

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LES LIEUX D'ACCUEIL POUR PERSONNES AGÉES

Guide de Formation



Résumé

- 1 - Introduction
- 2 - Présentation du projet
- 3 - Modalités de formation
- 4 - Modules de formation
- 5 - Annexes



Rédaction : Emilie Gérard, Claire Delhove, Maureen Louhenapessy (Plateforme Prévention Sida)

Relecture : Agnès Libois (Centre référence VIH du CHU St Pierre), Fatima Hanine (UNIA), Axel Vanderperre (UTOPIA_BXL), Sophie Castro (Temis), Grâce Ntunzwenimana (Plateforme Prévention Sida), Manon Vleminckx (Tels quels).

Editeur responsable : Thierry Martin, Plateforme Prévention Sida
Place de la Vieille Halle aux blés 28/29 - 1000 Bruxelles



TABLE DES MATIÈRES

1 - Introduction p. 2

2 - Présentation du projet p.3

- 2.1. - Constats p.3
- 2.2. - Objectifs p.3
- 2.3. - Publics p.4
- 2.4. - Partenaires p.4

3 - Modalités de formation p.5

- 3.1. - Construction des modules de formation p.5
- 3.2. - Méthodologie de formation p.5
 - Réaliser un plan de formation p.5
 - Communauté de pratique p.7

4 - Modules de formation

- Module 1 : Qu'est-ce que le VIH ? p.9
 - Le VIH, c'est quoi ? p.10
 - Les modes de transmission du VIH p.12

- Module 2 : La prévention combinée p.13
 - L'utilisation du préservatif p.14
 - Le recours au dépistage p.14
 - Les avancées des traitements : i=i, PrEP, TPE p.14
 - Indétectable = Intransmissible p.15

- Module 3 : Vivre avec le VIH p.17
 - Les traitements anti-VIH p.18
 - Approche psychosocial du "vivre avec le VIH" p.18

- Module 4 : La santé sexuelle p.23
 - Les autres IST p.24
 - La sexualité des seniors p.25
 - Les co-infections p.26

- Module 5 : Accueil des personnes vivant avec le VIH p.29
 - Les enjeux du vieillissement précoce p.30
 - Quel accompagnement p.31
 - Spécificités des publics p.32

- Module 6 : Lutter contre la discrimination p.33
 - Rappel des principes déontologiques de base p.34
 - Les discriminations multiples p.35
 - Trajectoire de soin et compétences transculturelles p.35

5 - Annexes



1. Introduction

Pourquoi ce guide ?

La Plateforme Prévention Sida est une association belge francophone travaillant sur la prévention du VIH-Sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en Wallonie et à Bruxelles.

Créée en 1999, la Plateforme Prévention Sida est une des associations centrales en Belgique dans la prévention du VIH et des IST, dans la lutte contre les discriminations des personnes vivant avec le VIH et dans la promotion de leur bien-être.

En 2018 s'est opéré un changement important lors de la fusion avec SidAids-Migrants/SIREAS, le service de prévention des IST/sida à destination du public afro-latino-caribéen, apportant ainsi son expertise concernant les publics vulnérables.

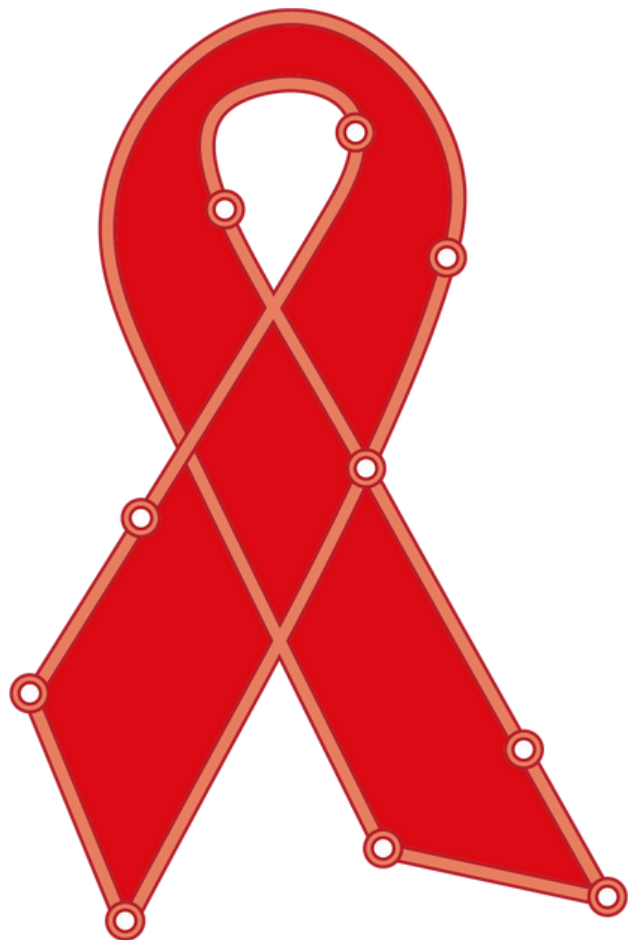
Ces dernières années, les avancées médicales ont été extrêmement importantes dans la lutte contre le VIH, tant au niveau des traitements qu'au niveau des stratégies de prévention. En Belgique, les personnes vivant avec le VIH sont considérées comme des patient-es atteint-es d'une maladie chronique, avec laquelle elles peuvent vivre de très nombreuses années, pour autant qu'elles prennent correctement leur traitement. En plus, il existe aujourd'hui un consensus scientifique mondial affirmant qu'une personne vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable grâce à son traitement ne transmet plus le VIH lors de rapports sexuels non protégés.

Les personnes vivant avec le VIH ne meurent donc plus du sida et vieillissent, avec toutes les implications médicales et sociales que cela suppose. Il est donc essentiel d'actualiser ses connaissances et de se tenir informé-e régulièrement afin de prendre le mieux possible en charge les personnes vivant avec le VIH. C'est pourquoi nous vous invitons à vous servir de ce guide qui, nous l'espérons, sera une aide précieuse pour améliorer vos pratiques de soin.

- Thierry Martin,
directeur de la Plateforme Prévention Sida

“

Aujourd'hui, une personne vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable grâce à son traitement ne transmet plus le VIH par voie sexuelle.



Santé Sexuelle
Positive

2. Présentation du projet

2.1. Constats

Ces dernières années, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a fortement évolué. Les avancées médicales ont permis des progrès au niveau des traitements et une amélioration de la qualité de vie de ces personnes. L'augmentation de l'espérance de vie et l'évolution du statut de l'infection au VIH en tant que maladie chronique a eu pour conséquence de voir, petit à petit, vieillir les personnes vivant avec le VIH.

En 2022, le nombre total de personnes en suivi médical en Belgique est estimé à 18 083 et l'âge moyen est de 47 ans. L'âge moyen des personnes avec le VIH en suivi médical augmente d'année en année ; les personnes âgées de 50 ans et plus en représentaient 49 % en 2022 contre 43% en 2019. Le vieillissement est observé chez les deux sexes : l'âge moyen est de 48 ans pour les femmes et de 50 ans pour les hommes. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH implique également la présence de personnes vivant sous traitement depuis longtemps (Long term survivor). Certain-es vivant parfois depuis plus de 30 ans avec le VIH.

L'évolution de ces données entraîne une quantité de nouveaux enjeux : en termes de qualité de vie (individuelle, sociale et sexuelle) des personnes âgées vivant avec le VIH, d'accompagnement et de prise en charge médicale globale et multidisciplinaire (prenant en compte les comorbidités liées au vieillissement), d'accès aux soins et d'évolution des pratiques des professionnel·les, ainsi que de lutte contre les discriminations.

De nouveaux secteurs de la santé et du social sont ainsi amenés à accueillir des personnes vivant avec le VIH alors qu'ils n'y étaient pas préparés jusque-là. C'est le cas des lieux d'accueil des personnes âgées qui verront les demandes d'accueil augmenter dans les années à venir. Cela va amener le secteur à réfléchir aux mesures particulières à prendre pour accompagner au mieux ce public. Sur le terrain, cela se concrétise par une augmentation des demandes des professionnel·les de l'accompagnement des personnes âgées en termes de formation et d'information sur la séropositivité et le vivre avec le VIH aujourd'hui. La Plateforme Prévention Sida a d'ailleurs été amenée à donner des formations dans plusieurs maisons de retraite suite à l'accueil de nouveaux résident·es vivant avec le VIH.

“

De nouveaux secteurs de la santé sont ainsi amenés à accueillir des personnes vivant avec le VIH alors qu'ils n'y étaient pas préparés jusque-là.

2.2. Objectifs

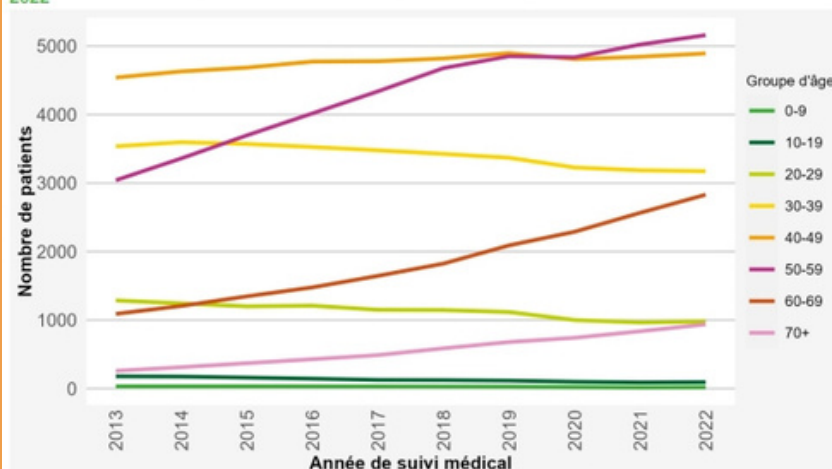
Objectif général

Améliorer le bien-être et la prise en soin des personnes vivant avec le VIH dans les lieux d'accueil pour les personnes âgées, notamment en luttant contre les discriminations et les inégalités dont elles sont victimes.

Objectifs spécifiques

- Renforcer les compétences des acteur·trices du milieu de l'accueil des personnes âgées dans la prise en soin et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH vieillissantes.
- Favoriser la diffusion d'informations pratiques sur l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH vieillissantes dans les lieux d'accueil pour personnes âgées.

Figure 36 : Nombre de personnes avec le VIH par catégorie d'âge et année de suivi médical, 2013 – 2022



@Sciensano 2022

2.3. Publics

Ce guide s'adresse aux responsables de maison de repos, de structure d'hébergement et de soins, des résidences service, des centres de jour ou de court-séjour. Il peut également être utilisé par les personnes en charge des programmes de formation à destination des (futur-es) professionnel·les qui travaillent au sein des structures d'accueil pour les personnes âgées susceptibles d'accueillir des personnes vivant avec le VIH.

Les bénéficiaires intermédiaires sont les membres du personnel travaillant dans les maisons de repos et autres lieux fréquentés par les personnes âgées : le personnel administratif, le personnel soignant (médecins, infirmier·ères, aides-soignant·es, etc.) et les autres membres du personnel (service hôtelier, service technique, cuisine, etc.).

Les publics finaux sont les personnes vivant avec le VIH vivant en maison de repos qui verront, grâce à la mise en pratique de ce guide, leur séjour facilité. Pour plus d'information sur les particularités de ce public, référez-vous au **module 5 "Accueil des PVVIH"**.

2.4. Partenaires

- **UNIA** : Unia est une institution publique indépendante qui lutte contre la discrimination et défend l'égalité des chances en Belgique, dans tous les secteurs de la société. Elle veille également au respect des droits humains en Belgique et contribue à l'évaluation de la Belgique en matière de respect des Droits Humains.

- **Résidence Malibran** : institution privée faisant partie de l'asbl ACIS (Association Chrétienne des Institutions Sociales et de Santé).
- **Erasme (gériatrie)** : Le Service de Gériatrie a pour mission de s'occuper des personnes âgées fragilisées par une affection médicale et/ou chirurgicale.
- **Utopia_BXL** : association qui se consacre à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées LGBT 50+ , à leur soutien et à la défense de leurs droits, à la promotion d'une meilleure compréhension du vieillissement dans toutes les communautés, et à la promotion d'une image positive de l'existence des LGBT.
- **CHU Saint Pierre (CETIM)** : centre de référence VIH conventionné avec l'INAMI qui permet d'offrir au patient un accompagnement social, psychologique, diététique, et sexologique gratuit. Le CETIM comprend une unité de recherche de renommée internationale dans le domaine du VIH, réalisant des études de phase I, II, III et IV.
- **Tels quels** : association qui mène des actions autour des thématiques des orientations sexuelles et des identités de genres. Elle lutte contre les discriminations qui visent les lesbiennes, les gays, les bisexuel·le-s et les trans (LGBT).



3. Modalités de formation

3.1. Construction des modules de formation

Ce guide vous permet de mettre en place une formation adaptée à vos besoins et spécificités. Vous pouvez la mettre en place vous-même si vous avez les compétences pédagogiques en interne ou bien faire appel à des acteurs-trices extérieur-es en fonction des modules (voir : Ressources sur les fiches techniques).

La formation est conçue sous forme de différents modules qui peuvent être abordés de manière aléatoire ou dans l'ordre, selon vos besoins.

Nous vous suggérons, dans un premier temps, de vous familiariser avec l'ensemble des modules puis de construire la formation en choisissant ceux qui correspondent à vos attentes.

Vous trouverez dans la section "Modules de formation" des fiches techniques et des fiches contenus pour chaque module.

- La fiche technique s'adresse principalement aux personnes en charge de la mise en place de la formation. Il s'agit d'un descriptif du module qui reprend : la thématique, les objectifs, le temps nécessaire pour donner la formation, les outils et ressources à disposition pour construire la séance de formation.
- La fiche contenu peut être utilisée par le-la "formateur-trice" pour préparer la séance, mais également être distribuée aux participant-es ou membres du personnel pour plus d'information.

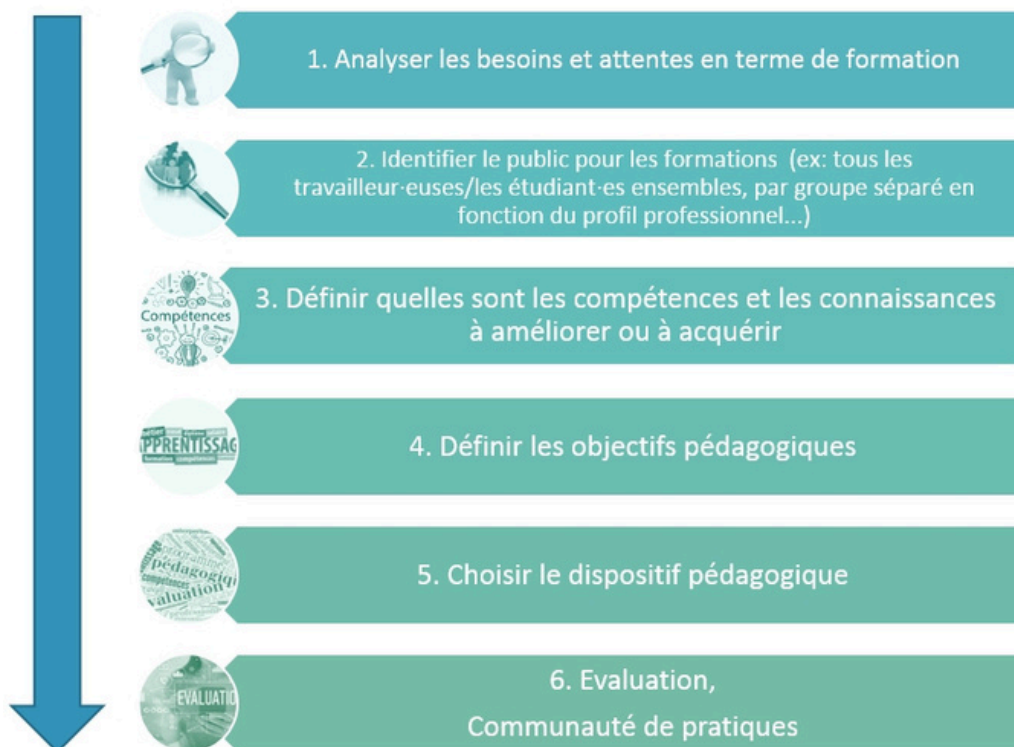
3.2. Méthodologie de formation

Réaliser un plan de formation

Il est très important de penser un plan de formation qui tienne compte du contexte de travail et des objectifs que vous voulez atteindre afin de répondre au mieux aux besoins et attentes des apprenant-es (voir schéma ci-dessous). Il faut donc mettre en place un dispositif pédagogique adapté à votre contexte de travail. L'enjeu est d'utiliser les méthodologies de formation et les techniques d'animation qui répondent le mieux à votre réalité de travail (horaires, temps disponible pour la formation, informatif, participatif et interactif, études de cas, etc.).

1. Analyser les besoins et les attentes en terme de formation

Avant de mettre en place une formation, il est important de questionner les futur-es participant-es sur leurs besoins réels et leurs attentes en fonction de leur profil professionnel (accueil social, médical, entretien, etc.) et de construire le dispositif pédagogique le plus pertinent et adapté à leur réalité.. Cette analyse des besoins peut se faire soit à l'aide d'un questionnaire (anonyme ou pas), soit lors d'une discussion de groupe, d'un entretien, etc.



Les besoins peuvent concerner une demande urgente pour faire face à un problème existant, un souhait de se former de façon continue, etc.

Cela vous permettra de montrer la différence qu'il y a entre les compétences actuelles des travailleur-euses/des étudiant-es et celles qu'ils-elles devraient avoir afin d'améliorer la prise en soin des personnes vivant avec le VIH.

Il est également intéressant de questionner les futur-es participant-es sur leurs connaissances préalables et les bonnes pratiques déjà mises en place, cela afin de favoriser la transversalité des échanges. L'analyse permettra de mieux identifier les compétences à acquérir et les connaissances à renforcer chez les travailleur-euses et clarifier les attentes.

Vous pourrez trouver en annexe des exemples d'outils pour évaluer les besoins des participant-es.

2. Adapter la formation aux profils

En fonction des besoins identifiés il faudra adapter les modules de formation au profil professionnel des étudiant-es/des travailleur-euses du milieu d'accueil des personnes vivant avec le VIH vieillissantes. En effet, les besoins en formation du personnel médical ne seront pas nécessairement les mêmes que ceux du personnel d'accueil, du social, de l'entretien, etc.

Toutefois il est important de donner une formation générale à tout le personnel en même temps, notamment concernant les risques de discrimination, la vie avec le VIH et de donner l'occasion à chacun-e d'exprimer ses peurs concernant les risques de transmission du VIH. Vous choisirez ensuite les modules spécifiques en fonction du profil professionnel (exemple : le personnel médical recevra l'information sur le vieillissement précoce des personnes vivant avec le VIH et le problème de pathologies multiples).

3. Définir quelles sont les compétences et les connaissances à améliorer ou à acquérir

Il faut définir les compétences que les travailleur-euses/les étudiant-es devront développer. S'agit-il de renforcer les connaissances ? De travailler les pratiques professionnelles ? Dans tous les cas, en termes pédagogiques, les formations travailleront le développement des savoirs (les connaissances), des savoir-faire (les compétences) ou des savoir-être (les attitudes).



La formation sera une combinaison de plusieurs formes de savoirs à retravailler, mais nous conseillons vivement à chaque formateur-trice d'inclure dans chaque programme de formation le module 6 sur les compétences transculturelles.

4. Définir les objectifs pédagogiques

Définissez les **objectifs opérationnels** de manière très concrète.

- Décrivez le **but de la formation**, les intentions de la formation. Exemple : « La formation vise à améliorer le bien-être et les soins des personnes vivant avec le VIH dans les lieux d'accueil pour les personnes âgées ».
- Décrivez les **objectifs généraux** qui sont les intentions pédagogiques ainsi que les résultats attendus. Exemple : « la formation vise à renforcer les compétences et les connaissances des travailleur-euses afin d'améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH vieillissantes ».

Décrivez les **objectifs d'apprentissages** spécifiques. Exemples :

- « Au terme de la formation, les participant-es pourront mobiliser les connaissances requises dans la prise en soin des personnes vivant avec le VIH âgées ».
- « Au terme de la formation les participant-es pourront adapter leurs pratiques aux besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH âgées ».

5. Choisir le dispositif pédagogique

Il est très important d'alterner les différentes méthodes pédagogiques que ce soit pour transmettre de l'information ou pour travailler les compétences. La dynamique de la journée de formation sera donnée par des moments d'écoute, de travaux, etc. Plus les méthodes pédagogiques seront variées, plus vous répondrez aux multiples attentes des équipes.

Le renforcement de connaissances et de compétences doit être « le fil rouge » durant les journées de formation et les apports théoriques doivent être diffusés tout au long de la formation.

Exemples :

- Exposé avec présentation power point (pour la mise à niveau des connaissances sur le VIH et les IST, etc.)
- Des réflexions individuelles (sur la séropositivité, le VIH aujourd'hui c'est, etc.)
- Travail en sous-groupes (identifier les craintes dans la prise en soin d'une personne vivant avec le VIH, peur de faire les prises de sang, etc.)

- Travail en binôme (comment améliorer l'accueil des personnes vivant avec le VIH, le premier accueil, que faire vis-à-vis des autres pensionnaires, etc.)
- Études de cas, de situation professionnelles difficiles
- Vidéo (vidéo sur la prévention, les témoignages des personnes vivant avec le VIH (voir <https://www.vivreaveclevih.org/fr/liens-utiles/temoignages/> et <https://preventionsida.org/fr/espace-pro/les-activites/campagnes/>)
- Jeux et mises en situation
- Jeux de rôle
- Des exercices « brises glaces » en début de formation après le lunch, des moments qui doivent être dynamique pour les participant-es

6. Évaluation et Communauté de pratiques

Il est important de penser le processus d'évaluation dès le début de la construction des modules de formation. Évaluer une formation permet d'en mesurer la qualité et l'efficacité, mais également la pertinence. Cela permet de vérifier l'atteinte ou non des objectifs définis dans le programme de formation, ainsi que la satisfaction des participant-es, et permet ainsi de réfléchir à d'éventuelles pistes d'amélioration ultérieures.

Les critères d'évaluation peuvent porter sur le caractère organisationnel comme la mise en place, le déroulement et le rythme. D'autres sont quant à eux, basés sur l'efficacité, l'avis et le ressenti des bénéficiaires de la formation. Vous trouverez en annexe des outils pour vous aider à évaluer votre formation. Ces outils seront utilisés en fonction du moment et des résultats.

Premier temps : au début du module, récolter les attentes.

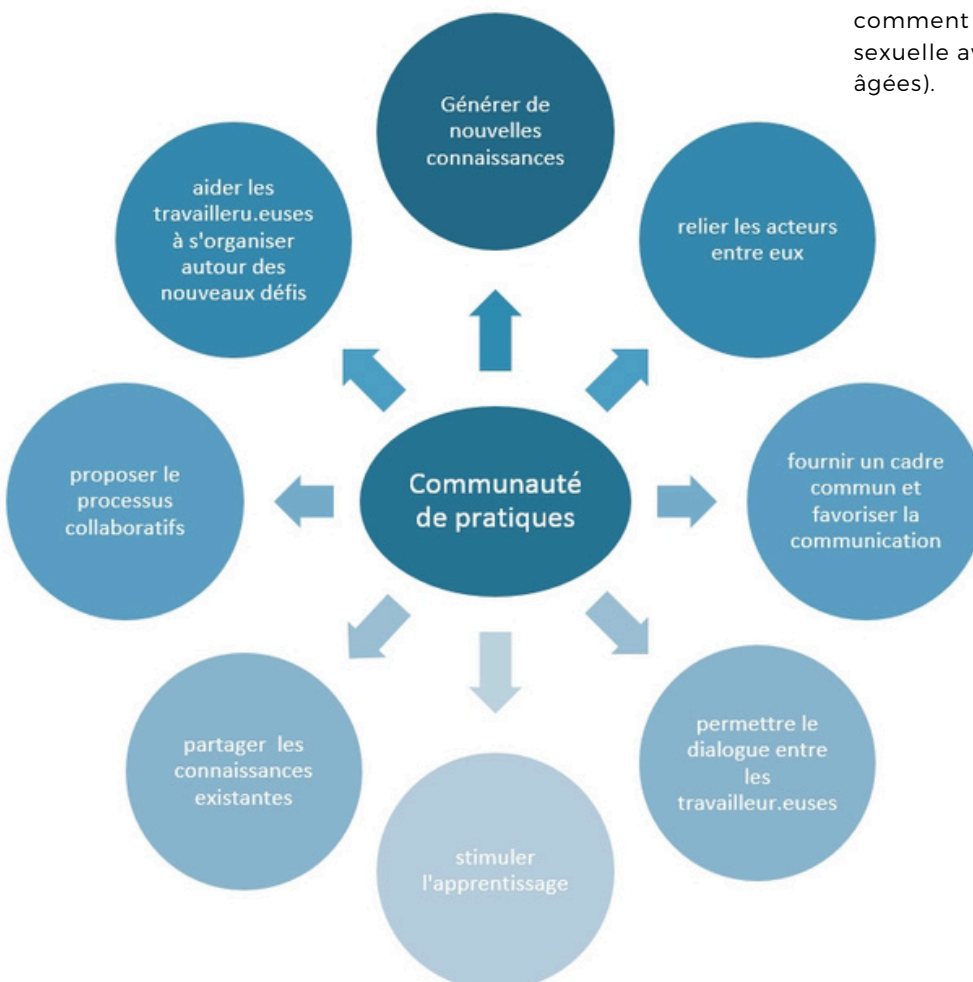
Second temps : débriefing rapide après un module. Vous pouvez demander leur ressenti aux participant-es, les laisser s'exprimer librement.

Troisième temps : fin de la formation. Par un questionnaire établi au préalable, vous pouvez évaluer le ressenti des participant-es et l'atteinte des résultats. Ceci vous permettra par la suite d'adapter de futures formations.

Quatrième temps : révision. A l'aide de vos pratiques professionnelles, par des études de cas, des vignettes, etc. À partir des expériences de chacun-e, vous pouvez dégager des pistes créatives d'actions concrètes.

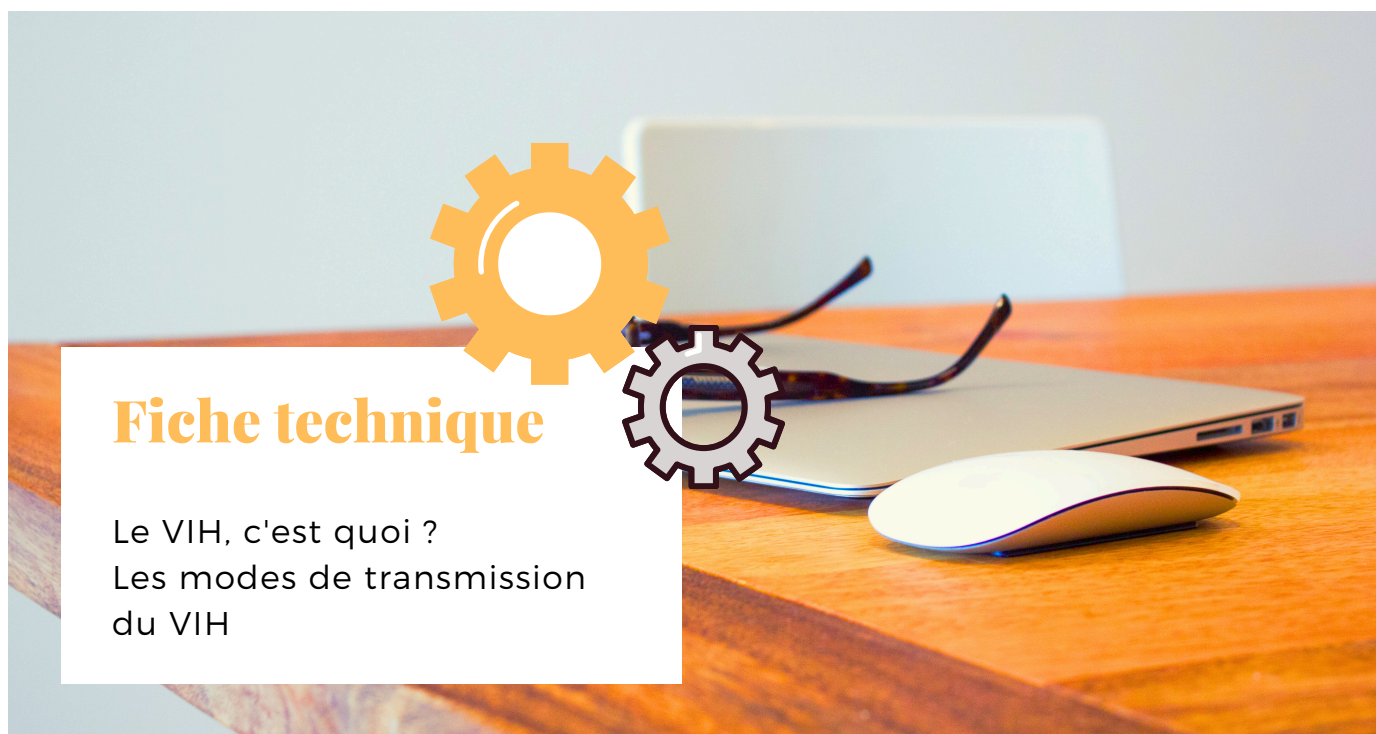
Communauté de pratiques

Il est intéressant de proposer et de mettre en place, au sein des réseaux de maison de repos des communautés de pratique. En effet, la communauté de pratique permet la gestion des connaissances et compétences des travailleur-euses par les échanges d'expériences et d'expertises à partir de pratiques collectives, ce qui permet de créer de nouveaux savoirs. Elle permet de questionner ses pratiques professionnelles et d'en connaître d'autres, de créer des nouvelles pistes de travail, etc. (exemple : un-e infirmier-ère explique à d'autres infirmiers-ères comment il-elle aborde les problèmes de santé sexuelle avec les personnes vivant avec le VIH âgées).



Concrètement, vous pouvez organiser des rencontres régulières, virtuelles ou en présentiel, et vous servir de plateformes en ligne pour faciliter les échanges (réseaux sociaux, forum, etc.).

MODULE 1 : QU'EST-CE QUE LE VIH ?



Fiche technique

Le VIH, c'est quoi ?
Les modes de transmission
du VIH

Objectif général

- Lutter contre la peur et les discriminations liées au manque de connaissance

Objectifs d'apprentissage

- Mettre à niveau les connaissances sur le VIH, son mode de fonctionnement et ses modes de transmission
- Lutter contre les idées reçues sur le VIH

Temps requis

- Début et attentes du personnel/des étudiant-es : 15 minutes
- Contenu de la formation : 45 minutes
- Questions-réponses : 30 minutes

Outils et ressources supplémentaires

- www.vivreaveclevih.org
- www.preventionsida.org
- Brochure "Vivre avec le VIH" (Plateforme Prévention Sida)
- Questionnaires d'évaluations

Fiches contenus module 1

Qu'est-ce que le VIH ?

Le VIH, c'est quoi ?

Le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) est une IST, c'est-à-dire une **infection qui peut se transmettre lors de relations sexuelles**. Sa particularité est de s'attaquer aux **cellules du système immunitaire**, en particulier aux lymphocytes T CD4.

Que veut dire "séropositif" ?

Une personne est dite séropositive lorsqu'elle a été **infectée par le virus du VIH**, c'est-à-dire que le VIH est entré dans son corps et a commencé à se **multiplier**. A partir du moment où le corps est en contact avec le VIH, le système immunitaire commence à produire des **anticorps spécifiques**.

La séroconversion, c'est quoi ?

Pour **dépister l'infection par le VIH**, on réalise une analyse pour **voir si ces anticorps pour le VIH sont présents dans le sang**. Puisque le corps met un certain temps à produire ces anticorps (on parle de délai de séroconversion ou fenêtre sérologique) il faut observer un délai de 6 semaines avant de faire un test de dépistage par prise de sang. La séroconversion est donc le moment où le test pourra détecter les anticorps et donner un résultat positif.

Lors de la primo-infection (2 à 4 semaines après la contamination par le VIH), **une personne infectée peut présenter un syndrome grippal ou des symptômes aspécifiques de type fièvre, douleurs musculaires, fatigue, ganglions, éruption cutanée, maux de gorge ou diarrhées ou ne pas présenter de symptômes du tout**. Lors de cette première phase, le virus se multiplie rapidement et se propage dans tout l'organisme. La personne infectée peut déjà transmettre le virus.

Après quelques semaines, ces symptômes finissent par disparaître même si le virus est toujours présent et pendant plusieurs années la personne peut être asymptomatique.

Quand le virus se multiplie, il **détruit progressivement le système immunitaire** qui, en s'affaiblissant, ne parvient plus à protéger le corps. C'est à ce moment-là que des **maladies opportunistes** se développent (pneumonies, cancers, etc.). C'est ce qu'on appelle le stade SIDA ou Syndrome d'Immunodéficience Acquise. On dit que la personne est « malade du SIDA ».

Il faut donc bien distinguer ces deux stades.

- D'abord, l'infection au VIH, on est séropositif-ve.
- Ensuite, si la personne reste sans traitement, elle pourra arriver au stade SIDA.

Aujourd'hui, peu de personnes arrivent à ce deuxième stade dans les pays où les traitements antirétroviraux sont accessibles. En effet, les traitements empêchent le VIH de se multiplier, stoppent son évolution et réduisent la charge virale jusqu'à un niveau (seuil de détection) trop faible pour pouvoir être détecté par un test sanguin en laboratoire. Une fois que la charge virale a chuté en-dessous de ce niveau (20 ou 50 copies de virus par millilitres de sang - 1 copie = 1 virus), **on dit qu'elle est indétectable** (voir i-i page 15). Faire baisser la charge virale est bon pour le système immunitaire et pour la santé à long terme, car elle permet de diminuer l'impact du virus sur le corps et augmente le taux de CD4. Avoir une charge virale indétectable empêche aussi la transmission du virus à son partenaire lors d'un rapport sexuel non protégé et à son enfant lors de la grossesse et l'accouchement.

Par contre, les médicaments ne permettent pas de se débarrasser totalement du virus.

Séronégatif-ve



Personne qui n'est pas infectée par le VIH.

Séropositif-ve



Personne infectée par le VIH. Le VIH est entré dans son corps et se multiplie, mais l'organisme se défend avec des anticorps. La personne est infectée mais pas malade.

Malade du sida



Personne séropositive dont le système immunitaire est fortement affaibli, et qui dès lors est atteinte par des maladies opportunistes. La personne est malade.



L'infection au VIH est considérée comme une maladie chronique : c'est-à-dire une maladie dont on ne peut pas guérir et pour laquelle on doit suivre un traitement à vie.

Comment le VIH se reproduit-il ?

Le VIH a la particularité de cibler les lymphocytes CD4 et d'y pénétrer. Il utilise en sa faveur l'activité reproductrice du lymphocyte : **c'est la cellule CD4 elle-même qui commence donc à produire des virus**. Lorsque les virus **quittent le lymphocyte**, ils l'endommagent ou le détruisent. Tous ces nouveaux virus cherchent alors d'autres cellules CD4 pour s'y multiplier à nouveau. Les virus sont ainsi de **plus en plus nombreux** tandis que les lymphocytes CD4 sont de moins en moins nombreux dans le sang. Le VIH étant un rétrovirus, il a besoin d'intégrer le noyau de la cellule pour assurer sa réplication (multiplication). La capacité de l'individu à **se défendre contre les infections est alors réduite**.

Les médicaments antirétroviraux ont pour objectif d'empêcher le virus de s'attaquer aux cellules CD4 et de se reproduire. Mais certains endroits sont difficilement accessibles par les médicaments, comme les ganglions. Ces réservoirs constituent alors un sanctuaire où le virus peut faire des dommages, mais aussi au départ duquel il peut à nouveau se répandre dans tout le corps.

Nous détaillons ici les étapes les plus importantes de ce processus, chaque étape est une **cible potentielle pour des médicaments antirétroviraux**.

Etape 1 : Pénétration

Les cellules hôtes du VIH portent à leur surface des co-récepteurs qui sont autant de **portes d'entrée** pour le VIH dans la cellule. C'est par là qu'il pénètre la cellule pour y libérer son contenu génétique.

Etape 2 : Transcription inverse

Le code génétique du VIH est sous forme d'ARN contrairement à celui de la cellule humaine qui est sous forme d'ADN. Pour assurer l'intégration de son matériel génétique à celui de la cellule, il doit y avoir une étape permettant la **« traduction » de l'ARN viral en ADN**, c'est la rétrotranscription obtenue grâce à la transcriptase inverse du virus.

Etape 3 : Intégration

L'ADN issu de la phase de transcription inverse est transporté dans le noyau de la cellule. Cet **ADN s'intègre à l'ADN cellulaire**, grâce à l'action de l'intégrase.

Etape 4 : Synthèse

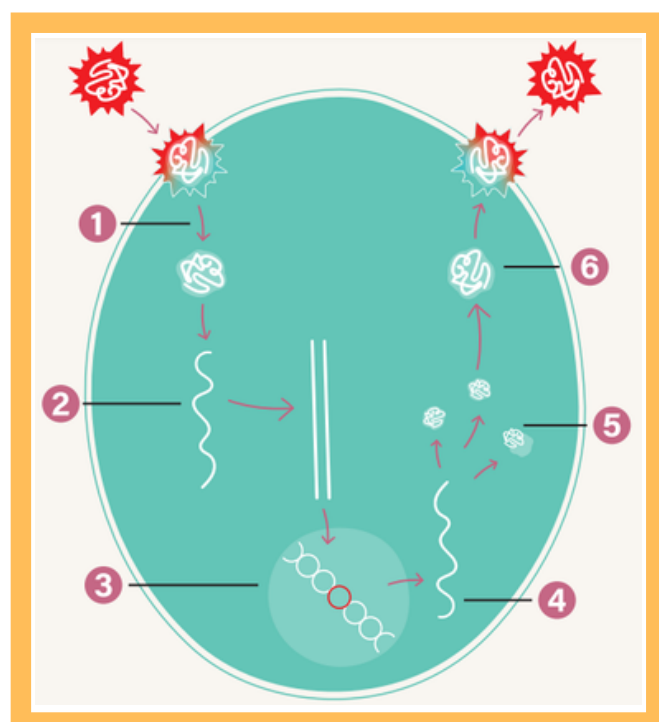
L'ADN sert de mode d'emploi à la synthèse d'ARN viral et la **création de nouvelles protéines virales**. C'est l'étape de synthèse. A partir d'un virus infectant la cellule, de nombreux nouveaux virus vont être synthétisés.

Etape 5 : Maturation

Les protéines formées précédemment n'étant pas mures, elles doivent subir l'action d'une enzyme avant **« l'assemblage »**. Cette enzyme est la protéase. Son action est indispensable pour la création de **virus viables**.

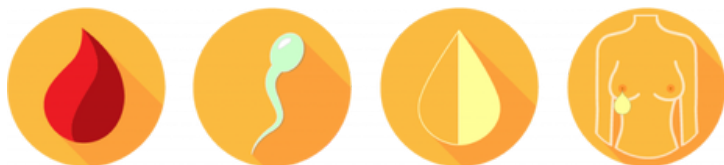
Etape 6 : Bourgeonnement

C'est l'étape finale durant laquelle les nouveaux virus formés quittent la cellule. Le **VIH « enfonce » la membrane cellulaire**, s'entoure de celle-ci et sort de la cellule. Les nouveaux virus sont désormais **prêts à infecter de nouvelles cellules**.



Les modes de transmission du VIH

Six liquides biologiques sont **potentiellement contaminants** : le sang, le sperme, le liquide séminal (liquide transparent qui s'écoule au début de l'érection), le liquide anal, les sécrétions vaginales et le lait maternel.



Pour qu'il y ait transmission du VIH, il faut qu'un liquide contaminant trouve une porte d'entrée dans l'organisme. Les portes d'entrée sont les muqueuses génitales, anales, rectales, buccales.

Il existe **trois modes de transmission** du VIH :

- **La transmission par voie sexuelle** lors de rapports sans moyen de protection (préservatif, i=i, PrEP) : pénétration vaginale, pénétration anale, cunnilingus avec présence de sang, donner une fellation.

Il n'y a pas de risque lors d'une fellation pour la personne qui la reçoit. La personne qui donne une fellation peut cependant être infectée par le VIH à cause du liquide séminal (liquide qui apparaît pendant l'excitation). Le risque augmente lorsqu'il y a **éjaculation dans la bouche, le sperme étant un liquide plus contaminant** que le liquide séminal.

Le risque vient alors de micro-lésions dans la bouche qui sont des « portes d'entrée » pour le virus.

Exemples : petites plaies, abcès, boutons de fièvre sur les lèvres, etc.

- **La transmission par contact direct avec du sang contenant du virus** :

- Lors du partage de seringues et/ou d'autre matériel (coton, cuillère, garrot, eau, ...) entre usagers de drogues par voie intraveineuse.
- Lors d'un contact accidentel avec une aiguille ou autre matériel contaminé par du sang, essentiellement chez les travailleuses de la santé (risque faible).
- Lors de la transfusion de sang provenant d'une personne infectée par le VIH. Cette situation a **disparu dans nos pays**.

- **La transmission verticale pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement** : il y a un risque de contamination de la mère séropositive à son enfant durant la grossesse (contamination par voie sanguine), l'accouchement (par voie sanguine et par les sécrétions vaginales) et l'allaitement (par le lait maternel).

Si une femme prend un traitement antirétroviral avant de tomber enceinte, ou très tôt durant sa grossesse, et qu'elle maintient une charge virale indétectable jusqu'à la naissance de l'enfant, **elle ne transmettra pas le VIH à son bébé** pendant la grossesse ou l'accouchement, mais l'allaitement reste contre-indiqué dans notre pays car il persiste un très faible risque.

Le virus ne se transmet pas par

- **les larmes, la sueur, la salive, la toux et les éternuements,**
- **par les piqûres d'insecte** (le virus VIH ne survit pas dans les glandes salivaires du moustique),
- **par les poignées de mains,**
- **par les baisers, les massages, la masturbation ou les caresses sexuelles.**
- **La peau saine étant imperméable, elle offre une excellente protection contre le VIH.**

Il n'y a pas de risque lorsqu'on dort dans le même lit, qu'on partage des vêtements, qu'on boit dans le même verre ou qu'on mange dans le même plat, ni lors de la baignade, ou par le contact avec la lunette des toilettes.

Par ailleurs, dans les pays industrialisés, le risque de contamination par transfusion sanguine est très faible car chaque don de sang fait systématiquement l'objet d'un dépistage. Il n'y a pas de risque non plus, lors d'un don de sang, puisque le matériel utilisé est toujours stérile et à usage unique.

Les soins dentaires, le piercing et le tatouage sont également sans risque si les règles d'hygiène sont respectées et que le matériel est stérile ou à usage unique.



MODULE 2 : LA PRÉVENTION COMBINÉE

Fiche technique

L'utilisation du préservatif
Le recours au dépistage
Les avancées des traitements :
PrEP, TPE
Indétectable = Intransmissible

Objectif général

- Lutter contre les idées reçues sur le VIH et les discriminations qui en découlent

Objectifs d'apprentissage

- Mettre à niveau les connaissances sur les moyens de prévention du VIH et l'évolution de la science
- Lutter contre le dépistage tardif

Temps requis

- Début et attentes du personnel/des étudiant-es : 15 minutes
- Contenu de la formation : 45 minutes
- Questions-réponses : 30 minutes

Outils et ressources supplémentaires

- www.preventionsida.org
- <https://myprep.be>
- Brochure "La prévention combinée du VIH" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "Vivre avec le VIH : indétectable = intransmissible" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "L'impossible devient possible, mieux comprendre i=i" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "Le TPE" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "Le guide d'utilisation de la PrEP" (myprep.be)
- Questionnaires d'évaluations

Fiches contenus module 2

La prévention combinée

La **prévention combinée** est une stratégie de lutte contre le VIH et les autres IST (Infections Sexuellement Transmissibles). Mais de quoi s'agit-il ?

C'est la possibilité de combiner **plusieurs outils de prévention** en fonction de sa situation, de ses besoins, de ses pratiques ou de son mode de vie.

La sexualité est une affaire très personnelle, avec des pratiques et des désirs qui varient d'une personne à l'autre. D'où l'intérêt de la prévention combinée qui **élargit le choix** des stratégies de prévention. **A chacun-e de faire celui qui lui convient le mieux.**

Car si **le préservatif reste un moyen incontournable pour se protéger, le dépistage et les traitements jouent aussi un rôle capital dans la prévention du VIH et des IST**, et présentent de nombreux avantages.

La prévention combinée repose sur trois grandes stratégies :

L'utilisation du préservatif

Le préservatif (externe ou interne) est l'outil le plus utilisé et le plus accessible pour se protéger et protéger son-sa-ses partenaire-s contre le VIH et les IST.

Pour que la protection soit efficace, il faut bien suivre le mode d'emploi (<https://preventionsida.org/fr/protection/le-preservatif/>). Une mauvaise utilisation du préservatif peut causer des déchirements ou des glissements pendant le rapport sexuel. La protection contre le VIH et les IST n'est alors plus assurée.

Le recours au dépistage

Connaitre son statut sérologique, c'est savoir si on est séropositif-ve (infecté-e par le VIH) ou séronégatif-ve (non infecté-e par le VIH). La connaissance de son statut sérologique est essentielle.

Au niveau individuel, cela permet de **prendre un traitement le plus tôt possible si l'on est porteur-euse du VIH et de conserver une espérance et une qualité de vie équivalentes à celles de n'importe qui.**

D'un point de vue collectif, cela permet de réduire le nombre d'infections par le VIH car **une personne se sachant porteuse du VIH va adapter ses pratique, mais surtout, elle va prendre un traitement antirétroviral et dès que la charge virale est indétectable, il n'y a plus de risque de transmission.**

Il existe **3 types de dépistage** :

- **Le test de dépistage classique de 4ème génération** : Il s'agit d'un test réalisé par une **prise de sang**, à faire dans un délai de **6 semaines** après la dernière prise de risque.

- **Le test Rapide à Orientation Diagnostique (TROD)** : Il s'agit d'un test réalisé avec de la **salive ou une goutte de sang**, avec un **résultat en quelques minutes**. Toutefois, contrairement au test classique par prise de sang, il faut attendre **3 mois** entre la prise de risque et le test pour qu'un test non réactif soit tout à fait fiable. En cas de résultat réactif, il est obligatoire de le confirmer par un test classique.
- **L'autotest** : Il s'agit d'un **TROD vendu en pharmacie** que l'on peut réaliser soi-même à partir d'une goutte de sang. Le délai d'attente pour réaliser ce test, en cas de prise de risque, est aussi de **3 mois** pour qu'un test non réactif soit tout à fait fiable. En cas de résultat réactif, il est obligatoire de le confirmer par un test classique par prise de sang.

Les avancées des traitements : PrEP, TPE

PrEP

Des antirétroviraux utilisés de manière préventive permettent **aux personnes séronégatives** d'éviter d'être infectées par le VIH même si elles sont en contact avec le virus : c'est ce qu'on appelle la PrEP (Pré Exposition Prophylaxie).

La PrEP **empêche le virus du VIH de se développer et de se fixer dès son entrée dans le corps**. Il existe plusieurs façons de la prendre :

- **La PrEP en continu** : il s'agit de prendre 1 comprimé tous les jours à la même heure pendant une certaine période.
- **La PrEP à la demande** : il s'agit de prendre 2 comprimés minimum 2h et maximum 24h avant le rapport sexuel et puis de reprendre 1 comprimé le lendemain à la même heure et un deuxième 24h après.

Le schéma est décidé avec un-e spécialiste lors d'un premier rendez-vous.

Lors de l'utilisation de la PrEP, **un suivi médical est important pour vérifier** :

- qu'il n'y a pas de contamination au VIH
- la présence d'IST pour les traiter
- le fonctionnement des reins
- que l'utilisateur-trice n'a pas de question et respecte bien les schémas de prise des comprimés.

La PrEP peut être remboursée si on répond à des critères d'éligibilité.



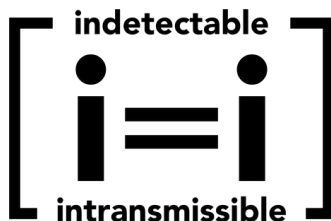
TPE

Enfin, il est possible de recevoir un **traitement d'urgence après un risque élevé d'exposition au VIH** afin d'éviter l'infection : c'est le TPE (Traitement Post Exposition). **Le TPE doit être pris au plus vite après le risque. Après 72 heures, il ne sera plus efficace.**

Le TPE est une trithérapie d'un mois qui permet de **stopper la multiplication du virus**, et d'empêcher qu'il envahisse le corps. Il s'agit d'un traitement qui doit être pris durant 4 semaines avec un suivi médical et des prises de sang réparties sur une période de 3 mois. Il est **prescrit sous certaines conditions** par le·la médecin de la salle d'urgence du Centre de référence VIH. La prescription se fait **après un entretien** qui permettra au médecin d'évaluer le risque d'infection par le VIH.

Pour les IST aussi, l'utilisation combinée du préservatif, du dépistage et du traitement permet de prévenir l'infection de son-sa-ses partenaire-s.

Indétectable = Intransmissible



Les traitements permettent aux personnes vivant avec le VIH de diminuer les effets du virus sur leur corps et d'augmenter leur qualité de vie. Mais les traitements sont aussi un moyen efficace pour empêcher la transmission du virus.

Aujourd'hui, il y a un consensus mondial pour affirmer que les traitements contre le VIH permettent de prévenir la transmission du VIH lors de relations sexuelles non protégées.



Une personne séropositive ayant une charge virale indétectable grâce à son traitement ne transmet plus le VIH par voie sexuelle.

En effet, les traitements empêchent le virus de se multiplier, bloquent son évolution et diminuent la **charge virale**, c'est-à-dire la quantité de virus dans le sang. En prenant correctement son traitement, une personne vivant avec le VIH peut réduire sa charge virale, au point que la quantité de VIH dans le sang soit tellement faible qu'elle ne peut plus être détectée au laboratoire grâce aux techniques actuelles (20 ou 50 copies de virus par millilitres de sang - 1 copie = 1 virus) : on parle de **charge virale indétectable**. Quand la charge virale est indétectable, alors le VIH ne peut plus être transmis lors de relations sexuelles, même sans préservatif, et la personne peut même avoir des enfants séronégatifs.



Préservatif



Dépistage



Traitement

MODULE 3 : VIVRE AVEC LE VIH



Fiche technique

Les traitements anti-VIH
Approche psychosociale du
vivre avec le VIH

Objectif général

- Sensibiliser à l'expérience de la vie avec le VIH

Objectifs d'apprentissage

- Mettre à niveau les connaissances sur l'évolution de la science
- Lutter contre les idées reçues sur le VIH et les discriminations qui en découlent
- Améliorer le bien-être et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH

Temps requis

- Début et attentes du personnel/des étudiant-es : 15 minutes
- Contenu de la formation : 45 minutes
- Questions-réponses : 30 minutes

Outils et ressources supplémentaires

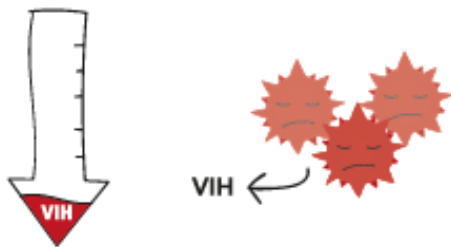
- www.vivreaveclevih.org
- Brochure "Connaitre et faire valoir ses droits" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "L'exclusion des personnes vivant avec le VIH reste une réalité" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "Vivre avec le VIH" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "Enquête sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH" (Plateforme Prévention Sida)
- Pezeril Charlotte, Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles) », rapport court, Observatoire du sida et des sexualités, Plateforme Prévention Sida, novembre 2012.
- Questionnaires d'évaluations

Fiches contenus module 3

Vivre avec le VIH

Les traitements anti-VIH

Réduire la charge virale : moins de virus (VIH)



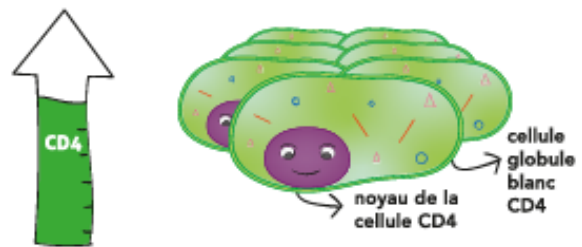
Le traitement de l'infection par le VIH repose sur l'utilisation de médicaments connus sous le nom de **médicaments antirétroviraux**.

Les médicaments antirétroviraux agissent en **bloquant la multiplication du VIH**. Une personne vivant avec le VIH non traitée peut avoir une charge virale élevée, cela veut dire qu'elle a plusieurs milliers, voire plusieurs millions de copies de virus par millilitre de sang. **L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre la charge virale la plus faible possible** : c'est ce qu'on appelle la charge virale indétectable, c'est-à-dire une quantité de virus dans le sang tellement faible qu'elle n'est plus mesurable lors des tests sanguins avec les techniques de laboratoire actuelles.

Grâce à l'efficacité des traitements et à condition bien sûr qu'il soit bien suivi, la grande majorité des patient-es traité-es a une charge virale indétectable. Les avantages de ces améliorations sont bien sûr très importants : **d'une part, l'infection n'évolue plus, la personne est en meilleure santé, et d'autre part, le virus ne peut plus être transmis lors de relations sexuelles non protégées ou de la mère à l'enfant**. Bien entendu, il y a toujours un risque pour les autres infections sexuellement transmissibles si le préservatif n'est pas utilisé.

Les traitements antirétroviraux se sont également considérablement simplifiés puisque, aujourd'hui, la majorité des patient-es peuvent être traité-es avec 1 à 3 pilules/jour en une seule prise. **Un traitement à longue durée d'action est également possible**. C'est un traitement par injection intramusculaire administré tous les 2 mois. Au lieu de prendre les traitements par la voie orale, le patient reçoit deux piqûres administrées par le personnel médical de son centre de référence VIH. Il s'agit d'une injection de chaque produit de deux antirétroviraux (cabotégravir et rilpivirine) dans chaque fesse tous les 2 mois (donc 2 injections tous les 2 mois). **Le traitement par injection ne peut être donné que lorsque la charge virale est indétectable, ce n'est donc jamais un premier traitement**. Il doit être pris sans interruption comme les autres traitements conformément aux instructions données par les professionnels du centre de référence VIH.

Renforcer le système immunitaire : plus de cellules CD4



Avant de passer au traitement par injection, le patient doit d'abord prendre un comprimé de cabotégravir, et un de rilpivirine par voie orale, chaque jour pendant un mois. Durant cette période, le médecin du centre de référence VIH effectuera un suivi pour voir si le traitement est bien adapté à son cas et pour observer des effets indésirables éventuels.

Le patient reçoit ensuite deux premières injections, une dans chaque fesse, le dernier jour de la prise de son traitement par voie orale. Le mois suivant, le patient reçoit deux nouvelles injections à la même date que la première fois : c'est la date cible. Il continuera ainsi à recevoir ces injections tous les 2 mois à la date cible.

Le chemin parcouru par rapport aux traitements très compliqués du passé est donc considérable.

Comment fonctionnent les traitements ?

Le VIH infecte principalement les cellules du système immunitaire appelées lymphocytes CD4.

Pendant les premières années de l'infection par le VIH et en l'absence de traitement, le nombre de cellules CD4 chute progressivement et le système immunitaire s'affaiblit. Il devient incapable de lutter contre les infections et la personne pourrait alors développer des maladies : c'est le stade sida.

Les traitements agissent à différents stades de reproduction du virus (voir **comment le VIH se reproduit** page 11) en fonction des molécules qu'ils contiennent :

- Les « **inhibiteurs d'entrée** » empêchent le virus de se fixer aux cellules CD4.
- Les « **inhibiteurs nucléosidiques** » et « **Inhibiteurs non nucléosidiques** » empêchent le virus de changer sa structure et passer de l'ARN à l'ADN.
- Le VIH se cache plus profondément dans la cellule. Les « **inhibiteurs de l'intégrase** » empêchent le virus d'intégrer son ADN à celui de la cellule hôte.
- Le VIH se multiplie dans la cellule. Les « **inhibiteurs de protéase** » empêchent la maturation.

Approche psychosociale du vivre avec le VIH

En Belgique, en 2022, la plupart des personnes vivant avec le VIH en suivi médical sont des **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**, ainsi que des **femmes et des hommes originaires d'Afrique subsaharienne**. Ces deux publics cumulent des fragilités en matière de discrimination, mais aussi, pour les femmes, des difficultés d'ordre socio-économique liées à leur genre et à la migration, ainsi qu'un plus grand isolement.

Malgré les progrès de la science, **la vie avec le VIH n'est pas un long fleuve tranquille**. De nombreuses personnes se heurtent à l'incompréhension et au tabou de la maladie, à des rejets de la part de leur communauté, voire à des réactions de peur et de médisance dès lors qu'elles parlent de leur séropositivité. **L'annonce est l'un des défis majeurs de la vie avec le VIH.**

Selon une enquête de 2012* sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH, 84,3% des répondant-es ont annoncé leur statut sérologique à au moins une personne.

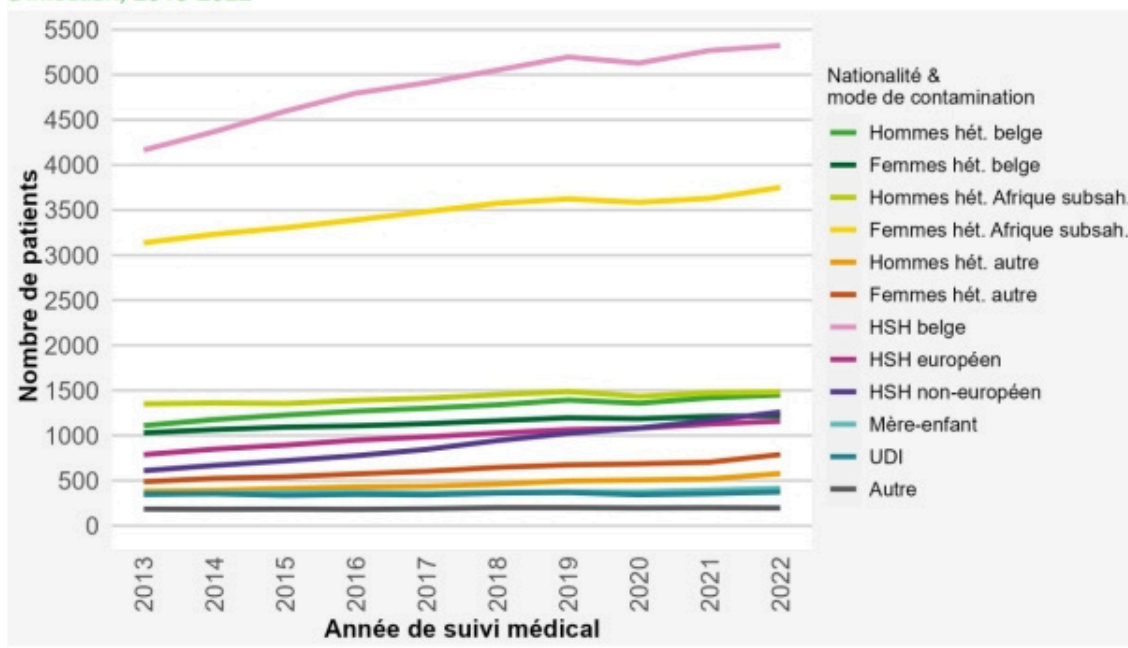
Parmi ceux-celles l'ayant révélé, 62,9% l'ont au moins dit à un-e ami-e, 56,4% à une personne de leur fratrie et 89,7% à leur partenaire stable, pour ceux qui sont en couple. Dans le milieu professionnel, la majorité des répondant-es (58,4%) a préféré ne pas en parler. Tout profil social confondu, 54,3% des répondant-es n'avaient pas d'activité professionnelle (déclarée ou non).

En 2019**, une enquête sur les discriminations des personnes vivant avec le VIH révèle que 67% des répondant-e-s se sont déjà senti-e-s discriminé-e-s depuis l'annonce de leur séropositivité.



59,1% des personnes ayant précisé le contexte dans lequel elles ont été discriminées ont rapporté au moins une situation de discrimination par les professionnels de la santé et au moins une personne sur trois (33,5%) rapporte un événement discriminatoire dans le cadre de son travail actuel ou passé. Dans la sphère privée, 28,5% déclarent avoir déjà renoncé à une relation sexuelle et presque le double à une relation affective (54,9%) par crainte d'être rejeté.

Figure 38 : Évolution du nombre de personnes en suivi par nationalités groupées et mode probable d'infection, 2013-2022



@Sciensano 2022

HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
UDI : Usager-ère de drogue par injection

*Enquête réalisée en 2012 par la Plateforme Prévention Sida, le groupe Actions Plus et l'Observatoire du Sida et des sexualités.

**Fanette Blaizeau, Observatoire SIS Association, 2019.

La **discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est toujours une réalité**. Selon une enquête de 2021 réalisée par l'Institut CSA intitulée « Le rapport des Français au VIH/sida 40 ans après son apparition : évaluation des connaissances et des perceptions » :

- 27% des parents interrogés se sentiraient « mal à l'aise » si « l'un·e des enseignants·es de leur enfant était séropositif·ve ». Ce taux grimpe à 38% chez les moins de 35 ans.
- 17% des répondants·es en activité se sentiraient « mal à l'aise » à l'idée d'avoir « un·e collègue de travail séropositif·ve ».
- Enfin, 13% des répondants·es se disent gênés·es à l'idée de « fréquenter le même cabinet médical qu'une personne séropositive ».

Ce sentiment de malaise est principalement dû à la peur d'être contaminé·e (3/4 des répondant·es), ce qui témoigne d'un manque de connaissance sur les modes de transmission du VIH.

Ces difficultés ont un **impact direct sur le bien-être des personnes vivant avec le VIH** tant au point de vue de la santé physique que de la santé mentale :

- Isolement social et problème d'intégration dans la société
- Perte de l'estime et de la confiance en soi
- Impact direct sur la qualité de vie
- Conséquences sur la santé mentale (dépression, trouble d'anxiété)
- Difficultés à prendre son traitement
- Obstacle à une vie complète, satisfaisante et épanouie
- Barrière à une vie affective et sexuelle épanouie

En effet, certaines personnes s'**auto-stigmatiseront** et s'isoleront par peur du rejet. Elles **perdront ainsi l'estime d'elles-mêmes** et passeront sous silence leur vie affective et sexuelle, voire leur vie sociale. C'est d'autant plus vrai lorsque la personne est âgée, car l'isolement, déjà fort présent chez les personnes vivant avec le VIH augmente avec l'âge (60,6% des répondant·es à l'enquête de 2012 vivent seul·es et 57,1% des répondant·es à l'enquête de 2019 sont célibataires).



La discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est toujours une réalité.

La **discrimination**, c'est le fait de traiter une personne de manière moins favorable qu'une autre dans une situation comparable, en raison, par exemple, de son état de santé actuel ou futur ou de son handicap, sans que cela ne se justifie.

Depuis le 10 mai 2007, une **loi anti-discrimination** est entrée en vigueur en Belgique. Celle-ci peut s'appliquer à tous les cas avérés de discrimination fondée sur l'état de santé actuel ou futur, ou sur le handicap. Au sens de la loi, la notion de handicap doit être interprétée très largement : elle prend en compte les personnes affectées d'une maladie chronique. Elle concerne donc également les personnes vivant avec le VIH.

La loi reconnaît **19 critères protégés** qui définissent les différentes formes de discrimination. Lorsque la discrimination se base sur plusieurs de ces critères, c'est de la discrimination multiple (voir **Module 6 : Lutter contre la discrimination**).



Non au virus de la discrimination dans le milieu des soins

Bien que le milieu médical soit le lieu central de soins, d'informations sur la vie avec le VIH et que la confidentialité est de mise, **on y trouve malgré tout des comportements stigmatisants et discriminatoires de la part de certain-es professionnel·les de la santé.**

Selon une enquête de 2020*** réalisée dans 11 pays européens sur la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH dans le milieu médical, il n'est pas rare qu'elles soient confrontées à des formes de comportements discriminatoires. Dans l'ensemble, la forme de discrimination la plus couramment signalée est **le refus de soins** (33,6% d'occurrence dans les cabinets dentaires français dont 78% sont le fait du secrétariat au moment de la prise de contact), suivie de la prestation de soins à la fin des heures de consultation. D'autres formes de comportements stigmatisants signalés, qui ne constituent pas une forme de discrimination, comprennent des **questions inappropriées, une attitude négative ou de jugement, l'évitement des contacts physiques et l'adoption de mesures d'hygiène excessives** (6% des répondant-es kirghizes ont rencontré cette forme de stigmatisation auprès d'infirmier·ère dans des services non spécialisés pour le VIH, et 10,3% dans des services spécialisés pour le VIH). **La source de ces problèmes réside généralement dans le manque de connaissances concernant le VIH/SIDA parmi les professionnel·les de la santé.**

Les atteintes à la confidentialité ont également été fréquemment signalées parmi les mauvaises pratiques (28% des répondant-es allemands ont signalés que la mention VIH avait été marquée de façon visible sur leur dossier médicale au cours de l'année écoulée) et les soins dentaires ont été marqués comme étant les plus problématiques (42,5% des répondant-es tchèques sont concerné-es).

“

Une infirmière a mis deux paires de gants et sa collègue lui a dit ensuite “lave-toi bien les mains, même deux fois, on ne sait jamais avec ces gens-là” devant ma mère et les autres patients en salle d'attente.

2019**

“

Je suis allée chez une jeune médecin qui m'a demandé quels médicaments je prenais. Quand je lui ai dit, elle s'est exclamée : « Ah ! vous avez le SIDA ! » Non, je n'ai pas le sida ! Elle était hésitante pendant l'examen médical. Ça m'a énervé et j'ai préféré changer de médecin.

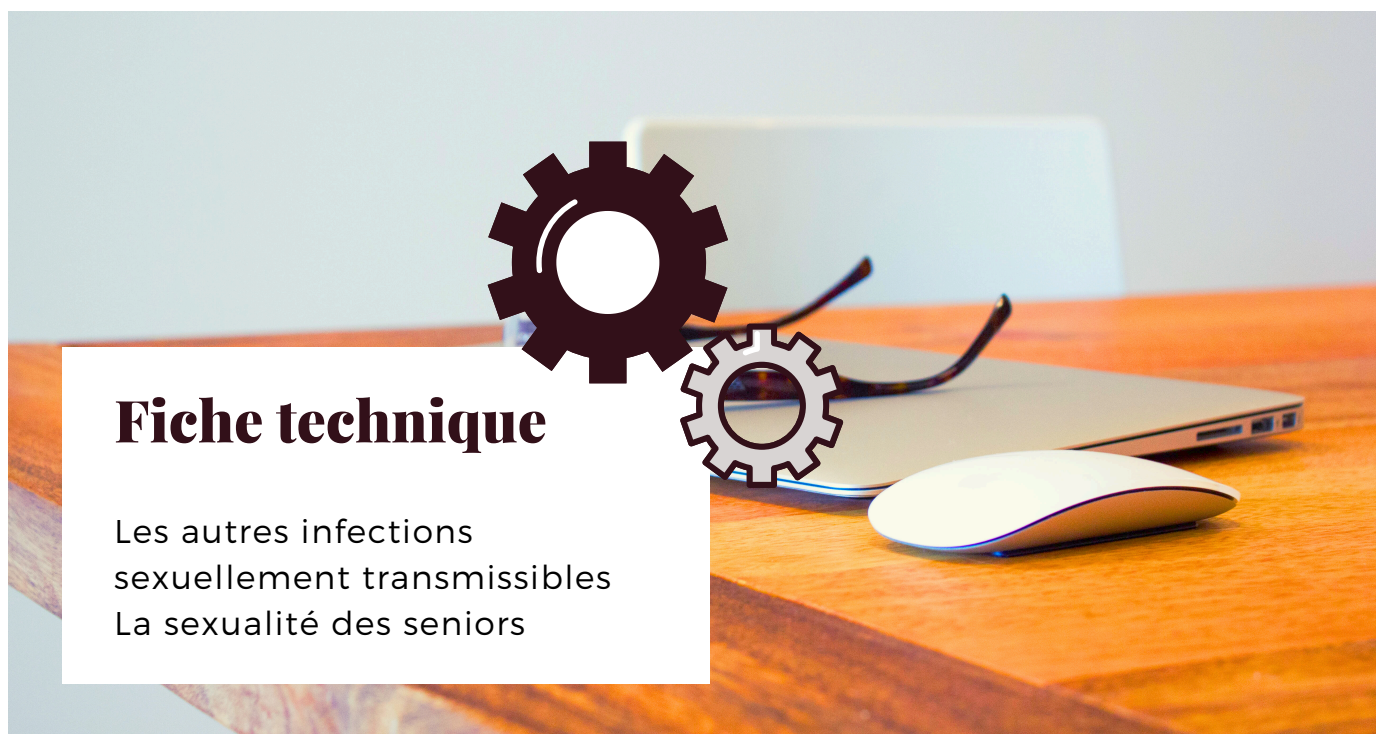
En tant que prestataire de soins, nous vous invitons à :

- Appliquer les mesures de précautions universelles sans distinction et sans geste superflus
- Être sans crainte face à une personne qui vous annonce son statut sérologique. Elle prend un traitement et ne peut plus transmettre le virus.
- Renouveler vos connaissances sur le VIH afin de suivre l'évolution de la science.
- Les attitudes stigmatisantes, les protections excessives, ne font que mettre mal à l'aise les personnes vivant avec le VIH, détériorent la relation et la confiance envers vous et affectent leur santé mentale.
- Veiller au respect de la confidentialité au sein de votre établissement, et ce, à tous les niveaux de poste.

***Discrimination against people living with HIV with healthcare settings, a comparative 11-country report (AIDS ACTION EUROPE, Juillet 2022)

**Fanette Blaizeau, Observatoire SIS Association, 2019.

MODULE 4 : LA SANTÉ SEXUELLE



Fiche technique

Les autres infections sexuellement transmissibles
La sexualité des seniors

Objectif général

- Améliorer la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH

Objectifs d'apprentissage

- Lutter contre les idées reçues sur le VIH et les discriminations qui en découlent
- Mettre à niveau les connaissances sur les infections sexuellement transmissibles et la santé sexuelle des personnes âgées
- Sensibiliser à l'expérience de la vie avec le VIH

Temps requis

- Début et attentes du personnel/des étudiant-es : 15 minutes
- Contenu de la formation : 45 minutes
- Questions-réponses : 30 minutes

Outils et ressources supplémentaires

- www.vivreaveclevih.org
- Brochure "Les IST" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "La sexualité n'a pas de date de péremption, les infections sexuellement transmissibles non plus !" (Espace seniors)
- Questionnaires d'évaluations

Fiches contenus module 4

La santé sexuelle

Qu'est-ce que la santé sexuelle ?

Il s'agit d'une façon positive et respectueuse de penser la sexualité et les relations sexuelles. Le bien-être et le plaisir de la personne sont au centre. Les programmes de santé sexuelle sont là pour donner aux gens la possibilité de prendre leurs décisions pour avoir une sexualité sans soucis, mais aussi sans risque, sans violence, sans discrimination, sans contrainte ou pression.

Les autres infections sexuellement transmissibles

Les **IST** sont des **infections sexuellement transmissibles** provoquées par des bactéries, des virus ou des parasites. **Le VIH, la chlamydia, la gonorrhée, le virus du papillome humain (ou HPV), l'herpès, la syphilis, les mycoses et les hépatites B et C sont toutes des IST.** Elles se transmettent, entre autres, **lors de pratiques sexuelles sans préservatif** : pénétration vaginale et anale, fellation, cunnilingus, anulingus, caresse/masturbation sexe contre sexe, etc. Un simple **contact entre des muqueuses** peut aussi être à l'origine d'une infection par une IST. Certaines IST se transmettent aussi **lors du baiser et des caresses**, comme la syphilis ou l'HPV.

Les **principaux symptômes** des IST sont des écoulements anormaux au niveau des organes génitaux, des rougeurs des organes génitaux, des éruptions cutanées, un chancre, de la fièvre, des douleurs dans le bas ventre, etc. Mais attention, **certaines IST n'ont pas de symptômes visibles** c'est-à-dire qu'aucun signe extérieur ne montre la présence de l'infection. On peut donc être infecté-e par une IST sans le savoir. Mieux vaut se faire dépister après une prise de risque, même en l'absence de symptômes.

Être infecté-e par une IST peut augmenter le risque d'infection par une autre IST. En effet, les IST fragilisent les muqueuses qui deviennent alors de plus grandes « portes d'entrée » pour les autres IST et pour le VIH.

La plupart des IST peuvent être guéries sans laisser de séquelles si elles sont soignées à temps. Il ne faut pas laisser ces infections sans traitement car non traitées, elles peuvent avoir des conséquences graves (stérilité, cancer, etc.). Certaines IST, comme le VIH, l'herpès ou l'hépatite B, peuvent être traitées sans pour autant être guéries. On parle alors de maladies chroniques.

Certaines IST peuvent être évitées grâce à des vaccins. On peut ainsi se protéger efficacement contre les hépatites A et B et les principales souches de l'HPV, l'IST responsable de la plupart des cancers du col de l'utérus.

La chlamydia (bactérie Chlamydia trachomatis)

Symptômes : pertes vaginales anormales, écoulement clair par le vagin, le pénis ou l'anus, rougeur des muqueuses (gorge, vagin, méat urinaire, anus), sensation de brûlure à la miction.

Protection : préservatif, carré de latex.

Traitement : antibiotiques.

Dépistage : 2 semaines après la prise de risque. Examen médical, frottis (sexe féminin) et prélèvement urinaire (sexe masculin).

La gonorrhée (bactérie gonocoque)

Symptômes : brûlure au moment de la miction, écoulement jaune verdâtre par le vagin, le pénis ou l'anus, douleurs au vagin, au méat urinaire, au bas ventre, fièvre.

Protection : préservatif, carré de latex.

Traitement : antibiotiques (attention ! il existe quelques cas de résistance).

Dépistage : 2 semaines après la prise de risque. Examen médical et frottis (prélèvement local).

L'HPV (virus du papillome humain)

Symptômes : condylomes sur les organes génitaux et l'anus, lésions en cas de cancer.

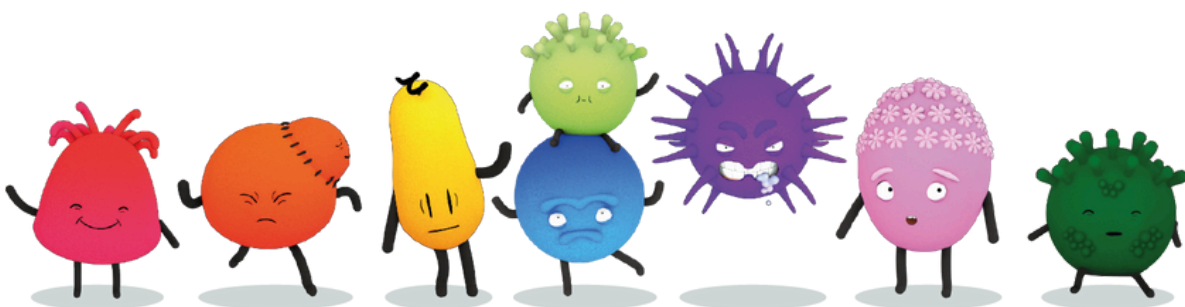
Protection : vaccin, préservatif et carré de latex (pas efficace à 100%), éviter le contact avec les lésions.

Traitement : crème pour les condylomes ou extraction locale par laser, voire chirurgie en cas de cancer.

Dépistage : 6 semaines après la prise de risque ou tous les 3 ans chez le-la gynécologue. Examen médical et frottis.

La syphilis (bactérie tréponème pâle)

Symptômes : chancres sur les muqueuses ou la peau, puis éruptions cutanées, douleurs articulaires et musculaires, fièvre, perte de cheveux en plaques, puis lésions sévères des organes vitaux et du système nerveux en l'absence de traitement.



Protection : préservatif, carré de latex, éviter le contact avec les lésions, dépistage régulier en cas de partenaires multiples, matériel de sniff et d'injection propre.

Traitement : antibiotiques par injection.

Dépistage : 6 semaines après la prise de risque avec un test sanguin classique, 3 mois pour un test rapide.

Les mycoses (infections fongiques)

Symptômes : démangeaisons de la vulve, pertes vaginales blanches, épaisses et crémeuses, sensation de brûlure, inflammation du gland.

Protection : préservatif, carré de latex.

Traitement : crème ou médicaments appropriés.

Dépistage : Examen médical et prélèvement local.

La sexualité des seniors

"Le sujet devient plus délicat dans l'espace semi-public comme un EHPAD. Lorsque la sexualité concerne des relations entre les personnes consentantes, une restriction dans ce domaine est une atteinte grave à la liberté individuelle. [*]

Cependant, lorsqu'il existe des troubles cognitifs, des difficultés peuvent survenir si le consentement d'une personne impliquée dans un rapport n'est pas acquis ou que la partenaire est vulnérable, générant parfois de graves problèmes avec les familles, pouvant engager la responsabilité du personnel, si celles-ci donnent une suite judiciaire. Certains résidents ont pu avoir une histoire de vie tumultueuse sur le plan sexuel et désirer la



Les hépatites B (virus VHB) et C (virus VHC)

Symptômes : fièvre, fatigue, jaunisse, perte d'appétit, nausées et vomissements.

Protection : vaccin pour l'hépatite B, matériel de sniff et d'injection propre, préservatif et carré de latex, ne pas partager le matériel de toilette.

Traitement : l'hépatite B guérit seule dans 90% des cas, en cas d'hépatite chronique, il existe des traitements pour inactiver le virus, sans promesse de guérison. L'hépatite C quant à elle se traite grâce à des antiviraux à action directe.

Dépistage : 3 mois après la prise de risque. Prise de sang et dépistage rapide pour le VHC.

L'herpès (virus de l'herpès type 1 ou 2)

Symptômes : vésicules remplies de liquide puis boutons sur les organes génitaux ou l'anus, douleurs au moment de la miction.

Protection : préservatif, carré de latex.

Traitement : crème ou traitement antiviral qui soulagent et freinent le virus mais ne guérissent pas, on reste porteur-euse à vie.

Dépistage : en cas de symptômes, examen médical, frottis ou prise de sang.

continuer dans l'établissement où ils vivent maintenant. De plus, certains troubles fronto-temporaux s'accompagnent de désinhibition majorée par les troubles de l'entendement. Les personnes, surtout masculines, peuvent être agressives sur le plan sexuel ce qui rend leurs comportements en EHPAD très difficiles à cadrer pour le personnel soignant" (Thomas, P. et Hazif-Thomas, C. (2021). La sexualité et intimité des personnes âgées. Trayectorias Humanas Transcontinentales, (10). <https://doi.org/10.25965/trahs.3686>).

On observe en Belgique une **augmentation générale des diagnostics d'IST et de VIH chez les plus de 50 ans**. Une augmentation qui peut être imputée au nombre plus important de dépistages réalisés. Mais de nombreux-euses porteur-euses d'IST de 50 ans et plus l'ignorent, ne se considérant pas à risque ou n'étant pas vu-es comme tel-les par les professionnel-les de la santé, ne se font pas dépister et n'entrent donc dans aucune statistique. Le diagnostic, s'il est un jour posé, sera alors **tardif**, ce qui pourrait avoir des conséquences importantes sur la santé de la personne âgée atteinte d'une IST.

Près de 75% des 55-64 ans ont toujours des rapports sexuels
1. Pas moins de 53% des 65-74 ans ont encore une activité sexuelle régulière et 26% des 75-85 ans ont au moins un rapport sexuel dans l'année. Une autre étude confirmait que près de 50% des hommes et 25% des femmes continuent d'avoir des plaisirs solitaires ².

¹https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/RH_FR_2013.pdf

² Publiée dans le New England Journal of Medicine

Tous-tes les professionnel-les s'accordent à dire que **l'âge est un facteur de risque d'IST**. En effet, certains changements inhérents au vieillissement augmentent le risque d'infection : la fragilisation naturelle des muqueuses accroît leur perméabilité, la diminution de l'immunité amplifie le risque d'infection, et l'infection au VIH décuple ces fragilités.

Modes de transmission du VIH et des autres IST

	Pénétration vaginale / anale	Fellation	Cunnilingus	Anulingus	Caresse sexuelle	S'embrasser	Échange seringue	Sniff	Mère/Enfant
VIH	●	○					●	○	●
Hépatite A				●					○
Hépatite B	●	●	●			○	●	●	○
Hépatite C	⑤						●	●	●
Syphilis	●	●	●	●	②		●	○	●
Herpès génital	●	●	●	●	●				●
HPV	●	○	●	●	●				○
Chlamydia	●	○	●	○	●				●
Gonorrhée	●	○	●	○	●				●

Liquides pouvant transmettre le VIH et des autres IST

	Sperme	Secrétions vaginales	Salive	Sang	Urine	Selles	Larmes, sueur
VIH	●	●		●			
Hépatite A		●		●		●	
Hépatite B	●	●	○	●			
Hépatite C	○			●			
Syphilis	●	●		●			
Herpès génital	●	●					
HPV	●	●					
Chlamydia	●	●			●	○	
Gonorrhée	●	●			●	○	

○ Risque faible
 ● Risque moyen
 ● Risque élevé
 ② Au stade secondaire
 ⑤ Rapport sexuel avec contact avec du sang (pénétration anale)

Afin de se protéger au mieux, il est conseillé aux personnes âgées d'utiliser un préservatif interne en cas de trouble de l'érection, et de faire usage d'un lubrifiant à base d'eau pour protéger les muqueuses.

L'âge peut également être un facteur aggravant dans le déroulement de l'infection. Avec les années, les défenses immunitaires sont moins efficaces et un dépistage tardif chez une personne plus âgée peut entraîner des conséquences plus importantes que chez une plus jeune. Il est donc important de tenir compte de la santé sexuelle des personnes âgées dans la prise en soin.

Les co-infections

L'HPV ou Human papillomavirus

L'HPV est un virus qui infecte la peau et les muqueuses génitales (vulve, vagin, col de l'utérus, pénis) et de l'anus ou de la bouche. Il se transmet par contact sexuel dès les premières relations sexuelles, et l'infection est très fréquente dans le monde entier. Il existe différents types d'HPV aussi appelés « génotypes ».

- **Les génotypes à « bas risque »** sont responsables des condylomes ou « crêtes de coq », qui sont des **tumeurs** (ou petites boules) bénignes, c'est-à-dire non cancéreuses, qui apparaissent dans les régions génitales ou anales.
- **Les génotypes à « haut risque »** sont responsables de l'apparition de **cancers**, tels que le cancer du col de l'utérus, certains cancers du vagin et de la vulve, du pénis, le cancer anal, ou de certains cancers de la bouche ou de la gorge.

Les personnes vivant avec le VIH sont plus à risque d'avoir des infections par HPV, et de développer des lésions précancéreuses ou cancéreuses, tout comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Il est donc conseillé de les vacciner, même au-delà de 15 ans.

Actuellement, ces vaccins ne sont pas remboursés pour ces deux publics. Au 31/08/2023, cela coûte environ 70€/dose pour le vaccin 2-valent et environ 132€/dose pour le vaccin 9-valent. Ces vaccins se différencient par leur « valence », c'est-à-dire **le nombre de types différents de HPV contre lesquels ils protègent**.

Le vaccin 2-valent protège contre les HPV 16 et 18, c'est-à-dire contre les HPV responsables de 70% des cancers du col de l'utérus et de la majorité des cancers de l'anus.

Le vaccin 9-valent protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 qui sont responsables des condylomes et de 90% des cancers du col de l'utérus et de tous les cancers anaux.

Ces vaccins contre le HPV sont administrés en 3 injections pour les personnes âgées de plus de 15 ans.

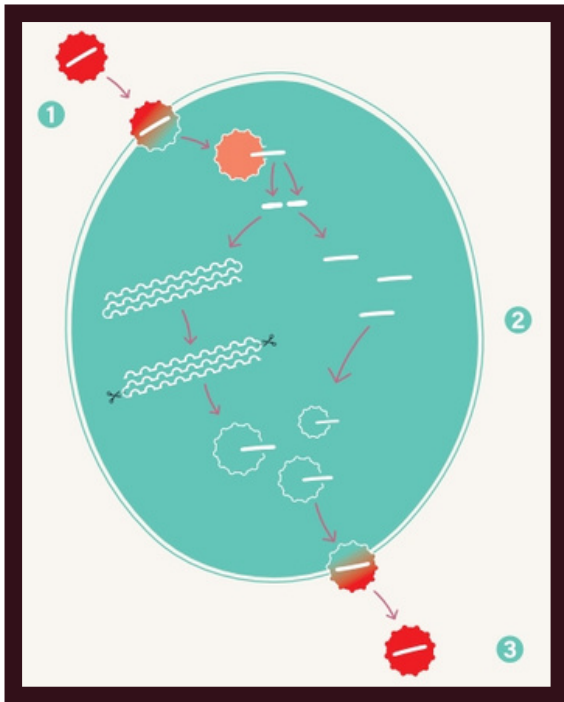
Il est possible de dépister des lésions précancéreuses (c'est-à-dire à un stade moins grave que le cancer lui-même, et traitable). Le **dépistage du cancer du col de l'utérus** se fait quant à lui par un frottis chez le-la gynécologue (il faut le réaliser chaque année si l'immunité est basse, ou tous les 3 ans si l'immunité est bonne).

Il existe également **des techniques de dépistage du cancer anal**, que l'on propose aux hommes ayant des relations avec d'autres hommes, ou aux femmes ayant eu des lésions du col de l'utérus : en effet, ces personnes sont plus à risque de développer un cancer anal.

Avoir une charge virale du VIH indétectable permet aussi de **diminuer le risque d'infection et de lésions précancéreuses liées à l'HPV**. L'apparition des cancers du HPV est également favorisée par le tabagisme, et il est recommandé d'arrêter de fumer.

Les hépatites

Une co-infection est possible avec l'hépatite B (VHB) et/ou l'hépatite C (VHC). Lors d'une infection à VHC, **le virus se déplace dans le sang pour atteindre le foie**. Il va alors s'accrocher aux cellules du foie (1), y libérer de l'ARN (le patrimoine génétique du VHC) (2) afin de se multiplier et ainsi former de nouveaux virus (3).



Le **VHC et le VHB se transmettent par le sang**. Il y a un risque de contamination :

- lors de relations sexuelles non protégées avec contact de sang, même en infime quantité (rapport anal ou vaginal pendant les règles, partage de sextoys);
- de la mère à l'enfant lors de l'accouchement (risque faible pour le VHC, élevé pour le VHB);
- lors de partage de matériel d'injection et/ou de sniff (risque élevé);
- lors de partage de matériel d'hygiène entrant en contact avec du sang (brosse à dent, rasoir, ciseaux à ongle) (risque faible);
- les tatouages, piercings ou scarifications pratiqués sans les mesures d'hygiène adéquates (risque élevé).

Il est donc **important pour le personnel de respecter les précautions universelles** (voir point 6 Lutter contre la discrimination).

La **co-infection avec le VIH augmente également les risques de transmission**. Une prise en charge multidisciplinaire est indispensable : un-e infectiologue pour le VIH, un-e hépatologue pour le VHC et le VHB.

Il est possible de se protéger du VHB grâce à **la vaccination**. Si les tests montrent que la personne séropositive au VIH n'est pas infectée par le VHB, il est en effet conseillé de la vacciner contre l'hépatite B. Cependant, lorsque le déficit immunitaire est important, le vaccin est moins efficace. Si la personne est infectée par le VHB, des examens complémentaires seront menés pour préciser quel traitement est le plus adapté au cas.

“

Trop peu de malades co-infecté-es sont traité-es pour les virus des hépatites.

Chez les malades co-infecté-es, on ne s'est longtemps préoccupé que du traitement du VIH, car le virus était potentiellement mortel à court terme. Grâce aux progrès des traitements contre le VIH, les personnes co-infectées vivent heureusement beaucoup plus longtemps, mais les hépatites sont encore négligées : **trop peu de malades co-infecté-es sont traité-es pour les virus des hépatites**. Aujourd'hui, les experts insistent sur **l'importance de la prise en charge et du traitement des hépatites chez les personnes atteintes par le VIH**. Les virus de l'hépatite C et B n'ont pas d'influence sur l'évolution de l'infection par le VIH. En revanche, **le VIH accélère la progression des hépatites** et les lésions peuvent être plus graves, il est donc important de les traiter.

Les **nouveaux médicaments antiviraux à action directe** (AAD) pour le VHC qui guérissent la plupart des gens, sont également efficaces chez les personnes co-infectées par le VIH. Ces molécules n'agissent toutefois que sur le VHC exclusivement. Le traitement dure 8 à 12 semaines et provoque peu d'effets secondaires. Ces médicaments se prennent par voie orale. Avant de faire traiter le VHC, il est important que le système immunitaire de la personne soit stabilisé.

De **nombreux médicaments anti-VIH**, notamment le groupe des inhibiteurs de la protéase, sont dégradés par le foie et **peuvent interférer avec d'autres médicaments**. Pour les personnes ayant le VIH et le VHC, le-la médecin spécialiste pourrait recommander de réduire la dose d'un médicament particulier, ou de remplacer ce dernier par un médicament moins nocif pour le foie. De nombreuses personnes ayant à la fois le VIH et le VHC utilisent le groupe de médicaments anti-VIH appelés inhibiteurs de l'intégrase, parce que ces derniers ont tendance à avoir moins d'interactions avec les médicaments utilisés pour traiter le VHC.

Plusieurs médicaments sont actifs contre le VHB. **Ceux-ci n'ont pas pour effet de guérir**, mais de contrôler le virus et l'empêcher de causer des dommages au corps.

Renseignez-vous sur les risques d'interactions des médicaments que prennent vos résidents.

MODULE 5 : ACCUEIL DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH



Fiche technique

Les enjeux du vieillissement
accentué et accéléré
Un problème de multipathologie

Objectif général

- Améliorer la prise en charge, la santé et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH

Temps requis

- Début et attentes du personnel/des étudiant-es : 15 minutes
- Contenu de la formation : 30 minutes
- Questions-réponses : 30 minutes

Outils et ressources supplémentaires

- www.vivreaveclevih.org
- Brochure "Notre avenir avec le VIH - Comment bien vieillir" (Plateforme Prévention Sida)
- Banens Maks, 2018, « Vieillir avec le VIH », L'Harmattan, 207 pages
- Vieillir avec le VIH : dossier bibliographique préparé par C. Pezeril et D. Metten, Observatoire du sida et des sexualités, 2020
- Questionnaires d'évaluations

Objectifs d'apprentissage

- Mettre à niveau les connaissances
- sur le bien-être et la santé des personnes vivant avec le VIH
- Sensibiliser à la question du vieillissement accentué et accéléré des personnes vivant avec le VIH
- Lutter contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

Fiches contenus module 5

Accueil des personnes vivant avec le VIH

Les enjeux du vieillissement accentué et accéléré

Le nombre de personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH ne cesse d'augmenter. En effet, depuis l'arrivée des trithérapies en 1996, leur espérance de vie s'est allongée. Vieillesse accentuée et accélérée, risques sociaux, isolement, perte d'emploi... représentent de nouveaux défis, tant médicaux que sociaux.

En Belgique en 2022, 21% des nouveaux diagnostics d'infection au VIH ont été posés sur des personnes âgées de plus de 50 ans. **Les patient-es âgés de 50 ans et plus représentaient 49% de l'ensemble des patient-es** contre 43% en 2019 (sciensano).

Le vieillissement chez les personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans ne se résume **pas uniquement en termes d'âge**. En effet, Les nouveaux traitements antirétroviraux ont un impact majeur sur l'espérance et la qualité de vie, mais **vivre avec le VIH expose encore aujourd'hui à des complications qui s'apparentent à un « vieillissement accentué et accéléré »**. Les personnes vivant avec le VIH sont donc **touchées plus tôt par les maladies liées à l'âge et de manière plus fréquente**, ce qui demande une attention particulière dans la prise en charge des interactions médicamenteuses. Cela a également pour conséquence **une perte d'autonomie, une fragilité plus précoce et un placement en maison de repos** à un âge moins avancé que les autres résidents. Il est donc important de dépister et de prévenir ce type d'évolution.

Il existe également un « décalage entre l'âge et la notion de vieillesse. En effet, c'est l'apparition de facteurs de fragilité qui détermine l'état de vieillesse de la personne. Ce constat doit être mis en parallèle avec la réalité de vie de certaines personnes vivant avec le VIH qui sont confrontées à un vieillissement précoce » (*Rapport Journée d'étude 2018 « Vieillir avec le VIH : quels enjeux aujourd'hui ? quelles pistes d'action ? »*, Plateforme Prévention Sida).

Un problème de multipathologie

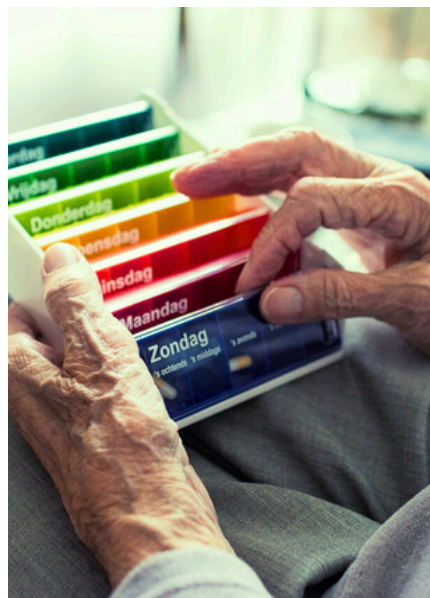
La qualité de vie des seniors vivant avec le VIH n'est pas si mauvaise surtout sur le plan affectif et sexuel (*Banens M., 2018, pp. 97-109*) mais elle n'équivaut pas à celle des personnes âgées qui ne vivent pas avec le VIH, d'où l'importance d'être attentif·ve à certains changements tels que des troubles de l'humeur ou une baisse de la libido. **On établit en effet un lien entre la solitude et une santé mentale moins bonne ainsi qu'une qualité de vie amoindrie chez les personnes vivant avec le VIH**. Des interventions conçues pour soulager la solitude pourraient réduire le risque de problèmes de santé à la fois mentales et physiques.

La survenue de troubles neurocognitifs au cours de l'infection à VIH est connue depuis le début de l'épidémie car le VIH atteint le système nerveux central dès les premiers jours de l'infection. Les antirétroviraux pénètrent mal dans le cerveau. A l'heure actuelle, la responsabilité unique et directe du virus est discutée dans le contexte du vieillissement de la population des personnes vivant avec le VIH et des conséquences cérébrales des comorbidités liées à l'âge.

Seront pris en compte les troubles psychiatriques, les antécédents de pathologie cérébrale (traumatisme crânio-encéphalique, infections opportunistes, ...), la co-infection par le VHC, l'existence d'un diabète, d'un syndrome métabolique ou d'un syndrome d'apnées du sommeil et surtout la pathologie cérébrovasculaire dont la prévalence augmente fortement avec l'âge. **De plus, les personnes vivant avec le VIH présentent plus fréquemment des troubles psychiques que la population générale avec en particulier une prévalence plus élevée de la dépression** (*brochure "Comment accompagner les personnes vieillissantes vivant avec le VIH à domicile ou en résidence ?"*, CoreVIH_Alpin, 2021).

Sur le plan médical, vieillir avec le VIH signifie prendre des médicaments antirétroviraux sur le long terme, mais aussi des traitements contre les autres problèmes de santé que toute personne peut rencontrer en vieillissant (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.).

Le vieillissement rend l'organisme plus fragile face à un certain nombre de maladies et complications, les comorbidités associées au vieillissement, qui affectent l'os (ostéoporose), les muscles (sarcopénie) ; le cerveau (maladies neurodégénératives), le système cardiovasculaire (infarctus, insuffisance cardiaque, athérosclérose, hypertension), le métabolisme (dyslipidémie, diabète et résistance à l'insuline), de nombreux organes (insuffisance rénale, hépatique, pulmonaire), et augmentent la prévalence d'un grand nombre de cancers. [...] A partir d'environ 65 ans, on voit s'accumuler rapidement les comorbidités avec une augmentation exponentielle de leur nombre. **Les patient-es infecté-es par le VIH développent des comorbidités associées au vieillissement plus tôt que la population générale** » (*Banens, 2018, pp. 132-133*). Les personnes vivant avec le VIH d'une moyenne d'âge de 55 ans présentent trois fois plus de comorbidités que les personnes séronégatives de plus de 70 ans (*Etude ROAH, 2006. Etats-Unis*).



Qu'en est-il des personnes contaminées après 50 ans ? Dans cette population, la prévalence du VIH est en augmentation d'année en année : les seniors se sentent moins concernés par le VIH et se protègent peu lors de leurs rapports sexuels, le dépistage est moins souvent proposé aux seniors et le diagnostic est posé plus tardivement, le tabou autour de la sexualité des seniors, la proximité des symptômes de la primo-infection avec des symptômes fréquents liés à l'âge, etc. **Il s'avère que l'ancienneté dans la pathologie apparaît comme un facteur aggravant en termes de santé et de perte d'autonomie (vieillesse accélérée), mais le fait d'être âgé au moment de l'infection est également un facteur de risque pour le développement de comorbidités accentuées.** En effet, la remontée des CD4 est plus lente et le plateau reste inférieur à celui atteint chez des patient-es plus jeunes alors que la réponse virologique est bonne. Ces patient-es présentent une plus forte toxicité devant les antirétroviraux du fait de la réduction de la fonction rénale et hépatique (www.vih.org dossier "vieillir avec le VIH").

Quel accompagnement ?

"Au Royaume Uni, 66% des personnes séropositives de plus de 50 ans rencontrent des situations de stigmatisation sociale et de discrimination. Elles font largement part de leur appréhension à révéler leur statut sérologique [*] et soulignent qu'il n'y a pas de place pour parler de sexualité en général et de VIH en particulier avec les soignant-es spécialisé-es en gériatrie ou les acteur-trices paramédicaux-ales et sociaux-ales intervenant auprès des personnes âgées. Aux Etats-Unis (comme ailleurs), l'offre de soins est insuffisante face à l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans, les médecins spécialistes du VIH [étant] quasi-inexistants dans le domaine de la gériatrie. **De la même manière, malgré le nombre croissant de personnes vivant avec le VIH vieillissantes qui auraient besoin d'un placement en maison spécialisée, les personnels de ces services n'ont pas de formation adaptée et seulement une petite expérience dans la délivrance de soins appropriés.**

A cause de ces contraintes, le niveau de soins apportés aux personnes vivant avec le VIH âgées est de qualité inférieure. Ce constat est également souligné aux Pays-Bas où il n'existe aucun programme spécifique destiné aux personnes séropositives de plus de 50 ans.

Fort de ces constats, on ne saurait plus longtemps ignorer la nécessaire prise en compte des besoins spécifiques des personnes séropositives vieillissantes" (www.vih.org dossier "Vieillir avec le VIH").

Ce vieillissement accéléré complexifie le suivi médical des personnes vivant avec le VIH vieillissantes et augmente le risque d'apparition d'incapacités. **Afin d'accompagner la personne au mieux, une approche multidisciplinaire en lien étroit avec les Centres de référence VIH et le-la médecin traitant-e est essentiel-le.**

Les facteurs de risque des comorbidités sont directement liés :

- **au VIH** à cause de l'inflammation chronique du virus produite sur le corps et l'activation continue du système immunitaire (vieillesse immunitaire ou d'immunosénescence) ;
- à l'**immunodépression** ;
- aux **traitements** dont certains peuvent avoir des effets négatifs notamment sur le foie ou les reins ;



- au **style de vie** : une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique, le tabagisme, l'usage abusif de l'alcool et de drogues récréatives, un poids et une glycémie trop élevée ;
- à une **co-infection** avec une autre maladie, comme l'hépatite C ;
- aux **conditions de vie (isolement, dépression, précarité, stigmatisation, mauvaise hygiène de vie, etc.)** ;
- à l'**âge**.

Aujourd'hui, les infectiologues et les autres professionnel-les de la santé qui accompagnent les personnes vivant avec le VIH vieillissantes sont très conscient-es de ces risques et adaptent leur prise en charge en conséquence : des examens de dépistage plus systématiquement proposés, des traitements adaptés. Tout devrait également être mis en œuvre pour qu'un accompagnement psychologique et social adéquat puisse être offert aux patient-es.

Afin de prendre en charge le mieux possible ce public, il est important en tant que professionnel-le travaillant en milieu d'accueil du troisième âge de :

- **Lutter contre les discriminations** liées à la peur et à la méconnaissance ;
- **tenir compte des particularités de chaque patient-e** (personne d'origine étrangère, homme ayant des rapports sexuels avec des hommes, croyances, capacités, vécu, etc.) ;
- **offrir une prise en charge adaptée** ;
- **tenir compte de la sexualité** des personnes âgées ;
- prêter attention à la **santé globale** de la personne ;
- **gérer la santé de façon proactive et préventive** en incluant le-la patient-e, la famille et la communauté dans le processus de soin ;
- **développer des compétences transculturelles** (voir module 6 **Lutter contre les discriminations**) ;
- tenir compte de la dimension sociale (**isolement, précarité, réseau de soutien**) ;
- éviter d'**infantiliser** les patient-es et de les **essentialiser** (en raison de leur statut de senior).

Spécificités du public migrant

La santé des personnes migrantes est fortement influencée par leur **statut socio-économique**. En effet, les difficultés liées à l'intégration dans le pays d'accueil ont un impact sur leur qualité de vie : revenus faibles, précarité voire pauvreté, isolement, dépendance accrue, difficultés d'accès aux soins, faire face à la discrimination, perte d'activité, santé mentale mise à mal, etc.

La santé mentale des personnes en situation précaire est généralement plus mauvaise que les autres personnes, **ce qui est préjudiciable pour leur santé globale**. Soyez donc attentif-ve aux troubles qui ne trouvent pas d'explication médicale et tenez compte du bien-être émotionnel de vos résident-es. Pour les personnes en situation financière délicate, vous pouvez vous adresser aux **assistant-es sociales-aux** du Centre de référence VIH où est suivi-e votre résident-e.

Sachez également qu'il est **inhabituel dans les cultures africaines de ne pas s'occuper d'une personne âgée**. Il est possible que le-la résident-e et sa famille vivent mal cette séparation, soyez donc attentif-ve aux ressentis exprimés par les personnes.

Spécificités du public LGBT+

- Les seniors LGBT sont confronté-es à une **perte progressive de leurs liens sociaux** plus importante que celle connue par les hétérosexuel-les. Ils souffrent souvent d'isolement social, en raison du rejet en lien avec leur orientation sexuelle ;
- Les deux tiers des personnes âgées LGBT vivent **seul-es** et seulement une sur dix a des enfants ;
- Les seniors LGBT ont un **accès plus difficile aux structures médicales**. La moitié d'entre eux déclarent ne pas préciser leur orientation sexuelle lorsqu'ils font appel à des professionnel-les de la santé ;
- Les personnes LGBT en maison de retraite ont tendance à **cacher leur identité de genre et leur orientation sexuelle**, de crainte d'être en proie aux moqueries ;
- Les personnes atteintes du VIH parmi les seniors LGBT ont souvent des **retraites moindres***.

Pour ces deux publics, il peut être nécessaire de former le personnel afin d'éviter les maladresses et les maltraitements involontaires. Si votre résident-es rencontre des difficultés avec les autres résident-es, n'hésitez pas à vous tourner vers les associations afin d'obtenir des conseils et de l'aide (voir **adresses utiles** dans les Mémos).

**« Rapport sur le vieillissement des personnes LGBT et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) » (2013)*



Spécificité des femmes vivant avec le VIH

En 2022, les femmes représentaient 53% des personnes vivant avec le VIH à travers le monde. En Belgique, elles représentaient 77% des diagnostics de VIH chez les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne et 45% chez les hétérosexuels de nationalité belge. **Certaines d'entre elles cumulent des vulnérabilités** et stigmatisations liées à la façon dont elles ont été contaminées (viol ou infidélité du partenaire), à leur origine ethnique, à leur couleur de peau, aux violences vécues et parfois intériorisées, à l'isolement social, affectif et sexuel, aux difficultés linguistiques, à la littératie en santé, etc... En plus des effets liés à la ménopause, **elles souffrent de davantage de comorbidités que les hommes** (ostéoporose, maladies cardiovasculaires, diabète, cancers du col de l'utérus, etc.).

Malgré ces vulnérabilités, une étude canadienne affirme qu'elles sont résilientes : « Loin d'affaiblir les femmes vieillissantes, l'expérience du VIH confère, [*] à plusieurs d'entre elles des forces et une résilience qui les aident à résister aux normes de beauté sexistes et âgistes si prégnantes dans notre société. Les femmes vieillissantes vivant avec le VIH apparaissent vulnérables à la double oppression du sexisme et de l'âgisme à un âge précoce. Néanmoins, le parcours lié au VIH semble permettre à certaines de se distancier des normes de beauté, que ce soit par crainte de la stigmatisation liée au VIH ou en raison d'une prise de conscience de la supériorité de la valeur de la santé et de la vie sur celle de l'apparence. »

Soyez donc attentif-ve à leurs besoins tout en tenant compte de leur spécificité et des différents facteurs de vulnérabilités pour leur permettre de vieillir dignement et en bonne santé.



MODULE 6 : LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION



Fiche technique

Rappel des principes
déontologiques de base
Les discriminations multiples
Trajectoire de soin et
compétences transculturelles

Objectif général

- Lutter contre les discriminations et la stigmatisation

Objectifs d'apprentissage

- Mettre à niveau les connaissances sur les lois anti-discrimination et les bonnes pratiques
- Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH

Temps requis

- Début et attentes du personnel/des étudiant-es : 15 minutes
- Contenu de la formation : 1 heure
- Questions-réponses : 45 minutes

Outils et ressources supplémentaires

- www.vivreaveclevih.org
- <https://www.unia.be/fr>
- Brochure "Les IST" (Plateforme Prévention Sida)
- Brochure "La sexualité n'a pas de date de péremption, les infections sexuellement transmissibles non plus !" (Espace seniors)
- Questionnaires d'évaluations

Fiches contenus module 6

Lutter contre la discrimination

Rappel des principes déontologiques de base

L'accompagnement des personnes vivant avec le VIH dans les maisons de repos (à noter qu'il en est de même pour les personnes en perte d'autonomie) respecte une réglementation prévue par l'**article 337 du Code wallon de l'action sociale et de la santé**. Celui-ci prévoit que les établissements pour aîné·es sont tenus : « **de respecter les droits individuels des résident·es ; de garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle ; de favoriser le maintien de leur autonomie ; de favoriser leur participation à la vie sociale, économique et culturelle ; de garantir un environnement favorable à leur épanouissement personnel et à leur bien-être ; d'assurer leur sécurité dans le respect de leurs droits et libertés individuels** ».

Ces différents points **s'appliquent et sont à respecter pour l'ensemble des résident·es** quels que soient leur degré de dépendance, leurs besoins, leur orientation sexuelle ou leurs maladies. En ce sens, une attention toute particulière est portée au **respect des droits fondamentaux de chacune des résident·es**, les personnes vivant avec le VIH ne devant en aucun cas être discriminées.

Le respect de la vie privée

De nombreux textes légaux garantissent la **protection de la vie privée des citoyen·nes**, et notamment la protection des **informations sur leur état de santé**. Ces principes sont repris dans l'**article 22 de la Constitution belge** et la **loi du 8 décembre 1992** relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. La **loi du 22 août 2002** relative aux droits du·de la patient·e a encore rappelé ce principe : **la vie privée du·de la patient·e doit toujours être respectée par les professionnel·les de la santé**.

L'**article 7 de la loi de 1992** est spécialement **consacré aux données relatives à la santé**. Celles-ci ne peuvent être traitées que dans certaines hypothèses spécifiques et, notamment, lorsque le traitement des données est nécessaire à des fins de médecine préventive, de diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements ; en ce cas, **les données doivent être traitées sous la surveillance et la responsabilité d'un·e professionnel·le de la santé**.

Par ailleurs, l'**article 458 du Code pénal** garantit le **secret professionnel**. Il interdit aux « médecins, chirurgien·nes, officier·ères de santé, sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie » de dévoiler ceux-ci à des tiers, sous peine d'être puni·es d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent à mille euros ou d'une de ces peines seulement. Cela concerne donc également les travailleur·euses du paramédical et du non-médical (comme le personnel d'entretien).

Que couvre ce secret professionnel ?

En prenant l'exemple classique du·de la médecin, **le secret couvre l'ensemble des informations dont le·la médecin est dépositaire dans l'exercice de sa profession** :

tout ce que le·la patient·e lui a dit ou confié, ainsi que tout ce dont le·la médecin a pris connaissance à la suite d'examens ou d'investigations auxquels il·elle a procédé ou fait procéder.

Respecter les précautions universelles

La formule « **précautions universelles** » désigne un **ensemble de stratégies de lutte contre les infections appliquées par les travailleur·euses de la santé** (ou toute personne entrant en contact avec des liquides corporels) **pour se protéger de l'exposition aux maladies infectieuses**.

Les précautions universelles sont mises en œuvre en cas de contact possible avec certains types de liquides corporels, notamment du sang. **Il est conseillé aux travailleur·euses de la santé d'agir comme si le sang et les autres liquides corporels pouvaient être infectieux, en toute circonstance**. Il est également recommandé aux prestataires de services de **signaler immédiatement à un·e superviseur·e ou à un·e responsable toute éventuelle exposition au sang ou à d'autres liquides corporels** (comme les piqûres d'aiguille).

Il n'y a quasi pas de **risque à contracter le VIH lors d'une exposition au sang (0,3%) ou aux liquides sexuels en dehors des modes de transmission** (voir module 1 **Qu'est-ce que le VIH ?**). En ce qui concerne le virus de l'**hépatite C**, il peut survivre hors de l'organisme, à l'air libre, **pendant au moins quatre jours**. Dans certaines conditions, par exemple à l'intérieur d'une seringue, le virus peut survivre pendant plusieurs semaines. Prenez les **précautions suivantes pour éviter la transmission d'infections transmissibles par le sang** comme l'hépatite C ou B :

- **Couvrir les plaies** : les plaies ou les coupures ouvertes doivent être recouvertes d'un pansement.
- **Porter des gants** : les gants en latex peuvent servir de barrière physique lorsqu'on est susceptible d'entrer en contact avec des liquides corporels comme le sang. Il faut utiliser des gants neufs et intacts à chaque fois, et les jeter dans un sac à déchets en plastique.
- Nettoyer son matériel après chaque usage et privilégier le matériel à usage unique.
- **Se laver les mains** : avec du savon et de l'eau chaude pendant au moins 20 secondes après toute exposition à du sang ou à d'autres liquides corporels, après être allé·e aux toilettes, avant de préparer et de consommer de la nourriture et après avoir porté des gants de latex.
- **Jeter les ordures** : il faut se débarrasser des ordures et des déchets avec précaution, au cas où ils renfermeraient des matières ayant été en contact avec des liquides corporels ou du sang (p. ex. des aiguilles usagées).

- **Laver les vêtements** : les vêtements souillés doivent être placés dans des sacs en plastique fermés, et ils doivent être lavés et séchés séparément à des températures élevées.
- **Nettoyer** : en cas de déversement de sang ou d'un autre liquide corporel, il faut utiliser des gants en latex pour le nettoyage, et nettoyer le liquide répandu avec un mélange frais d'une mesure d'eau de Javel et de neuf mesures d'eau.

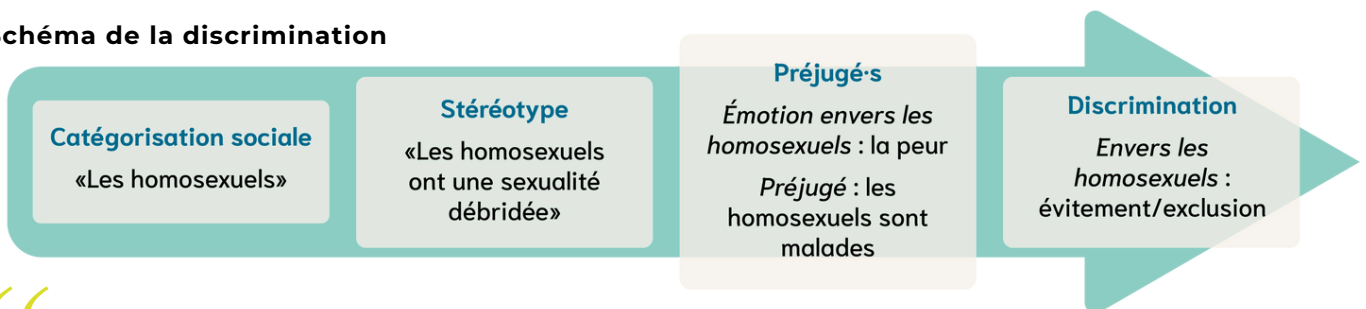
Les discriminations multiples

La **discrimination**, c'est le **fait de traiter une personne de manière moins favorable qu'une autre dans une situation comparable**, en raison, par exemple, de sa maladie, son origine ethnique ou son orientation sexuelle, **sans que cela ne se justifie**.

Il existe deux **population clés** au sein des personnes vivant avec le VIH : les **Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH)** et les **personnes originaires d'Afrique subsaharienne**. Selon les statistiques démographiques, il est possible de penser que pour dix seniors vivant avec le VIH : « 4 sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2 ont consommé des drogues par injection, 1 est originaire de l'Afrique subsaharienne et 3 sont « autres » » (Banens, 2018, p. 20). **Les personnes vivant avec le VIH sont ainsi souvent doublement stigmatisées**. En tant que porteuses du VIH d'un côté, homosexuelle et/ou personne d'origine étrangère de l'autre.

Les méconnaissances liées au VIH peuvent entraîner des stéréotypes qui conduisent à des préjugés et des émotions négatives, telles que la peur.

Schéma de la discrimination



“

Il est nécessaire d'acquérir des compétences transculturelles, c'est-à-dire des compétences qui recouvrent un ensemble d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire qui permettent à un-e professionnel-le de la santé de fournir des soins adaptés et de qualité à des patient-es divers-es.

Cette peur peut mener à une attitude défavorable envers les personnes vivant avec le VIH, puis à de la **discrimination, de la part du personnel, mais également des autres résident-es**.

Dans la lutte contre les discriminations, il est primordial de **rester attentif-ve au cumul de discriminations** : quand la sérophobie se greffe à l'homophobie, au sexisme, au racisme, etc. En effet, face à une personne d'origine étrangère par exemple, le personnel pourra éprouver des difficultés à composer avec la barrière de la langue, les habitudes alimentaires, les pratiques de culte, etc.

Cette **discrimination multiple** peut avoir des **conséquences néfastes pour la santé** de la personne. Celle-ci peut :

- Mener une « **double vie** » à cause de l' « indicibilité » (le fait de ne pas pouvoir parler) de son VIH, mais aussi de son homosexualité ;
- être **victime de violence**, de pressions sociale et psychologique ;
- être en **rupture avec la famille** et la communauté de vie ;
- éprouver des difficultés à **prendre en charge sa santé**.

Afin d'éviter tout risque de discrimination, il est important de s'informer et de développer ses compétences transculturelles (voir **Trajectoire de soin et compétences transculturelles**).

Trajectoire de soin et compétences transculturelles

En tant que futur-es travailleur-euses d'un milieu d'accueil pour personnes âgées, vous serez amené-es à devoir **prendre en soin des personnes vivant avec le VIH qui ont des référents culturels différents des vôtres** et des problèmes spécifiques à leur situation. Par exemple, une personne d'origine étrangère qui a migré en Belgique aura plus de risques d'être en situation de pauvreté, ce qui nécessiterait une adaptation de ses traitements ; ou encore un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes qui, de par ses pratiques sexuelles, court plus le risque d'être exposé à certaines pathologies.

Concrètement, **développer des compétences transculturelles** est une façon d'**adapter sa posture afin de mieux comprendre les besoins du-de la patient-e pour y répondre le plus efficacement possible** et obtenir l'adhésion du-de la patient-e.

Pour **adapter sa posture**, il est nécessaire :

- d'entamer une **réflexion sur la notion de «culture»** :
Comment appréhender la notion du temps ? Quelle est la hiérarchie des valeurs ? Qu'est-ce que la vérité ou le mensonge quand on aborde les questions de santé ? Quel est le rôle du groupe de référence (famille, communauté) ? Quel est son importance dans les processus de soins, dans la prise en charge de la maladie ? Quel rapport avons-nous avec notre corps, avec la maladie ? Quel est le rapport avec le visible et l'invisible : le rôle de l'au-delà, des croyances, du sacré dans la guérison... ? Comment appréhender la mort : fin de vie, retour vers les ancêtres ou une autre vie ?
- d'**augmenter ses connaissances sur la migration**, l'intégration, les droits de l'humain et les droits fondamentaux, la discrimination et l'univers personnel des migrant·es (prise en compte des traumatismes liés aux guerres, aux déplacements, aux trajectoires migratoires, aux conditions d'emploi, aux revenus, au logement, au poids et à l'impact des discriminations directes et indirectes...);
- de **s'informer sur le VIH et la vie avec le VIH** (voir modules 1 à 3) ;
- de **développer des notions essentielles d'ethnologie, de sociologie et de psychologie** (méthode Disclosure : s'ouvrir à découvrir la réalité de l'autre, attitude de décentrage : avoir un regard critique sur ses propres racines culturelles pour faire place à la diversité) ;
- **penser inclusif** (par exemple, ne pas présumer de l'hétérosexualité d'une personne, définir son genre a priori, etc.) ;
- **comprendre la transculturalité**.

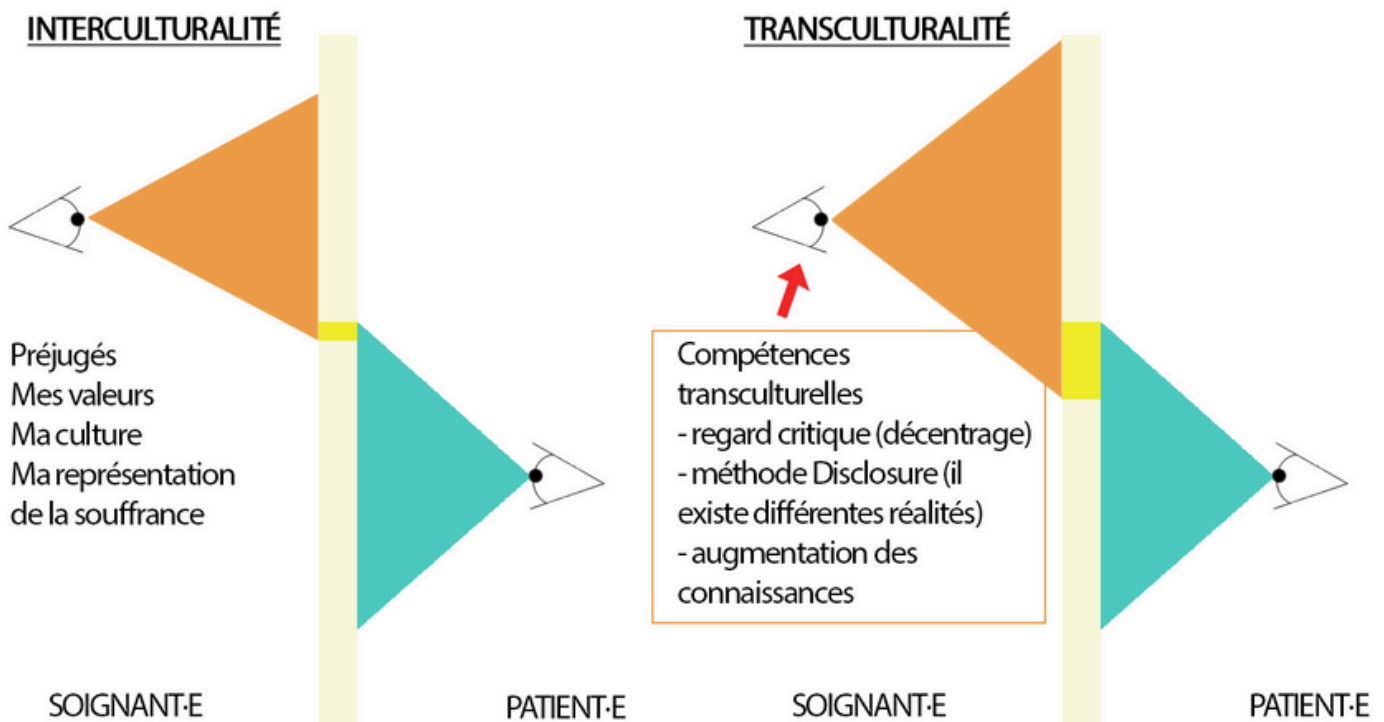
La transculturalité va au-delà de

l'interculturalité. L'interculturel, c'est lorsque la culture du·de la soignant·e est confrontée à celle du·de la patient·e (deux regards différents), tandis que **le transculturel, c'est lorsque le·la soignant·e est ouvert·e à la culture du·de la patient·e** (un même regard).

Pour y parvenir, le·la soignant·e doit aborder la relation de soin en comprenant que le·la patient·e, de par son vécu, sa culture, a un autre regard. La compétence transculturelle est alors la **capacité à aborder d'autres personnes sans préjugés dans la situation de vie et de santé qui leur est propre**, sans nécessairement adhérer à cette autre réalité, mais en étant suffisamment ouvert·e pour pouvoir interpréter les symptômes au plus près de la réalité clinique afin de trouver la meilleure indication thérapeutique possible.

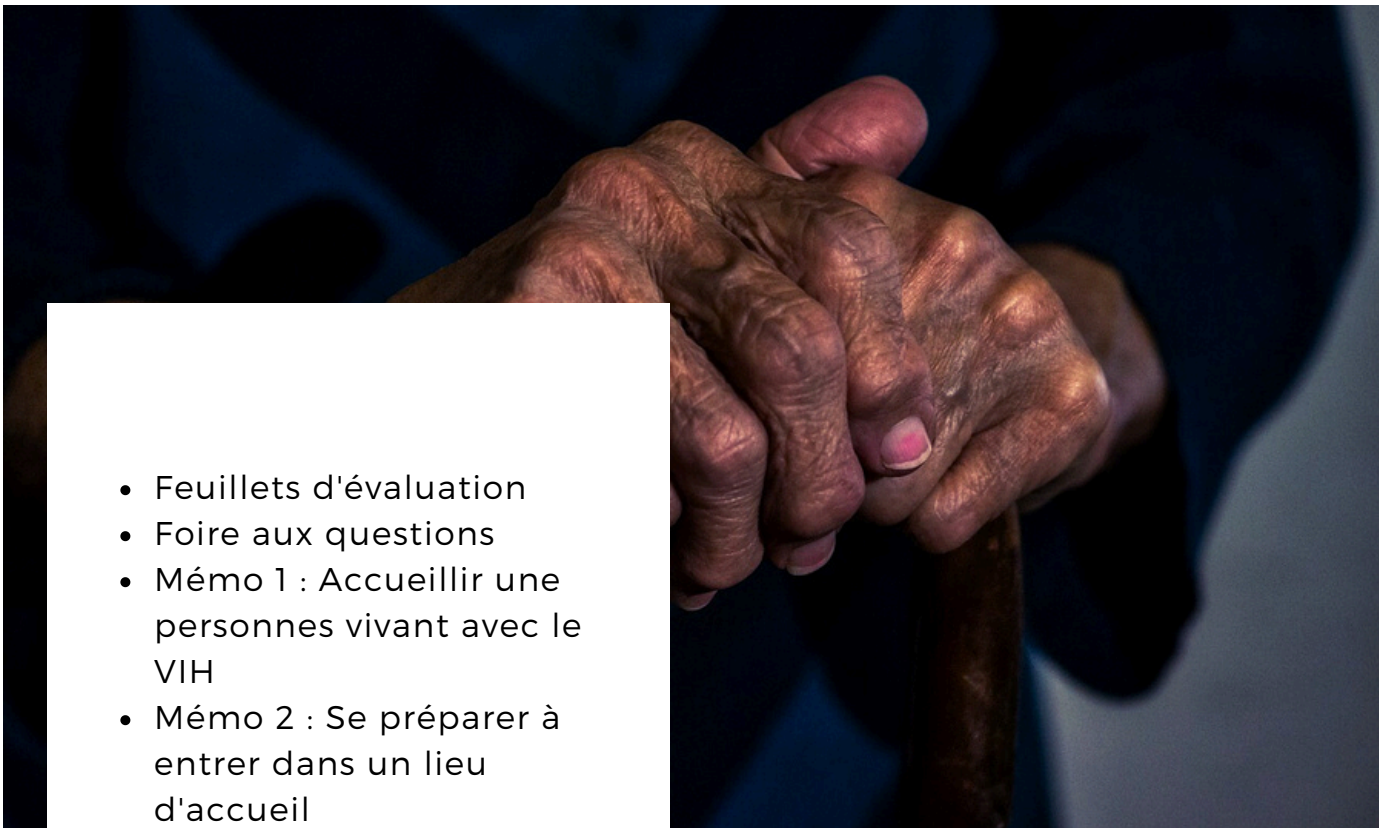
“

La compétence transculturelle est la capacité à aborder d'autres personnes sans préjugés dans la situation de vie et de santé qui leur est propre.



5. ANNEXES

Guide de Formation

- 
- Feuillet d'évaluation
 - Foire aux questions
 - Mémo 1 : Accueillir une personnes vivant avec le VIH
 - Mémo 2 : Se préparer à entrer dans un lieu d'accueil
 - Contacts utiles

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

1. La séance vous a ... (entourer la ou les réponses correspondante(s))

- Intéressé
- Ennuyé
- Mis mal à l'aise
- Fait réfléchir
- Parue inutile

2. La séance a-t-elle répondu à vos attentes ?

- Tout à fait
- Plus ou moins
- Pas du tout
- Je n'avais pas d'attentes particulières

3. Pouvez-vous vous positionner par rapport aux éléments suivants ?

Durée de la séance



Moment choisi pour la séance



Lieux de l'animation



Choix des thématiques abordées



Activités proposées (jeux de rôle, recherches, débats...)



Richesse des échanges / partage d'expériences



Apports d'information / Contenu des séances



Qualité de l'animation (écoute des intervenants...)



Ambiance du groupe / Convivialité



4. Pensez-vous que cette séance puisse vous faire réfléchir sur vos pratiques professionnelles ?

- Oui
- Sûrement
- Peut-être
- Dans certaines circonstances
- Non

5. En quelques mots...

Ce que vous avez le plus apprécié +

.....
.....

Ce que vous avez le moins apprécié -

.....
.....

Ce que vous auriez aimé

.....
.....

6. Remarques

DATE DE L'INTERVENTION :

ÉVALUATION DES BESOINS

1. Quelle est votre (future) fonction au sein de la structure d'accueil ?

.....

2. Comment évaluez-vous vos connaissances par rapport :

Aux modes de transmission du VIH **Non existante | A améliorer | Bonne | Très bonne**

Aux symptômes du VIH **Non existante | A améliorer | Bonne | Très bonne**

Aux traitements contre le VIH **Non existante | A améliorer | Bonne | Très bonne**

Aux autres infections sexuellement transmissibles
Non existante | A améliorer | Bonne | Très bonne

Aux enjeux de l'infection au VIH sur la santé
Non existante | A améliorer | Bonne | Très bonne

3. Pouvez-vous vous positionner par rapport aux éléments suivants ?

Rencontrer une personnes vivant avec le VIH



Soigner une personne vivant avec le VIH



Nettoyer la chambre d'une personne vivant avec le VIH



Servir le repas à une personne vivant avec le VIH



Attraper le VIH



Expliquez vos réponses

4. Quelles sont vos attentes en terme :

D'outils ?

.....
.....
.....

De contenu (savoir) ?

.....
.....
.....

De compétences à acquérir (savoir-faire et savoir-être) ?

.....
.....
.....

5. Remarques

FAQ



1. Comment se transmet le VIH ?

- **Par contacts sexuels** : les rapports sexuels non protégés avec pénétration (vaginale ou anale) et faire une fellation (on parle de celui ou celle qui donne la fellation), surtout s'il y a éjaculation dans la bouche et/ou des lésions dans la bouche. Partager des jouets sexuels représente aussi un risque, mieux vaut y apposer un **préservatif** et bien les nettoyer après chaque usage.
- **Par contacts sanguins** : utiliser du matériel d'injection usagé comporte un risque (seringues ou aiguilles de shoot, aiguilles de tatouage ou piercing mal nettoyées). Les transfusions de sang ne comportent pas de risque dans nos pays car les conditions d'hygiène sont respectées.
- **De la mère à l'enfant** : lors de la grossesse, lors de l'accouchement par voie vaginale ou lors de l'allaitement, si la mère n'est pas sous **traitement** antirétroviral et n'a pas de **charge virale indétectable**.

2. Comment se comporter face à une personne qui a le VIH ?

Il n'y a pas de risque à côtoyer une personne vivant avec le VIH, ni à partager son quotidien. Vous n'avez pas besoin de prendre de précautions particulières tant que vous n'avez pas de rapports sexuels avec cette personne. Le plus important est d'**éviter de stigmatiser et de discriminer** cette personne en vous informant sur le VIH et en développant vos compétences transculturelles (voir module 6). Les personnes vivant avec le VIH ne doivent pas être réduites à leur pathologie et doivent donc être traitées comme n'importe quel autre résident.e.

3. Comment éviter le contact avec le sang ?

Respectez les principes de précaution universelle et les mesures d'hygiène (voir module 6) : couvrez les plaies, portez des gants, nettoyer son matériel après chaque usage et privilégier le matériel à usage unique, lavez-vous les mains, jeter les déchets tâchés de sang, lavez les vêtements, nettoyez les éclaboussures. En cas d'**accident d'exposition au sang** (effraction cutanée (piqûre, coupure) ou une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur peau lésée), rincez la zone touchée et désinfectez en cas de piqure ou de coupure, puis consultez au plus vite. Si un médecin le juge utile, vous pourriez recevoir un **traitement post exposition (TPE)** pour éviter d'être infecté-e par le VIH.

4. Pourquoi la personne vivant avec le VIH est-elle si jeune ?

Le vieillissement chez les personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans ne se refléchit **pas uniquement en termes d'âge**. En effet, Les nouveaux traitements antirétroviraux ont un impact majeur sur l'espérance et la qualité de vie, mais vivre avec le VIH expose encore aujourd'hui à des **complications qui s'apparentent à**



un « vieillissement accentué et accéléré ». Elles sont donc touchées plus tôt par les maladies liées à l'âge. Cela a également pour conséquence une perte d'autonomie, une **fragilité plus précoce** et un placement en maison de repos à un âge moins avancé que les autres résidents.

5. Je crois que la personne vivant avec le VIH est fragile, que faire en cas de nouvelle infection ?

Si votre résident·e prend un traitement antirétroviral, alors son **système immunitaire** est aussi solide que celui des autres résident·es. En cas d'infection, il faut bien sûr traiter la personne, mais attention à ce que les traitements donnés soient **compatibles avec son traitement antirétroviral et les traitements qu'elle prend pour ses autres pathologies** ! En cas de doute, n'hésitez pas à questionner le·la médecin spécialiste du VIH qui suit la personne.

6. Quel·les professionnel·les de la santé y a-t-il dans un Centre de référence VIH ?

Des infectiologues, des infirmier·ères, des assistant·es social·es, des psychologues/sexologues, des diététicien·nes. Certains Centres de référence VIH offrent, au tarif mutuelle, des consultations chez un·e psychiatre, un·e gynécologue, un·e pédiatre, un·e hépatologue et d'autres spécialistes, qui travaillent en étroite collaboration avec l'équipe multidisciplinaire.

7. Le VIH et le Sida, est-ce la même chose ?

Non, ce n'est pas la même chose. D'abord, il y a l'infection au VIH, la personne est séropositive. Ensuite, si elle reste sans traitement, elle pourra arriver au **stade Sida ou Syndrome d'Immunodéficience Acquis**. A ce stade, des maladies opportunistes se développent car le système immunitaire de la personne est détruit et le corps ne peut donc plus se défendre contre les nouvelles infections.

8. La personne peut-elle me contaminer ?

Une contamination au VIH est possible si la personne a une charge virale détectable (en l'absence de traitement) ET si une plaie ou une muqueuse entre en contact avec le sang ou des sécrétions génitales de la personne. **En cas de piqûre accidentelle**, référez-vous au protocole lié aux accidents d'exposition au sang. Le VIH ne se transmet jamais par la salive, le sueur ou l'urine, et le virus ne résiste pas à l'air libre. **Aucun risque donc à pratiquer les soins ni à accompagner la personne.**

MÉMO 1



Accueillir une personne vivant avec le VIH



Introduction

Dans les années à venir, les maisons de repos vont être amenées à accueillir de plus en plus de personnes vivant avec le VIH vieillissantes. Pour aider au mieux les responsables des maisons de repos lors de l'arrivée d'une personne vivant avec le VIH, le groupe de travail mené par la Plateforme Prévention Sida a mis au point une fiche reprenant les principales étapes à garder en tête.



Préparation du personnel

Prévenir le personnel soignant à l'avance dans la mesure du possible.

Accueillir les craintes, remarques, attentes du personnel.

Ainsi que le personnel non-soignant si celui-ci est au courant. Se sentent-ils-elles prêt-es à l'accueillir dans les meilleures conditions ? Quels seraient leurs besoins pour se sentir prêt-es ? Y a-t-il besoin de ressources extérieures en terme de formation, informations, etc. ?

Envisager une formation en fonction des besoins (voir le guide de formation).

Leur rappeler la loi autour du secret professionnel.



Accueil

Se recentrer sur la personne et ses besoins.

S'assurer d'avoir les contacts de toutes les personnes en charge du suivi médical de la personne.

Comprendre l'importance et le rôle des médicaments et les interactions entre eux (voir module 3).

Respecter le choix de la personne de dévoiler son statut sérologique.

Lutter contre les discriminations (voir module 6).



Suivi

Faire le lien avec les professionnel·les du Centre de référence VIH en charge du suivi médical de la personne (infectiologue, infirmière, assistante sociale, etc.)

Prévoir des temps de parole pour que le personnel puisse exprimer son ressenti.

MÉMO 2



Se préparer à entrer dans un lieu d'accueil

Introduction

Entrer dans un lieu d'accueil pour personnes âgées est un grand changement dans une vie. Peut-être en aviez-vous envie, peut-être pas. L'important est de s'informer afin d'avoir tous les éléments en main pour faire votre choix et vous rassurer sur le traitement des personnes vivant avec le VIH.

Sachez également que les maisons de repos ne peuvent pas accueillir une personne de moins de 60 ans, sauf dérogation spéciale et sans dépasser le quota autorisé.



Faire votre choix

Faites une liste de vos besoins et de vos attentes.

Avez-vous besoin d'aide pour vos soins ou au quotidien ? Où souhaitez-vous vivre ? Désirez-vous participer à des activités, conserver des biens personnels, emmener votre animal avec vous ? etc.

Approfondissez votre réflexion avec un·e proche ou un·e professionnel·le.

Associations d'accompagnement pour personnes âgées : Senoah asbl (<http://www.senoah.be/>), Infor-Homes asbl (<http://inforhomesasbl.be/>).

Visitez le lieu d'accueil.

Quel est le projet de vie du lieu d'accueil ? Le personnel est-il chaleureux avec vous et les autres résident·es ? Comment se déroulent les repas ? Quelles sont les modalités d'inscription ? etc.



Exprimez vos craintes

Transmettez les contacts des personnes en charge de votre suivi médical (infectiologue, infirmière, assistante sociale, etc.).

Insistez sur la confidentialité de votre statut sérologique.

Proposez à la structure d'accueil de recevoir une formation sur le VIH et l'accueil d'une personne âgée vivant avec le VIH.

Durant votre séjour, n'hésitez pas à interpeler le personnel en cas de problème ou à vous tourner vers les associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH.

Bonnes adresses



Centres de référence VIH

Centre de référence du CHU Charleroi

Chaussée de Bruxelles, 140
6042 Lodelinsart
07/192.23.07

Centre de référence de l'UCL – Hôpital St-Luc

Hôpital St-Luc
Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
02/764.21.56
02/764.19.02

Centre de référence VIH de l'ULB – CHU St-Pierre – MIA

CHU Saint-Pierre- Site Porte de Hal
322 rue Haute à 1000 Bruxelles
Bâtiment 900 (ancien Cetim)
02-535.31.77

Centre de référence du CHU de Liège

Quai Godefroid Kurth, 45
4020 Liège (5ème étage)
04/270.31.90

Centre de référence de l'Hôpital Erasme

Route de Lennik, 501
1070 Bruxelles
02/555.46.88
Ligne directe en cas d'urgence: 02/555.74.84 (pour
traitement TPE, urgence IST et VIH, PrEP, dépistage)
uniquement du lundi au vendredi de 9h à 17h

Centre de référence du CHU Dinant Godinne UCL Namur

Avenue Dr. Gaston Thérasse, 1
5530 Yvoir
081/42.20.81
081/42.38.00

Centre de référence de l'UZ VUB

UZ Brussel – Campus Jette
Avenue du Laerbeek, 101
1090 Jette
02/477.60.01

Centre de référence de l'UZ Gent

Corneel Heymanslaan, 10
9000 Gent
09-332.21.11, 09-332.23.50

Centre de référence de l'UZ Leuven (Campus Gasthuisberg)

Herestraat, 49
3000 Leuven
016/34.47.75
016/33.22.11

Centre de référence de l'institut de médecine tropicale (HIV-SOA Polikliniek)

Kronenburgstraat, 43/3
2000 Antwerpen
03/247.66.66

Centre de Référence de l'UZ Antwerpen (Edegem)

Wilrijkstraat, 10
2650 Edegem
03/821.30.00 (Nuit et weekend : 03/821.52.50)

Centre de Référence de l'AZ ZNA Middelheim

Lindendreef, 1
2020 Antwerpen
03/280.31.11

Centre de Référence de l'AZ ZNA Stuivenberg

Lange Beeldekenstraat, 267
2060 Antwerpen
03/217.71.11

Centre de Référence de l'AZ Sint Jan-Brugge – Ostende AV

Rudderhove, 10
8000 Brugge
050/45.23.12
Voor afspraak : 050/45.23.20

Ziekenhuis Oost-Limburg (Campus André Dumont)

Stalenstraat, 2
9600 Genk
08/932.55.32
HIV-verpleegkundige : 050/45.23.12

Centre de référence du Jessa Hospital d'Hasselt (Campus Virga Jesse)

Stadsomvaart, 11
3500 Hasselt
011/33.55.11 ou 011/30.94.85

Jan Yperman Ziekenhuis

Briekestraat, 12
8900 Ieper
057/35.71.80

Associations de prévention Sida

Plateforme Prévention Sida

Place de la vieille Halle aux blés 28/29
1000 Bruxelles
02/733.72.99

Sensoa

President Building
F. Rooseveltplaats, 12 (vijfde verdieping)
2060 Antwerpen
(bus 7)
03/238.68.68

Aide Info Sida

45 rue Duquesnoy
B-1000 Bruxelles
02 514 29 65

Service de Santé affective, sexuelle et réduction des risques

Rue Docteur Haibe, 4
5002 Saint-Servais
081/77.68.20

Sida-IST Charleroi-Mons

Boulevard Zoé Drion, 1
6000 Charleroi
071/92.54.10

Ex-Aequo

Prévention à l'attention des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.
Rue des Grands Carmes, 20
1000 Bruxelles
02/736.28.61

Collectif Santé Mons Borinage

Rue de la Seuwe, 15
7000 Mons
0492/91.90.16

Sidasol

Rue des Fontaines-Roland, 29
4000 Liège
04/287.67.00

Groupes d'accompagnement pour les personnes vivant avec le VIH

Ex-Aequo

TEA+ : une rencontre entre potes autour d'un sujet d'actualité touchant au VIH, partage d'expériences, gâteaux et ambiance relax en toute confidentialité !
info@exaequo.be

Actions Plus

Groupe d'action, de communication et de réflexion sur la séropositivité
Plateforme Prévention Sida
info@preventionsida.org

Espace Mandela

Accompagnement collectif des personnes vivant avec le VIH et soutien par les pairs
Plateforme Prévention Sida
info@preventionsida.org

All together for sexual health

President Building
F. Rooseveltplaats, 12 (vijfde verdieping)
2060 Antwerpen
(bus 7)
03/238.68.68

Lhiving

Accompagnement de personnes défavorisées et vivant avec le VIH, leur famille et/ou leur entourage immédiat.
Rue Pôle, 2
1210 Saint Joost ten Node
02/201.14.19
info@lhiving.be

Projet Nyampinga

Projet d'accueil des femmes migrantes et des familles vivant avec le VIH et réponse communautaire à l'isolement.
Rue des Sports, 19
1348 Louvain-la-Neuve
0498/71.30.62
ikazenyampinga@yahoo.fr



Autres adresses utiles

Observatoire du Sida et Sexualités - dossier bibliographique sur vieillir avec le VIH
Université Libre de Bruxelles - Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Éducation
Avenue F. D. Roosevelt, 50 - CP 122
1050 Bruxelles

LUSS - thématique personnes âgées (Ligue des Usagers des Services de Santé)
Avenue Sergent Vrithoff, 123
5000 Namur
081/74.44.28

Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (UNIA) - formation sur la lutte contre les discriminations
Rue Royale, 138
1000 Bruxelles
0800/12.800

Genres Pluriels - formation sur la santé sexuelle transspécifique
Rue marché au Charbon, 42
1000 Bruxelles
0487/63.23.43

Tels Quels - formation pour les personnes LGBT en maison de repos
Place de la Liberté 4
1000 Bruxelles
02/512.45.87

Culture et santé - outil sur le vieillissement des migrants
Rue d'Anderlecht, 148
1000 Bruxelles
02/558.88.10

Coordination des associations de seniors (CAS) asbl
Quai Arthur Rimbaud, 20
6000 Charleroi
0494/40.68.20

Sites internet

Information générale sur le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles
<https://preventionsida.org/>

Information pour les personnes vivant avec le VIH, leurs proches et les professionnels-les de la santé
<https://www.vivreaveclevih.org/>

La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C
<https://www.catie.ca/fr/accueil>

Communauté virtuelle francophone de débats, de soutien et de rencontre pour les personnes vivant avec le VIH et une hépatite virale
<https://seronet.info/>

Association française de patient-es, agréée pour représenter les usager-ères du système de santé
<https://www.actions-traitements.org/>

Association anglaise, source de renseignements sur le VIH
<https://www.aidsmap.com/language/french>

Portail d'informations et de services communautaire au service des professionnels (médecins, chercheurs, institutions, associations) et des personnes atteintes par le VIH, au Nord et au Sud
<https://vih.org/dossier/vieillir-avec-le-vih/>



