Disponible à l'adresse : http://realizecanada.org/wp-content/uploads/Wallachetal_2013_RapportVIHvieillissement1.pdf CITÉ PAGE 49
24. ISABELLE WALLACH, SHARI BROTMAN. Gaps in health and social care services to older adults living with HIV: a qualitative study on the perspectives of older adults and service providers. *Nursing & Care Open Access Journal*, 2019 [consulté le 7 novembre 2019], 6(1):28–33. Disponible à l'adresse : <https://medcraveonline.com/NCOAJ/NCOAJ-06-00179.pdf>

CITÉ PAGE 34

25. TIFFANY G. HARRIS, MIRIAM RABKIN AND WAFAA M. EL-SADR. Achieving the fourth 90: healthy aging for people living with HIV. *AIDS*, 32:1563–1569, 2018 [consulté le 12 novembre 2019]. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001870> CITÉ PAGE 30
26. AIDES. Vieillir comme les autres. Journal de la Conférence de consensus communautaire sur le vieillissement des personnes vivant avec le VIH, 18-19 avril 2013 [consulté le 29 mars 2020]. Disponible à l'adresse : http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=45592 CITÉ PAGE 27
27. ALINE DESESQUELLES, ANNE GOTMAN, JULIE MICHEAU, ERIC MOLIÈRE. Etude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA. *Plein Sens – Direction Générale de la Santé (France)*, Mars 2013 [consulté le 12 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etude_PVVIH_vieillissantes_mars_2013_DGS_Pleinsens.pdf CITÉ PAGE 27
28. ADMINISTRATION ON AGING (US). The Graying of HIV/AIDS: Community Resources for the Aging Network. [consulté le 20 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : https://acl.gov/sites/default/files/programs/2016-11/Graying_HIV_Slides.pdf CITÉ PAGE 37
29. NAPWHA (NATIONAL ASSOCIATION OF PEOPLE WITH HIV AUSTRALIA). Inquiry into the Quality of Care in Residential Aged Care Facilities in Australia. 2018 [consulté le 30 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.aph.gov.au/DocumentStore.ashx?id=16cccd35-8928-4480-8204-325efd59d8fa&subId=563385> CITÉ PAGE 37
30. NAPWHA (NATIONAL ASSOCIATION OF PEOPLE WITH HIV AUSTRALIA). HIV and Ageing in Australia - The New Frontier. 2019 [consulté le 27 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : <https://napwha.org.au/resource/hiv-and-ageing-in-australia-the-new-frontier/> CITÉ PAGES 37, 38
31. MÉLANIE GERREBOS (2019). Les seniors, dans l'ombre de la communauté. *Santé conjugulée*, mars 2019 [consulté le 19 octobre 2019], n° 86, pp. 41-42. Disponible à l'adresse : https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/10391/800b261de24e67b1351e07c3ddec2c9df6561c7a/pdf/sc_86_in_lgbt_gerrebs.pdf CITÉ PAGE 99
32. Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation. *Wallonie Santé*, 2012 [consulté le 29 octobre 2019], n°5. Disponible à l'adresse : <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf> CITÉ PAGE 44
33. IMPERIAL COLLEGE LONDON. Quantifying the future clinical burden of an ageing HIV-positive population in the USA: a mathematical modelling study. [consulté le 20 février 2020].

Disponible à l'adresse : <https://core.ac.uk/download/pdf/148790284.pdf> CITÉ PAGES 54, 55, 56

34. MIKAELA SMIT, KEES BRINKMAN, SUZANNE GEERLINGS, COLETTE SMIT, KALYANI THYAGARAJAN, ARD VAN SIGHEM *ET AL.* Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infectious Diseases*, 2015 [consulté le 15 mai 2020], 15: 810–18. Disponible à l'adresse : [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(15\)00056-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(15)00056-0/fulltext) CITÉ PAGES 54, 54, 56
35. SOUS LA DIRECTION DU PR PHILIPPE MORLAT. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Accès aux soins et qualité de vie. *Publication ANS – ANRS*, 2017 [consulté le 19 octobre 2019]. Disponible à l'adresse : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_acces.pdf CITÉ PAGES 19, 48
36. AFAO (AUSTRALIAN FEDERATION OF AIDS ORGANISATIONS). Ahead of Time : A practical guide to growing older with HIV. 2010 [consulté le 22 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.afao.org.au/wp-content/uploads/2016/12/AheadOfTime-archive.pdf> CITÉ PAGE 30
37. SAGE. Understanding Issues facing LGBT older adults. 2017 [consulté le 4 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.lgbtmap.org/file/understanding-issues-facing-lgbt-older-adults.pdf> CITÉ PAGE 46
38. NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER. LGBT Aging - Change, Challenge and Resilience. [consulté le 8 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2019/04/LGBT-Aging-Webinar_April-24-2019-1.pdf CITÉ PAGE 46
39. NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER. LGBT Aging : HIV Prevention and Primary Care for LGBT Older Adults. [consulté le 12 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBT-Aging-HIV-Prevention-and-Primary-Care.pdf> CITÉ PAGE 46
40. NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER. LGBT Aging : Addressing Disparities and Health Care Needs. [consulté le 9 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBT-Aging-Addressing-Disparities-and-Health-Care-Needs.pdf> CITÉ PAGE 46
41. LIESLOT MAHIEU, ALICE CAVOLO, CHRIS GASTMANS (KU LEUVEN). How do Community-Dwelling LGBT People Perceive Sexuality in Residential Aged Care? A Systematic Literature Review. *Aging Mental Health*, 2019 May [consulté le 2 novembre 2019], 23(5):529-540.

Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1428938> CITÉ PAGE 46

42. AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID. Toolkit Tachtig Tinten. [consulté le 7 mars 2020].
Disponible à l'adresse : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/tachtigtinten/toolkit>

CITÉ PAGE 46

43. MEREDITH GREENE, AMY C. JUSTICE, PHD, HARRY W. LAMPIRIS, VICTOR VALCOUR. Management of Human Immunodeficiency Virus Infection in Advanced Age. *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, 2013 April 3 [consulté le 22 janvier 2020], 309(13): 1397–1405. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2963> CITÉ PAGE 28

44. SEAN R. HOSEIN. La survie s’améliore chez les personnes séropositives plus âgées mais demeure plus courte que chez la population générale. *CATIE (Canada)*, 2015 [consulté le 11 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2015-09-28/survie-s-ameliore-chez-les-personnes-seropositives-plus-agees-demeure-plus> CITÉ PAGES 20, 20

45. SHANNON JOHNSON. How long can a person live with HIV? *MedicalNewsToday*, 30 janvier 2019 [consulté le 7 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324321.php> CITÉ PAGE 39

46. CDC. HIV and Older Americans. *CDC*, 12 novembre 2019 [consulté le 29 janvier 2020].
Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html>

47. CHENGSHI SHIU, HYUN-JUN KIM, KAREN FREDRIKSEN-GOLDSSEN. Health Care Engagement Among LGBT Older Adults: The Role of Depression Diagnosis and Symptomatology. *Gerontologist*, 2017 [consulté le 17 janvier 2020], Vol. 57, No. S1, S105–S114. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/geront/gnw186> CITÉ PAGE 42

48. SIDACTION. Vieillir avec le VIH : de nouveaux défis! [consulté le 18 mars 2020].
Disponible à l'adresse : <https://www.sidaction.org/vieillir-avec-le-vih-de-nouveaux-defis>

CITÉ PAGE 13

49. ÉNÉO (MOUVEMENT SOCIAL DES AÎNÉS - FRANCE). Faut-il créer des maisons de repos pour homos ? *ÉNÉO*, décembre 2013 [consulté le 28 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/profile/Jean-Baptiste_Dayez/publication/305391777_Faut-il_crear_des_maisons_de_repos_pour_homos/links/578cacf408ae5c86c9a62961/Faut-il-creer-des-maisons-de-repos-pour-homos.pdf CITÉ PAGE 46

50. ADRIEN NASELLI. Un projet de maison de retraite LGBT « pour ne pas retourner au placard ». *Le Monde*, 14 juin 2018 [consulté le 30 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.lemonde.fr/smart-cities/article/2018/06/14/un-projet-de-maison-de-retraite-lgbt>

51. CONSTANCE VILANOVA. Paris se décide enfin à considérer les seniors LGBTQ+. *Les Inrockuptibles*, 8 juin 2018 [consulté le 28 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.lesinrocks.com/2018/06/08/style/style/paris-se-decide-enfin-considerer-les-seniors-lgbt/>
CITÉ PAGE 46
52. ROGER PEBODY. Life expectancy for people living with HIV. *Aidsmap*, Mai 2018 [consulté le 12 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.aidsmap.com/about-hiv/life-expectancy-people-living-hiv>
CITÉ PAGE 13
53. VLADIMIR MARTENS. Une analyse commune pour l'action. *Observatoire du SIDA et des sexualités (UCLouvain Saint-Louis)*, Décembre 2009 [consulté le 22 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.strategiesconcertees.be/publications/SC-ISTsida2009_cahier5.pdf
CITÉ PAGE 47
54. AMY C JUSTICE1, JANET P TATE. Ageing with and without HIV: will advanced age bring equity or greater disparity? *Journal of the International AIDS Society*, 1^{er} octobre 2019 [consulté le 4 février 2020], 22:e25400. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1002/jia2.25400>
CITÉ PAGE 38
55. SIDACTION. Glossaire sur le VIH. *Sidaction*, 2013 [consulté le 18 novembre 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.sidaction.org/sites/default/files/2._glossaire_termes_vih-sida.pdf
CITÉ PAGES 19, 19, 20, 21, 22, 21, 22, 25, 27
56. SOPHIE PATTERSON, ANGELA CESCION, HASINA SAMJI, KEITH CHAN, WENDY ZHANG, JANET RABOUD ET AL. Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC Infectious Diseases*, 2015 [consulté le 6 février 2020], 15:274. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1186/s12879-015-0969-x>
CITÉ PAGE 22
57. ARNAUD FARR. Vers un label "gay friendly" dans les homes ? *La Dernière Heure*, 27 janvier 2016 [consulté le 26 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.dhnet.be/regions/bruxelles/vers-un-label-gay-friendly-dans-les-homes-56a7d96d3570ed389558daf2>
CITÉ PAGE 46
58. JEAN-CLAUDE HENNUY. Bientôt un label "Gay Friendly" pour les homes bruxellois? *RTBF*, 28 janvier 2016 [consulté le 28 mars 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.rtbf.be/info/regions/bruxelles/detail_bientot-un-label-gay-friendly-pour-les-homes-bruxellois?id=9198176
CITÉ PAGE 46
59. PARLEMENT DE WALLONIE. La diversité sexuelle au sein des maisons de repos. *Question*

parlementaire. 2016 [consulté le 27 mai 2020]. Disponible à l'adresse :

<http://www.senoah.be/wp-content/uploads/2016/02/La-diversit%C3%A9-sexuelle-au-sein-des-maisons-de-repos.pdf>

CITÉ PAGE 46

60. MEDIPEdia (BELGIQUE). Quel accueil pour les seniors séropositifs? *MediPedia*, [consulté le 23 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://fr.medipedia.be/vih-sida-news/quel-accueil-pour-les-seniors-seropositifs>
CITÉ PAGES 41, 42, 44, 44
61. PIERRE JASSOGNE. Homo sweet home. *Alter Échos*, n°460, 27 février 2018 [consulté le 22 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.alterechos.be/homo-sweet-home/>
CITÉ PAGE 46
62. CHRISTINA T. LOGUIDICE. Improving the Care of Aging Adults Living With HIV. *Infectious Disease Advisor*, 13 août 2018 [consulté le 25 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.infectiousdiseaseadvisor.com/home/advisor-channels/hiv-aids-advisor/improving-the-care-of-aging-adults-living-with-hiv/>
CITÉ PAGE 27
63. MARK MASCOLINI. Narrowing the gap in life expectancy for HIV+ compared with HIV- individuals... Life Expectancy Gap Between HIV+ and HIV- Narrows But Persists. *CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections)*, Boston, MA, 22-25 février 2016 [consulté le 28 mars 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.natap.org/2016/CROI/croi_25.htm
CITÉ PAGE 23
64. STEPHEN E. KARPIAK, MARK BRENNAN-ING. Aging with HIV: The Challenges of Providing Care and Social Supports. *Journal of the American Society on Aging*, Summer 2016 [consulté le 16 février 2020], Vol. 40, No. 2, 23-25. Disponible à l'adresse : https://www.jstor.org/stable/26556194?seq=1#metadata_info_tab_contents
CITÉ PAGES 46, 47
65. YANN RUFFIEUX LIIS LEMSALU KAROLINE AEBI-POPP ALEXANDRA CALMY MATTHIAS CAVASSINI CHRISTOPH A FUX *ET AL.* Mortality from suicide among people living with HIV and the general Swiss population: 1988-2017. *Journal of the International AIDS Society*, 2019 [consulté le 16 février 2020], 22:e25339. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1002/jia2.25339>
CITÉ PAGE 42
66. TRAVIS SALWAY. HIV and suicide as leading causes of death among gay and bisexual men. *University of British Columbia*, 2019 [consulté le 6 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <http://blogs.ubc.ca/travissalway/hiv-and-suicide-as-leading-causes-of-death-among-gay-and-bisexual-men/>
CITÉ PAGE 42
67. PLATE-FORME PRÉVENTION SIDA [consulté le 24 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://preventionsida.org/fr/>
CITÉ PAGES 11, 11

68. OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS. Vieillir avec le VIH, quels enjeux ? Quelles pistes, d'actions. 10 décembre 2018 [consulté le 26 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <http://observatoire-sidasexualites.be/vieillir-avec-le-vih-quels-enjeux-queelles-pistes-dactions/>
CITÉ PAGE 11
69. INAMI. Médicament en PrEp pour prévenir l'infection par le VIH. *INAMI*, 22 mai 2017 [consulté le 9 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/adaptations/Pages/medicament-PrEp-VIH.aspx>
CITÉ PAGE 25
70. PORTAIL VIH/SIDA DU QUÉBEC. Les traitements du VIH. 2019 [consulté le 18 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://pvsq.org/traitements-du-vih/>
CITÉ PAGES 21, 21, 22, 22, 22, 22, 22, 22, 27, 27, 27
71. KATHERINE TASSIOPOULOS, MONA ABDO, SUSAN L. KOLETAR, FRANK PALELLA, BABAFEMI TAIWO, KRISTINE M. ERLANDSON. Frailty and the Risk of Falls in HIV-Infected Older Adults in the ACTG A5322 Study. *7th International Workshop on HIV and Aging*, September 26-27, 2016 [consulté le 18 février 2020], Washington, DC. Disponible à l'adresse : http://regist2.virology-education.com/2016/7hivaging/08_Tassiopoulos.pdf
CITÉ PAGES 38, 38, 39
72. DEANNA WARE, FRANK J. PALELLA, JR., KARA W. CHEW, M. REUEL FRIEDMAN, GYPSYAMBER D'SOUZA, KEN HO. Prevalence and trends of polypharmacy among HIV-positive and -negative men in the Multicenter AIDS Cohort Study from 2004 to 2016. *Plos One*, September 11, 2018 [consulté le 18 février 2020], 13(9): e0203890. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203890>
CITÉ PAGE 39
73. VIH.ORG. Lutte contre la stigmatisation et les discriminations : des discours à la réalité. 10 janvier 2011 [consulté le 28 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://vih.org/20110110/lutte-contre-la-stigmatisation-et-les-discriminations-des-discours-a-la-realite/>
CITÉ PAGE 40
74. VIH.ORG. Santé publique, sciences sociales — Stigmatisation, l'épidémie cachée. 22 mai 2012 [consulté le 28 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://vih.org/20120522/stigmatisation-lepidemie-cachee/>
CITÉ PAGES 40, 41
75. BRENNAN-ING M., DEMARCO RF. Multimorbidity and Burden of Disease. *HIV and Aging. Interdiscipl Top Gerontol Geriatr*, Basel, Karger, 2017 [consulté le 7 mars 2020], vol 42, pp. 59-73. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1159/000448544>

76. ELOÏSE DEWALLEF. Maisons de repos ou soins à domicile : que choisir ? *Soir Mag*, n°4568, 8 janvier 2020, 16-19. CITÉ PAGES 42, 42, 43, 48
77. JONATHAN ENGEL. *The Epidemic : A Global History of AIDS*. New York : *HarperCollins*, 2007. 388 p. CITÉ PAGES 14, 14, 19, 19
78. INFOR-DROGUES. Chemsex. [consulté le 4 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://infordrogues.be/chemsex/> CITÉ PAGE 12
79. ADA YUAN. For survivors of AIDS crisis, an unwelcome flashback. *The Washington Post*, 5 avril 2020, p. A9. CITÉ PAGE 25
80. JAMES HARGREAVES, CALUM DAVEY. Three lessons for the COVID-19 response from pandemic HIV. *The Lancet HIV online*, 13 avril 2020 [consulté le 22 avril 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30110-7](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30110-7) CITÉ PAGE 25
81. OMS. Questions-réponses COVID-19, VIH et antirétroviraux. *OMS*, 24 mars 2020 [consulté le 26 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-hiv-and-antiretrovirals> CITÉ PAGE 30
82. INSTITUT DE MÉDECINE TROPICALE. Coronavirus : Impact sur les personnes infectées par le VIH. *IMT*, 3 mars 2020 [consulté le 4 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.itg.be/F/Article/coronavirus-impact-sur-les-personnes-infectees-par-le-vih> CITÉ PAGE 30
83. GUARALDI, G., MALAGOLI, A., CALCAGNO, A. *ET AL.* The increasing burden and complexity of multi-morbidity and polypharmacy in geriatric HIV patients: a cross sectional study of people aged 65 – 74 years and more than 75 years. *BMC Geriatr.*, 18, 99, 20 avril 2018 [consulté le 6 mars 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0789-0> CITÉ PAGE 31
84. JUDITH SCHOUTEN, FERDINAND W. WIT, INEKE G. STOLTE, NEELTJE A. KOOTSTRA, MARC VAN DER VALK, SUZANNE E. GEERLINGS *ET AL* FOR THE AGEHIV COHORT STUDY GROUP. Cross-sectional Comparison of the Prevalence of Age-Associated Comorbidities and Their Risk Factors Between HIV-Infected and Uninfected Individuals: The AGEHIV Cohort Study, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 59, Issue 12, 15 December 2014 [consulté le 7 mars 2020], pp. 1787–1797. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/cid/ciu701> CITÉ PAGES 31, 31
85. P. LECLERCQ. L'infection VIH : une maladie chronique inflammatoire, *Médecine et Maladies*

Infectieuses, Volume 40, Issue 10, Supplement 1, Octobre 2010 [consulté le 6 mars 2020], pp. H1-H4, ISSN 0399-077X. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(10\)70004-4](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(10)70004-4). CITÉ PAGE 32

86. WADA, N. I., JACOBSON, L. P., MARGOLICK, J. B., BREEN, E. C., MACATANGAY, B., PENUGONDA *ET AL.* The effect of HAART-induced HIV suppression on circulating markers of inflammation and immune activation. *AIDS* (London, England), 20 février 2015 [consulté le 8 mars 2020], 29(4), 463–471. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000545> CITÉ PAGE 33
87. NOU, E., LO, J., & GRINSPOON, S. K. Inflammation, immune activation, and cardiovascular disease in HIV. *AIDS* (London, England), 19 juin 2016 [consulté le 12 mars 2020], 30(10), 1495–1509. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001109> CITÉ PAGE 32
88. YOUNAS, M., PSOMAS, C., REYNES, J. AND CORBEAU, P. Immune activation in the course of HIV-1 infection: Causes, phenotypes and persistence under therapy. *HIV Med*, 10 octobre 2015 [consulté le 12 avril mai 2020], 17: 89-105. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1111/hiv.12310> CITÉ PAGES 33, 33
89. STEVEN G DEEKS, SHARON R LEWIN, DIANE V HAVLIR. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet* (London, England), 21 octobre 2013 [consulté le 10 mars 2020], 382(9903), 1525–1533. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7) CITÉ PAGE 33
90. MATHILDE GHISLAIN, JEAN-PHILIPPE BASTARD, LAURENCE MEYER, JACQUELINE CAPEAU, SORAYA FELLAHI, LAURENCE GÉRARD *ET AL.* Late Antiretroviral Therapy (ART) Initiation Is Associated with Long-Term Persistence of Systemic Inflammation and Metabolic Abnormalities. *PloS One*. 4 décembre 2015 [consulté le 4 mars 2020], 10(12):e0144317. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144317> CITÉ PAGE 33
91. COBOS JIM.NEZ V, WIT FWNM, JOERINK M, MAURER I, HARSKAMP AM, SCHOUTEN J, *ET AL.* T-Cell Activation Independently Associates With Immune Senescence in HIV-Infected Recipients of Long-term Antiretroviral Treatment. *J Infect Dis.*, 15 juill 2016 [consulté le 14 mars 2020], 214(2):216-225. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/infdis/jiw146> CITÉ PAGE 33
92. LI H, MARGOLICK JB, BREM JH, NILLES TL, LANGAN S, BUI HT, *ET AL.* Heterogeneity of CD4+ and CD8+ T-cell responses to cytomegalovirus in HIV-infected and HIV uninfected

men who have sex with men. *J Infect Dis.*, 1^{er} août 2014 [consulté le 15 mars 2020], 210(3):400-4. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/infdis/jiu093> CITÉ PAGE 33

93. ALEXANDRA OZANNE. Activation immunitaire, immuno-sénescence et inflammation : Analyses statistiques des liens avec les comorbidités non liées au VIH lors de l'infection par le VIH. *Médecine humaine et pathologie*. Université de Bordeaux, 2017 [consulté le 15 mars 2020], Français. (NNT : 2017BORD0846). Disponible à l'adresse : <https://pdfs.semanticscholar.org/f6ad/b4e86edf3bd08a259defcb1518f47912e15f.pdf>

CITÉ PAGE 33

94. THEOU O, ROCKWOOD K. Frailty in Aging. Biological, Clinical and Social Implications. *Interdiscipl Top Gerontol Geriatr*. Basel, Karger, Juillet 2015 [consulté le 14 mars 2020], vol 41, pp 74-84. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/331061160_Frailty_in_aging_Biological_clinical_and_social_implications

CITÉ PAGE 33

95. TRIANT, V. A., & GRINSPOON, S. K. Epidemiology of ischemic heart disease in HIV. *Current opinion in HIV and AIDS*, Novembre 2017 [consulté le 14 mars 2020], 12(6), 540–547. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000410>

CITÉ PAGE 34

96. ADAM TRICKEY, MARGARET T. MAY, JANNE VEHRERESCHILD, NIELS OBEL, MICHAEL JOHN GILL, HEIDI CRANE *ET AL.* Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (ART-CC). Cause-Specific Mortality in HIV-Positive Patients Who Survived Ten Years after Starting Antiretroviral Therapy. *PloS one*, 15 août 2016 [consulté le 14 mars 2020], 11(8), e0160460. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160460>

CITÉ PAGE 33

97. PRISCILLA Y. HSUE, STEVEN G. DEEKS, PETER W. HUNT. Immunologic basis of cardiovascular disease in HIV-infected adults. *The Journal of infectious diseases*, Juin 2012 [consulté le 20 mars 2020], 205 Suppl 3(Suppl 3), S375–S382. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/infdis/jis200>

CITÉ PAGE 34

98. MARGALIDA ROTGER, TRACY R. GLASS, THOMAS JUNIER, JENS LUNDGREN, JAMES D. NEATON, ESTELLA S. POLONI *ET AL.* SWISS HIV COHORT STUDY (2013). Contribution of genetic background, traditional risk factors, and HIV-related factors to coronary artery disease events in HIV-positive persons. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 1^{er} juillet 2013 [consulté le 20 mars 2020], 57(1), 112–121. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/cid/cit196>

CITÉ PAGES 34, 34

99. CDC. HIV and People Who Inject Drugs. CDC, 2020 [consulté le 20 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/hiv/group/hiv-idu.html> CITÉ PAGE 29
100. KATHERINE W KOOLJ, LIFFERT VOGT, FERDINAND W N M WIT, MARC VAN DER VALK, ROSAN A VAN ZOEST, ABRAHAM GOORHUIS *ET AL*, ON BEHALF OF THE AGEHIV COHORT STUDY. Higher Prevalence and Faster Progression of Chronic Kidney Disease in Human Immunodeficiency Virus–Infected Middle-Aged Individuals Compared With Human Immunodeficiency Virus–Uninfected Controls, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 216, Issue 6, 15 septembre 2017 [consulté le 19 mars 2020], Pages 622–631. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/infdis/jix202> CITÉ PAGE 35
101. MEGAN E. MCPHAIL, KEVIN R. ROBERTSON. Neurocognitive Impact of Antiretroviral Treatment: Thinking Long-Term. *Current HIV/AIDS Rep* 8, 12 août 2011 [consulté le 22 mars 2020], 249. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1007/s11904-011-0091-7> CITÉ PAGE 37
102. SIMON RACKSTRAW. HIV-related neurocognitive impairment – A review. *Psychology, Health & Medicine*, 11 juillet 2011 [consulté le 21 mars 2020], 16:5, 548-563. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.579992> CITÉ PAGE 37
103. VICTOR VALCOUR, THEP CHALERMCHAI, NAPAPON SAILASUTA, MARY MAROVICH, SUKALAYA LERDLUM, DUANGHATHAI SUTTICHOM *ET AL*. Central nervous system viral invasion and inflammation during acute HIV infection. *The Journal of infectious diseases*, 15 juillet 2012 [consulté le 23 mars 2020], 206(2), 275–282. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/infdis/jis326> CITÉ PAGE 37
104. MICHAEL J. PELUSO, DIETER J. MEYERHOFF, RICHARD W. PRICE, JULIA PETERSON, EVELYN LEE, ANDREW C. YOUNG. Cerebrospinal fluid and neuroimaging biomarker abnormalities suggest early neurological injury in a subset of individuals during primary HIV infection. *The Journal of infectious diseases*, 1^{er} juin 2013 [consulté le 21 mars 2020], 207(11), 1703–1712. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/infdis/jit088> CITÉ PAGE 37
105. ANUPAMA GANESH, DONNA LEMONGELLO, EVELYN LEE, JULIA PETERSON, BRIDGET E. McLAUGHLIN, APRIL L. FERRE *ET AL*. Immune Activation and HIV-Specific CD8(+) T Cells in Cerebrospinal Fluid of HIV Controllers and Noncontrollers. *AIDS research and human retroviruses*, 27 juillet 2016 [consulté le 22 mars 2020], 32(8), 791–800. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1089/AID.2015.0313> CITÉ PAGE 37
106. ANDREW CLEGG, JOHN YOUNG, STEVE ILIFFE, MARCEL OLDE RIKKERT, KENNETH ROCKWOOD.

Frailty in elderly people. *The Lancet*, 8 février 2013 [consulté le 24 mars 2020], Volume 381, Issue 9868, Pages 752-762. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9) CITÉ PAGE 38

107. M.O. PREMAOR, J.E. COMPSTON. People living with HIV and fracture risk. *Osteoporos Int*, 23 mars 2020 [consulté le 25 mars 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05350-y> CITÉ PAGE 36
108. A. LE-GALL, T. LETURCQ, V. MEYSSONNIER, V. CHICHEPORTICHE, O. LIDOVE, P. CHAZERAIN *ET AL.* Fractures vertébrales multiples : penser au ténofovir !. *La Revue de Médecine Interne*, Volume 37, Supplement 2, Décembre 2016 [consulté le 25 mars 2020], pp. A229-A230. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2016.10.306>. CITÉ PAGE 36
109. BRENNAN-ING M, DEMARCO RF. HIV and Aging. *Interdiscipl Top Gerontol Geriatr*, Basel, Karger, 2017 [consulté le 26 mars 2020], vol 42, pp. 101-118. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1159/000448547> CITÉ PAGE 36
110. ALVAREZ ELENA, BELLOSO WALDO H., BOYD MARK A., INKAYA, AHMET Ç., HSIEH EVELYNE, KAMBUGU ANDREW *ET AL.* Which HIV patients should be screened for osteoporosis. *Current Opinion in HIV and AIDS*, Mai 2016 [consulté le 26 mars 2020], Volume 11, Issue 3, pp. 268-276. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000269> CITÉ PAGE 36
111. MEREDITH S. SHIELS, RUTH M. PFEIFFER, MITCHELL H. GAIL, H. IRENE HALL, JIANMIN LI *ET AL.* Cancer burden in the HIV-infected population in the United States. *Journal of the National Cancer Institute*, 4 mai 2011 [consulté le 27 mars 2020], 103(9), 753–762. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/jnci/djr076> CITÉ PAGE 36
112. KERI N. ALTHOFF, KATHLEEN A. MCGINNIS, CHRISTINA M. WYATT, MATTHEW S. FREIBERG, CYNTHIA GILBERT, KRISANN K. OURSLER *ET AL.*, VETERANS AGING COHORT STUDY (VACS). Comparison of risk and age at diagnosis of myocardial infarction, end-stage renal disease, and non-AIDS-defining cancer in HIV-infected versus uninfected adults. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 15 février 2015 [consulté le 28 mars 2020], 60(4), 627–638. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1093/cid/ciu869> CITÉ PAGE 36
113. GRULICH ANDREW E., JIN FENGYI, POYNTEN I. MARY, VAJDIC CLAIRE M. HIV, cancer, and aging. *Sexual Health* 8, 29 juillet 2011 [consulté le 6 mai 2020], 521-525. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1071/SH11048> CITÉ PAGE 36

114. ARRÊTÉ ROYAL DU 19 JUILLET 2018, PUBLIÉ LE 13 SEPTEMBRE 2018. [consulté le 5 mai 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-19-juillet-2018_n2018031817.html CITÉ PAGE 11
115. LION L, DIELEMAN M, DONGMO C, AVEC LA COLLABORATION DE PLATEFORME PRÉVENTION SIDA/ SIDAIDS-MIGRANTS. Une analyse commune pour l'action. Cadre de référence 2018-2022 pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH, des hépatites et des autres IST chez les migrants dans la Région de Bruxelles-Capitale. *Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis – Bruxelles)*, 2018 [consulté le 5 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <http://www.strategiesconcertees.be/cadre%20de%20reference%20SC%20migrants%20Bruxelles20181206.pdf> CITÉ PAGE 11
116. SEAN R. HOSEIN. Des chercheurs de la Colombie-Britannique explorent l'espérance de vie des personnes séropositives. *CATIE (Canada)*, 23 mars 2017 [consulté le 17 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2017-03-23/chercheurs-colombie-britannique-explorent-esperance-vie-personnes-seroposi> CITÉ PAGES 24, 24, 33
117. CLARA OTT. Glissements progressifs des valeurs sur les applications de rencontres. *Le Soir Léna / Die Welt*, 2 & 3 mai 2020, 2-3. CITÉ PAGE 13
118. THACZUK DEREK. L'AZT (zidovudine, Retrovir). *CATIE (Canada)*, 2014 [consulté le 30 mars 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.catie.ca/fr/feuilles-info/inhibiteurs-nucleosidiques/lazt-zidovudine-retrovir> CITÉ PAGE 19
119. INAMI. Soins en maisons de repos, maisons de repos et de soins, et centres de soins de jour. *INAMI*, 30 septembre 2019 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/default.aspx> CITÉ PAGE 40
120. LE VIF / BELGA. Soins de santé entièrement régionalisés: ce qui change à partir de janvier. *Le Vif*, 18 décembre 2018 [consulté le 3 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.levif.be/actualite/sante/soins-de-sante-entierement-regionalis-es-ce-qui-change-a-partir-de-janvier/article-normal-1069157.html> CITÉ PAGES 40, 40, 40
121. MONIQUE I ANDERSSON, RUMA RAJBHANDARI, MICHAEL C KEW, SANDRO VENTO, WOLFGANG PREISER, ANDY I M HOEPELMA ET AL. Mother-to-child transmission of hepatitis B virus in sub-Saharan Africa: time to act. *The Lancet Global Health*, Volume 3, Issue 7, E358-E359, July 01, 2015 [consulté le 6 mai 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00056-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00056-X) CITÉ PAGES 29, 29

122. SCIENSANO. Covid-19 - Bulletin épidémiologique du 27 mai 2020. *Sciensano*, Bruxelles, 2020 [consulté le 16 juin 2020]. Disponible à l'adresse : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200527%20-%20FR.pdf CITÉ PAGE 44
123. MIKAELA SMIT, RACHEL CASSIDY, ALESSANDRO COZZI-LEPRI, ENRICO GIRARDI, ALESSIA MAMMONE, ANDREA ANTINORI *ET AL.* Quantifying the future clinical burden of an aging HIV-positive population in Italy: a mathematical modeling study. *HIV Glasgow*, 23-26 octobre 2016 [consulté le 8 mai 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.natap.org/2016/GLASGOW/GLASGOW_40.htm CITÉ PAGES 54, 55
124. CÉLIA CUORDIFEDE. Vieux et homo, doublement seuls. *Marianne*, 20 septembre 2019, pp. 42-47. CITÉ PAGES 46, 46
125. MICHEL DORAIS. Diversité et créativité en recherche qualitative. *École de service social de l'Université Laval, Recherche et pensée critique*, Volume 42, numéro 2, 1993 [consulté le 10 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/ss/1993-v42-n2-ss3513/706615ar.pdf> CITÉ PAGE 52
126. CHRISTINE DUFOUR. Recherche et méthode scientifique - Caractéristiques de la recherche scientifique - recherche exploratoire, descriptive, explicative. *École de bibliothéconomie et des sciences de l'information, Université de Montréal*. [consulté le 10 mai 2020]. Disponible à l'adresse : http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1HZKGLHZ9-TYY7C4-82V/blt6060_c1_rexploratoire_rdescriptive_rexplicative.cmap CITÉ PAGE 52
127. CHARLOTTE PEZERIL. La sérophobie en actes - Analyse des signalements pour discrimination liée au VIH/sida déposées chez Unia (2003-2014) - Résumé d'enquête, *UNIA / Observatoire du SIDA et des sexualités (UCLouvain Saint-Louis)*, Mars 2017 [consulté le 15 mai 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/La_s%C3%A9rophobie_en_actes_R%C3%A9sum%C3%A9_mars2017.pdf CITÉ PAGE 40
128. GWENDOLINE DOS SANTOS, FRÉDÉRIC LEWIND. D'où viennent les nouveaux virus ? *Le Point*, n°2486 (16 avril 2020), pp. 46-54. CITÉ PAGES 16, 16
129. FRANÇOIS-GUILLAUME LORRAIN. Et les puces précipitèrent la chute de l'Empire romain... *Le Point*, n°2486 (16 avril 2020), pp. 58-59. CITÉ PAGES 16, 16, 129
130. SAFIYA RICHARDSON, JAMIE S. HIRSCH, MANGALA NARASIMHAN *ET AL.* Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area, *JAMA (Journal of the American Medical Association)*,

22 avril 2020 [consulté le 16 mai 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) :

<https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>

CITÉ PAGE 30

131. MAILE YOUNG KARRIS, SHARON WALMSLEY. Clinical Impact of Aging and Comorbidities on HIV Management, *University of Nebraska Medical Center* [Présentation Powerpoint], 2020 [consulté le 16 mai 2020]. Disponible à l'adresse :
<https://www.practicepointcme.com/cmehome/clinical-impact-of-aging-and-comorbidities-on-hiv-management-60?/showscroll/t/returnlink/0>
CITÉ PAGE 34
132. ROBERT S. ROSENSEN, DEMETRIA HUBBARD, KERI L. MONDA, STEPHANIE R. READING, LIGONG CHEN, PAUL J. DLUZNIOWSKI *ET AL.* Excess Risk for Atherosclerotic Cardiovascular Outcomes Among US Adults With HIV in the Current Era. *Journal of the American Heart Association*, 9(1):e013744, Janvier 2020 [consulté le 16 mai 2020]. Disponible à l'adresse :
https://www.researchgate.net/publication/338214329_Excess_Risk_for_Atherosclerotic_Cardiovascular_Outcomes_Among_US_Adults_With_HIV_in_the_Current_Era
CITÉ PAGE 34
133. MIKAELA SMIT, RACHEL CASSIDY, ALESSANDRO COZZI-LEPRI, EUGENIA QUIROS-ROLDAN, ENRICO GIRARDI, ALESSIA MAMMONE *ET AL.* Projections of non-communicable disease and health care costs among HIV-positive persons in Italy and the U.S.A.: A modelling study. *PLoS One*, 12(10):e0186638, 23 octobre 2017 [consulté le 16 mai 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) :
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186638>
CITÉ PAGES 32, 54, 55, 56
134. AM.C., JOHANNE MONTAY. Suite aux plaintes des scientifiques, Sciensano va fournir un accès ouvert à ses données épidémiologiques. *RTBF*, 24 mars 2020 [consulté le 18 mai 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.rtb.be/info/belgique/detail_quand-le-federal-refuse-d-ouvrir-les-donnees-sur-l-epidemie-de-coronavirus-un-probleme-majeur-qui-retarde-les-scientifiques?id=10466339
CITÉ PAGE 49
135. MARK MASCOLINI. Life Expectancy With HIV Improving--But Added Years Often Not Healthy. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)*, March 8-11, 2020 [consulté le 18 mai 2020]. Disponible à l'adresse :
http://www.natap.org/2020/CROI/croi_36.htm
CITÉ PAGES 23, 23, 24, 23, 31, 32, 32, 32
136. JULIA MARCUS. Increased Overall Life Expectancy But Not Comorbidity-Free Years for People with HIV. *Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care Institute, Boston, MA, USA*, 2020 [consulté le 18 mai 2020]. Disponible à l'adresse :
https://www.hivandmore.de/kongresse/croi2020/Marcus-J_Increased-life-expectancy-but-not-comorbidity-free-years-for-PLWH_CROI-2020_Oral-151.pdf
CITÉ PAGES 23, 23, 23, 24, 23, 31, 32, 32, 32

137. ROGER PEBODY. Yes, the same life expectancy as HIV-negative people, but far fewer years in good health. *Aidsmap*, 13 mars 2020 [consulté le 18 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.aidsmap.com/news/mar-2020/yes-same-life-expectancy-hiv-negative-people-far-fewer-years-good-health> CITÉ PAGES 23, 23, 24, 31, 32, 32
138. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY CORONAVIRUS RESOURCE CENTER. COVID-19 Dashboard. *Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*, 2020 [consulté le 19 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> CITÉ PAGE 129
139. ARKELL CAMILLE. Le traitement du VIH et la charge virale indétectable pour prévenir la transmission du VIH. *CATIE (Canada)*, 2020 [consulté le 19 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.catie.ca/fr/feuilles-info/transmission/vih-charge-virale-traitement-transmission-sexuelle> CITÉ PAGE 22
140. FIONNUALA FINNERTY, KAREN WALKER-BONE, SHEMA TARIQ. (2020). Osteoporosis in postmenopausal women living with HIV. *Maturita*, January 2017 [consulté le 20 mai 2020], Volume 95, pp. 50–54. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.10.015> CITÉ PAGE 45
141. DEBORAH KONOPNICKI, STEPHANE DE WITN NATHAN CLUMECK. HPV and HIV Coinfection. *Medscape, Future Virology*, 2013 [consulté le 21 mai 2020];8(9):903-915. Disponible à l'adresse : <https://www.medscape.com/viewarticle/810932> CITÉ PAGE 29
142. KABELO MATJIE BRIDGET LEKOANE, DESMOND KUUPIEL, TIVANI P. MASHAMBA-THOMPSON, THEMBA G. GININDZA. The interplay of HIV and human papillomavirus-related cancers in sub-Saharan Africa: scoping review. *Systematic Reviews*, 22 avril 2020 [consulté le 21 mai 2020], 9: 88. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13643-020-01354-1> CITÉ PAGE 29
143. VACCINATION-INFO.BE. Les garçons aussi vaccinés contre le HPV. 2 mars 2020 [consulté le 21 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.vaccination-info.be/les-garcons-aussi-vaccines-contre-le-hpv/> CITÉ PAGES 29, 29
144. CAROLE DUFOUIL, LAURA RICHERT, RODOLPHE THIÉBAUT, MATHIAS BRUYAND, HÉLÈNE AMIEVA, FRÉDÉRIC-ANTOINE DAUCHY *ET AL.* Diabetes and cognitive decline in a French cohort of patients infected with HIV-1. *Serology*, September 22, 2015 [consulté le 22 mai 2020], 85 (12). Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001815> CITÉ PAGE 37
145. ALFONSO C HERNANDEZ-ROMIEU¹, SHIKHA GARG, ELI S ROSENBERG¹, ANGELA M THOMPSON-

PAUL, JACEK SKARBINSKI. Is diabetes prevalence higher among HIV-infected individuals compared with the general population? Evidence from MMP and NHANES 2009–2010. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 2015 [consulté le 22 mai 2020], Volume 5, Issue 1. Disponible à l'adresse (DOI) : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjdr-2016-000304> CITÉ PAGE 37

146. DOMINIQUE ROBERTFROID, MARIE DAUVVIN, INES KEYGNAERT, ANJA DESOMER, BIRGIT KERSTENS, CÉCILE CAMBERLIN *ET AL.* Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier? *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé*, 2015 [consulté le 22 mai 2020], KCE Report 257Bs. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE__257B_Soins_de_sante_migrants_Synthese.pdf CITÉ PAGE 47

147. INAMI. Médicaments antirétroviraux contre le virus du Sida : conditions de remboursement au 1^{er} décembre 2016. *INAMI*, 2016 [consulté le 22 mai 2020]. Disponible à l'adresse : https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/adaptations/Pages/antiretroviraux_sida_conditions_remboursement_20161201.aspx#%E2%80%8BDe_quels_m%C3%A9dicaments_s%E2%80%99agit-il_? CITÉ PAGE 47

148. PILAR VIZCARRA, SILVIA GUILLEMI, OGHENOWEDE EYAWO, ROBERT S. HOGG, JULIO S. MONTANER, MD, MATTHEW BENNETT. Stroke and Systemic Thromboembolism Prevention in People Living With Human Immunodeficiency Virus With Atrial Fibrillation: A Review of Its Implications for Clinical Practice. *CJC Open, Canadian Cardiovascular Society (CCS)*, 22 août 2019 [consulté le 22 mai 2020], 1(5): 245–255. Disponible à l'adresse (DOI) : <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjco.2019.06.002> CITÉ PAGE 34

149. A.RODALLEC, C.ALLAVENA, S.SÉCHER, E.VAUCEL, T.PINEAU, S.WYLOMANSKI. Vers un suivi personnalisé du dépistage du cancer du col utérin chez les femmes vivant avec le VIH. *Médecine et Maladies Infectieuses, Elsevier*. Volume 48, Issue 4, Supplement, June 2018 [consulté le 23 mai 2020], p. S150. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.04.375> CITÉ PAGE 45

150. APOORVA MANDAVILLI. Half of H.I.V. Patients Are Women. Most Research Subjects Are Men. *The New York Times*, May 28, 2019 [consulté le 23 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.nytimes.com/2019/05/28/health/women-hiv-trials.html> CITÉ PAGE 45

151. ALEXANDRA HAMEL. Au féminin: la santé des femmes vivant avec le VIH. *Clinique l'Agora (Montréal)*, 29 novembre 2019 [consulté le 23 mai 2020]. Disponible à l'adresse : https://pnmvh.org/wp-content/pnmvh_uploads/au-feminin_la-sante-des-femmes-vivant-avec-

152. AGNÈS OUDE-ENGBERINK, BÉATRICE LOGNOS, BERNARD CLARY, MICHEL DAVID, GÉRARD BOURREL. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer (La revue française de médecine générale)*, Janvier 2013 [consulté le 23 mai 2020], 105:4-11. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/292781508_La_methode_phenomeno-pragmatique_Une_methode_pertinente_pour_l%27analyse_qualitative_en_sante
CITÉ PAGES 57, 57, 57
153. ISABELLE AUJOLAT. *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique - Séance 6 - Analyse des données récoltées par des méthodes qualitatives - Présentation des résultats*. Faculté de santé publique, UCLouvain, cours WFSP2106, 2018. CITÉ PAGE 56
154. PIERRE PAILLÉ ET ALEX MUCCHIELLI. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. PARIS : ARMAND COLIN, COLLECTION U, 2012 [consulté le 23 mai 2020]. 424 p. Disponible à l'adresse : https://www.academia.edu/33925118/L_analyse_qualitative_en_scienc_-_Pierre_Paille_Al
CITÉ PAGE 57
155. STEN H. VERMUND. Use of big data to identify risk of adverse HIV outcomes. *The Lancet HIV*, Volume 6, Issue 8, E488-E489, August 01, 2019 [consulté le 30 mai 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30191-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30191-2)
CITÉ PAGES 49, 49
156. ANGELINE ROUERS. Essai Quatuor : un pas de plus vers l'allègement thérapeutique. *Transversal*, 18 décembre 2019 [consulté le 4 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1118-Essai-Quatuor-un-pas-de-plus-vers-l-allegement-therapeutique>
CITÉ PAGES 20, 24, 25
157. CÉCILE JOSSELIN. Le Dovato®, une nouvelle bithérapie. *Transversal*, 31 mars 2020 [consulté le 4 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1070-Le-Dovato-,une-nouvelle-bitherapie>
CITÉ PAGES 24, 24
158. ANGELINE ROUERS. Essai Duetto : Duo gagnant pour l'allègement thérapeutique ? *Transversal*, 24 avril 2020 [consulté le 4 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1196-Essai-Duetto-Duo-gagnant-pour-l-allegement-therapeutique->
CITÉ PAGES 25, 25
159. NORA YAHIA. PrEP : la version injectable bimestrielle plus efficace qu'une prise quotidienne. *Transversal*, 20 mai 2020 [consulté le 5 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1216-PrEP-la-version-injectable-bimestrielle-plus-efficace->

160. SEAN R. HOSEIN. Réémergence de la bithérapie. *CATIE (Canada)*, janvier 2018 [consulté le 2 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.catie.ca/fr/traitementsactualites/traitementsactualites-224/agents-anti-hiv/reemergence-bithérapie> CITÉ PAGE 24
161. ANNE LEPENNEC. 30 ans de traitements... et de résistance. *Transversal*, 25 mars 2019 [consulté le 2 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/983-30-ans-de-traitements...-et-de-resistance> CITÉ PAGES 19, 19, 20, 22
162. MYRIAM VIDAL VALERO, DR CLAUDE BIÉVA. VIH : confirmation de l'efficacité de la bithérapie dolutégravir/lamivudine (DTG/3TC). *Medscape*, 9 septembre 2019 [consulté le 4 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://français.medscape.com/voirarticle/3605234> CITÉ PAGE 24
163. MARIANNE BERNÈDE, ALAIN VOLNY-ANNE. Bien vivre avec le VIH après 50 ans. *Actions Traitements*, 2020 [consulté le 5 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2013/06/VIH-50-ans-bd.pdf>
164. ALAIN VOLNY-ANNE. Femmes vivant avec le VIH : les différences avec les hommes encore mal comprises. *Transversal*, 13 avril 2020 [consulté le 5 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1165-Femmes-vivant-avec-le-VIH-les-differences-avec-les-hommes-encore-mal-comprises> CITÉ PAGES 45, 46
165. NORA YAHIA. CROI 2020 : Santé maternelle, infection VIH et ARV. *Transversal*, 18 mars 2020 [consulté le 5 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1171-CROI-2020-Sante-maternelle,infection-VIH-et-ARV> CITÉ PAGE 45
166. WENDY DAVIS, ANDREA MANTSIOS, TAHILIN KARVER, MIRANDA MURRAY, YOGESH PUNEKAR, DOUGLAS WARD *ET AL.* "It made me more confident that I have it under control": Patient and provider perspectives on moving to a two-drug ART regimen in the United States and Spain. *PLoS One*, 15(5): e0232473, 1^{er} mai 2020 [consulté le 7 juin 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232473> CITÉ PAGE 24
167. MARIANNE BERNÈDE. Le rôle essentiel des associations dans l'accompagnement du vieillissement. *Transversal*, 19 décembre 2019 [consulté le 7 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1122-Le-role-essentiel-des-associations-dans-l-accompagnement-du-vieillissement> CITÉ PAGES 45, 45, 45
168. OĞUZHAN NUH. Interactions between HIV treatment and recreational drugs. *Aidsmap*, mai 2020 [consulté le 7 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.aidsmap.com/about->

169. FDA. FDA approves first two-drug complete regimen for HIV-infected patients who have never received antiretroviral treatment. *FDA*, 8 avril 2019 [consulté le 2 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-two-drug-complete-regimen-hiv-infected-patients-who-have-never-received> CITÉ PAGE 24
170. MICHAEL ABOUD, CHLOE ORKIN, DANIEL PODZAMCZER, JOHANNES R BOGNER, DAVID BAKER, MARIE-AUDE KHUONG-JOSSES ET AL. Efficacy and safety of dolutegravir–rilpivirine for maintenance of virological suppression in adults with HIV-1: 100-week data from the randomised, open-label, phase 3 SWORD-1 and SWORD-2 studies, *The Lancet HIV*, Volume 6, Issue 9, E576-E587, 1^{er} septembre 2019 [consulté le 2 juin 2020]. Disponible à l'adresse (DOI) : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30149-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30149-3) CITÉ PAGE 24
171. ANGÉLINE ROUERS. Lipodystrophies : le revers de la médaille des ARV. *Transversal*, 8 juillet 2019 [consulté le 6 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1034-Lipodystrophies-le-revers-de-la-medaille-des-ARV> CITÉ PAGE 22
172. ROSA DE MIGUEL, DAVID RIAL-CRESTELO, LOURDES DOMINGUEZ-DOMINGUEZ, ROCÍO MONTEJANO, ANDRÉS ESTEBAN-CANTOS, PAULA ARANGUREN-RIVAS ET AL. Dolutegravir plus lamivudine for maintenance of HIV viral suppression in adults with and without historical resistance to lamivudine: 48-week results of a non-randomized, pilot clinical trial (ART-PRO). *EBioMedicine*, 11 mai 2020 [consulté le 6 juin 2020], Volume 55, 102779. Disponible à l'adresse (DOI) : <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102779> CITÉ PAGE 24
173. NICOLAS GATEAU. COVID-19 : quelles recommandations pour les PVVIH ? *Transversal*, 17 avril 2020 [consulté le 6 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1167-COVID-19-queelles-recommandations-pour-les-PVVIH-> CITÉ PAGE 30
174. ARKELL CAMILLE. La prophylaxie post-exposition (PPE). *CATIE (Canada)*, 2019 [consulté le 7 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/prophylaxie-post-exposition-ppe> CITÉ PAGES 26, 27
175. ANGÉLINE ROUERS. Vaccin contre le VIH : pourquoi est-ce si difficile ? *Transversal*, 7 avril 2020 [consulté le 6 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://transversalmag.fr/articles/1188-Vaccin-contre-le-VIH-pourquoi-est-ce-si-difficile-> CITÉ PAGE 25
176. CLARA VAN REETH. Maisons de repos : une diversité à double tranchant. *Le Soir*, 20 avril 2020, p. 4. CITÉ PAGE 44

177. SANDRA DURIEUX. Un lit sur dix en maison de repos n'est plus occupé. *Le Soir*, 2 juin 2020, 6-
p. 7. CITÉ PAGE 44

178. DAVID TULLER. New Protocol For HIV Prevention Drug Reduces The Number Of Pills
Required. *CaliforniaHealthline*, 25 juillet 2019 [consulté le 7 juin 2020]. Disponible à
l'adresse : [https://californiahealthline.org/news/new-protocol-for-hiv-prevention-drug-reduces-
the-number-of-pills-required/](https://californiahealthline.org/news/new-protocol-for-hiv-prevention-drug-reduces-the-number-of-pills-required/) CITÉ PAGES 26, 26

179. LOI DU 10 MAI 2007, PUBLIÉE LE 30 MAI 2007. [consulté le 7 juin 2020]. Disponible à l'adresse :
http://www.ejustice.just.fgov.be/img_l/pdf/2007/05/10/2007002099_F.pdf CITÉ PAGE 40

180. CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ, ARTICLE 337 (CHAPTITRE III - BIEN-ÊTRE DES
RÉSIDENTS). 29 septembre 2011 [consulté le 7 juin 2020]. Disponible à l'adresse :
<https://wallex.wallonie.be/contents/acts/0/117/1.html?doc=21579&rev=> CITÉ PAGE 40

181. ORDRE DES MÉDECINS. Code de déontologie médicale commenté. 5 juillet 2019 [consulté le 7
juin 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.ordomedic.be/ethics2018/pdf/download/fr/?
compendium=1&XMLHttpRequest=1](https://www.ordomedic.be/ethics2018/pdf/download/fr/?compendium=1&XMLHttpRequest=1) CITÉ PAGE 40

182. M. THOMAS P. GILBERT, ANDREW RAMBAUT, GABRIELA WLASIUK, THOMAS J. SPIRA, ARTHUR E.
PITCHENIK, MICHAEL WOROBEY. The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond.
PNAS, 104 (47) 18566-18570, 20 novembre 2007 [consulté le 8 juin 2020]. Disponible à
l'adresse (DOI) : <https://dx.doi.org/10.1073%2Fpnas.0705329104> CITÉ PAGE 14

183. PAUL M. SHARP, BEATRICE H. HAHN. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring
Harb Perspect Med.*, Septembre 2011 [consulté le 8 juin 2020], 1(1): a006841. Disponible à
l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/> CITÉ PAGE 15

184. SCIENSANO. Covid-19 - Bulletin épidémiologique du 26 juillet 2020. *Sciensano*, Bruxelles,
2020 [consulté le 26 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : [https://covid-
19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique](https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique) CITÉ PAGES 44, 44, 129

185. WALTER HESBEEN. *Épistémologie et démarche clinique*. Faculté de santé publique, UCLouvain,
cours WFSP2232, 2019. CITÉ PAGES 66, 67, 67, 67, 67

Figures (avec sources)

FIGURE 1 [F1]	PVVIH DANS LE MONDE, 2000-2018 SOURCE : DONNÉES DU TABLEAU PAGE 5 – PVVH - DONNÉES MONDIALES SUR LE VIH [4]	PAGE 15
FIGURE 2 [F2]	DÉCÈS LIÉS AU SIDA DANS LE MONDE, 2000-2018 SOURCE : DONNÉES DU TABLEAU PAGE 5 – DÉCÈS LIÉS AU SIDA - DONNÉES MONDIALES SUR LE VIH [4]	PAGE 16
FIGURE 3 [F3]	NOMBRE ANNUEL DE PERSONNES EN SUIVI MÉDICAL POUR LE VIH PAR ANNÉE (BELGIQUE), 2006-2018 SOURCE : DONNÉES DE LA FIGURE 32 - ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE – SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2018 [3]	PAGE 17
FIGURE 4 [F4]	ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS EN SUIVI PAR NATIONALITÉS GROUPÉES ET MODE PROBABLE DE TRANSMISSION (BELGIQUE), 2009-2018 SOURCE : FIGURE 36 - ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE – SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2018 [3]	PAGE 18
FIGURE 5 [F5]	PROPORTION DE PVVIH PAR POPULATIONS (BELGIQUE), 2006-2018 SOURCE : DONNÉES DES TABLEAUX 2 ET 7 - ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE – SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2018 [3]	PAGE 18
FIGURE 6 [F6]	COMMENT LES ANTIRÉTROVIRAUX BLOQUENT L'ACTION DU VIH SOURCE : SCHÉMA 2 - LES TRAITEMENTS DU VIH [70]	PAGE 21
FIGURE 7 [F7]	ESPÉRANCE DE VIE RESTANTE À 21 ANS, 2000-2016 SOURCE : DONNÉES DU SLIDE 10 - INCREASED OVERALL LIFE EXPECTANCY BUT NOT COMORBIDITY-FREE YEARS FOR PEOPLE WITH HIV [136]	PAGE 23
FIGURE 8 [F8]	NOMBRE DE PVVIH SOUFFRANT DE MNT (MALADIES NON TRANSMISSIBLES) (ITALIE, ÉTATS-UNIS), 2015-2035 SOURCE : FIGURE 3 - PROJECTIONS OF NON-COMMUNICABLE DISEASE AND HEALTH CARE COSTS AMONG HIV-POSITIVE PERSONS IN ITALY AND THE U.S.A.: A MODELLING STUDY [133]	PAGE 32
FIGURE 9 [F9]	NOMBRE DE PATIENTS PAR CATÉGORIE D'ÂGE ET ANNÉE DE SUIVI MÉDICAL (BELGIQUE), 2006-2018 SOURCE : DONNÉES DE LA FIGURE 34 - ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE – SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2018 [3]	PAGE 50
FIGURE 10 [F10]	POURCENTAGE DE PVVIH ≥50 ANS PAR ANNÉE DE SUIVI (BELGIQUE), 2009-2018 SOURCE : DONNÉES DU TABLEAU 17 - ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE – SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2018 [3]	PAGE 51
FIGURE 11 [F11]	PROPORTION DE PVVIH PAR TRANCHES D'ÂGE (ITALIE, ÉTATS-UNIS), 2015-2035 SOURCE : FIGURE 2 - PROJECTIONS OF NON-COMMUNICABLE DISEASE AND HEALTH CARE COSTS AMONG HIV-POSITIVE PERSONS IN ITALY AND THE U.S.A.: A MODELLING STUDY [133]	PAGE 54
FIGURE 12 [F12]	TENDANCE DES PVVIH PAR ANNÉE (BELGIQUE), 2009-2035 SOURCE : EXTRAPOLATION (ANNEXE 9) BASÉE SUR LES DONNÉES DU TABLEAU 17 - ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE – SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2018 [3]	PAGE 55
FIGURE 13 [F13]	TENDANCE DES PERSONNES ≥50 EN SUIVI POUR LE VIH PAR ANNÉE (BELGIQUE), 2009-2035 SOURCE : EXTRAPOLATION (ANNEXE 9) BASÉE SUR LES DONNÉES DU TABLEAU 17 - ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION À VIH EN BELGIQUE – SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2018 [3]	PAGE 56
FIGURE 14 [F14]	SITUATION EN BELGIQUE EN MATIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT SOURCE : CONTENU DES ANNEXES	PAGE 59

Tableaux

TABLEAU 1 [T1]	COMPARAISON DES SITUATIONS MÉDICALES EN BELGIQUE ET À L'ÉTRANGER : PROTOCOLE MÉDICAL	PAGE 58
	<i>TABLEAU 1 VERBATIMS</i>	<i>PAGE 117</i>
TABLEAU 2 [T2]	SITUATION EN BELGIQUE : PROTOCOLE MÉDICAL	PAGE 60
	<i>TABLEAU 2 VERBATIMS</i>	<i>PAGE 117</i>
TABLEAU 3 [T3]	SITUATION EN BELGIQUE : ACCOMPAGNEMENT	PAGE 60
	<i>TABLEAU 3 VERBATIMS</i>	<i>PAGE 119</i>
TABLEAU 4 [T4]	SITUATION EN BELGIQUE : PROPHYLAXIE	PAGE 60
	<i>TABLEAU 4 VERBATIMS</i>	<i>PAGE 123</i>
TABLEAU 5 [T5]	SITUATION EN BELGIQUE : DISCRIMINATION	PAGE 61
	<i>TABLEAU 5 VERBATIMS</i>	<i>PAGE 124</i>

Annexes

ANNEXE 1 [A1]	CHEF DE CLINIQUE, PROFESSEUR , CENTRE DE RÉFÉRENCE VIH	PAGE 97
ANNEXE 2 [A2]	MADAME MÉLANIE GERREBOS, ASSISTANTE SOCIALE, ASSOCIATION LGBT, ASBL TELS QUELS	PAGE 99
ANNEXE 3 [A3]	MADAME CHRISTINE PERMANNE, ERGOTHÉRAPEUTE, DIRECTRICE, MAISON DE REPOS ET DE SOINS, LES FOYERS SAINT-JOSEPH, SITE DE CHÂTELET, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DE MAISON DE REPOS (ADMR)	PAGE 106
ANNEXE 4 [A4]	DOCTEUR MARIA PICO, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MAISON DE REPOS ET DE SOINS LA CAMBRE	PAGE 108
ANNEXE 5 [A5]	DOCTEUR RÉMY DEMEESTER, CENTRE DE RÉFÉRENCE VIH, CHU DE CHARLEROI	PAGE 110
ANNEXE 6 [A6]	DOCTEUR, CENTRE DE PRISE EN CHARGE VIH	PAGE 112
ANNEXE 7 [A7]	MONSIEUR ANDRÉ SASSE, SCIENTIST, EPIDEMIOLOGY OF INFECTIOUS DISEASES, SCIENSANO	PAGE 115
ANNEXE 8 [A8]	MONSIEUR PATRICK CHARLIER, CO-DIRECTEUR FRANCOPHONE, UNIA	PAGE 116
ANNEXE 9 [A9]	TABLEAUX AVEC VERBATIMS	PAGE 117
ANNEXE 10 [A10]	ESTIMATION DU NOMBRE DE PVVIH À L'HORIZON 2030-2035	PAGE 127
ANNEXE 11 [A11]	ÉVOLUTION DES THÉRAPIES	PAGE 128
ANNEXE 12 [A12]	LES GRANDES PANDÉMIES DE L'HISTOIRE	PAGE 129

Annexe 1 : Chef de clinique, Professeur, centre de référence VIH

Interview par email du Professeur XX, Chef de clinique, centre de référence VIH.

Le Professeur XX n'a pas donné son accord pour le citer dans ce mémoire.

1. *Le second groupe de personnes infectées par le VIH en Belgique concerne les migrants subsahariens. Ces migrants sont généralement infectés par le sous-type C, alors que les PVVIH en Europe sont généralement infectés par le sous-type B. On sait également que les trithérapies ont été développées pour le sous-type B. Le traitement varie-t-il pour les PVVIH infectés par le sous-type C ? Y a-t-il des différences au niveau prise en charge/traitement/évolution de la maladie/risque de contagion... ?*

TABEAU T1 PAGE 58 (VERBATIM PAGE 117) – CITÉ PAGES 58, 62

Non.

2. *On sait que les PVVIH > 50 ans vont nécessiter des traitements plus lourds, pour cause de coinfections et de comorbidités. Y a-t-il une formation particulière à prévoir pour le personnel infirmier ? L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ? (« surcharge des systèmes de santé pas ou peu organisés ou n'ayant pas les ressources nécessaires pour faire face à l'afflux de ces patients chronique »)*

TABEAU T2 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGES 117, 118) – CITÉ PAGES 62, 63

Il faut une prise en charge multidisciplinaire.

Médecin de famille.

Spécialiste d'organes (infectiologue, diabétologue, cardiologue).

Prévoir une prise en charge gériatrique (gériatre, kiné, diététicienne, ergothérapeute).

3. *On sait que les PVVIH ont plus de risques de dépression, d'anxiété ou de tendances suicidaires. Doit-on prévoir une formation psychologique du personnel soignant ?*

TABEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 118) – CITÉ PAGES 63, 65

Mettre en place un suivi psycho avec les psychologues.

C'est déjà prévu dans la convention VIH.

Mais élargir cela.

4. *On sait que les PVVIH sont souvent dépressifs, surtout pour les plus âgés. Ne devrait-on pas prescrire des antidépresseurs en accompagnement de la trithérapie ?*

TABEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 119) – CITÉ PAGE 63

Voir les indications avec les psychiatres au cas par cas.

5. *Vous indiquez dans votre article que la « réponse immunitaire au traitement antirétroviral est*

*moins bonne chez les patients plus âgés ». Quelles sont les conséquences pour le patient ?
Doit-il changer de trithérapie ?*

TABLEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 118) – CITÉ PAGE 63

Non.

C'est la reconstitution immunitaire liée à l'immunosénescence et pas l'efficacité des trithérapies.

6. *Il semble que ce sont essentiellement les services de soins à domicile qui seront plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH. Les maisons de repos devraient être peu impactées. Est-ce exact ?*

TABLEAU T3 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGES 119, 122)

Non. Car ces patients vont vieillir aussi et certains devront aller en maison de repos et/ou de soins.

7. *Dans votre article « Le traitement du VIH en 2018 : ce que doit savoir le médecin généraliste » vous ne parlez pas de la PrEP ? Pourquoi ?*

TABLEAU T4 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 123) – CITÉ PAGE 65

Parce que ce n'était pas le topic.

Et en plus les médecins généralistes ne peuvent pas prescrire la PrEP en Belgique.

8. *Actuellement la PrEP est quasiment uniquement utilisée par les HSH. Faudrait-il l'étendre à d'autres cibles ?*

TABLEAU T4 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 123) – CITÉ PAGE 65

Elle est recommandée pour d'autres cibles.

Mais sous utilisée pour faute d'infos ????

9. *Dans le dernier rapport de Sciensano (2019 – chiffres de 2018), on constate une forte augmentation des PVVIH 50+. Sciensano ne produit pas de prédictions pour les prochaines années. Avez-vous réalisé des projections pour la cohorte UCL ?*

Non. Mais il faut voir dans la littérature, ça existe.

10. *On sait que les coinfections par le VHB et le VHC peuvent avoir de graves conséquences pour les PVVIH. D'après l'OMS (et en Belgique, l'Institut de Médecine tropicale), le SARS-CoV-2 n'aurait pas d'incidence particulière pour les PVVIH. Avez-vous plus d'informations ?*

TABLEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 119) – CITÉ PAGE 62

Ce n'est pas vrai.

On n'a pas de données.

C'est en cours d'enregistrements.

Annexe 2 : Assistante sociale, association LGBT

Entretien semi-directif en face à face de Madame Mélanie Gerrebos, assistante sociale, asbl [Tels Quels](#) (25 minutes).

Madame Gerrebos a écrit un article intitulé « Les seniors, dans l'ombre de la communauté » [31]. Elle s'occupe également d'un groupe destiné aux seniors, le Cercle des aîné-e-s.

Avant de démarrer l'entretien, j'ai demandé à Madame Gerrebos son accord pour l'enregistrer et pour la citer dans ce mémoire.

1. *Avez-vous l'occasion de rencontrer des personnes qui ont déjà vécu des situations où elles se sentent exclues ou discriminées à cause de leur séropositivité ?*

TABLEAU [T5](#) PAGE [61](#) (VERBATIM PAGE [124](#))

En fait c'est plus complexe. Les personnes qu'on retrouve dans les cercles des aînés, ce sont des personnes qui viennent pour pouvoir se retrouver entre personnes LGBT, puis plus seniors pouvant discuter, pouvoir faire des activités, pouvoir briser la solitude, etc... Il y a dans ce groupe-là différentes personnes qui sont séropositives, principalement des hommes. Mais toutes les personnes qui sont seules ne sont pas séropositives. Souvent le sentiment d'exclusion n'est pas lié qu'à la séropositivité mais lié aussi à l'âge et au fait d'être senior qui a un impact considérable sur leur visibilité tant intra-communautaire (communauté LGBT), mais aussi extra communautaire.

2. *Rencontrent-ils des difficultés spécifiques : difficultés au niveau du VIH ? ou de leur santé ? double discrimination par rapport au VIH et par rapport à leur sexualité ?*

TABLEAU [T5](#) PAGES [61](#), [61](#), [61](#) (VERBATIM PAGES [124](#), [125](#), [126](#)) – CITÉ PAGE [65](#)

Ce n'est pas juste une double discrimination. C'est même plus complexe parce que les personnes peuvent être aussi issues de l'immigration. À ce moment-là on peut rajouter une catégorie en fonction de la religion, en fonction d'un handicap ou pas qui est visible. Donc ce n'est pas juste une double discrimination. C'est ce qu'on appelle intentionnalité et qui permet de pouvoir voir que dans différentes situations il y a différentes personnes qui sont on va dire pluri-discriminées, qui ont plus d'obstacles, plus de difficultés pour vivre différentes situations. Donc en effet le fait d'être senior, et LGBT, et séropositif, est une combinaison en sorte de facteurs qui vont rendre leur vie difficile dans plein de situations.

3. *Et ces personnes sont des personnes en couple ? Célibataire ?*

CITÉ PAGE [65](#)

Il y a les deux. Les personnes qui sont en couple sont souvent en couple avec une autre personne séropositive aussi. Et souvent ce sont des personnes qui sont en couple de longue

date et qui vivent leur séropositivité ensemble depuis longtemps.

4. *Est que vous avez des discussions sur la prise des soins ?*

TABLEAUX T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 121), T5 PAGE 61 (VERBATIM PAGE 125)

Généralement aux alentours du 1er décembre on essaie de faire une action par rapport au dépistage santé, parce que c'est le 1er décembre pour les informer. Mais on ne fait pas spécialement de focus sur la santé. Par exemple on a déjà fait des trucs pour la rencontre, des discussions sur des thématiques, genre la solitude, l'isolement, qu'est-ce que la vieillesse implique, en termes de santé. Ce sont plus des discussions, et tout le monde [...]. On fait pas un truc spécialement focus sur le VIH et seniors, ça c'est dans le cercle des aînés. Après on fait aussi des animations, des formations dans des maisons de repos ou des maisons de repos et de soins. Là, on va donner une formation pour le professionnel qui va être assez large, qui va parler de l'intimité, qui va parler d'orientation sexuelle, d'identité, de sexualité. On va parler de VIH et d'IST. Pour la promotion du débat sur la sexualité, on va mettre la sexualité d'une personne dans cette structure-là, dans ces institutions. Mais également pour prendre conscience que c'est un public qui peut justement être séropositif et qui peut avoir donc des problèmes identiques de santé qui peuvent être multiples. Nous c'est ce qu'on appelle des problèmes de comorbidités.

5. *Dans les cercles des aînés, avez-vous des gens qui deviennent moins autonomes. Est-ce que vous avez des alternatives ? Que conseillez-vous à ces personnes ?*

TABEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 119) – CITÉ PAGE 64, 66

Nous, on a déjà posé plusieurs fois la question pour les groupes des cercles des aînés, s'ils étaient plutôt maison de repos ou pour rester à la maison ou différentes choses. La plupart voulait rester chez eux le plus longtemps possible, avec peut être une aide extérieure genre une aide familiale ou une aide soignante. Des trucs qui viennent ponctuellement apporter des soins ou de l'aide. On a une personne qui vit dans une structure intergénérationnelle. C'est assez récent, ça lui convient bien. Avant elle vivait dans un petit immeuble. Elle n'avait plus ou peu de contacts avec les voisins. Elle dit ici il y a... Je ne veux pas dire qu'elle retrouve une seconde jeunesse mais en tout cas il y a des étudiants, il y a des familles. Ça lui plait vraiment, ça lui convient bien.

On a eu quelqu'un qui est en maison de repos et de soins maintenant. Et je sais que la personne tait son orientation sexuelle. Et je ne sais pas au niveau de sa séropositivité, si la personne... Je pense qu'elle n'a pas eu le choix en donnant son dossier médical qu'on lui a demandé de transmettre. Mais je sais que c'était pas.. Voilà quelque chose que la personne

ne voulait spécialement pas divulguer de peur justement des discriminations, de peur des stigmates liés justement à l'étiquette séropositivité et...

6. *Je voulais savoir si vous avez une communication avec un groupe de soins à domicile ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 122)

Non. On a formé, on a fait plusieurs séances de formations, d'aide à domicile et de garde malade. Mais pas à Bruxelles, dans la région de Verviers, parce qu'il y avait une demande. Ce qui a permis de pouvoir justement parler de différents sujets [...] : sexualité, intimité, de pouvoir questionner certains de leur pratique, de pouvoir questionner leur travail, leur limite, différentes choses comme ça et de pouvoir aborder donc les sujets de sexualité, intimité mais aussi VIH également quoi.

7. *Dans votre article vous parlez de manque de structures... Ne voudrait pas retourner dans le placard à cause de ça ?*

TABLEAU T5 PAGE 61 (VERBATIM PAGE 125) – CITÉ PAGE 66

Non il y a un juge... Je veux dire haut et fort au niveau des ministres, tout ça a bougé, mais les actions n'ont pas suivi. Mais en tout il y a un cabinet ministériel qui avait lancé une enquête pour savoir si la communauté LGBT était intéressée par ce fameux... Un peu comme le guide de routard qu'on connaît. Le LGBT friendly mais je ne sais pas où en est cette enquête. Je n'ai aucune idée. Je ne sais pas si elle a abouti. Je n'en ai jamais plus entendu parler...[...] C'est un truc de fou autour, je ne sais pas si elle est toujours en cours, je ne sais pas si ça a jamais démarré parce qu'il n'y a pas eu de sous, parce qu'une enquête ça demande assez bien d'argent, donc je ne sais où en est cette enquête-là. Mais en tout cas ça existe à Verviers ... Luxembourg, je ne sais plus... En Wallonie, il y a [...] qui ont fait un macaron, un autocollant qui était.. mais c'est pas pour les maisons de repos et de soins. C'est pour les commerces qui se disent ouverts au LGBT. Le principe c'était qu'ils apposent cet autocollant sur leur vitrine ou maison de repos. N'importe qui pouvait voir qu'ils sont ouverts, alors il y a un côté assez positif parce que ça permettrait peut-être d'éviter certains freins de certaines personnes de pouvoir dire je peux aller dans tel commerce, je peux aller dans telle maison de repos quoi que ce soit. Mais je sais qu'il n'y a pas eu de formation et pour nous c'est quelque chose qui manque parce que dire OK on est ouverts, mais si on n'a pas conscience de l'hétéro normativité que l'on peut avoir dans les systèmes normatifs, qu'on peut avoir dans les questions, les formulaires, dans les pratiques, dans différentes choses on ne remet pas en cause réellement cette norme-là, ce cadre-là et on ne permet pas aux personnes de pouvoir réellement s'exprimer et de pouvoir exprimer leur orientation sexuelle, leur identité de genre, mais leur séropositivité aussi. Donc voilà il y a du pour mais

il faudrait une étape en plus. Il faudrait une superbe machine pour pouvoir dire on appose un autocollant sur quelle base de critère -- juste commercial c'est vraiment moche -- former les gens autour et puis quelque part s'assurer que ces formations vont bien assumer tout ce qui découle du fait d'apposer cet autocollant. J'envisage de vérifier. Il faudrait envoyer après une vague de testeurs pour voir tous les X un peu comme l'AFSCA fait une descente dans un restaurant pour voir si tout est en ordre, mais d'une manière secrétaire voilà.

C'était ça un peu aussi ma question... On a vraiment peur parce que c'est clair que si on téléphone dans une maison de repos est que vous êtes LGBT phobes on va faire NON... On va pas me dire oui non, c'est clair net mais dans les faits on va avoir souvent les réponses on accueille tout le monde de la même manière. Le problème c'est que, en accueillant tout le monde de la même manière, c'est gommer les spécificités qui sont liées à différentes personnes. Alors là votre sujet on peut parler des personnes séropositives de plus de 50 ans, mais ça pourrait être des personnes issues de certaines religions et qui voudraient manger hallal alors qu'on ne propose pas du hallal dans les différentes maisons de repos. Donc dire qu'on ouvre à tout le monde etc... c'est gommer les spécificités. Après on se rend compte qu'au niveau de la santé mentale mais au niveau de la santé physique aussi, mais aussi des besoins et des attentes quoi.

8. *Mettre un autocollant suffit pour persuader les gens ?* TABLEAU T5 PAGE 61 (VERBATIM PAGE 125)

Alors je pense que si c'est vraiment organisé et ces gens sont sponsorisés par Rainbow, ou sponsorisés par la fédération concernée -- ici c'est pour la Wallonie -- et que l'autocollant est apposé et que c'est clairement affiché et clairement expliqué et qu'il y a toute une panoplie de tout. Un code lien ou ça a été formé, ça a été mis en règlement intérieur, toute la structure a été pensée pour prendre en compte ce public-là, oui ça serait vraiment génial. Maintenant s'il y a pas tout ça je ne pense pas que les gens vont y aller parce qu'il y a un autocollant LGBT. En fait l'autocollant ne garantit pas aux personnes de pouvoir être en sécurité. Alors oui ça permet aux personnes LGBT de faire un screening souvent au niveau des pièces en s'adaptant aux différentes choses comme ça, pour savoir si tous les éléments qui pourraient leur dire, qui pourraient inclure. En voyant cet autocollant ils se disent j'ai un peu moins de chance de me faire discriminer, de me faire stigmatiser, ou quoique ce soit. Logiquement il pourrait plus facilement aborder des sujets d'intimité maintenant s'il y a l'autocollant. Mais après si on pose des questions ou on entend certaines choses, la personne va se refermer comme une huître ce qui est logique quoi.

9. *Les personnes vivant avec le VIH dans les maisons de repos nécessitent plus de médicaments*

donc les maisons de repos risquent d'essayer de les écarter ?

TABLEAUX T3 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGE 120, 121), T5 PAGES 61, 61 (VERBATIM PAGES 124, 126) –

CITÉ PAGES 64, 65, 65

C'est pas qu'elles sont écartées mais il y a une étiquette. C'est le principe de la rumeur en fait. Il y a une étiquette qui est collée sur la personne et cette étiquette va être relayée entre le personnel en disant c'est une personne VIH. Ça peut paraître anodin, c'est une personne VIH. C'est une information comme une autre mais indirectement il y a toute une connotation derrière. Si c'est une personne VIH automatiquement c'est quelqu'un qui n'a peut-être pas eu des pratiques ou une sexualité dans les normes et qui a été sous cocaïne, ou c'est un drogué. Donc il y a toute une connotation négative souvent qui va entourer l'étiquette VIH. La personne ne va pas être mise à l'écart comme ça au niveau de la maison de repos. Par contre la personne ne va pas assez....(du matériel de cuisine par exemple). Certaines activités qui pourraient avoir un pseudo risque en quelque sorte de contamination, on ne va solliciter la personne... On va lui demander d'éviter les couteaux, pour la sécurité. Les gens vont trouver des excuses comme ça, alors qu'il y a pas de risque de faire un gâteau avec quelqu'un séropositif.

Lors des animations de colloque -- ça n'a rien à voir avec le VIH -- il y avait une personne trans dans une maison de repos. Le personnel, leur technique je sais pas si c'est bien ou pas bien, toujours à discuter et voir avec cette personne-là je ne sais pas s'il était (... M twelfe... ou M...je ne me rappelle plus). Le truc c'était on n'envoie que les professionnels de la maison qui sont là depuis longtemps et qui savent qui est cette personne-là. Comme ça on n'envoie pas d'étudiant parce que si jamais l'étudiant posait les questions sur les cicatrices, ça mettrait mal à l'aise la personne. Je trouve ça intéressant et je trouve ça d'un côté limite, ça peut se discuter. C'est une manière de faire je ne sais si c'est la meilleure, ou la moins bonne ou la plus pire, ou la moins pire mais c'est une manière de faire. Ça peut être aussi ça on dit on ferme la personne, c'est l'accès à trois personnes qui donnent des soins puisque [...]. Mon dieu la pauvre quoi voilà c'est le côté négatif de ce truc-là quoi.

Pour moi ce qui manque vraiment c'est une formation en fait avant donc pour les étudiants. Les futurs professionnels suivent une formation d'une manière large qui parle d'intimité, de sexualité, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, et qui parle du VIH aussi parce que c'est via une sexualité principalement, mais pas que et pour moi il y a vraiment un manque à ce niveau-là. Souvent les aides-soignants qu'on a déjà pu rencontrer de manière générale n'ont aucune formation à ce niveau-là, que ce soit pour le VIH ou les MST. Toutes les formations qu'on a donné on ne savait pas comment... Surtout les personnes travaillant en

maison de repos depuis un bail, c'est un peu [...] ça existe que le sida on en parle pas mal mais tout ce qui est hépatite A, hépatite B, syphilis je ne sais pas moi alors que ça peut se transmettre aussi par les urines, par les selles. Donc que c'est les choses que les personnes peuvent manipuler. Pour moi il y a vraiment un manque à ce niveau-là. Ce que nous on fait dans les maisons de repos, c'est bien, c'est intelligent, c'est super mais pour aller plus loin se serait de former les étudiants les futurs professionnels, à ces questions-là, et de pouvoir vraiment avoir des personnes qui puissent être instruites, qui puissent avoir des informations nécessaires au niveau des gestes des questions à poser, la manière de pouvoir se comporter de différentes choses, et ne pas se trouver avec des personnes qui ne connaissent rien et qui vont peut-être avoir peur de faire des bêtises. Dire mais séropositif je vais devoir mettre au moins trois paires de gant. Tu peux en mettre une si tu veux mais ça ne va rien changer si tu dois en mettre une paire de gant parce que c'est un soin qui demande de mettre une paire de gant une c'est suffisant mais trois ça ne va rien changer.

Mais c'est chaque fois tout le temps. C'est une personne séropositive, je fais un dépistage. Je vais mettre une paire de gants, non quoi. Encore malheureusement beaucoup de méconnaissance au niveau du VIH, et SIDA, assez important au niveau du personnel soignant au niveau des personnes dans le monde médical. Et il y a toutes les solutions qui existent aujourd'hui. Je pense à la PrEP. Je pense aux traitements post-exposition. Ces différentes choses. Ce sont des personnes qui n'y connaissent rien du tout et donc il manque une information à ce niveau-là qui pourrait aider des personnes à se prendre en charge au niveau de leur sexualité, et au niveau dépistage, parce que on ne propose pas de dépistage non plus dans les maisons de repos, et de soins. Le médecin traitant ne va jamais penser à proposer un dépistage à un senior alors qu'il peut avoir tous les symptômes d'une belle IST. Il ne va jamais proposer. Il va l'avoir devant lui mais il ne va jamais le proposer. Il y a ça et puis c'est aussi pouvoir proposer des alternatives en fonction de la personne et de ses besoins pour pouvoir permettre une sexualité encore avec justement la PReP avec en fonction s'il y a des couples zéro discordant, pour certains.

10. *C'est des questions que je raconte moi-même avec le projet E. C'est parce qu'ils ne veulent pas la PreP ?*

TABLEAU T4 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 123) – CITÉ PAGE 65

Voilà il pourra faire un TPE ce genre de choses comment ça fonctionne. En effet, il manque d'information. Je pense que dans le milieu LGBT on est quand même assez au courant parce qu'il y a quand même beaucoup d'associations qui travaillent énormément sur ses questions-là. Exaequo, entre autres, la Plateforme Prévention Sida, Mais je pense que Exaequo, au niveau HSA au niveau Bi, personne Trans, sont beaucoup plus [...] via ce billet

là et qui propose des dépistages médicalisés parce que beaucoup de personnes on va dire hétéro ne connaissent pas aussi et qui vont proposer des TPE, des endroits où on peut aller, des adresses, de l'accompagnement, des choses qu'on ne retrouve pas partout. Donc au niveau intra-communautaire il y a quand même une relative connaissance de tout ça mais extra-communautaire malheureusement se sont des gens dans le milieu ou des gens curieux qui se tiennent au courant.

11. *Taux de suicide ?*

TABLEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 119) – CITÉ PAGE 63

Non, comme on ne travaille pas avec un public cible. Là je veux le public senior VIH. On travaille avec les seniors de manière générale. Notamment le cercle des aînés a été mis place pour briser la solitude et moi je saute au plafond quand j'entends les 3, 4, seniors qui disent maintenant je chipote avec machin je chipote avec ci et tous les dimanches au moins on va visiter une exposition. C'est gagné, c'est plus ça le but du cercle des aînés et on n'a pas mis les choses en place juste pour le public VIH. C'est pas pour autant que... Toi tu travailles dans le service social donc tu peux n'est pas n'importe qui... Tu as déjà entendu parler qui a envie de parler, tentative de suicide, idée noire, idée suicidaire, ou dire j'ose pas, harcèlement. On propose des études psychosociaux, et on peut travailler ce type de question. Et pourtant on a déjà abordé cette thématique dans le cercle des aînés parce que c'est une thématique qui les touche. Pas la tentative de suicide en tant que telle, pas la solitude, la dépression, qui sont souvent les premières étapes pour aller vers des idées ou des tentations suicidaires ou des tentatives de suicides. On sait que dans le cercle des aînés il y en a plusieurs qui ont déjà pensé ou qui ont déjà fait une tentative de suicide. Maintenant on ouvre des portes, on sème ce qu'on peut semer on essaye de répondre ou d'avoir un connecteur à ce niveau là pour éviter.

12. *Projet pilote Mons ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 120)

On fait partie de ce pilote-là mais c'est un quinquennat politique... On a changé tout ça... Et quelque part le projet s'est fait sur 5 ans, je pense qu'il a fallu à peu près [...]

Annexe 3 : Ergothérapeute, directrice d'une maison de repos et de soins

Interview par email de Madame Christine Permanne, Maison de repos (43 lits), Maison de repos et de soins (25 lits), Les foyers Saint-Joseph, Site de Châtelet. Madame Permanne est également présidente de l'Association des directeurs de maison de repos ([ADMR](#)).

Madame Permanne a donné son accord pour la citer dans ce mémoire.

1. *Avec l'évolution de la médecine et l'apparition de médicaments moins toxiques et plus efficaces on remarque une évolution de la qualité de vie et une augmentation de l'espérance de vie des PVVIH. Pensez-vous que cela aura un impact sur les maisons de repos ?*

TABLEAU [T3](#) PAGES [60](#), [60](#) (VERBATIM PAGES [119](#), [121](#)) – CITÉ PAGE [62](#)

Non, on devra s'adapter à de nouvelles pathologies.

2. *Certaines maisons de repos nourrissent encore des préjugés à l'égard des séropositifs. Pensez-vous qu'il peut y avoir des enjeux spécifiques dans la prise en charge des séropositifs en maison de repos ?*

TABLEAU [T5](#) PAGE [61](#) (VERBATIM PAGE [124](#)) – CITÉ PAGE [64](#)

Il faudra rassurer les collaborateurs et mettre en place des nouvelles procédures de soins.

3. *Pensez-vous que les PVVIH nécessitent plus de soins ?*

TABLEAU [T3](#) PAGE [60](#) (VERBATIM PAGE [121](#)) – CITÉ PAGE [64](#)

Non, plus de mesures d'hygiène.

4. *Les PVVIH doivent prendre leurs médicaments tous les jours, comme tous les autres pensionnaires. Mais est-ce que le fait qu'il peut y avoir plus d'interactions médicamenteuses (à cause de la trithérapie) nécessite plus d'attention ?*

TABLEAUX [T2](#) PAGE [60](#) (VERBATIM PAGE [119](#)), [T3](#) PAGE [60](#) (VERBATIM PAGES [121](#)) – CITÉ PAGES [64](#), [64](#)

Je suppose que mettre en place un système de surveillance est indispensable comme pour tous les autres résidents.

5. *Pensez-vous que les PVVIH occasionnent des charges supplémentaires pour l'établissement ?*

TABLEAU [T3](#) PAGE [60](#) (VERBATIM PAGE [122](#)) – CITÉ PAGE [64](#)

Non.

6. *Pensez-vous que le personnel des maisons de repos a besoin d'une formation spécifique pour assurer le suivi de ces personnes ?*

TABLEAU [T3](#) PAGE [60](#) (VERBATIM PAGE [122](#))

Oui.

7. *Beaucoup de personnes vivant avec le VIH craignent de séjourner en maison de repos, car ils*

ont peur d'être discriminés par rapport à leur séropositivité, leur sexualité, leur origine ethnique,...

TABLEAU T5 PAGES 61, 61 (VERBATIM PAGES 124, 126)

Pensez-vous que séjourner en maison de repos peut contribuer à l'isolement ou au bien-être de la personne, et par conséquent influencer sur leur qualité de vie ? En quoi/pourquoi ?

Non, cela dépend de son projet de vie et du projet de la MR.

8. *Avez-vous (ou avez-vous eu) des PVVIH dans votre maison de repos ? Depuis combien de temps ?*

Non.

9. *Beaucoup de personnes LGBT ne souhaitent pas résider en maison de repos, car ils ont peur d'être discriminés. En Flandre, il existe un programme de sensibilisation « Tachtig Tinten ». On a parlé d'un label « gay-friendly » à Bruxelles et en Wallonie. Où en est on ?*

TABLEAU T3 PAGES 60 (VERBATIM PAGES 120) – CITÉ PAGE 66

Je n'ai rien entendu en Wallonie.

Annexe 4 : Médecin généraliste, maison de repos et de soins

Interview par email du Docteur Maria Pico, médecin généraliste, maison de repos et de soins (300 chambres), La Cambre, Watermael-Boitsfort.

Le Docteur Pico a donné son accord pour la citer dans ce mémoire.

1. *Avec l'évolution de la médecine et l'apparition de médicaments moins toxiques et plus efficaces on remarque une évolution de la qualité de vie et une augmentation de l'espérance de vie des PVVIH. Pensez-vous que cela aura un impact sur les maisons de repos ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 119) – CITÉ PAGE 63

Oui, le nombre de patients HIV à prendre en charge au sein de MRS va augmenter.

2. *Certaines maisons de repos nourrissent encore des préjugés à l'égard des séropositifs. Pensez-vous qu'il peut y avoir des enjeux spécifiques dans la prise en charge des séropositifs en maison de repos ?*

TABLEAU T5 PAGE 61 (VERBATIM PAGE 124) – CITÉ PAGE 64

Si l'on considère que c'est une pathologie chronique dont souffrent ces patients il ne devrait pas y avoir de différence, mais c'est une pathologie qui reste encore taboue surtout chez les patients âgés et qui remet en question la gestion de la sexualité/affection chez la personne âgée en maison de repos.

3. *Pensez-vous que les PVVIH nécessitent plus de soins ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 121) – CITÉ PAGE 64

Globalement non, il faut peut-être plus de suivi au niveau biologique et infectieux, mais a priori pas plus de soins infirmiers.

4. *Les PVVIH doivent prendre leurs médicaments tous les jours, comme tous les autres pensionnaires. Mais est-ce que le fait qu'il peut y avoir plus d'interactions médicamenteuses (à cause de la trithérapie) nécessite plus d'attention ?*

TABLEAUX T2 PAGES 60 (VERBATIM PAGES 119), T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGES 121) – CITÉ PAGE 64

Attention de la part du médecin, mais pas nécessairement de la part des soignants.

5. *Pensez-vous que les PVVIH occasionnent des charges supplémentaires pour l'établissement ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 122) – CITÉ PAGES 64, 64

Non.

6. *Pensez-vous que le personnel des maisons de repos a besoin d'une formation spécifique pour assurer le suivi de ces personnes ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 122) – CITÉ PAGE 64

Pas de formation spécifique à mon sens mais peut-être rappel de quelques notions de

pathologie infectieuse et de précautions.

7. *Beaucoup de personnes vivant avec le VIH craignent de séjourner en maison de repos, car ils ont peur d'être discriminés par rapport à leur séropositivité, leur sexualité, leur origine ethnique,... Pensez-vous que séjourner en maison de repos peut contribuer à l'isolement ou au bien-être de la personne, et par conséquent influencer sur leur qualité de vie ? En quoi/pourquoi ?*

TABLEAU T5 PAGE 61 (VERBATIM PAGE 124) – CITÉ PAGE 64

Il peut y avoir une crainte à ne pas recevoir les mêmes soins que les autres patients mais à mon avis cette crainte n'est pas fondée. Crainte aussi du risque que le secret médical soit divulgué et de ce fait d'être isolé par les autres patients ?

8. *Avez-vous (ou avez-vous eu) des PVVIH dans votre maison de repos ? Depuis combien de temps ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 120)

Personnellement je m'occupe d'un patient depuis +/- 3 ans.

9. *Quelles sont vos observations par rapport à l'appréhension de leurs particularités par le personnel ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 120)

Tout se passe super bien, aucune appréhension particulière et pourtant le patient est fort dépendant physiquement.

10. *Qu'avez-vous mis en place comme suivi spécifique pour celui-ci ? Auriez-vous des recommandations quant à ce qui devrait être amélioré sur le plan de la formation du personnel ou de l'organisation des maisons de repos ?*

TABLEAUX T3 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGES 121, 122), T5 PAGE 61 (VERBATIM PAGES 126) – CITÉ PAGE 64

Le suivi virologique est fait par les spécialistes en milieu hospitalier, les bilans sanguins sont faits à la maison de repos. Pour la formation du personnel et l'organisation des maisons de repos il n'y a pas de grosse différence par rapport aux autres patients, cela concerne la sexualité qui reste taboue/interdite en maison de repos avec la particularité des risques de contamination de ces patients et la difficulté à protéger les autres sans divulguer le secret médical.

11. *Beaucoup de personnes LGBT ne souhaitent pas résider en maison de repos, car ils ont peur d'être discriminés. En Flandre, il existe un programme de sensibilisation « Tachtig Tinten ». On a parlé d'un label « gay-friendly » à Bruxelles et en Wallonie. Où en est-on ?*

TABLEAU T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 120) – CITÉ PAGE 66

Pas entendu parler de ce label dans notre maison de repos, mais il faut savoir que c'est une MRS un peu particulière parce qu'elle accueille surtout des patients déments.

Annexe 5 : Docteur, centre de référence VIH

Interview par email du Docteur Rémy Demeester, Centre de référence VIH, CHU de Charleroi.

Le docteur Demeester a donné son accord pour le citer dans ce mémoire.

1. *Le second groupe de personnes infectées par le VIH en Belgique concerne les migrants subsahariens. Ces migrants sont généralement infectés par le sous-type C, alors que les PVVIH en Europe sont généralement infectés par le sous-type B. On sait également que les trithérapies ont été développées pour le sous-type B. Le traitement varie-t-il pour les PVVIH infectés par le sous-type C ? Y a-t-il des différences au niveau prise en charge/traitement/évolution de la maladie/risque de contagion ?*

TABLEAU T1 PAGE 58 (VERBATIM PAGE 117) – CITÉ PAGE 58

Non, il n'y a pas de différence impactant la prise en charge clinique.

2. *Selon la littérature les PVVI 50+ nécessitent des traitements plus lourds à cause de coinfections et de comorbidités. Faudrait-il prévoir une formation particulière, aspect psychologique inclus, pour le personnel infirmier (maison de repos, soins à domicile,...) ?*

TABLEAU T2 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGES 117, 118) – CITÉ PAGE 66

Il reste important que les centres de référence VIH aient suffisamment de moyens pour proposer du personnel qualifié et formé aux particularités de ces patients.

3. *L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ? « surcharge des systèmes de santé pas ou peu organisés ou n'ayant pas les ressources nécessaires pour faire face à l'afflux de ces patients chronique » Pr. J. C. Yombi - Vieillir avec le VIH, nouvelle réalité, nouveau enjeux).*

TABLEAU T2 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGES 117, 118) – CITÉ PAGE 66

L'offre de soins est régulièrement remise en question par l'INAMI en ce qui concerne les centres de référence VIH, alors que ces centres prennent en charge des patients aux problèmes multiples. De plus, la répartition de cette offre de soins entre la première ligne (médecine générale) et les centres de référence VIH est remise en question. Il y a donc lieu de sécuriser les moyens des centres de référence VIH pour pouvoir garantir à long terme des soins de qualité appropriée et multidisciplinaire.

4. *On sait que les PVVIH ont plus de risque de dépression, d'anxiété ou de tendances suicidaires surtout pour les plus âgés. Est-ce qu'il n'existe pas une tendance à négliger l'aspect psychologique, faudrait-il ajouter au suivi médical un suivi psychologique?*

TABLEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 119) – CITÉ PAGE 63

Les centres de référence VIH proposent les services de psychologues. Les patients ont parfois du mal à accepter le suivi psychologique qui leur est proposé.

5. *Il semble que ce sont essentiellement les services de soins à domicile qui seront les plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH 50+. Les maisons de repos devraient être aussi impactées. Avez-vous des patients que vous suivez en maison de repos ?*

TABLEAU T3 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGE 120, 122) – CITÉ PAGE 64

Nous avons quelques patients VIH+ en maison de repos. Tant que le traitement est bien pris et efficace, la prise en charge en maison de repos ne devrait pas être plus lourde que pour un autre patient avec une maladie chronique.

6. *Est-ce que vous pensez que les maisons de repos sont adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH, SAM)?*

TABLEAUX T3 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 120), T5 PAGES 61, 61 (VERBATIM PAGE 125, 126) – CITÉ PAGE 64

Oui, si les personnes qui y travaillent n'ont pas d'attitude discriminante ou stigmatisante.

7. *Selon le rapport de Sciensano, la PrEP est plus utilisée par les populations jeunes, pensez-vous qu'une mise à jour des connaissances des médecins généralistes par rapport à celle-ci serait nécessaire pour éviter de nouvelles contaminations chez les personnes âgées sexuellement actives ?*

TABLEAU T4 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 123) – CITÉ PAGE 63

La prescription de la PrEP dépend du risque auquel le patient s'expose. Si des personnes âgées ont des comportements à haut risque d'acquisition du VIH, ils seront aussi candidat à la PrEP, mais c'est plus rare.

8. *Qu'est-ce que vous pensez de la situation médicale en ce qui concerne le protocole de soins en Belgique comparé à celui des autres pays occidentaux ?*

TABLEAU T1 PAGE 58 (VERBATIM PAGE 117) – CITÉ PAGE 62

La prise en charge du VIH est efficace en Belgique, avec une bonne cascade de soins. Un peu plus de moyens au niveau des centres de référence VIH permettraient de mieux encadrer les patients, tel que cela se passe en France.

Annexe 6 : Docteur, centre de prise en charge VIH

Interview par email de la Docteure XY, centre de prise en charge VIH.

La Docteure XY n'a pas donné son accord pour la citer dans ce mémoire.

1. *Le second groupe de personnes infectées par le VIH en Belgique concerne les migrants subsahariens. Ces migrants sont généralement infectés par le sous-type C, alors que les PVVIH en Europe sont généralement infectés par le sous-type B. On sait également que les trithérapies ont été développées pour le sous-type B. Le traitement varie-t-il pour les PVVIH infectés par le sous-type C ? Y a-t-il des différences au niveau prise en charge / traitement / évolution de la maladie / risque de contagion ?*

TABEAU T1 PAGE 58 (VERBATIM PAGE 117) – CITÉ PAGE 58, 62

Je ne suis pas spécialiste par rapport à la question.

Pour le VIH-2, on sait que les inhibiteurs non nucléosiques ne sont pas actifs sur le virus mais pour les sous-types, je ne crois pas qu'il y ait de différences pour les médicaments actuellement commercialisés. Mais il semble qu'il y ait des recherches pour un nouvel inhibiteur de l'attachement chez BMS qui pourrait montrer des résistances dans certains sous-types.

2. *Selon la littérature les PVVI 50+ nécessitent des traitements plus lourds à cause de coinfections et de comorbidités. Faudrait -t-il prévoir une formation particulière, aspect psychologique inclus, pour le personnel infirmier (maison de repos, soins à domicile,.....) ?*

TABEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 118) – CITÉ PAGE 64

Actuellement, le traitement VIH est assez simple dans la majorité des situations (1 ou 2 comprimés par jour) mais souvent associés à d'autres médicaments dus aux comorbidités. Je crois en effet, que cet aspect doit être pris en compte dans les formations : adhérence au traitement, entretien motivationnel, informations pour le patient, interactions... mais ce n'est pas spécifique au traitement VIH.

3. *L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ? « surcharge des systèmes de santé pas ou peu organisés ou n'ayant pas les ressources nécessaires pour faire face à l'afflux de ces patients chronique » Pr. J. C. Yombi - Vieillir avec le VIH, nouvelle réalité, nouveau enjeux).*

TABEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 118) – CITÉ PAGE 62

Les centres de référence VIH travaillent déjà en équipe multidisciplinaire mais il faudrait pouvoir renforcer cet aspect et peut-être déléguer plus de tâches aux infirmières mais le but n'est pas de transférer la charge de travail des médecins sur les infirmières, il faut sans doute repenser les prises en charge pluridisciplinaire.

4. *On sait que les PVVIH ont plus de risque de dépression, d'anxiété ou de tendances suicidaires surtout pour les plus âgés. Est-ce qu'il n'existe pas une tendance à négliger l'aspect psychologique, faudrait-il ajouter au suivi médical un suivi psychologique ?*

TABLEAU T2 PAGE 60 (VERBATIM PAGE 118) – CITÉ PAGES 63, 63

Les centres de prises en charge (référence) VIH ont tous une ou plusieurs psychologues dans leur équipe qui est accessible pour tous les patients suivis dans le centre et c'est une prise en charge gratuite (convention). Les infirmières et assistantes sociales sont elles aussi très à l'écoute des patients et peuvent référer vers la psychologue si nécessaire. La difficulté est parfois de convaincre le patient que cela peut l'aider. Dans certaines cultures, la psychologie est encore fort associée à la « folie ».

De plus en plus, la prise en charge des maladies chroniques (VIH et autres) prennent en compte cet aspect.

5. *Il semble que ce sont essentiellement les services de soins à domicile qui seront les plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH 50+. Les maisons de repos devraient être aussi impactées. Avez-vous des patients que vous suivez en maison de repos ?*

TABLEAU T3 PAGES 60, 60 (VERBATIM PAGES 120, 121)

Personnellement, j'ai un patient en maison de repos mais je ne fais pas de visite en MRS donc c'est le médecin de la MRS qui suit le patient et nous informe ou nous sollicite pour l'une ou l'autre question. Mais en général, ce sont des patients qui prennent bien leur traitement et ce n'est donc pas l'infection VIH qui pose problème.

6. *Est-ce que vous pensez que les maisons de repos sont adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH,SAM) ?*

TABLEAU T5 PAGES 61, 61, 61 (VERBATIM PAGES 125, 126, 126) – CITÉ PAGE 64

Je n'ai pas assez d'expérience surtout par rapport à ces populations (HSH). Nous avons eu au centre certains patients (SAM) suivis en MRS qui n'ont pas posé de problème mais parfois il est important de prendre un peu de temps pour informer le personnel médical de la pathologie, des risques de transmission, des effets des médicaments, des complications éventuelles,...

7. *Selon le rapport de Sciensano, la PrEP est plus utilisée par les populations jeunes, pensez-vous qu'une mise à jour des connaissances des médecins généralistes par rapport à celle-ci serait nécessaire pour éviter de nouvelles contaminations chez les personnes âgées sexuellement actives ?*

TABLEAU T4 PAGE 60 (VERBATIM PAGES 123) – CITÉ PAGES 63, 65

Je crois qu'il y a encore beaucoup de médecins généralistes (surtout en dehors des grandes

viles) qui ne sont pas assez informés sur la PrEP et les indications quel que soit les populations. Il faut quand même faire attention que le Truvada n'est pas sans risque pour les reins et donc chez les personnes âgées, il faudra mettre dans la balance le risque et le bénéfice.

8. *Qu'est-ce que vous pensez situation médicale en ce qui concerne le protocole de soins en Belgique comparé à celle des autres pays occidentaux ?* TABLEAU T1 PAGE 58 (VERBATIM PAGE 117)

Quel protocole de soins ? je ne comprends pas très bien la question.

Annexe 7 : Scientifique, Sciensano

Contact email avec Monsieur André Sasse, Scientist, Epidemiology of infectious diseases.

André Sasse 

Boîte de...n - Exchange 30 avril 2020 à 19:57

AS

RE: PVVIH 50+

À : Gael Kevin Kaneza

Bonjour,

Nos rapports épidémiologiques sont essentiellement descriptifs. Nous ne produisons pas de prédictions pour les prochaines années.

Le modelling présenté dans le rapports permet des estimations telles que le nombre de personnes vivant avec le VIH mais non diagnostiquées, ou une estimation de l'incidence de l'infection.

Comme vous pouvez le constater, cette dernière estimation produit un intervalle de confiance assez large pour les années les plus récentes, ce qui témoigne de la difficulté de produire des projections précises pour l'avenir.

Des circonstances comme les migrations ainsi que l'épidémie Covid actuelle pourraient d'autre part influencer l'évolution de l'épidémie.

Le vieillissement de la cohorte des PVVIH, quant à lui, est bien réel ; il est décrit à la page 53 du rapport.

Cordialement,

André Sasse, MD, DTM&H, MPH

Scientist

Epidemiology of infectious diseases

T + 32 2 642 50 39

Skype: sciensano.andre.sasse



Rue Juliette Wytsmanstraat 14 1050 Brussels
www.sciensano.be

Annexe 8 : Co-Directeur, Unia

Contact email avec Monsieur Patrick Charlier, Co-Directeur, [Unia](#).

Patrick Charlier

RE: Discrimination PVVIH

À : Gael Kevin Kaneza

18 mai 2020 à 15:55



Bonjour,

Voici le seul dossier en lien direct avec votre recherche que nous avons reçu en 2018.

Bien à vous.

Patrick Charlier

« De melder heeft een aanvraag ingediend bij de gemeente L. zodat een woonzorgcentrum voor holebi's kan opgericht worden op bouwgrond die hij bezit in die gemeente. De melder zou het gebouw niet zelf (laten) zetten, maar stelt zijn bouwgrond ter beschikking voor dergelijk project. De aanvraag werd twee weken geleden ingediend. Burgemeester leek niet enthousiast over het plan.

Melder had ook contact met de voorzitter van het Regenbooghuis L., die wel enthousiast staat ten opzichte van het project. De melder haalt ook aan dat zo'n projecten wel bestaan in Nederland, Frankrijk en de VS. (Een kort onderzoek leerde mij - MM - dat zo'n projecten in NL en VS zich niet enkel op holebi's richten, maar wel focussen op seksuele oriëntatie.)

De melder geeft te kennen dat hij graag wil dat er geselecteerd wordt op seksuele voorkeur, en enkel holebi's een woonunit kunnen betrekken. Ik - MM - heb de melder gewezen op de problematische aspecten mbt de selectie op basis van seksuele oriëntatie en het standpunt dat inclusie te verkiezen is boven segregatie, maar dat dit intern besproken wordt en de melder een antwoord mag verwachten.

Le notifiant a introduit une demande auprès de la commune de L. afin qu'un centre d'hébergement pour personnes LGBT soit créé sur un terrain à bâtir qu'il possède dans cette commune. Le notifiant ne construira pas lui-même le bâtiment (ou le fera construire), mais mettra son terrain à disposition pour un tel projet. La demande a été soumise il y a deux semaines. Le bourgmestre n'a pas semblé enthousiaste à l'égard de ce plan.

Melder a également été en contact avec le président de la Rainbow House L., qui est enthousiaste à l'égard du projet. Le journaliste a également souligné que de tels projets existent aux Pays-Bas, en France et aux États-Unis. (Une brève étude m'a appris - MM - que de tels projets aux Pays-Bas et aux États-Unis ne se concentrent pas seulement sur les personnes LGBT, mais aussi sur l'orientation sexuelle).

Le journaliste indique qu'il souhaite que les personnes LGBT soient sélectionnées sur la base de leur orientation sexuelle, et que seules les personnes LGBT peuvent emménager dans une unité résidentielle. I - MM - a attiré l'attention du journaliste sur les aspects problématiques de la sélection sur la base de l'orientation sexuelle et sur la position selon laquelle l'inclusion est préférable à la ségrégation, mais que cette question est discutée en interne et que le journaliste peut s'attendre à une réponse.

Annexe 9 : Tableaux avec verbatims

Nous reprenons ici les différents tableaux du chapitre 4 : **Analyse et résultats** (cf. supra 4.2.1 et 4.2.2) en indiquant les verbatims (les questions sont en italique). Certains verbatims peuvent apparaître dans plusieurs catégories/sous-catégories.

TABLEAU 1 VERBATIMS. COMPARAISON DES SITUATIONS MÉDICALES EN BELGIQUE ET À L'ÉTRANGER :
PROTOCOLE MÉDICAL

Catégorie	Sous-catégorie	Réf.	Verbatims
Traitement	Traitement	A5-8	[...] protocole de soins en Belgique comparé [aux] autres pays occidentaux ? La prise en charge du VIH est efficace en Belgique, avec une bonne cascade de soins. Un peu plus de moyens au niveau des centres de référence VIH permettraient de mieux encadrer les patients, tel que cela se passe en France.
		A6-8	---
	Sous-type VIH	A1-1	[...] [En fonction du sous-type, y a-t-il des] différences au niveau prise en charge/traitement/évolution de la maladie/risque de contagion... ? Non.
		A5-1	[...] [En fonction du sous-type, y a-t-il des] différences au niveau prise en charge/traitement/évolution de la maladie/risque de contagion... ? Non, il n'y a pas de différence impactant la prise en charge clinique.
		A6-1	[...] [En fonction du sous-type, y a-t-il des] différences au niveau prise en charge/traitement/évolution de la maladie/risque de contagion... ? Je ne suis pas spécialiste par rapport à la question. Pour le VIH 2, on sait que les inhibiteurs non nucléosiques ne sont pas actifs sur le virus mais pour les sous types, je ne crois pas qu'il y ait de différences pour les médicaments actuellement commercialisés. Mais il semble qu'il y ait des recherches pour un nouvel inhibiteur de l'attachement chez BMS qui pourrait montrer des résistances dans certains sous-types.
Tableau 1 sans verbatims page 58			

TABLEAU 2 VERBATIMS. SITUATION EN BELGIQUE : PROTOCOLE MÉDICAL

Catégories	Sous-catégories	Réf.	Verbatims
Offre de soins	Prise en charge multi-disciplinaire	A1-2	<i>[...] Y a-t-il une formation particulière à prévoir pour le personnel infirmier ? L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ? [...]</i> Il faut une prise en charge multidisciplinaire. Médecin de famille. Spécialiste d'organes (infectiologue, diabétologue, cardiologue). Prévoir une prise en charge gériatrique (gériatre, kiné, diététicienne, ergothérapeute).
		A5-2	<i>[...] Faudrait -t-il prévoir une formation particulière, aspect psychologique inclus, pour le personnel infirmier [...]</i> Il reste important que les centres de référence VIH aient suffisamment de moyens pour proposer du personnel qualifié et formé aux particularités de ces patients.
		A5-3	<i>L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ? [...]</i> L'offre de soins est régulièrement remise en question par l'INAMI en ce qui concerne les centres de référence VIH, alors que ces centres prennent

			en charge des patients aux problèmes multiples. De plus, la répartition de cette offre de soins entre la première ligne (médecine générale) et les centres de référence VIH est remise en question. Il y a donc lieu de sécuriser les moyens des centres de référence VIH pour pouvoir garantir à long terme des soins de qualité approprié et multidisciplinaire.
		A6-2	<i>[...] Faudrait -t-il prévoir une formation particulière, aspect psychologique inclus, pour le personnel infirmier [...]</i> Actuellement, le traitement VIH est assez simple dans la majorité des situations (1 ou 2 comprimés par jour) mais souvent associés à d'autres médicaments dus aux co-morbidités. Je crois en effet, que cet aspect doit être pris en compte dans les formations : adhérence au traitement, entretien motivationnel, informations pour le patient, interactions... mais ce n'est pas spécifique au traitement VIH.
	Prise en charge gériatrique	A1-2	<i>[...] Y a-t-il une formation particulière à prévoir pour le personnel infirmier ? L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ? [...]</i> Il faut une prise en charge multidisciplinaire. Médecin de famille. Spécialiste d'organes (infectiologue, diabétologue, cardiologue). Prévoir une prise en charge gériatrique (gériatre, kiné, diététicienne, ergothérapeute).
		A1-5	<i>[...] la réponse immunitaire au traitement antirétroviral est moins bonne chez les patients plus âgés. [...] Doit-il changer de trithérapie ?</i> Non. C'est la reconstitution immunitaire liée à l'immunosénescence et pas l'efficacité des trithérapies.
		A5-2	Il reste important que les centres de référence VIH aient suffisamment de moyens pour proposer du personnel qualifié et formé aux particularités de ces patients.
		A5-3	<i>[...] Faudrait -t-il prévoir une formation particulière, aspect psychologique inclus, pour le personnel infirmier [...]</i> L'offre de soins est régulièrement remise en question par l'INAMI en ce qui concerne les centres de référence VIH, alors que ces centres prennent en charge des patients aux problèmes multiples. De plus, la répartition de cette offre de soins entre la première ligne (médecine générale) et les centres de référence VIH est remise en question. Il y a donc lieu de sécuriser les moyens des centres de référence VIH pour pouvoir garantir à long terme des soins de qualité approprié et multidisciplinaire.
		A6-3	<i>L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ? [...]</i> Les centres de référence VIH travaillent déjà en équipe multidisciplinaire mais il faudrait pouvoir renforcer cet aspect et peut-être déléguer plus de tâches aux infirmières mais le but n'est pas de transférer la charge de travail des médecins sur les infirmières, il faut sans doute repenser les prises en charge pluridisciplinaire.
	Suivi psychologique	A1-3	<i>[...] Doit-on prévoir une formation psychologique du personnel soignant ?</i> Mettre en place un suivi psycho avec les psychologues. C'est déjà prévu dans la convention VIH. Mais élargir cela.
		A6-4	<i>[...] Est-ce qu'il n'existe pas une tendance à négliger l'aspect psychologique, faudrait-il ajouter au suivi médical un suivi psychologique ?</i> Les centres de prises en charge (référence) VIH ont tous une ou plusieurs psychologues dans leur équipe qui est accessible pour tous les patients suivis dans le centre et c'est une prise en charge gratuite (convention). Les infirmières et assistantes sociales sont elles aussi très à l'écoute des patients et peuvent référer vers la psychologue si nécessaire. La difficulté est parfois de convaincre le patient que cela peut l'aider. Dans certaines

			cultures, la psychologie est encore fort associée à la « folie ». De plus en plus, la prise en charge des maladies chroniques (VIH et autres) prennent en compte cet aspect.
	Antidépresseurs	A1-4	[...] Ne devrait-on pas prescrire des antidépresseurs en accompagnement de la trithérapie ? Voir les indications avec les psychiatres au cas par cas.
		A5-4	[...] Est-ce qu'il n'existe pas une tendance à négliger l'aspect psychologique, faudrait-il ajouter au suivi médical un suivi psychologique ? Les centres de référence VIH proposent les services de psychologues. Les patients ont parfois du mal à accepter le suivi psychologique qui leur est proposé.
	Suicide	A2-11	Taux de suicide ? On propose des études psychosociales, et on peut travailler ce type de question [...] On sait que dans le cercle des aînés il y en a plusieurs qui ont déjà pensé ou qui ont déjà fait une tentative de suicide [...]
Coinfections	Covid-19	A1-10	D'après l'OMS [...] le SARS-CoV-2 n'aurait pas d'incidence particulière pour les PVVIH. Ce n'est pas vrai. On n'a pas de données. C'est en cours d'enregistrements.
Polypharmacie		A3-4	Les PVVIH doivent prendre leurs médicaments tous les jours [...] interactions médicamenteuses [...] nécessite[nt] plus d'attention ? Je suppose que mettre en place un système de surveillance est indispensable comme pour tous les autres résidents.
		A4-4	Les PVVIH doivent prendre leurs médicaments tous les jours [...] interactions médicamenteuses [...] nécessite[nt] plus d'attention ? Attention de la part du médecin, mais pas nécessairement de la part des soignants.
Autonomie		A2-5	[...] des gens qui deviennent moins autonomes. Est-ce que vous avez des alternatives ? [...] Nous, on a déjà posé plusieurs fois la question pour les groupes des cercles des aînés, s'ils étaient plutôt maison de repos ou pour rester à la maison ou différentes choses. La plupart voulait rester chez eux le plus longtemps possible, avec peut être une aide extérieure genre une aide familiale ou une aide soignante. Des trucs qui viennent ponctuellement apporter des soins ou de l'aide.
Tableau 2 sans verbatims page 60			

TABLEAU 3 VERBATIMS. SITUATION EN BELGIQUE : ACCOMPAGNEMENT

Catégories	Sous-catégories	Réf.	Verbatims
Maison de repos	Impact augmentation PVVIH	A1-6	[...] les services de soins à domicile qui seront plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH. Les maisons de repos devraient être peu impactées. [...] Non. Car ces patients vont vieillir aussi et certains devront aller en maison de repos et/ou de soins.
		A3-1	[...] augmentation de l'espérance de vie des PVVIH. Pensez-vous que cela aura un impact sur les maisons de repos ? Non, on devra s'adapter à de nouvelles pathologies.
		A4-1	[...] augmentation de l'espérance de vie des PVVIH. Pensez-vous que cela aura un impact sur les maisons de repos ?

			Oui, le nombre de patients HIV à prendre en charge au sein de MRS va augmenter.
		A5-5	<i>[...] les services de soins à domicile qui seront plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH. Les maisons de repos devraient être peu impactées. [...]</i> Nous avons quelques patients VIH+ en maison de repos. Tant que le traitement est bien pris et efficace, la prise en charge en maison de repos ne devrait pas être plus lourde que pour un autre patient avec une maladie chronique.
		A6-5	<i>[...] les services de soins à domicile qui seront plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH. Les maisons de repos devraient être peu impactées. [...]</i> Personnellement, j'ai un patient en maison de repos mais je ne fais pas de visite en MRS donc c'est le médecin de la MRS qui suit le patient et nous informe ou nous sollicite pour l'une ou l'autre question. Mais en général, ce sont des patients qui prennent bien leur traitement et ce n'est donc pas l'infection VIH qui pose problème.
	Accueil PVVIH	A2-9	<i>Les [PVVIH] dans les maisons de repos nécessitent plus de médicaments donc les maisons de repos risquent d'essayer de les écarter ?</i> [...] C'est le principe de la rumeur en fait. Il y a une étiquette qui est collée sur la personne et cette étiquette va être relayée entre le personnel en disant c'est une personne VIH. Ça peut paraître anodin, c'est une personne VIH. C'est une information comme une autre mais indirectement il y a toute une connotation derrière. Si c'est une personne VIH automatiquement c'est quelqu'un qui n'a peut-être pas eu des pratiques ou une sexualité dans les normes et qui a été sous cocaïne, ou c'est un drogué. Donc il y a toute une connotation négative souvent qui va entourer l'étiquette VIH. La personne ne va pas être mise à l'écart comme ça au niveau de la maison de repos. Par contre la personne ne va pas assez... (du matériel de cuisine par exemple). Certaines activités qui pourraient avoir un pseudo risque en quelque sorte de contamination, on ne va solliciter la personne... On va lui demander d'éviter les couteaux, pour la sécurité Les gens vont trouver des excuses comme ça, alors qu'il y a pas de risque de faire un gâteau avec quelqu'un séropositif [...]
		A4-8	<i>Avez-vous (ou avez-vous eu) des PVVIH dans votre maison de repos ?</i> Personnellement je m'occupe d'un patient depuis +- 3 ans.
		A4-9	<i>[...] appréhension de leurs particularités [(des PVVIH)] par le personnel ?</i> Tout se passe super bien, aucune appréhension particulière et pourtant le patient est fort dépendant physiquement.
	LGBT	A2-12	<i>Projet pilote Mons [sur la sensibilisation à l'intimité, à la sexualité et donc à l'inclusion des seniors LGBT dans les maisons de repos et de soins] ?</i> On fait partie de ce pilote-là mais c'est un quinquennat politique... On a changé tout ça... Et quelque part le projet s'est fait sur 5 ans, je pense qu'il a fallu à peu près [...]
		A3-9	<i>[...] label « gay-friendly » à Bruxelles et en Wallonie. [...]</i> Je n'ai rien entendu en Wallonie.
		A4-11	<i>[...] label « gay-friendly » à Bruxelles et en Wallonie. [...]</i> Pas entendu parler de ce label dans notre maison de repos, mais il faut savoir que c'est une MRS un peu particulière parce qu'elle accueille surtout des patients déments.
		A5-6	<i>[...] maisons de repos sont [-elles] adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH, SAM) ?</i> Oui, si les personnes qui y travaillent n'ont pas d'attitude discriminante ou stigmatisante.

	Soins	A3-1	<i>[...] augmentation de l'espérance de vie des PVVIH [...] impact sur les maisons de repos ?</i> Non, on devra s'adapter à de nouvelles pathologies [pour la MR].
		A3-3	<i>[...] [Les] PVVIH nécessitent[-ils] plus de soins ?</i> Non, plus de mesures d'hygiène.
		A3-4	<i>Les PVVIH doivent prendre leurs médicaments tous les jours [...] interactions médicamenteuses [...] nécessite plus d'attention ?</i> Je suppose que mettre en place un système de surveillance est indispensable comme pour tous les autres résidents.
		A4-3	<i>Pensez-vous que les PVVIH nécessitent plus de soins ?</i> Globalement non, il faut peut-être plus de suivi au niveau biologique et infectieux, mais a priori pas plus de soins infirmiers.
		A4-4	<i>Les PVVIH doivent prendre leurs médicaments tous les jours [...] interactions médicamenteuses [...] nécessite plus d'attention ?</i> Attention de la part du médecin, mais pas nécessairement de la part des soignants.
		A4-10	<i>Qu'avez-vous mis en place comme suivi spécifique pour [une PVVIH] ? Auriez-vous des recommandations [...] ?</i> Le suivi virologique est fait par les spécialistes en milieu hospitalier, les bilans sanguins sont faits à la maison de repos. Pour la formation du personnel et l'organisation des maisons de repos il n'y a pas de grosse différence par rapport aux autres patients, cela concerne la sexualité qui reste tabou/interdite en maison de repos avec la particularité des risque de contamination de ces patients et la difficulté à protéger les autres sans divulguer le secret médical.
		A6-5	<i>[...] Avez-vous des patients que vous suivez en maison de repos ?</i> Personnellement, j'ai un patient en maison de repos mais je ne fais pas de visite en MRS donc c'est le médecin de la MRS qui suit le patient et nous informe ou nous sollicite pour l'une ou l'autre question. Mais en général, ce sont des patients qui prennent bien leur traitement et ce n'est donc pas l'infection VIH qui pose problème.
	Formation du personnel	A2-4	<i>[...] discussions sur la prise des soins ?</i> Après on fait aussi des animations, des formations dans des maisons de repos ou des maisons de repos et de soins. Là, on va donner une formation pour le professionnel qui va être assez large, qui va parler de l'intimité, qui va parler d'orientation sexuelle, d'identité, de sexualité. On va parler de VIH et d'IST. Pour la promotion du débat sur la sexualité, on va mettre la sexualité d'une personne dans cette structure-là, dans ces institutions. Mais également pour prendre conscience que c'est un public qui peut justement être séropositif et qui peut avoir donc des problèmes identiques de santé qui peuvent être multiples. Nous c'est ce qu'on appelle des problèmes de comorbidités.
		A2-9	<i>Les [PVVIH] dans les maisons de repos nécessitent plus de médicaments donc les maisons de repos risquent d'essayer de les écarter ?</i> Pour moi ce qui manque vraiment c'est une formation en fait avant donc pour les étudiants. Les futurs professionnels suivent une formation d'une manière large qui parle d'intimité, de sexualité, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, et qui parle du VIH aussi parce que c'est via une sexualité principalement mais pas que et pour moi il y a vraiment un manque à ce niveau-là. Souvent les aides-soignants qu'on a déjà pu rencontrer de manière générale n'ont aucune formation à ce niveau-là, que ce soit pour le VIH ou les MST. Toutes les formations qu'on a donné on ne savait pas comment... Surtout les personnes travaillant en maison de repos depuis un bail, c'est un peu [...] ça existe que le sida on en parle pas mal mais tout ce qui est hépatite A, hépatite B, syphilis je ne sais pas moi alors que ça peut se transmettre aussi par les urines, par les selles. Donc que

			c'est les choses que les personnes peuvent manipuler. Pour moi il y a vraiment un manque à ce niveau-là. Ce que nous on fait dans les maisons de repos, c'est bien c'est intelligent, c'est super mais pour aller plus loin se serait de former les étudiants les futurs professionnels, à ces questions-là, et de pouvoir vraiment avoir des personnes qui puissent être instruits, qui puissent avoir des informations nécessaires au niveau des gestes des questions à poser, la manière de pouvoir se comporter de différentes choses, et ne pas se trouver avec des personnes qui ne connaissent rien et qui vont peut-être peur de faire des bêtises. Dire mais séropositif je vais devoir mettre au moins trois paires de gant. Tu peux en mettre un si tu veux mais ça ne va rien changer si tu dois en mettre une paire de gant parce que c'est un soin qui demande de mettre une paire de gant une c'est suffisant mais trois ça ne va rien changer. Mais c'est chaque fois tout le temps. C'est une personne séropositive, je fais un dépistage. Je vais mettre une paire de gants, non quoi. Encore malheureusement beaucoup de méconnaissance au niveau du VIH, et Sida, assez important au niveau du personnel soignant au niveau des personnes dans le monde médical. Et il y a toutes les solutions qui existent aujourd'hui.
		A3-6	<i>[...] formation spécifique pour assurer le suivi [des PVVIH] ?</i> Oui.
		A4-6	<i>[...] formation spécifique pour assurer le suivi [des PVVIH] ?</i> Pas de formation spécifique à mon sens mais peut-être rappel de quelques notions de pathologie infectieuse et de précautions.
		A4-10	<i>Qu'avez-vous mis en place comme suivi spécifique pour [une PVVIH] ? Auriez-vous des recommandations [...] ?</i> Le suivi virologique est fait par les spécialistes en milieu hospitalier, les bilans sanguins sont faits à la maison de repos. Pour la formation du personnel et l'organisation des maisons de repos il n'y a pas de grosse différence par rapport aux autres patients, cela concerne la sexualité qui reste tabou/interdite en maison de repos avec la particularité des risque de contamination de ces patients et la difficulté à protéger les autres sans divulguer le secret médical.
	Coût	A3-5	<i>[...] PVVIH occasionnent des charges supplémentaires pour l'établissement ?</i> Non.
		A4-5	<i>[...] PVVIH occasionnent des charges supplémentaires pour l'établissement ?</i> Non.
Soins à domicile	Impact augmentation PVVIH	A1-6	<i>[...] essentiellement les services de soins à domicile qui seront plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH. Les maisons de repos devraient être peu impactées. Est-ce exact ?</i> Non. Car ces patients vont vieillir aussi et certains devront aller en maison de repos et/ou de soins.
		A5-5	<i>[...] les services de soins à domicile qui seront plus sollicités par l'augmentation du nombre de PVVIH. Les maisons de repos devraient être peu impactées. [...]</i> Nous avons quelques patients VIH+ en maison de repos. Tant que le traitement est bien pris et efficace, la prise en charge en maison de repos ne devrait pas être plus lourde que pour un autre patient avec une maladie chronique.
	Soins	A2-6	<i>[...] groupe de soins à domicile ?</i> Non. On a formé, on a fait plusieurs séances de formations, d'aide à domicile et de garde malade. Mais pas à Bruxelles, dans la région de Verviers, parce qu'il y avait une demande. Ce qui a permis de pouvoir

			justement parler de différents sujets [...] : sexualité, intimité, de pouvoir questionner certains de leur pratique, de pouvoir questionner leur travail, leur limite, différentes choses comme ça et de pouvoir aborder donc les sujets de sexualité, intimité mais aussi VIH également quoi.
Tableau 3 sans verbatims page 60			

TABLEAU 4 VERBATIMS. SITUATION EN BELGIQUE : PROPHYLAXIE

Catégorie	Sous-catégorie	Réf.	Verbatims
Prophylaxie pré-exposition	PrEP	A1-7	<i>Dans votre article « Le traitement du VIH en 2018 : ce que doit savoir le médecin généraliste » vous ne parlez pas de la PrEP ? [...]</i> Parce que ce n'était pas le topic. Et en plus les médecins généralistes ne peuvent pas prescrire la PrEP en Belgique.
		A1-8	<i>[...] l'étendre à d'autres cibles ?</i> Elle est recommandée pour d'autres cibles. Mais sous utilisée pour faute d'infos ????
		A2-10	<i>C'est parce qu'ils ne veulent pas la PrEP ?</i> Voilà il pourra faire un TPE ce genre de choses comment ça fonctionne. En effet, il manque d'information. Je pense que dans le milieu LGBT on est quand même assez au courant parce qu'il y a quand même beaucoup d'associations qui travaillent énormément sur ses questions-là. Exaequo, entre autres, la Plateforme Prévention Sida, Mais je pense que Exaequo, au niveau HSA au niveau Bi, personne Trans, sont beaucoup plus [...] via ce billet là et qui propose des dépistages médicalisés parce que beaucoup de personnes on va dire hétéro ne connaissent pas aussi et qui vont proposer des TPE, des endroits où on peut aller, des adresses, de l'accompagnement, des choses qu'on ne retrouve pas partout. Donc au niveau intra-communautaire il y a quand même une relative connaissance de tout ça mais extra-communautaire malheureusement se sont des gens dans le milieu ou des gens curieux qui se tiennent au courant.
		A5-7	<i>[...] la PrEP est plus utilisée par les populations jeunes [...] mise à jour des connaissance des médecins généralistes par rapport à celle-ci serait nécessaire pour éviter de nouvelles contaminations chez les personnes âgées sexuellement actives ?</i> La prescription de la PrEP dépend du risque auquel le patient s'expose. Si des personnes âgées ont des comportements à haut risque d'acquisition du VIH, ils seront aussi candidat à la PrEP, mais c'est plus rare.
		A6-7	<i>[...] la PrEP est plus utilisée par les populations jeunes [...] mise à jour des connaissance des médecins généralistes par rapport à celle-ci serait nécessaire pour éviter de nouvelles contaminations chez les personnes âgées sexuellement actives ?</i> Je crois qu'il y a encore beaucoup de médecins généralistes (surtout en dehors des grandes villes) qui ne sont pas assez informés sur la PrEP et les indications quel que soit les populations. Il faut quand même faire attention que le Truvada n'est pas sans risque pour les reins et donc chez les personnes âgées, il faudra mettre dans la balance le risque et le bénéfice.
Tableau 4 sans verbatims page 60			

TABLEAU 5 VERBATIMS. SITUATION EN BELGIQUE : DISCRIMINATION

Catégories	Réf.	Verbatims
Séropositivité	A2-1	<i>Avez-vous [...] déjà vécu des situations où elles [(les PVVIH)] se sentent exclues ou discriminées à cause de leur séropositivité ?</i> [...] Souvent le sentiment d'exclusion n'est pas lié qu'à la séropositivité mais lié aussi à l'âge et au fait d'être senior qui a un impact considérable sur leur visibilité tant intra-communautaire (communauté LGBT), mais aussi extra communautaire.
	A2-2	<i>Rencontrent-ils des difficultés spécifiques : difficultés au niveau du VIH ? ou de leur santé ? double discrimination par rapport au VIH et par rapport à leur sexualité ?</i> Ce n'est pas juste une double discrimination. C'est même plus complexe parce que les personnes peuvent être aussi issues de l'immigration. À ce moment-là on peut rajouter une catégorie en fonction de la religion, en fonction d'un handicap ou pas qui est visible. Donc ce n'est pas juste une double discrimination. C'est ce qu'on appelle intentionnalité et qui permet de pouvoir voir que dans différentes situations il y a différentes personnes qui sont on va dire pluri-discriminées, qui ont plus d'obstacles, plus de difficultés pour vivre différentes situations. Donc en effet le fait d'être senior, et LGBT, et séropositif, est une combinaison en sorte de facteurs qui vont rendre leur vie difficile dans plein de situations.
	A2-9	<i>[...] les maisons de repos risquent d'essayer de les [(PVVIH)] écarter ?</i> C'est pas qu'elles sont écartées mais il y a une étiquette. C'est le principe de la rumeur en fait. Il y a une étiquette qui est collée sur la personne et cette étiquette va être relayée entre le personnel en disant c'est une personne VIH. Ça peut paraître anodin, c'est une personne VIH. C'est une information comme une autre mais indirectement il y a toute une connotation derrière. Si c'est une personne VIH automatiquement c'est quelqu'un qui n'a peut-être pas eu des pratiques ou une sexualité dans les normes et qui a été sous cocaïne, ou c'est un drogué. Donc il y a toute une connotation négative souvent qui va entourer l'étiquette VIH. La personne ne va pas être mise à l'écart comme ça au niveau de la maison de repos. Par contre la personne ne va pas assez....(du matériel de cuisine par exemple). Certaines activités qui pourraient avoir un pseudo risque en quelque sorte de contamination, on ne va solliciter la personne... On va lui demander d'éviter les couteaux, pour la sécurité Les gens vont trouver des excuses comme ça, alors qu'il y a pas de risque de faire un gâteau avec quelqu'un séropositif. [...] Et il y a toutes les solutions qui existent aujourd'hui. Je pense à la PreP. Je pense aux traitements post-exposition. Ces différentes choses. Ce sont des personnes qui n'y connaissent rien du tout et donc il manque une information à ce niveau-là qui pourrait aider des personnes à se prendre en charge au niveau de leur sexualité, et au niveau dépistage, parce que on ne propose pas de dépistage non plus dans les maisons de repos, et de soins. Le médecin traitant ne va jamais penser à proposer un dépistage à un senior alors qu'il peut avoir tous les symptômes d'une belle IST. Il ne va jamais proposer. Il va l'avoir devant lui mais il ne va jamais le proposer. Il y a ça et puis c'est aussi pouvoir proposer des alternatives en fonction de la personne et de ses besoins pour pouvoir permettre une sexualité encore avec justement la PReP avec en fonction s'il y a des couples zéro discordant, pour certains.
	A3-2	<i>Certaines MR nourrissent encore des préjugés à l'égard des séropositifs [...]</i> Il faudra rassurer les collaborateurs et mettre en place des nouvelles procédures de soins.
	A3-7	<i>Beaucoup de PVVIH craignent de séjourner en MR, car ils ont peur d'être discriminés par rapport à leur séropositivité, leur sexualité, leur origine ethnique,...</i> <i>Pensez-vous que séjourner en MR peut contribuer à l'isolement ou au bien-être de la personne, et par conséquent influencer sur leur qualité de vie ? En quoi/pourquoi ?</i> Non, cela dépend de son projet de vie et du projet de la MR.
	A4-2	<i>Certaines MR nourrissent encore des préjugés à l'égard des séropositifs [...]</i> Si l'on considère que c'est une pathologie chronique dont souffrent ces patients il ne devrait pas y avoir de différence, mais c'est une pathologie qui reste encore taboue surtout chez les patients âgés et qui remet en question la gestion de la sexualité/affection chez la personne âgée en maison de repos.
	A4-7	<i>Beaucoup de PVVIH craignent de séjourner en MR, car ils ont peur d'être discriminés par rapport à leur séropositivité, leur sexualité, leur origine ethnique,...</i> <i>Pensez-vous que séjourner en MR peut contribuer à l'isolement ou au bien-être de la</i>

		personne, et par conséquent influencer sur leur qualité de vie ? En quoi/pourquoi ? Il peut y avoir une crainte à ne pas recevoir les mêmes soins que les autres patients mais à mon avis cette crainte n'est pas fondée. Crainte aussi du risque que le secret médical soit divulgué et de ce fait d'être isolé par les autres patients ?
	A5-6	[...] pensez que les MR sont adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH, SAM) ? Oui, si les personnes qui y travaillent n'ont pas d'attitude discriminante ou stigmatisante.
	A6-6	[...] pensez que les MR sont adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH,SAM) ? Je n'ai pas assez d'expérience surtout par rapport à ces populations (HSH). Nous avons eu au centre certains patients (SAM) suivis en MRS qui n'ont pas posé de problème mais parfois il est important de prendre un peu de temps pour informer le personnel médical de la pathologie, des risques de transmission, des effets des médicaments, des complications éventuelles,...
Sexualité	A2-2	Rencontrent-ils des difficultés spécifiques : difficultés au niveau du VIH ? ou de leur santé ? double discrimination par rapport au VIH et par rapport à leur sexualité ? Ce n'est pas juste une double discrimination. C'est même plus complexe parce que les personnes peuvent être aussi issues de l'immigration. À ce moment-là on peut rajouter une catégorie en fonction de la religion, en fonction d'un handicap ou pas qui est visible. Donc ce n'est pas juste une double discrimination. C'est ce qu'on appelle intentionnalité et qui permet de pouvoir voir que dans différentes situations il y a différentes personnes qui sont on va dire pluri-discriminées, qui ont plus d'obstacles, plus de difficultés pour vivre différentes situations. Donc en effet le fait d'être senior, et LGBT, et séropositif, est une combinaison en sorte de facteurs qui vont rendre leur vie difficile dans plein de situations.
	A2-4	Est que vous avez des discussions sur la prise des soins ? [...] Après on fait aussi des animations, des formations dans des maisons de repos ou des maisons de repos et de soins. Là, on va donner une formation pour le professionnel qui va être assez large, qui va parler de l'intimité, qui va parler d'orientation sexuelle, d'identité, de sexualité. On va parler de VIH et d'IST. Pour la promotion du débat sur la sexualité, on va mettre la sexualité d'une personne dans cette structure-là, dans ces institutions. Mais également pour prendre conscience que c'est un public qui peut justement être séropositif et qui peut avoir donc des problèmes identiques de santé qui peuvent être multiples [...]
	A2-7	[...] Ne voudrait pas retourner dans le placard [...] [autocollant « gay friendly »] [...] y a un côté assez positif parce que ça permettrait peut-être d'éviter certains freins de certaines personnes de pouvoir dire je peux aller [...] je peux aller dans telle maison de repos quoi que ce soit. Mais je sais qu'il n'y a pas eu de formation et pour nous c'est quelque chose qui manque parce que dire OK on est ouverts, mais si on n'a pas conscience de l'hétéro normativité que l'on peut avoir dans les systèmes normatifs, qu'on peut avoir dans les questions, les formulaires, dans les pratiques, dans différentes choses on ne remet pas en cause réellement cette norme-là, ce cadre-là et on ne permet pas aux personnes de pouvoir réellement s'exprimer et de pouvoir exprimer leur orientation sexuelle, leur identité de genre, mais leur séropositivité aussi. Donc voilà il y a du pour mais il faudrait une étape en plus. [...] J'envisage de vérifier. [...] On a vraiment peur parce que c'est clair que si on téléphone dans une maison de repos est-ce que vous êtes LGBT phobes on va faire NON... [...] Le problème c'est que, en accueillant tout le monde de la même manière, c'est gommer les spécificités qui sont liées à différentes personnes. Alors là votre sujet on peut parler des personnes séropositives de plus de 50 ans, mais ça pourrait être des personnes issues de certaines religions et qui voudraient manger hallal alors qu'on ne propose pas du hallal dans les différentes maisons de repos. Donc dire qu'on ouvre à tout le monde etc... c'est gommer les spécificités. [...]
	A2-8	Mettre un autocollant [« gay friendly »] suffit pour persuader les gens ? [...] En fait l'autocollant ne garantit pas aux personnes de pouvoir être en sécurité. Alors oui ça permet aux personnes LGBT de faire un screening souvent au niveau des pièces en s'adaptant aux différentes choses comme ça, pour savoir si tous les éléments qui pourraient leur dire, qui pourraient inclure. En voyant cet autocollant ils se disent j'ai un peu moins de chance de me faire discriminer, de me faire stigmatiser, ou quoique ce soit. Logiquement il pourrait plus facilement aborder des sujets d'intimité maintenant s'il y a l'autocollant. Mais

		après si on pose des questions ou on entend certaines choses, la personne va se refermer comme une huître ce qui est logique quoi.
	A2-9	<i>[...] les maisons de repos risquent d'essayer de les [(PVVIH)] écarter ?</i> [...] il y avait une personne trans dans une maison de repos. [...] Le truc c'était on n'envoie que les professionnels de la maison qui sont là depuis longtemps et qui savent qui est cette personne-là. Comme ça on n'envoie pas d'étudiant parce que si jamais l'étudiant posait les questions sur les cicatrices, ça ne mettrait mal à l'aise la personne. Je trouve ça intéressant et je trouve ça d'un côté limite, ça peut se discuter. C'est une manière de faire je ne sais c'est si la meilleure, ou la moins bonne ou la plus pire, ou la moins pire mais c'est une manière de faire. Ça peut être aussi ça on dit on ferme la personne, c'est l'accès à trois personnes qui donnent des soins puisque [...]. Mon dieu la pauvre quoi voilà c'est le côté négatif de ce truc-là quoi.
	A3-7	<i>Beaucoup de PVVIH craignent de séjourner en MR, car ils ont peur d'être discriminés par rapport à leur séropositivité, leur sexualité, leur origine ethnique,...</i> <i>Pensez-vous que séjourner en MR peut contribuer à l'isolement ou au bien-être de la personne, et par conséquent influencer sur leur qualité de vie ? En quoi/pourquoi ?</i> Non, cela dépend de son projet de vie et du projet de la MR.
	A4-10	<i>Qu'avez-vous mis en place comme suivi spécifique pour [une PVVIH] ? Auriez-vous des recommandations [...]</i> Le suivi virologique est fait par les spécialistes en milieu hospitalier, les bilans sanguins sont faits à la maison de repos. Pour la formation du personnel et l'organisation des maisons de repos il n'y a pas de grosse différence par rapport aux autres patients, cela concerne la sexualité qui reste tabou/interdite en maison de repos avec la particularité des risque de contamination de ces patients et la difficulté à protéger les autres sans divulguer le secret médical.
	A5-6	<i>[...] pensez que les MR sont adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH,SAM) ?</i> Oui, si les personnes qui y travaillent n'ont pas d'attitude discriminante ou stigmatisante.
	A6-6	<i>[...] pensez que les MR sont adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH,SAM) ?</i> Je n'ai pas assez d'expérience surtout par rapport à ces populations (HSH). Nous avons eu au centre certains patients (SAM) suivis en MRS qui n'ont pas posé de problème mais parfois il est important de prendre un peu de temps pour informer le personnel médical de la pathologie, des risques de transmission, des effets des médicaments, des complications éventuelles,...
Origine ethnique	A2-2	<i>Rencontrent-ils des difficultés spécifiques : difficultés au niveau du VIH ? ou de leur santé ? double discrimination par rapport au VIH et par rapport à leur sexualité ?</i> Ce n'est pas juste une double discrimination. C'est même plus complexe parce que les personnes peuvent être aussi issues de l'immigration. À ce moment-là on peut rajouter une catégorie en fonction de la religion, en fonction d'un handicap ou pas qui est visible. Donc ce n'est pas juste une double discrimination. C'est ce qu'on appelle intentionnalité et qui permet de pouvoir voir que dans différentes situations il y a différentes personnes qui sont on va dire pluri-discriminées, qui ont plus d'obstacles, plus de difficultés pour vivre différentes situations. Donc en effet le fait d'être senior, et LGBT, et séropositif, est une combinaison en sorte de facteurs qui vont rendre leur vie difficile dans plein de situations.
	A6-6	<i>[...] pensez que les MR sont adaptées à la prise en charge des populations les plus concernées (HSH,SAM) ?</i> Je n'ai pas assez d'expérience surtout par rapport à ces populations (HSH). Nous avons eu au centre certains patients (SAM) suivis en MRS qui n'ont pas posé de problème mais parfois il est important de prendre un peu de temps pour informer le personnel médical de la pathologie, des risques de transmission, des effets des médicaments, des complications éventuelles,...
Tableau 5 sans verbatims page 61		

Annexe 10 : Estimation du nombre de PVVIH à l'horizon 2030-2035

Le calcul du trend est effectué grâce à la fonction **TREND(valeursy; valeursx; nouvelle_valeursx; type)**. La fonction TREND adapte une ligne droite à des données utilisant une régression linéaire et renvoie les points de cette ligne. On calcule donc directement la prédiction des nouvelles valeurs en se basant sur les valeurs passées.

L'extrapolation est effectuée sur base des données Sciensano des années 2009-2018 [3].

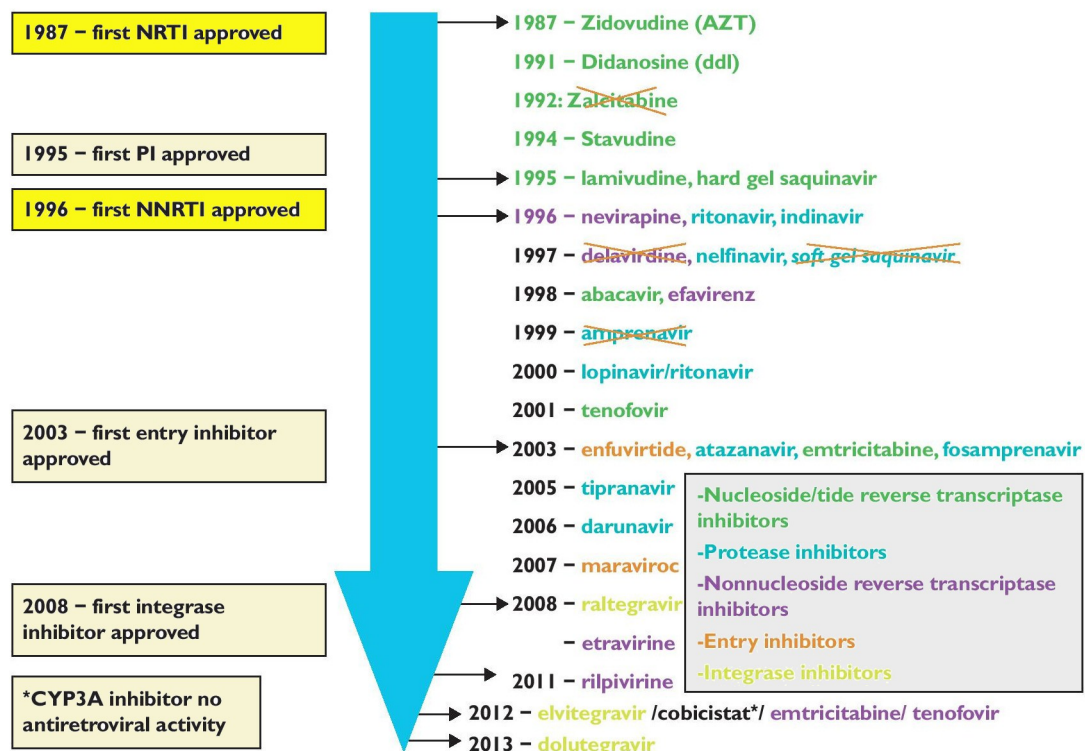
Pour le TREND nombre de PVVIH : =TREND(C\$3:C\$12;A\$3:A\$12;A13)

Pour le TREND pourcentage de PVVIH de plus de 50 ans : =TREND(E\$3:E\$12;A\$3:A\$12;A13)

	Année	Total Nombre	TREND Total Trend nombre	≥ 50 ans Pourcentage	TREND ≥ 50 Trend pourcent.	≥ 50	15-49
1	2009	11036	11356	23,59%	22,77%	2603	8433
2	2010	11795	11974	24,92%	24,71%	2939	8856
3	2011	12583	12592	26,35%	26,66%	3316	9267
4	2012	13455	13210	28,10%	28,61%	3781	9674
5	2013	14098	13828	30,10%	30,56%	4244	9854
6	2014	14820	14447	32,38%	32,50%	4799	10021
7	2015	15168	15065	34,10%	34,45%	5173	9995
8	2016	15679	15683	36,18%	36,40%	5673	10006
9	2017	16068	16301	38,74%	38,35%	6225	9843
10	2018	16673	16919	40,83%	40,29%	6807	9866
11	2019		17537		42,24%		
12	2020		18155		44,19%		
13	2021		18773		46,14%		
14	2022		19391		48,09%		
15	2023		20009		50,03%		
16	2024		20627		51,98%		
17	2025		21246		53,93%		
18	2026		21864		55,88%		
19	2027		22482		57,82%		
20	2028		23100		59,77%		
21	2029		23718		61,72%		
22	2030		24336		63,67%		
23	2031		24954		65,61%		
24	2032		25572		67,56%		
25	2033		26190		69,51%		
26	2034		26808		71,46%		
27	2035		27426		73,40%		

Annexe 11 : Évolution des thérapies/antirétroviraux

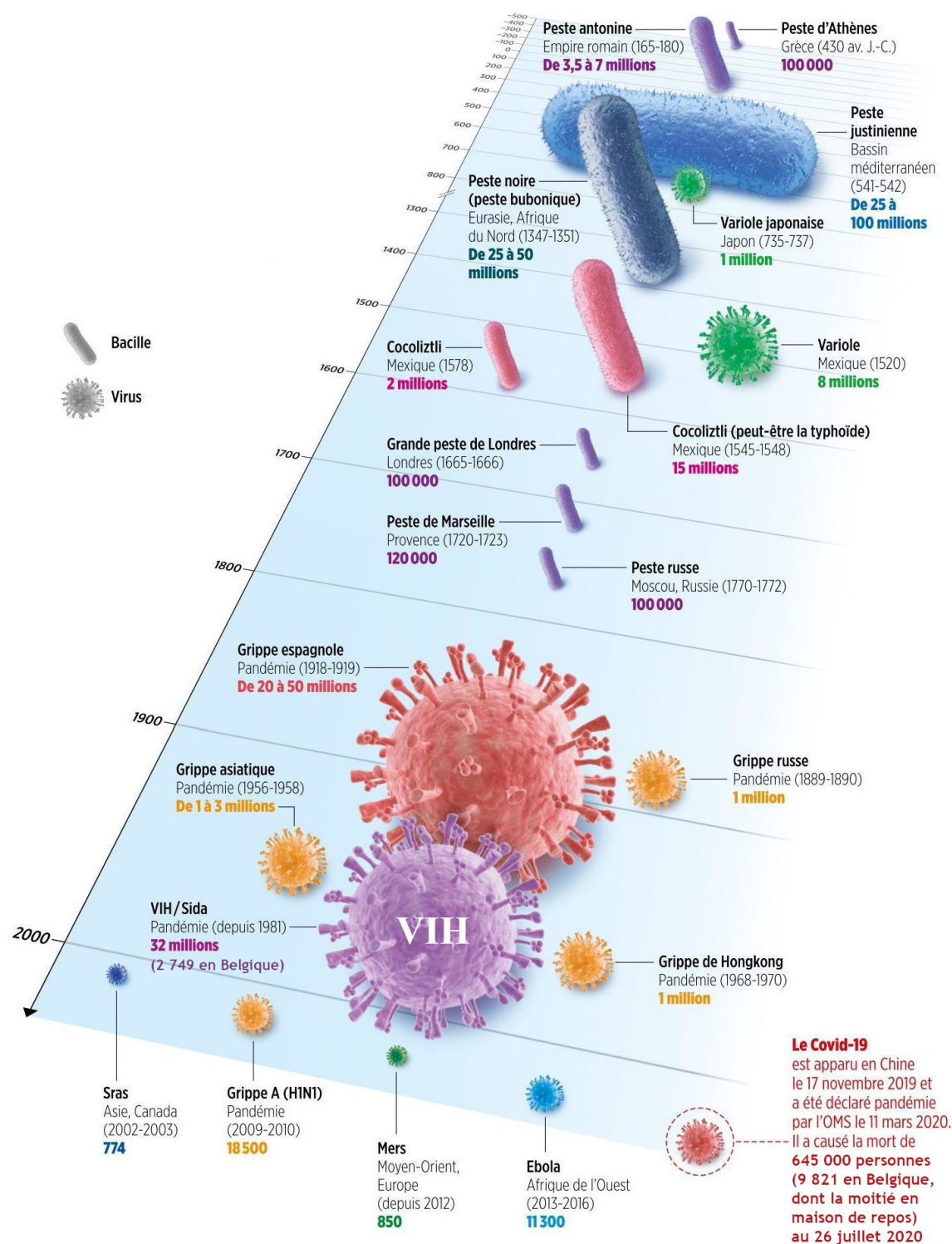
Évolution des thérapies/antirétroviraux (trithérapies à partir de 1996) de 1987 à 2013 [6].



Chronologie du développement des antirétroviraux. Le calendrier de développement de plus de 25 médicaments de cinq classes différentes sur une période de 27 ans (1987-2013) est présenté en fonction de la date d'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. Les médicaments qui ne sont plus utilisés ou disponibles sont indiqués par un "X".

Annexe 12 : Les grandes pandémies de l'Histoire

Nombre de morts dus aux grandes épidémies de l'Histoire (estimations variables selon les sources) [129]. Les chiffres mondiaux pour le Covid-19 proviennent de Johns Hopkins University [138]. Les chiffres belges pour le Covid-19 proviennent de Sciensano [184].



LE POINT n°2486, 16 avril 2020, page 59. Infographie : Hervé Bouilly

Sources : AFP d'après livescience.com, cdc.gov, britannica.com, ph.ucla.edu, history.com, ncbi.nlm.nih.gov, Johns Hopkins University.

Index

2DR.....	9, 24, 69
3DR.....	9, 24, 69
Abacavir.....	34
Act Up.....	9, 15
Action Test.....	11
ADMR.....	9, 106
ADN.....	9, 21, 25
Affections cardiovasculaires.....	31, 34, 35, 39
Alcool.....	23, 33, 35, 36, 68
Allègement.....	24
AMU.....	9, 47
Analyse thématique.....	54, 56, 57, 69
Anticorps.....	25
Antirétroviral.....	9, 15, 20-22, 25, 26, 28, 30, 33, 35-37
Antirétroviraux.....	19, 21, 22, 25, 27, 34, 45, 47
APA.....	9, 40
Arbre thématique.....	57, 58
ARN.....	9, 20, 21, 25
ART.....	9, 20, 54, 55
ARV.....	9, 12, 20-22, 36
Aspect psychologique.....	4, 43, 61, 63, 69
Association.....	11, 44, 45
Atazanavir.....	35
Atteintes neurocognitives.....	36, 37
AVC.....	9, 33, 34, 45
AViQ.....	9, 40
AZT.....	9, 19
Belgique.....	4, 9-11, 14, 16-18, 24, 26, 27, 29, 39-42, 44, 47-56, 58-63, 66, 68, 69
Big data.....	49
Bithérapie.....	9, 19, 24, 25, 69
Cabotegravir.....	26
Cancer.....	29, 32, 36, 45, 68
CD4.....	9, 20-24, 27, 32, 47
CDC.....	9, 14
Centre de référence VIH.....	50, 63, 66, 97, 110
Charge virale.....	20-22, 24, 29, 37, 49
Chemsex.....	12
CHU de Charleroi.....	110
Cisgenre.....	26
Cliniques universitaires Saint-Luc (UCLouvain).....	97, 112
Cobicistat.....	33
Cohorte VIH belge.....	4, 50
Coinfection.....	4, 22, 24, 28-31, 33, 35, 36, 42, 43, 48, 52, 60, 62, 65, 68, 69, 72
Comorbidités.....	4, 13, 22-24, 27, 30-34, 37-39, 42, 43, 48, 51, 52, 61, 62, 66, 68, 69
Contamination.....	12, 13, 26, 29, 41, 64
Covid-19.....	9, 12, 16, 25, 29, 30, 43, 44, 49, 53, 54, 60, 62
CPAS.....	9, 47
Crise cardiaque.....	45
Cryptococcose.....	19
Cytomégalovirus.....	19, 30
Dépistage.....	11, 41, 45
Dépression.....	39, 43, 46, 47, 52, 61, 63, 65, 66, 68, 69
DFG.....	9, 35
Diabète.....	9, 30-32, 34, 35, 37, 39
Diabète gestationnel.....	45
Discrimination.....	10, 11, 40, 41, 46, 61, 64, 65, 69
DMO.....	9, 45
Dolutégravir.....	24
Dovato®.....	24
Drogue.....	23, 33, 36, 68
DT2.....	9, 37, 39
Dysfonction neurocognitive.....	38
Dyslipidémie.....	35
Ebola.....	16
Échec thérapeutique.....	19, 27
Effets secondaires.....	15, 19, 22, 24, 26, 33, 51, 68
eGFR.....	9, 35
Emtricitabine.....	26
Épidémie.....	12, 16, 17, 54
Espérance de vie.....	4, 9, 12, 13, 19, 20, 22-24, 27, 31, 33, 44, 51, 68
EVSI.....	9, 24
FA.....	9, 33, 34
FDA.....	9, 14, 19, 24
Foie.....	22, 28, 31-33, 68
Fonctions neurocognitives.....	31, 33, 36, 68
Fragilité.....	4, 31, 37, 38, 44, 48, 52, 68
Frailty.....	31, 37, 38
FVVIH.....	9, 45, 64, 66, 69
Gériatrie.....	11
GHB.....	9, 12
Gilead.....	26
Glaxo Wellcome.....	19
GMHC.....	9, 15
GPA.....	9, 15
Grindr.....	12
Grippe.....	16, 30
HAART.....	9, 29
Hépatite A.....	10, 30
Hépatite B.....	10, 23, 28, 30, 31, 33, 35, 62, 68
Hépatite C.....	10, 23, 29-31, 33, 35
Hépatite chronique.....	28, 29, 68
HIVAN.....	9, 35
Homophobie.....	46, 61, 65
HPVhr.....	45
HSH.....	9, 12, 17-19, 26, 29, 41, 43, 46, 49, 63, 65, 66
Humanisme soignant.....	66
HVVIH.....	9, 45, 65
Hypertension.....	30, 31, 34, 35, 45
IE.....	10, 19, 21
II.....	10, 19, 21
Immunodépression.....	31, 33
Immunosénescence.....	27, 63
Immunosuppression.....	37
IMT.....	10, 44
INAMI.....	10, 40, 66
Indinavir.....	19, 35
Infarctus du myocarde.....	31, 34
Infections opportunistes.....	14
Influenza.....	30
Inhibiteur d'entrée.....	10, 19, 21
Inhibiteur de l'intégrase.....	10, 19, 21
Inhibiteur de la protéase.....	10, 19, 21, 33

INNTI.....	10, 19, 21	Réforme de l'État.....	39
Insuffisance rénale.....	35, 39	Reins.....	22, 32, 34, 63, 68
Interactions.....	27, 29, 33, 39	Réservoirs.....	22, 25, 27
INTI.....	10, 19, 21	Résistance du virus.....	22, 24, 25, 27
IP.....	10, 19, 21, 33	Rétrovir®.....	9, 19
IRC.....	10, 35	Rétrovirus.....	10, 14
Iriscare.....	10, 40	Ritonavir.....	19, 33
Islam.....	47	SAM.....	10, 11, 17-19, 29, 30, 41, 43, 47, 49, 62, 65, 66
IST.....	10, 11, 26	Sarcome de Kaposi.....	19
Laboratoire de référence Sida.....	49	SARS-CoV-2.....	9, 10, 30, 68
Lamivudine.....	24	Sciensano.....	4, 10, 16, 49, 50, 54, 55, 65, 115
LGBT.....	10, 12, 41, 42, 46, 47, 60, 61, 66, 69, 99	Sérophobie.....	11, 40, 44, 61, 65
Lipodystrophie.....	22, 31, 39	Sida.....	9-11, 14-16, 19, 20, 25, 27, 38, 41, 45, 48, 49
Maison de repos. 4, 10, 39, 40, 42-44, 46-49, 52, 53, 60, 61, 64-66, 69		Soins à domicile.....	41, 43, 48, 52, 60, 64
Maison de repos et de soins.....	10, 39, 41, 43, 44	Soins infirmiers.....	42, 43, 64
Maladie opportuniste.....	19	Sras.....	16
Maladies cardiovasculaires.....	10, 32-35, 68	Stigmatisation.....	11, 40, 41, 46, 64-66, 69
Maladies opportunistes.....	19	Suicide.....	42, 47, 60, 61, 65, 68, 69
MAT.....	10, 35	Suivi psychologique.....	60, 63, 65, 69
MCV.....	10, 33	Suppression virale.....	24
Ménopause.....	36, 45, 65	Système cardiovasculaire.....	33
Mers.....	16	Système immunitaire. 14, 20, 21, 29, 32, 33, 45, 65, 66, 69	
Microangiopathie thrombotique.....	35	Système nerveux.....	37
MNT.....	10, 32	Tabagisme.....	33-37
MR.....	10, 39, 42, 43, 63	Tels Quels.....	99
MRS.....	10, 40, 43, 63	Ténofovir.....	24, 26, 35
MST.....	65	TES.....	10, 34
Multimorbidité.....	31, 33	Tinder.....	12, 13
Mutations.....	25	Toxicité.....	12, 19, 24, 26-28, 33, 36, 39, 51, 68
Nevirapine.....	19	Toxoplasmose.....	19
Obésité.....	31, 35	Traitement antirétroviral. 4, 9, 12, 15, 19, 20, 22, 23, 32, 33, 37, 38, 41, 42, 47, 49-52, 58, 62, 63, 68	
Observance thérapeutique.....	24	Traitement antirétroviral.....	48
Offre de soins.....	4, 13, 49, 52, 60, 62, 66	Transgenre.....	26, 28, 46
OMS.....	10, 15, 16	Trithérapie.....	9, 12, 19-21, 24, 69
ONUSIDA.....	10, 15, 16, 40	Triumeq®.....	25
Open data.....	49, 65, 69	Troubles neurocognitifs.....	36, 37, 39
Os.....	36, 68	Truvada®.....	26, 63
Ostéopénie.....	31, 36, 45	Tuberculose.....	29, 47
Ostéoporose.....	31, 33, 36, 39, 45	UDI.....	10, 14, 29
Pandémie.....	5, 12-16, 25, 29, 43, 44, 49, 53	Unia.....	10, 40, 66, 116
Papillomavirus humain.....	10, 29, 30, 45	Vaccin.....	25
Patient naïf de traitement.....	24	VHA.....	10, 30
PCP.....	10, 14	VHB.....	10, 24, 28-30, 33, 62, 65, 68
Plateforme Prévention Sida.....	11	VHC.....	10, 29, 33
Pneumocystose.....	10, 19	Vieillesse.....	12-14, 27, 28, 31, 33, 35, 37, 39, 42, 44-46, 51, 66, 69
Pneumonie bactérienne.....	30	Vigilance éthique.....	66, 67, 69
Polypharmacie.....	39, 60, 64	VIH. 4, 9-42, 44, 45, 47, 49-51, 53-56, 58, 61-63, 65, 66, 68, 69	
PPE.....	10, 26, 27, 65	VIH-1.....	14, 15, 50
PrEP.....	10, 12, 25, 26, 45, 46, 55, 60, 61, 63, 65, 69	VIH-2.....	14, 15, 50
Problèmes cognitifs.....	4, 48, 52, 68	ViiV Healthcare.....	19, 24, 25
Prophylaxie post-exposition.....	10, 26	VIS.....	10, 15
Prophylaxie pré-exposition.....	10, 25, 60	VPH.....	10, 29, 30, 36, 45, 65
PVVIH.....	4, 10, 12-20, 22-24, 26-45, 48-56, 58, 60-70	Zidovudine.....	9, 19
Racisme.....	46, 61, 65		
Recherche qualitative.....	4, 12, 49, 51, 52		
Recherche quantitative.....	4, 12, 49		

