



Comment accueillir une personne vivant avec le VIH en EHPAD

Karim Abdelmoumen

Disclosure: Pas de liens d'intérêt

Infectiologue

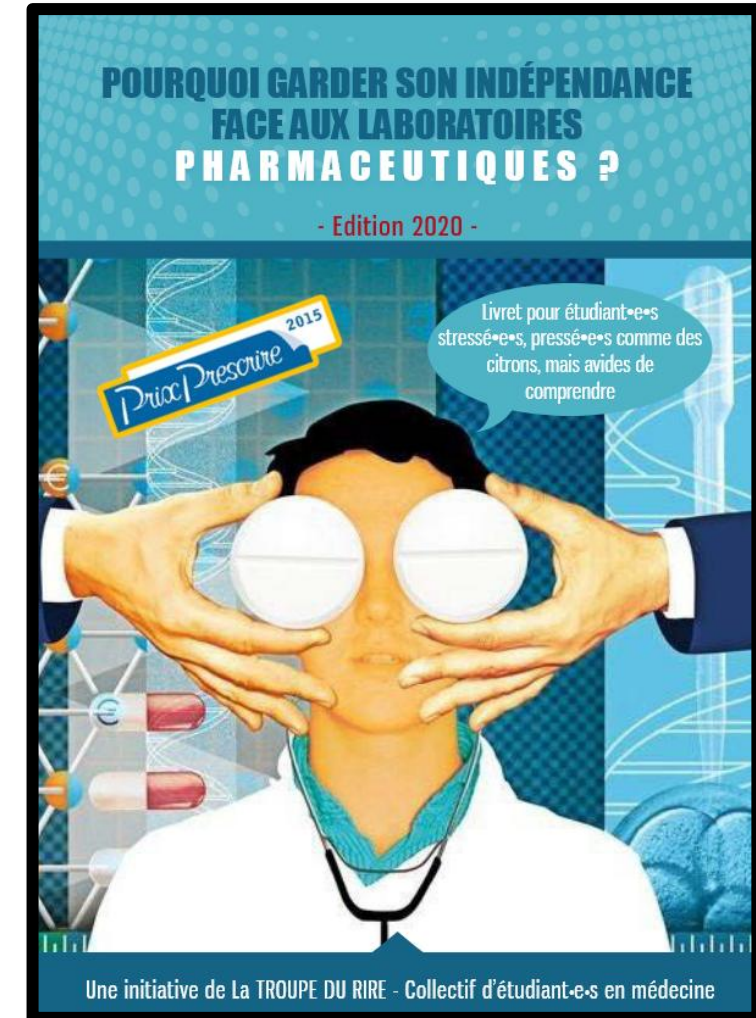
Centre Hospitalier de la Cote Basque

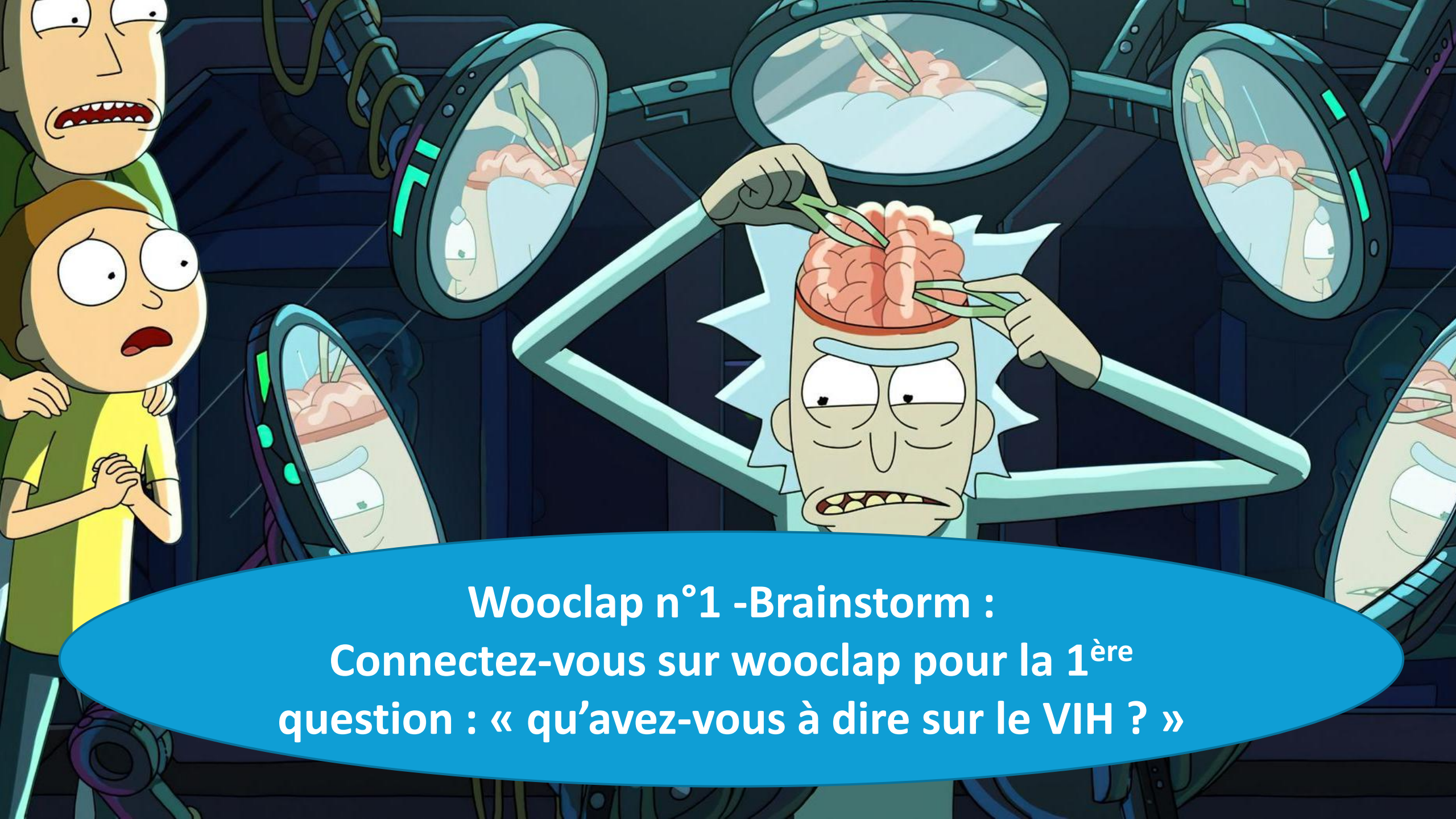
09/10/2025





Liens d'intérêt : aucun
Utilisation de l'IA : non





Wooclap n°1 -Brainstorm :
Connectez-vous sur wooclap pour la 1^{ère}
question : « qu'avez-vous à dire sur le VIH ? »



Wooclap n°2 : alerte je me suis piqué !

- Vous êtes IDE en EHPAD et vous avez accueilli Mme W, 86 ans, vivant avec le VIH depuis 1989. Au cours d'un soin infirmier (veinopuncture pour bilan mensuel avec une aiguille SC) vous vous blessez la pulpe de l'index. Vous ne portiez pas de gant.
- Quelles mesures mettez-vous en place immédiatement ?

A : Vous plongez le doigt dans de la javel pure pendant 5 min
B : Vous devez débuter un traitement post-exposition (TPE) sans tarder
C : Vous devez être vacciné pour le VHC
D : si la dernière CV est < 50 copies/mL il n'y a pas d'indication à un TPE
E : si la dernière CV est détectable vous devez débuter un TPE





Tableau 3 : Indications au TPE après exposition au sang (hors usage de drogues injectables)

Risque et nature de l'exposition*	Personne source vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Personne source vivant avec le VIH traitée depuis >6 mois avec CV <50 copies/mL	Personne source de statut VIH impossible à déterminer
Piqûre profonde avec aiguille creuse intravasculaire	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE à discuter si facteurs de risques épidémiologiques
Coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, piqûre avec aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringues abandonnées, crachats, morsures, griffures	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Des soins locaux doivent être réalisés : si blessure ou piqûre, lavage à l'eau et au savon puis antiseptie (hypochlorite sodium ou povidone iodée) ; en cas de projection muqueuse, rinçage au sérum physiologique

Après exposition au sang, dans le cadre professionnel ou non professionnel, ou en cas d'utilisation de drogue intraveineuse (tableaux 3 et 4)

Il est essentiel de documenter le statut sérologique VIH de la personne source quand cela est possible.

Le TPE n'est pas indiqué quand la personne source vit avec le VIH et a un traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois et une dernière charge virale indétectable (<50 copies/mL) dans les 6 derniers mois. (Grade B)

Le TPE est indiqué lorsque la charge virale est quantifiable si (Grade B):

- Exposition au sang avec une aiguille intravasculaire, IM, SC, une aiguille pleine, une lame de bistouri
- Exposition cutanéomuqueuse prolongée à du sang (>15 min)

Le TPE n'est pas indiqué en cas de piqûre accidentelle dans un contexte autre que les soins directs ou le partage de matériel d'injection (aiguille abandonnée, aiguille dans les déchets, agression avec piqûre constatée ou supposée). (AE)

PREMIERS SOINS À FAIRE D'URGENCE

01



PIQÛRES ET BLESSURES

- Ne pas faire saigner.
- Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage.
- Antisepsie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif diluée au 1/5), ou à défaut polyvidone iodée en solution dermique.

CONTACT DIRECT DU LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR PEAU LÉSÉE

- Mêmes protocoles de nettoyage et d'antisepsie de la zone atteinte que précédemment.

PROJECTION SUR MUQUEUSES ET YEUX

- Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (au moins 5 minutes)

CONTACTER IMMÉDIATEMENT LE MÉDECIN RÉFÉRENT

02



QUI ÉVALUE LE RISQUE INFECTIEUX

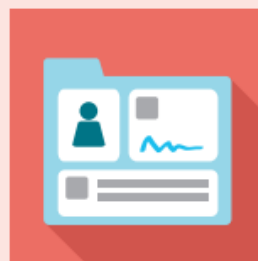
- Infection VIH (par test rapide VIH), Hépatites B et C, autres infections.

QUI VOUS INFORME DES MESURES À PRENDRE

- Une **prophylaxie** (traitement post-exposition au VIH), immunoglobulines spécifiques anti-VHB +/- vaccination) peut vous être proposée. Elle se fera avec une information préalable sur ses effets et son déroulement. Elle nécessite **votre consentement**. Le traitement doit être **débuté dans les heures qui suivent l'accident** (de préférence dans les 4 heures).

CONTACTER ENSUITE LE MÉDECIN DU TRAVAIL

03



POUR DÉCLARER L'ACCIDENT DU TRAVAIL

- Les modalités pratiques varient d'un établissement à l'autre et d'un régime social à l'autre, s'informer auprès du médecin du travail, du cadre ou du bureau du personnel.

POUR ASSURER UN SUIVI CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE ADAPTÉ (VIH, VHC, VHB)



Risque de transmission du VIH, VHC et VHB

Virus	Evolution chronique	Nb* de porteurs chroniques	Risque après APC	Charge virale plasmatique	Vaccin	Prophy- laxie
VIH	100 %	100 000	0,3 %	10^{-10^4}	Non	Oui
VHC	60-80 %	500 000	3 %	10^4-10^6	Non	Non
VHB	10 %	100 000	30 %	10^6-10^9	Oui	Oui

* estimation du nombre de personnes infectées en France



- Vous êtes IDE en EHPAD et vous avez accueilli Mme W, 86 ans, vivant avec le VIH depuis 1989. Au cours d'un soin infirmier (veinopuncture pour bilan mensuel avec une aiguille SC) vous vous blessez la pulpe de l'index. Vous ne portiez pas de gant.
- Quelles mesures mettez-vous en place immédiatement ?

A : Vous plongez le doigt dans de la javel pure pendant 5 min

B : Vous devez débuter un traitement post-exposition (TPE) sans tarder

C : Vous devez être vacciné pour le VHC

D : si la dernière CV est < 50 copies/mL il n'y a pas d'indication à un TPE

E : si la dernière CV est détectable vous devez débuter un TPE

A : eau de Javel à 2,6% de chlore actif diluée au 1 /5

B : Il faut une évaluation médicale pour indiquer ou non le TPE

C : il n'existe pas de vaccin pour le VHC ni pour le VIH. Vous devez être vaccinés pour le VHB



Le VIH 40 ans de vie commune

WHO AND HIV: 40-YEAR TIMELINE

1983/88	1990	1991
<p>In 1983, the HIV virus was first isolated by Dr Françoise Barré-Sinoussi and Dr Luc Montagnier at the Institut Pasteur in Paris.</p> <p>WHO celebrates the first World AIDS Day in 1988 acknowledging the key role of civil society in mobilizing a global response.</p>	<p>WHO publishes the first guidelines on the clinical management of HIV infection with disease staging. World AIDS Day 1990 calls for a global focus on women and HIV, for their role and contributions in the global response, as patients and carers, and in prevention of mother-to-child transmission.</p>	<p>The number of countries with national AIDS programmes rises from 7 to 130 within a year.</p>
2002	1996	1994
<p>Of the 28.5 million people living with HIV in Africa, only 35 000 are accessing HIV treatment.</p> <p>WHO issues its first full guidelines on HIV treatment.</p>	<p>Highly active antiretroviral therapy is first introduced changing the mood of the HIV response from despair to great hope.</p> <p>WHO, together with 5 UN agencies, establishes the Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS).</p>	<p>WHO estimates 13–14 million people are living with HIV, with this figure projected to reach 30–40 million by 2000.</p>
2003	2007	2014
<p>WHO launches the global '3 by 5' initiative, to provide HIV treatment to 3 million people in developing countries by 2005.</p>	<p>Only 10% of people with HIV knew of their diagnosis in 2005. WHO recommends a revolutionary step to offer provider-initiated HIV testing and counselling.</p>	<p>The world is on track to achieve the Millennium Development Goal target to treat 15 million people with HIV by 2015.</p>
2021	2018	2016
<p>WHO worked with partners to track the impact of the COVID-19 pandemic including understanding implications for people living with HIV and through tracking disruptions including in the provision of antiretroviral therapy services.</p>	<p>HIV testing reaches 75% of people with HIV and nearly 60% of people with HIV are receiving treatment. Despite successes, huge disparities still exist – many populations are being left behind, particularly key populations.</p> <p>Half of the people living with HIV are not virally suppressed, and 1.8 million people are newly infected every year.</p>	<p>WHO launches historic guidelines recommending treatment for all people living with HIV, for both prevention and treatment outcomes.</p> <p>Further innovations, including pre-exposure prophylaxis and self-testing are recommended.</p>
2022	2023	
<p>Approximately 86% of people living with HIV knew their HIV status, 76% were receiving HIV treatment, and 71% were virally suppressed.</p> <p>HIV services in some communities and context diverted in support of the multi-country mpox outbreak.</p> <p>Strategies and approaches increasingly focus on integration, universal health coverage and primary health care.</p>	<p>People living with HIV who achieve an undetectable level of virus by consistent use of antiretroviral therapy do not transmit HIV to their sexual partner(s).</p> <p>At the end of 2022, 29.8 million of the 39 million people living with HIV were taking antiretroviral treatment (which means 76% of all people living with HIV) with almost three-quarters of them (71%) living with suppressed HIV.</p>	

**ENDING AIDS BY 2030
IS ACHIEVABLE IF
WE KEEP OUR EFFORTS
STRONG.**





1^{er} AGE : maladie mortelle
jusqu'en 1995



2^{ème} AGE : arrivée des trithérapies, réapprendre à vivre

3^{ème} AGE : « maladie chronique »

15^{ème} CONGRÈS
de la **Société de
Gérontologie
de Bordeaux et
du Sud-Ouest**



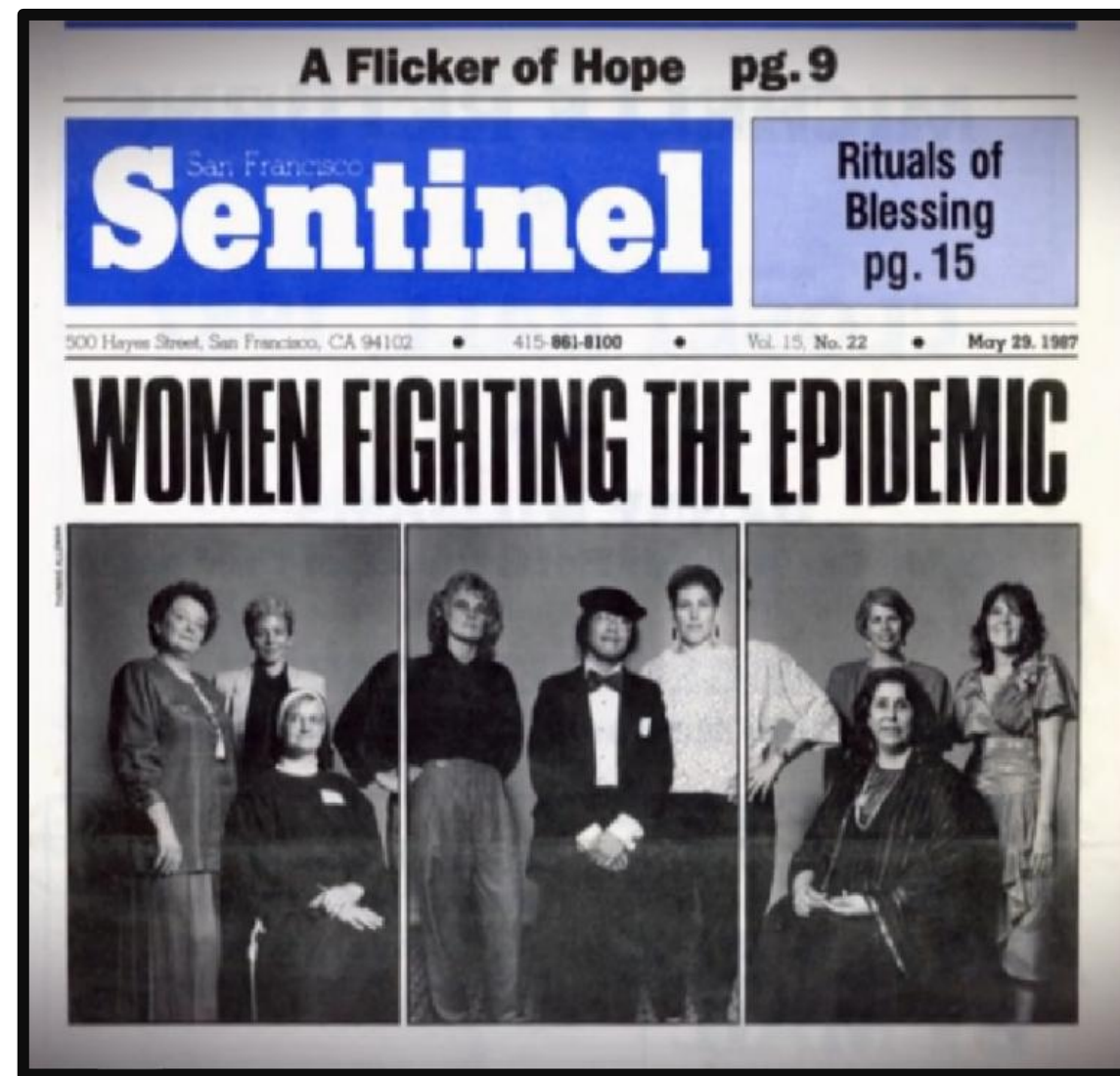
“ ÇA CHAUFFE
EN GÉRIATRIE ! ”



**9 et 10
oct. 2025**

**LE CONNECTEUR
BIARRITZ**

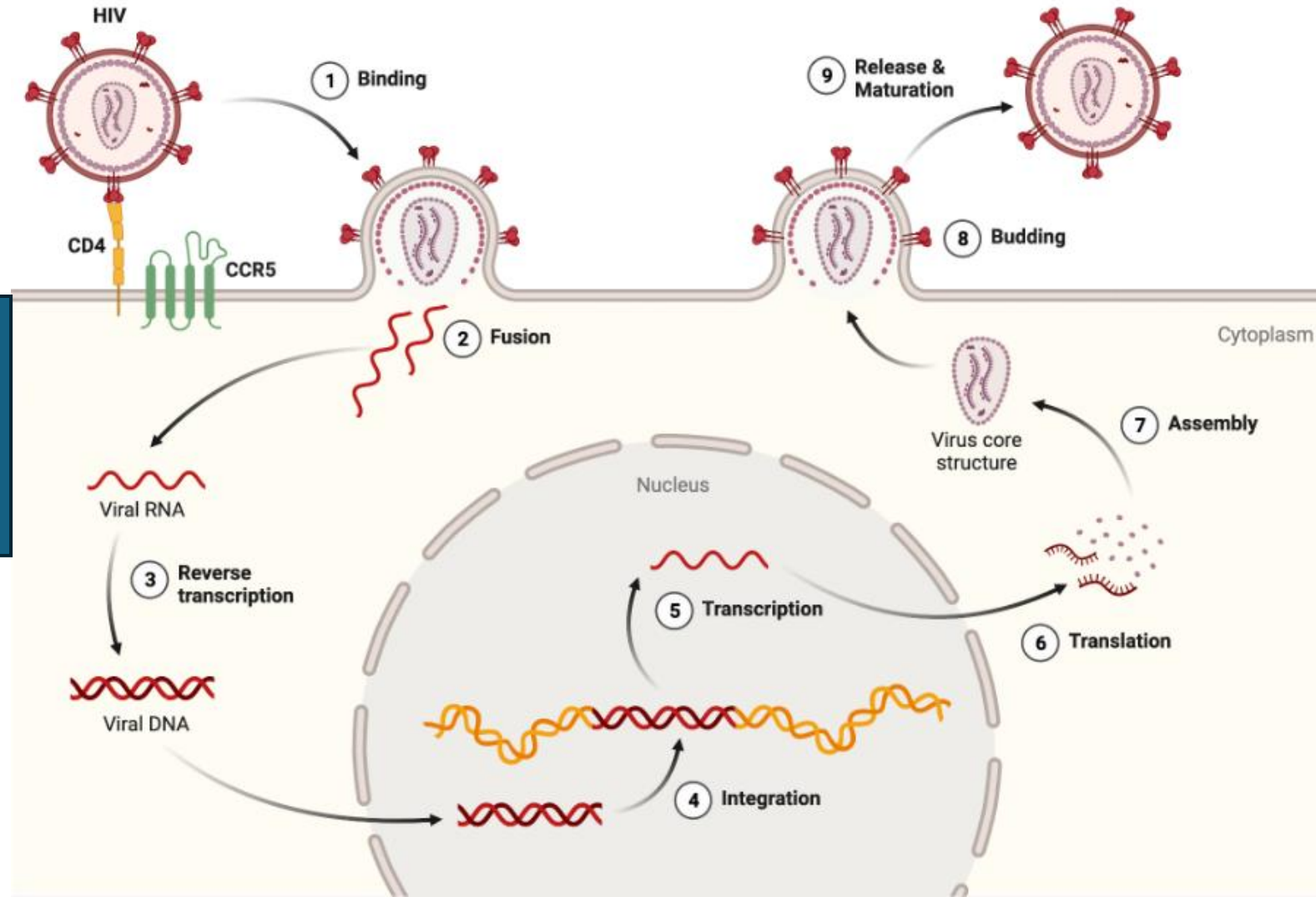
SGBSO
SOCIÉTÉ DE GÉRONTOLOGIE
DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST







Quelques rappels et infos sur le VIH





Les points à retenir de la physiopathologie

- **Infection dynamique = réplication virale CONSTANTE**

- Production continue de particules virales
- Infection continue de nouveaux lymphocytes T CD4+

- **Infection persistante = latence virale STABLE**

- Persistance de virus intégré (provirus) dans les lymphocytes T CD4+ mémoires
- Production de cellules infectées latentes par division cellulaire

- **Infection persistante lytique**

- Mort des cellules infectées productrices
- Diminution progressive et continue des lymphocytes T CD4+

Deux types de cellules infectées

Lymphocytes T CD4+

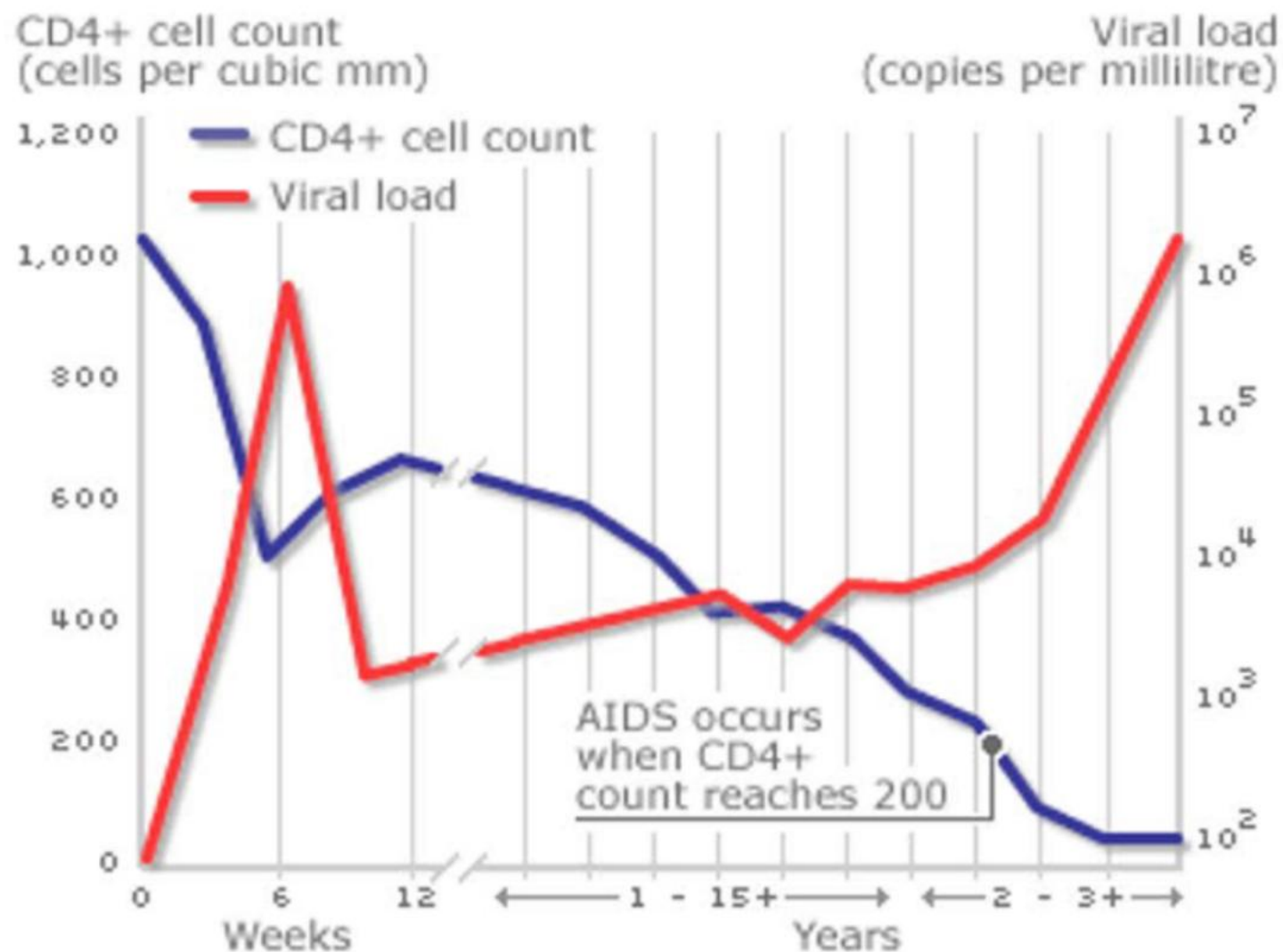
- > 90% des cellules infectées
- Provirus intégré dans les cellules mémoires CD45 RO (à 1/2 vie longue)
- Activation des cellules infectées

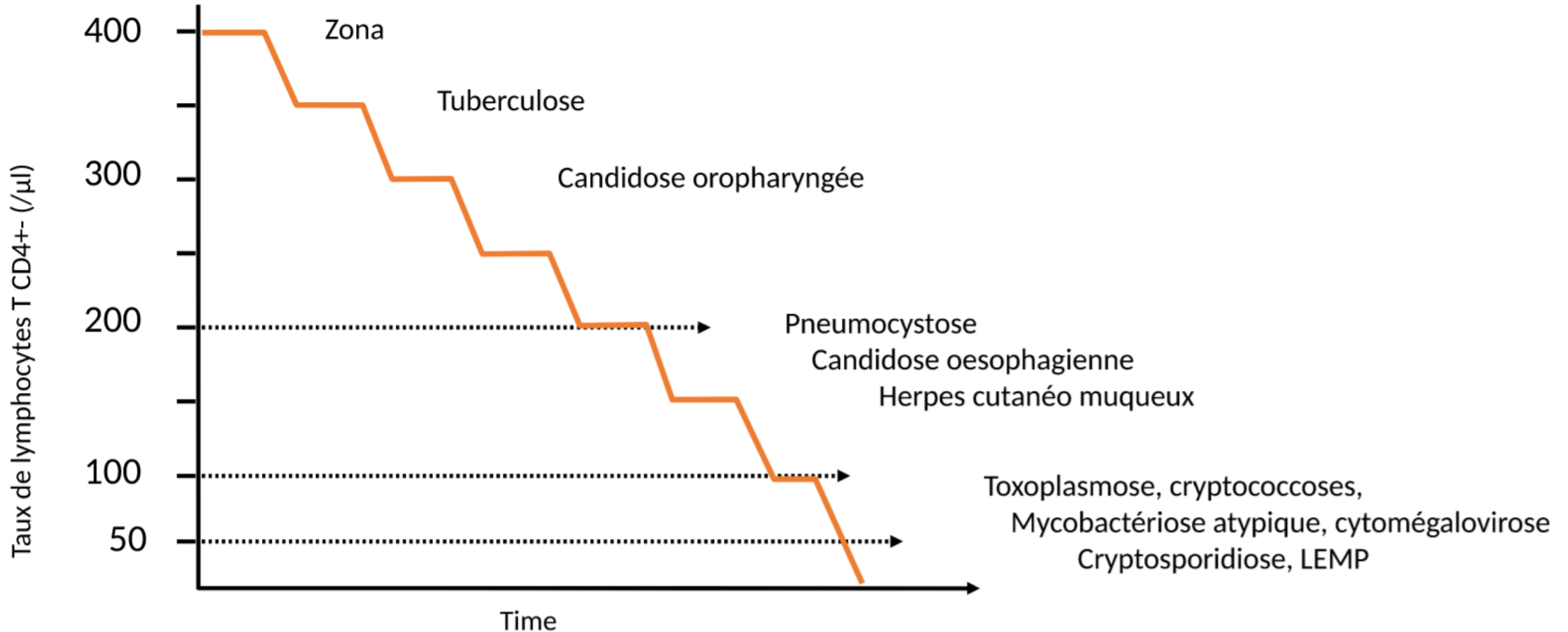
- **Les monocytes / macrophages**

- 5 à 7% des cellules infectées
- Provirus intégré (provirus)



Evolution naturelle du VIH







Par main levée ou applaudissement : qui a déjà eu un rapport sexuel non protégé avec une personne qu'elle venait de rencontrer ?



HIV invasion site	Anatomical sub-location	Transmission medium	Transmission probability per exposure event	Estimated contribution to HIV cases worldwide
Female genital tract	Vagina	Semen	1 in 200 – 1 in 2,000	12.6 million
	Ectocervix			
	Endocervix			
	Other			
Male genital tract	Inner foreskin	Cervicovaginal and rectal secretions and desquamations	1 in 700 – 1 in 3,000	10.2 million [†]
	Penile urethra			
	Other			
Intestinal tract	Rectum	Semen	1 in 20 – 1 in 300	3.9 million [§]
	Upper GI tract	Semen	1 in 2,500	1.5 million
		Maternal blood, genital secretions (intrapartum)	1 in 5 – 1 in 10	960,000
		Breast milk	1 in 5 – 1 in 10	960,000
Placenta	Chorionic villi	Maternal blood (intrauterine)	1 in 10 – 1 in 20	480,000
Blood stream		Blood products, sharps	95 in 100 – 1 in 150	2.6 million [¶]

Les modes de transmission



Les antirétroviraux ARV : « trithérapie »

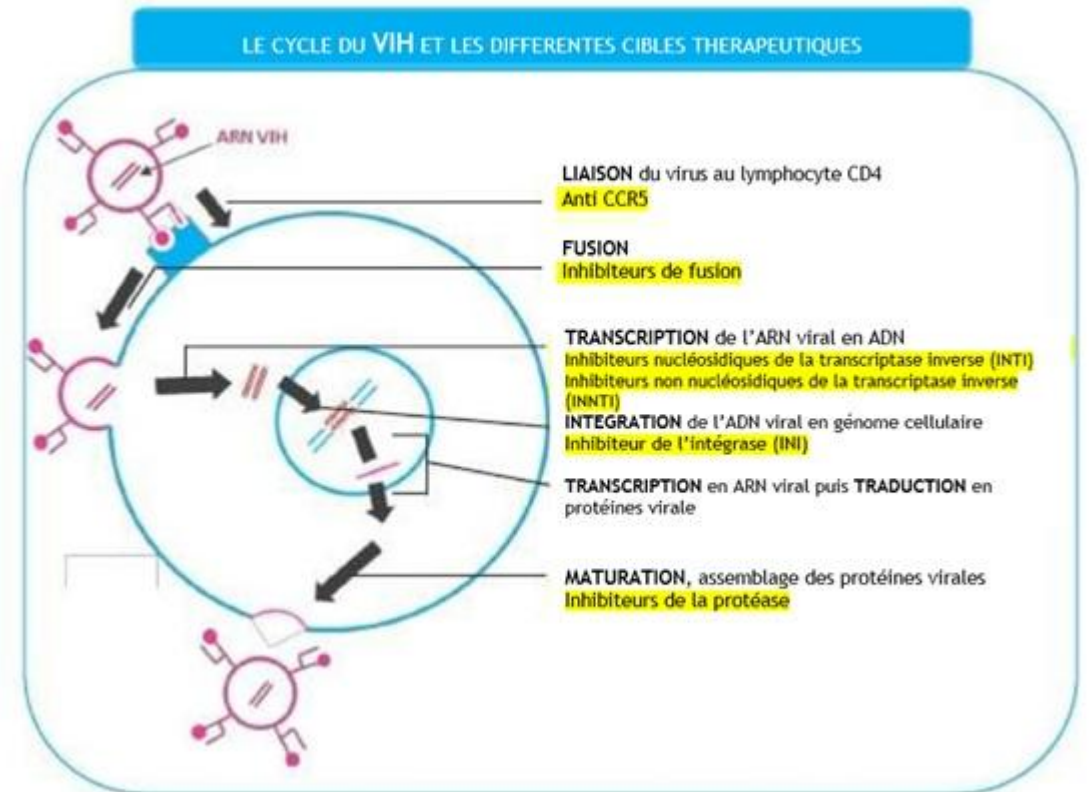
4 classes majeures :

- INTI : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
- INNTI : inhibiteur Non nucléosidique de la TI
- IP : inhibiteur de la protéase
- INI : inhibiteur de l'intégrase

Les schémas classiques :

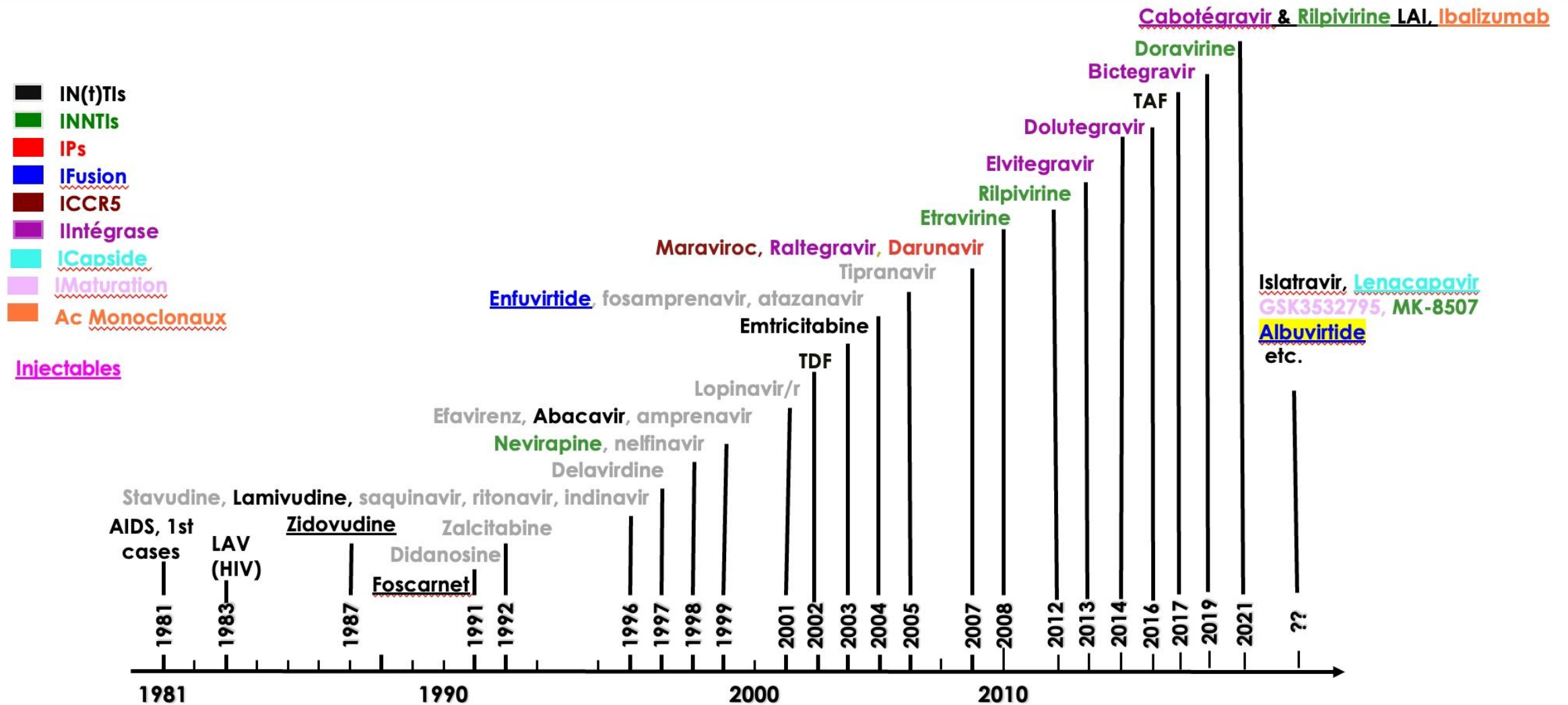
- 2 INTI + 1 INNTI
- 2 INTI + IP boosté
- 2 INTI + 1 INI

(allègement possible dans certaines situations)



Thérapeutique Antiretrovirale :

Un développement dynamique > 15 ARVs, > 8 classes de molécules





Wooclap n°3 : ça passe plus en gériatrie

Inko, 77 ans, revient dans son EHPAD après un passage au CHCB puis en SMR pour survenue d'un 1^{er} AVC ischémique. Il n'a pas vu d'infectiologue depuis 8 ans. Il s'agit d'un PVVIH depuis 20 ans qui prenait un traitement par etravirine, darunavir, ritonavir et raltegravir (5 cps/jour). Depuis cet AVC il prend en plus : ramipril 5mg/jour, kardegic 75mg/j, atorvastatine 40mg/j, bisoprolol 5mg matin et soir et amlodipine 10mg/jour. Cela va faire 2 jours qu'il ne veut plus prendre ses traitements parce qu'il en a trop, que faites-vous ?



- A : simplifier le traitement ARV par un comprimé combiné
- B : remplacer les ARV par les ARV en injections intra-musculaires
- C : vous le guérissez du VIH en lui proposant une allogreffe de moelle
- D : vous arrêtez les ARV
- E : si le VIH est contrôlé, un traitement 4 jours/7 est envisageable



Wooclap n°3 : ça passe plus en gériatrie

Inko, 77 ans, revient dans son EHPAD après un passage au CHCB puis en SMR pour survenue d'un 1^{er} AVC ischémique. Il n'a pas vu d'infectiologue depuis 8 ans. Il s'agit d'un PVVIH depuis 20 ans qui prenait un traitement etravirine, darunavir, ritonavir et raltegravir (5 cps/jour). Depuis cet AVC il prend en plus : ramipril 5mg/jour, kardegic 75mg/j, atorvastatine 40mg/j, bisoprolol 5mg matin et soir et amlodipine 10mg/jour. Cela va faire 2 jours qu'il ne veut plus prendre ses traitements parce qu'il en a trop, que faites-vous ?



A : simplifier le traitement ARV par un comprimé combiné

B : remplacer les ARV par les ARV en injections intra-musculaires

C : vous le guérissez du VIH en lui proposant une allogreffe de moelle

D : vous arrêtez les ARV

E : si le VIH est contrôlé, un traitement 4 jours/7 est envisageable



FICHE

Adaptation du traitement antirétroviral en situation de succès virologique chez l'adulte vivant avec le VIH

Validée par le Collège le 29 août 2024

Les bithérapie orales 3TC/DTG et DTG/RPV, les bithérapies injectables à libération prolongée CAB-LP + RPV-LP, et les trithérapies intermittentes 4 ou 5 jours /7 constituent les principales options d'allègement de traitement de l'infection VIH-1



CHANGE LE MONDE DU VIH.

**Avec traitement,
le VIH ne se transmet plus.**
INDÉTECTABLE = INTRANSMISSIBLE



Rétrovirus (lentivirus)

Responsable du SIDA
38,4 millions de PvVIH
dont 1,7 millions d'enfants
650 000 décès en 2021 (1/min)

Physiopathologie

Cible principale : **Lymphocytes T CD4+** (mais aussi
macrophages et CD)
Prolifération lytique du virus

Clinique :






- *Primo-infection* : asthénie, adénopathies, éruption cutanée, thrombopénie, neutropénie
- *Stade chronique* : dominé par les IO selon le niveau d'immunodépression

Traitement

Association d'antirétroviraux
« Trithérapie »
Notion d'allègement thérapeutique
Maladie chronique : comorbidités



Summary of the global HIV epidemic, 2022

	People living with HIV	People acquiring HIV	People dying from HIV-related causes
 Total	39.0 million [33.1–45.7 million]	1.3 million [1.0–1.7 million]	630 000 [480 000–880 000]
 Adults (15+ years)	37.5 million [31.8–43.6 million]	1.2 million [900 000–1.6 million]	540 000 [410 000–770 000]
 Women (15+ years)	20.0 million [16.9–23.4 million]	540 000 [400 000–740 000]	230 000 [170 000–340 000]
 Men (15+ years)	17.4 million [14.7–20.4 million]	640 000 [490 000–850 000]	310 000 [230 000–440 000]
 Children (<15 years)	1.5 million [1.2–2.1 million]	130 000 [90 000–210 000]	84 000 [56 000–120 000]

Source: UNAIDS/WHO estimates, 2023.



Peut-on éradiquer le VIH ?



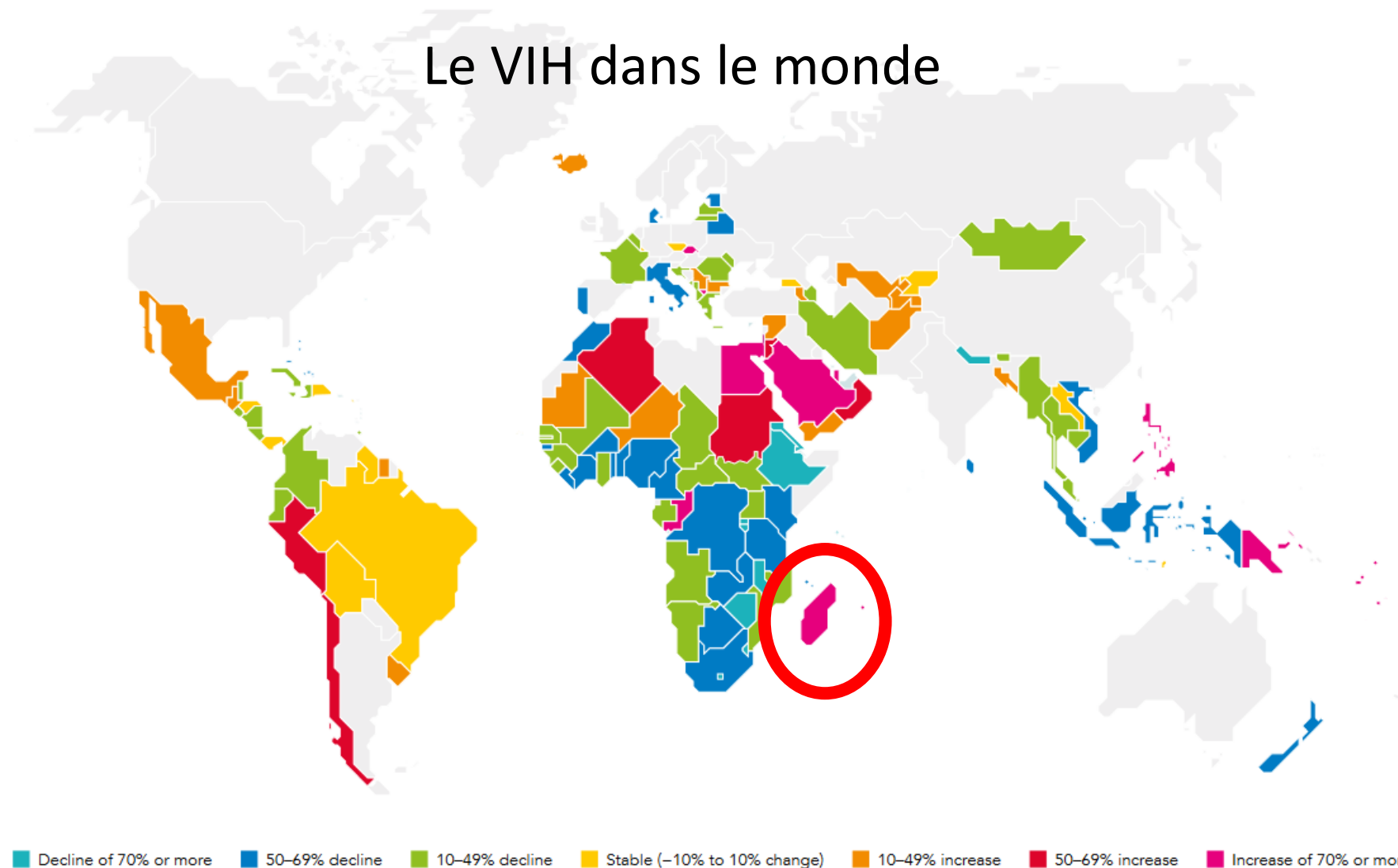
***« AIDS is not over ... to end AIDS,
we have to end the inequalities
which perpetuate it »***

Winnie Byanyima,
UNAIDS executive director
8 june 2021

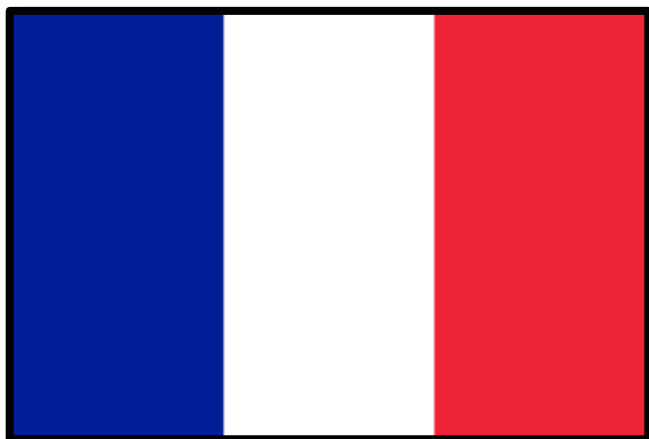


Figure 1.6 Change in number of new HIV infections, countries with available data, 2010–2022

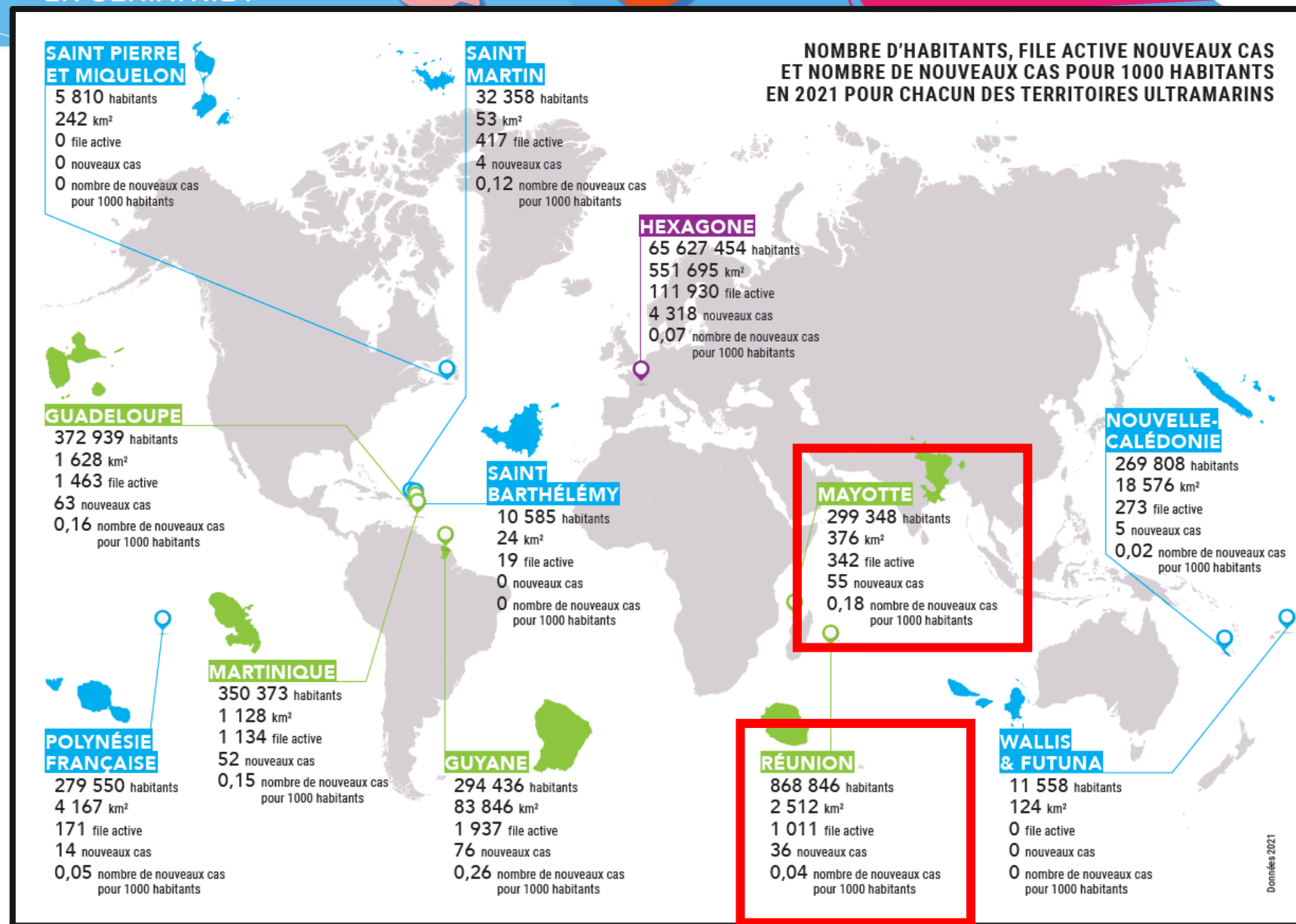
Le VIH dans le monde



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2023 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).



Le VIH en France : le grand écart des DROM

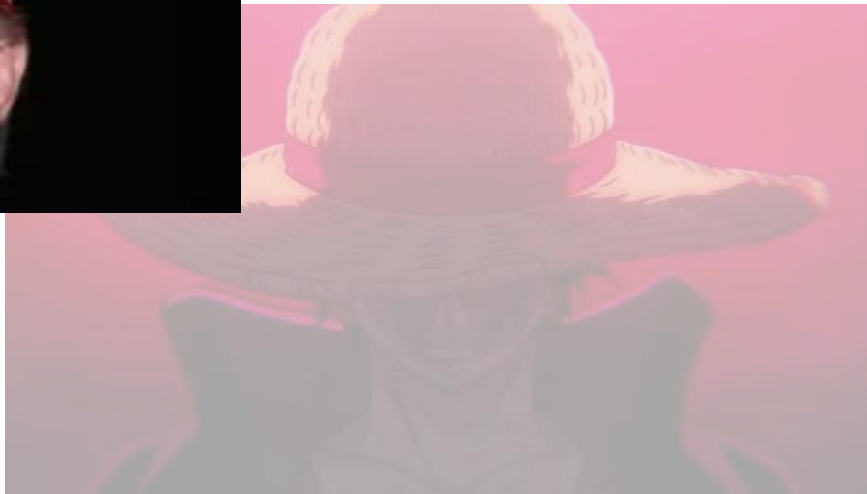




Janvier 2025 – investiture de Trump : démantèlement de l'Usaid, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, créée en 1961, **supprimant plus de 80 % des programmes financés.**

Perte de 42% de l'aide mondiale : remise en question de ce système mondial mortifère.

Exemple, en 2024, les USA avaient un budget de 42,8 milliards de dollars (environ 40 milliards d'euros)





Wooclap n°4 : ça chauffe en gériatrie

Gisèle, résidente de l'EHPAD depuis 6 ans, est tombée amoureuse de Pascal qui est arrivé dans la villa il y a un mois. Gisèle vit avec le VIH, elle est indétectable sous DOVATO qu'elle prend scrupuleusement tous les jours sans aide. Elle demande à consulter le médecin de l'EHPAD parce qu'elle a un aphte au palais qui ne guérit pas.

Quelles sont les réponses vraies ?



- A : Pascal doit bénéficier d'un dépistage VIH
- B : il faut réaliser une sérologie syphilis
- C : il faut réaliser une PCR gonocoque/chlamydia (vagin, anus, pharynx)
- D : Il s'agit d'une lésion cutanée due au VIH
- E : Si Pascal est séropositif, il se sera contaminé avec Gisèle



Wooclap n°4 : ça chauffe en gériatrie

Gisèle, résidente de l'EHPAD depuis 6 ans, est tombée amoureuse de Pascal qui est arrivé dans la villa il y a un mois. Gisèle vit avec le VIH, elle est indétectable sous DOVATO qu'elle prend scrupuleusement tous les jours sans aide. Elle demande à consulter le médecin de l'EHPAD parce qu'elle a un aphte au palais qui ne guérit pas.

Quelles sont les réponses vraies ?



A : Pascal doit bénéficier d'un dépistage VIH

B : il faut réaliser une sérologie syphilis

C : il faut réaliser une PCR gonocoque/chlamydia (vagin, anus, pharynx)

D : Il s'agit d'une lésion cutanée due au VIH

E : Si Pascal est séropositif, il se sera contaminé avec Gisèle



PVVIH et EHPAD : Pourquoi en parler ?



- Difficultés rencontrées par les PVVIH pour être admis dans les EHPAD
- Difficultés exprimées par le personnel de ces structures dans l'accompagnement des PVVIH : **sentiment de ne pas être préparé**, parfois de la réticence
- Besoin de formation surtout
- Question du **coût des traitements**
- Enquête Nouvelle-Aquitaine, 122 EHPAD ont répondu : 10 PVVIH dans 8 EHPAD



Cadre légal d'accueil d'une PVVIH en EHPAD/institution

La Charte des droits et libertés des personnes accueillies (en institution ou au sein d'un service à domicile) prévoit :

- Dans son article 1, le **principe de non-discrimination** (en raison de ses origines ethnique, sociale, son orientation sexuelle, de ses opinions religieuses ou convictions politiques, ...)
- Dans son article 12, le principe de **respect de la dignité et de l'intimité de la personne**, en dehors d'une nécessité objective et exclusive pour l'accompagnement

Trois ans après le scandale des Ehpad, 55 structures ont écopé « de sanctions graves »

Agence France-Presse

25 mars 2025 à 12h57

Pour tourner la page, Orpea change de nom et devient Emeis



Les EHPAD : le scandale ORPEA



Ce que je ne ferai pas : faire le portrait type d'une personne vieillissante séropositive et donc de son parcours de vie.

Mais des chiffres pour nous aujourd'hui

l'âge médian des personnes séropositives est de 49 ans.

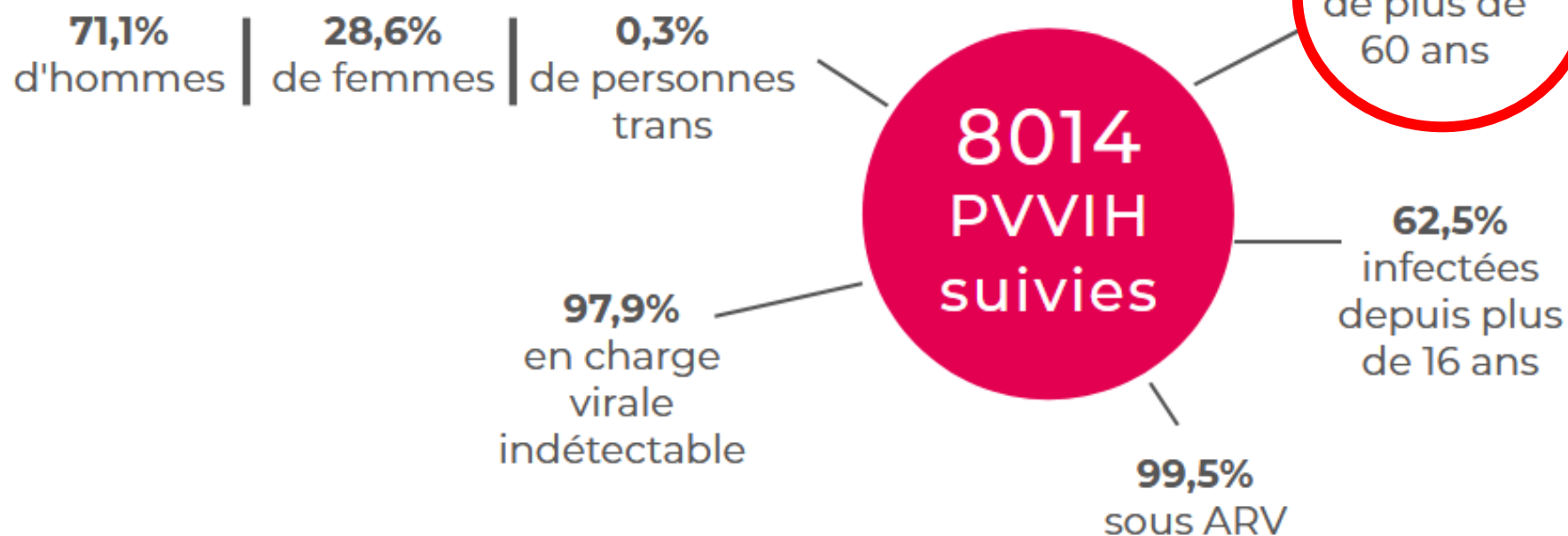
50% des personnes séropositives ont plus de 50 ans (contre 8,5% en 1993) et **16% plus de 60 ans.**

Quant aux découvertes de séropositivité, **20% le sont chez des personnes de plus de 50 ans**

Les personnes contaminées depuis plus de 20 ans forment une **génération qui a souffert de multiples expériences douloureuses**. Elles ont vécu la **stigmatisation**, les **premiers traitements** antirétroviraux (complexité, toxicité...). Elles ont été confrontées à **l'expérience de « la mort annoncée »** et à **la perte de proches**. Elles vivent maintenant une nouvelle étape, celle de vieillir avec le VIH avec toutes les inquiétudes que cela soulève.



Rapport COREVIH : La prise en charge hospitalière des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Nouvelle-Aquitaine en 2023





Consentement sexuel



Droit à la sexualité

Le droit à la sexualité, tout comme le droit d'expression sont à préserver en institution, comme à domicile.

La libido (désir/pulsion sexuelle) ou simplement le besoin de tendresse, d'être caressé, de se caresser, bref ressentir du plaisir est un **besoin naturel, à tout âge** et ce **malgré la maladie ou le handicap**.

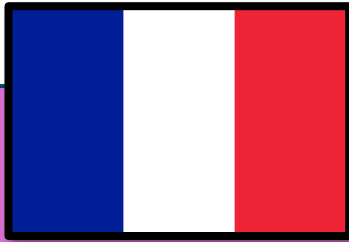
La santé sexuelle fait partie de notre équilibre psychologique et donc du projet d'accompagnement personnalisé (PAP).

Pourtant : **Société mal à l'aise face à la sexualité des personnes âgées**

Ne pas juger l'expression de cette sexualité : « il est pervers ou elle est vicieuse », mais d'apprendre à l'accueillir.



Pour les seniors en situation de dépendance



- Absence de politiques d'actions de prévention ni de dépistage des résident.es en EHPAD
- Absence de formation et de sensibilisation à la santé sexuelle en EHPAD
- Le VIH reste un frein plein de stigmatisation et de discrimination pour l'admission en EHPAD



- Exemples d'autres pays :
- chambre d'amour/d'intimité en EHPAD
 - Dépistage des IST



Article de revue

La chambre d'intimité en institution

Innovation et paradoxes

Par André Dupras

Pages 107 à 124

15^{ème} CONGRÈS
de la **Société de
Gérontologie
de Bordeaux et
du Sud-Ouest**



“ ÇA CHAUFFE
EN GÉRIATRIE !



**9 et 10
oct. 2025**

LE CONNECTEUR
BIARRITZ



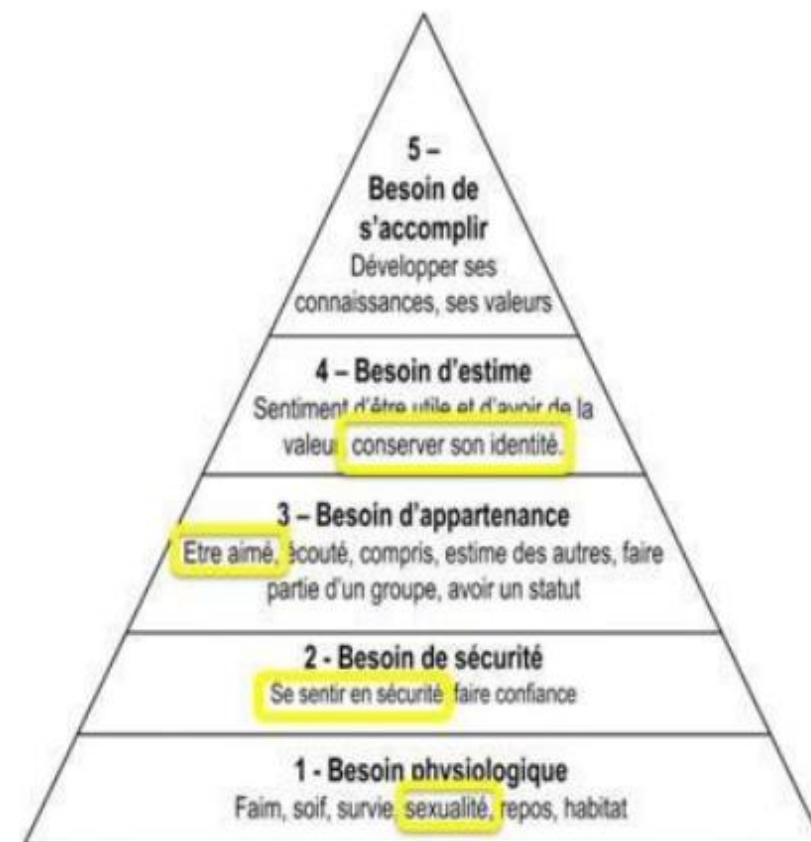
**NICOLE, 88 ANS
ET PROSTITUÉE**



Prise de position

POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA VIE AFFECTIVE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

28 septembre 2022
Dernière mise à jour : 25 juin 2024



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow



“ÇA CHAUFFE
EN GÉRIATRIE !”



SYNTHÈSE DES ENSEIGNEMENTS

ENSEIGNEMENT N° 1

Plus de 10 millions de Français de 60 ans et plus vivent en couple, avec une vie à deux majoritaire jusqu'au Grand Age et qui s'enracine dans la durée

ENSEIGNEMENT N° 2

Le sentiment amoureux perdure, quel que soit l'âge

ENSEIGNEMENT N° 3

Pour les aînés, l'essentiel dans le couple, c'est la complicité, le rire et les confidences

ENSEIGNEMENT N° 4

Près de 7 millions de personnes âgées vivent seules, dont une sur deux depuis au moins 10 ans

ENSEIGNEMENT N° 5

Pour 71% des personnes âgées, un corps qui vieillit peut rester désirable et 41% des 80 ans et plus se trouvent séduisants

ENSEIGNEMENT N° 6

Une personne âgée sur deux a des relations intimes et 91% d'entre elles en sont satisfaites

ENSEIGNEMENT N° 7

La pression des enfants, un frein à la rencontre pour 35% des personnes âgées qui sont parents, dont 20% de personnes seules

ENSEIGNEMENT N° 8

Les lieux de convivialité sont plébiscités pour faire des rencontres

ENSEIGNEMENT N° 9

84% des personnes âgées déclarent qu'elles sont à l'aise avec le sujet de la sexualité, mais plus d'une sur deux considère que le sujet est tabou pour la société

ENSEIGNEMENT N° 10

Un Français âgé sur deux considère que l'on devrait plus parler de la vie intime/sexuelle des personnes âgées

“À 80 ANS,
S'ILS RESTENT
ENSEMBLE,
C'EST PAR
HABITUDE.”



NE RÉDUISONS PAS LES
AÎNÉS À NOS CLICHÉS.

94% des personnes âgées
disent être amoureuses
de leur conjoint*.

PETITS FRÈRES
DES PAUVRES

Non à l'isolement de nos aînés

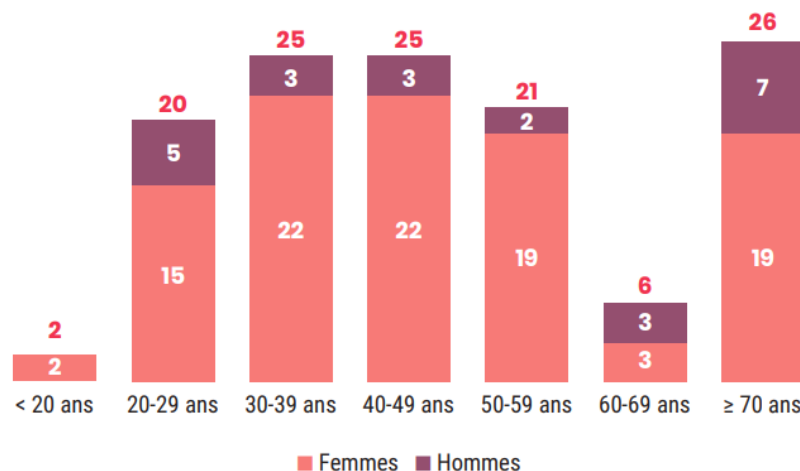


* Source : "Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées", étude menée par CSA Research pour Petits Frères des Pauvres auprès de 1 500 personnes âgées de 60 ans et plus.
www.petitsfreresdespauvres.fr



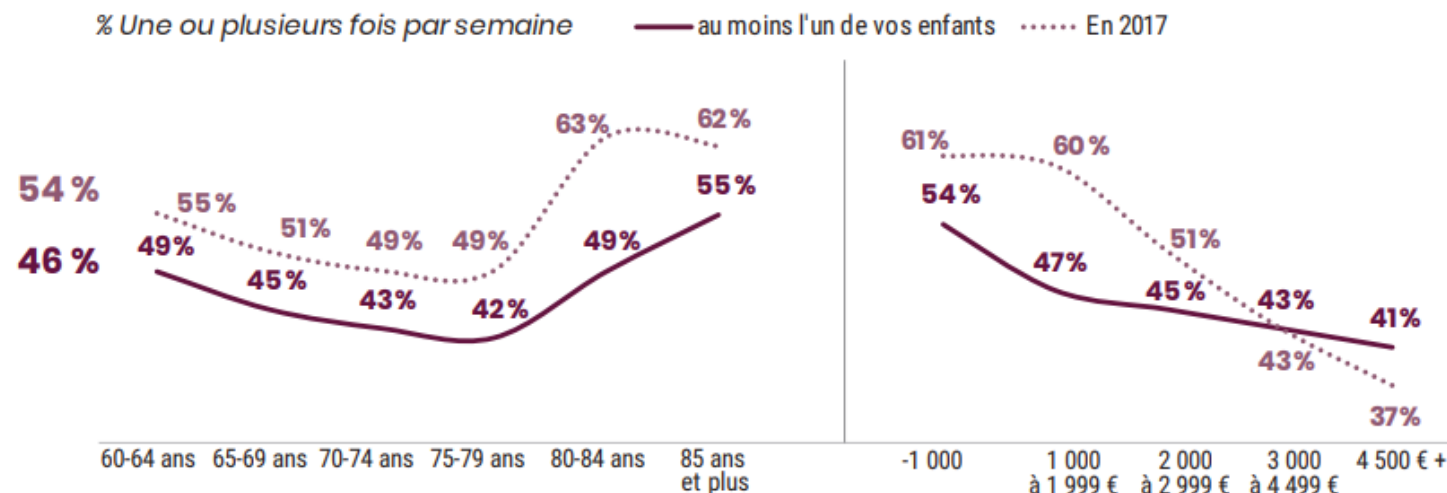
Isolement affectif : ¼ des morts violentes au sein du couple concernent des > 60 ans

VICTIMES : TRANCHES D'ÂGE



Source : Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple chiffres 2020 – ministère de l'Intérieur.

CONTACTS UNE OU PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE AVEC SES ENFANTS





Seniors LGBTQIA+

Discriminations, stigmatisations et association à l'épidémie de VIH
Non reconnaissance légale des couples homosexuels et de leurs familles

Renoncement de nombreuses personnes au cours de leur vie à « faire famille ».

- ➔ Facteur d'isolement +++
- ➔ Seniors LGBTQIA+ : population plus à risque de vivre seuls, sans partenaire ni enfants voire rupture de liens familiaux.

#REVOLUTIONGREYPRIDE



ATION GREYPRIDE #00

QUEL QUE SOIT MON GENRE, MA SEXUALITÉ, MON ÂGE,
JE SUIS #RÉVOLUTIONSÉNIOR



Wooclap n°5 : Gisèle, 89 ans, PVVIH et résidente de l'EHPAD depuis 6 ans, décède calmement dans la nuit.
Vous allez vous occuper des soins mortuaires, quelles sont les réponses vraies ?

- A : après nettoyage, la chambre est inutilisable pendant 40 jours
- B : les vêtements devront être détruits
- C : lors de la réfection du lit, le port de gant est nécessaire
- D : les défunts atteints du VIH n'ont pas le droit aux soins funéraires
- E : une mise en bière immédiate n'est pas obligatoire



Wooclap n°5 : Gisèle, 89 ans, PVVIH et résidente de l'EHPAD depuis 6 ans, décède calmement dans la nuit.
Vous allez vous occuper des soins mortuaires, quelles sont les réponses vraies ?

A : après nettoyage, la chambre est inutilisable pendant 40 jours

B : les vêtements devront être détruits

C : lors de la réfection du lit, le port de gant est nécessaire

D : les défunts atteints du VIH n'ont pas le droit aux soins funéraires

E : une mise en bière immédiate n'est pas obligatoire



Pour conclure

- La stigmatisation et la discrimination des PVVIH sont les principaux freins à la riposte de la pandémie et de l'accueil en EHPAD
- La peur vient de l'ignorance, partageons les connaissances pour lutter contre toutes formes de discriminations !
- **Les IST des sujets âgés sont un sujet important à ne pas négliger : la santé sexuelle fait partie de la santé globale.**
- L'activité sexuelle des adultes perdure avec le temps avec des conséquences positives (bonne santé) et négatives (IST)
- Les personnes âgées font parties d'une génération « n'utilisant pas le préservatif », avec une plus faible perception des risques.
- Aborder la question de la sexualité, même en gériatrie et ... **dépister !!!**



Merci pour votre attention
A vos questions !





Cibles de l'initiative Accélérer

Horizon 2020

90-90-90

Traitement

500 000

Nouvelles infections

ZÉRO

Discrimination

Horizon 2030

95-95-95

Traitement

200 000

Nouvelles infections

ZÉRO

Discrimination

The Gerontologist
Vol. 46, No. 6, 781-790

Copyright 2006 by The Gerontological Society of America

“You’re Awfully Old to Have *This* Disease”: Experiences of Stigma and Ageism in Adults 50 Years and Older Living With HIV/AIDS

Charles A. Emlet, PhD, MSW¹

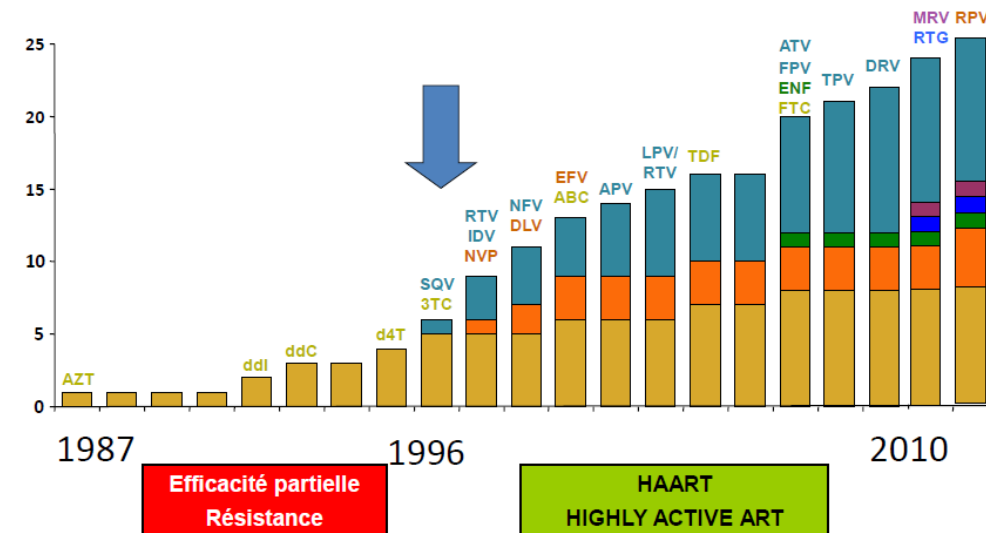
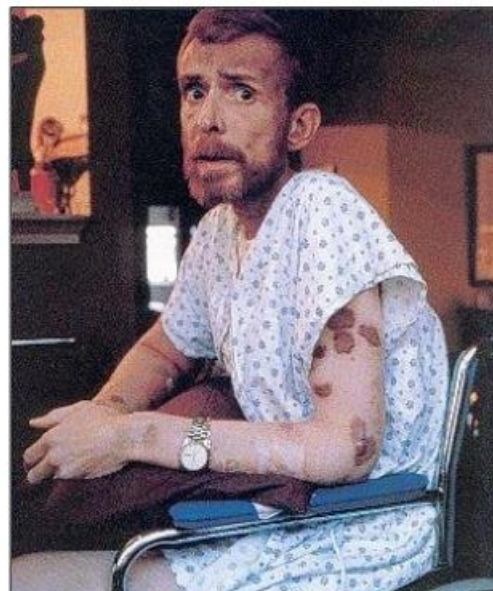
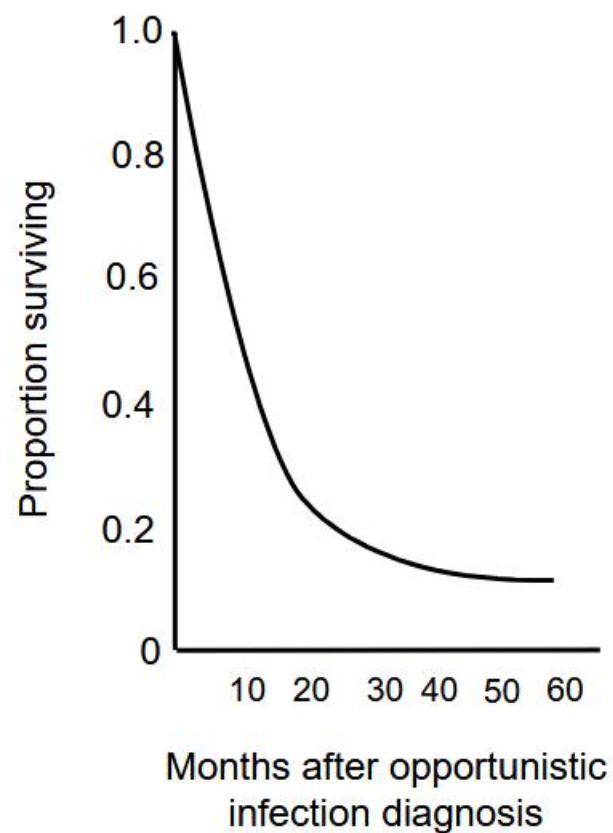
Purpose: Older adults living with HIV infection may be doubly stigmatized, as they are branded by both age as well as HIV status. Through semistructured interviews, this study sought to examine whether older adults with HIV/AIDS experience both ageism and HIV stigma and how those experiences manifest in their lives. **Design and Methods:** This was a qualitative study in which 25 in-depth interviews were completed with adults aged 50 years and older who were living with HIV or AIDS. Purposive sampling was used to recruit these individuals who shared their experiences. Open coding and axial coding of interview transcripts were completed on all interviews, resulting in the development of a framework of these experiences. **Results:** The majority (68%) of the respondents experienced both ageism and HIV-associated stigma. The experiences were often separate, although some interrelated stigma did occur. Nine themes emerged from the interviews, including rejection, stereotyping, fear of contagion, violations of confidentiality, and internalized ageism. All themes fell into four categories: social discrimination, institutional discrimination, anticipatory stigma, and other. **Implications:** The research identified themes that may be sources of felt as well as enacted stigma and discrimination related to both aging and HIV. This concept of double jeopardy exists in the lives of the majority of people interviewed and has relevance to the creation of appropriate intervention strategies.

Key Words: Ageism, Discrimination, HIV/AIDS, Qualitative methods, Stigma

HIV/AIDS has been traditionally seen as a disease of younger people (Riley, 1989). The advent of highly active antiretroviral therapies, however, has extended survival and allows individuals to live into “old age.” Therefore, not only will some older adults become newly infected with HIV, but the numbers of long-term survivors will continue to increase. Surveillance data from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reflect these trends. The estimated number of individuals aged 50 years and older who are living with AIDS in the United States increased from 59,649 to 112,447 between 2000 and 2004 (CDC, 2005). Cities, which are considered epicenters in the epidemic, are reporting increasing numbers of older adults with HIV/AIDS. In New York City, for example, approximately 30% of the reported individuals living with HIV/AIDS are 50 years of age or older (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2005). Uranga (2005) reported that more than 25% of the people living with AIDS in Los Angeles County are 50 years of age or older. Sociocultural factors including age, gender, and race or ethnicity as well as individual factors such as substance use and mental health issues have been found to increase the risk of HIV infection in older adults (Neundorfer, Harris, Britton, & Lynch, 2005).



Survie 1981-1987





Les outils diagnostiques

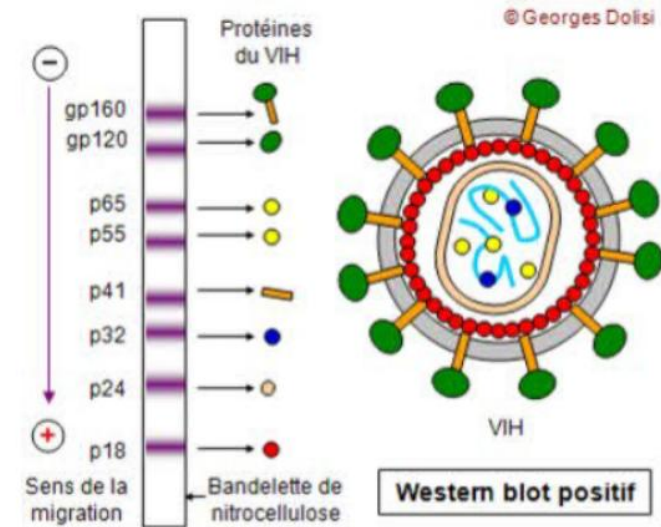
- **Diagnostic Indirect : détection des Anticorps anti VIH**

- Sérologie ELISA
- **Western Blot** : bandelettes porteuses des antigènes issus de virus purifié séparés par électrophorèse

- pour la confirmation de la séropositivité
- pour typer le virus : VIH-1 ou VIH-2

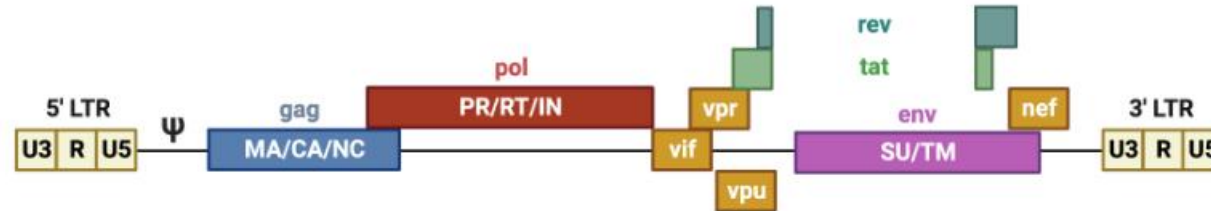
- **Diagnostic Direct :**

- Antigénémie p24 (n'est plus utilisée)
- **Acides nucléiques**
 - ARN plasmatique +++
 - ADN proviral pour quantifier le réservoir
- Isolement lymphocytaire et plasmatique

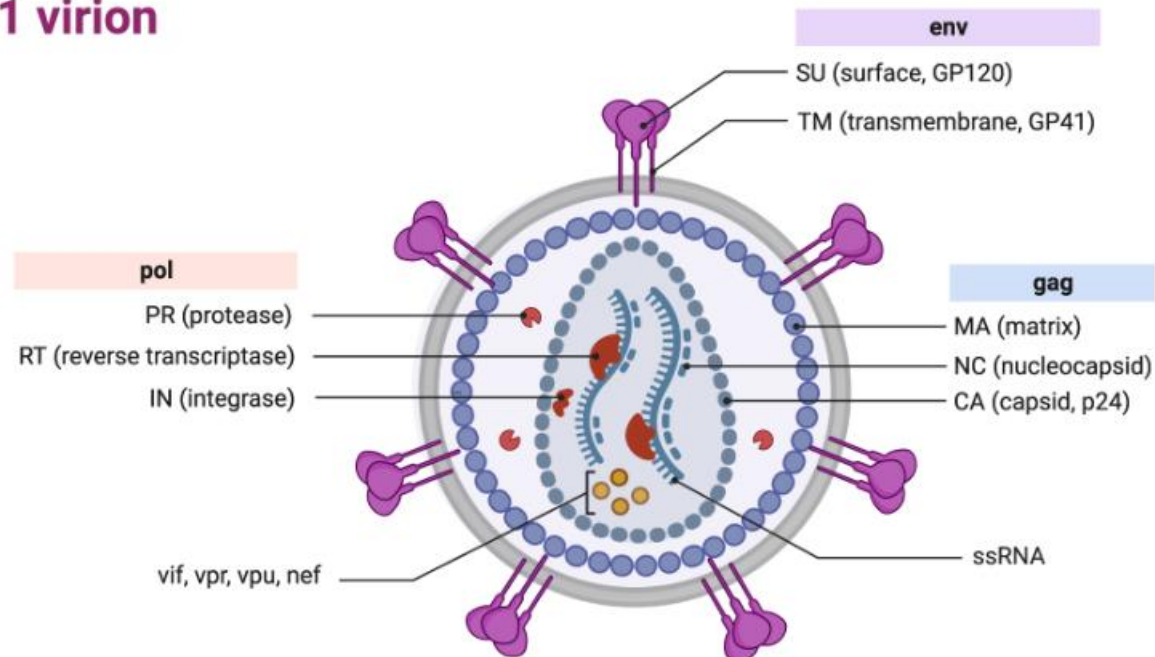




HIV-1 genome



HIV-1 virion





Les effets indésirables

En général, les **INNTI** présentent moins d'effets indésirables que les **INTI**. En monothérapie, bien que ces médicaments **inhibent rapidement la réplication virale**, ils peuvent également entraîner une **résistance rapide**, conduisant à une **rechute virologique**. On attribue à cette famille thérapeutique une toxidermie, avec des **éruptions cutanéomuqueuses** qui apparaissent souvent en début de traitement. Celles-ci sont plus fréquentes et plus graves sous névirapine (syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell). (2,37)

Des **manifestations hépatiques** dues à leur métabolisme hépatique avec une élévation des **transaminases** ou des **hépatites fulgurantes** ont été rapportées. On observe également des **manifestations neurologiques ou neuropsychiatriques** : cauchemars, vertiges, difficultés d'endormissement ou des réveils, insomnies, troubles de l'humeurs et tentatives de suicide. Ces manifestations neurologiques sont plus fréquentes avec l'efavirenz et apparaissent en début de traitement mais celles-ci sont réversibles spontanément ou s'atténuent en quelques jours à quelques mois. Leur interaction avec les cytochromes CYP450 en fait également des inhibiteurs enzymatiques potentiels par compétition.(37)

Tableau n°6 : Principaux représentants des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse
(39,40)

DCI	Sigle	Première intention	Présentation	Posologie quotidienne	Influence des repas VERIFIER POUR CHACUN sur INTERNET
Efavirenz (Sustiva®)	EFV	Non	gélules, comprimés	600 mg (le soir au coucher)	Absorption améliorée par un repas riche en lipide. Si EI prendre en dehors des repas
Etravirine (Intelligence®)	ETV	Non actifs sur les souches résistantes aux INNTI	comprimés	200 mg x2/j	Absorption améliorée par un repas
Névirapine (Viramune®)	NVP	Non Utilisé en cas d'intolérance à EFV Non mutagène, non tératogène -> peut être utilisé chez la femme enceinte	comprimés, suspension buvable	100mg 1x/j puis 200 mg x2/j (posologie progressive)	Aucune
Rilpivirine (Edurant®)	RPV	Non Actifs sur les souches résistante à Efavirenz	comprimés	25 mg	Absorption améliorée par un repas
Doravirine (Pifeltro®)	DOR	Oui	comprimés	100mg	Aucune



Tableau n°14 : Principaux représentants des inhibiteurs d'intégrase (39,4

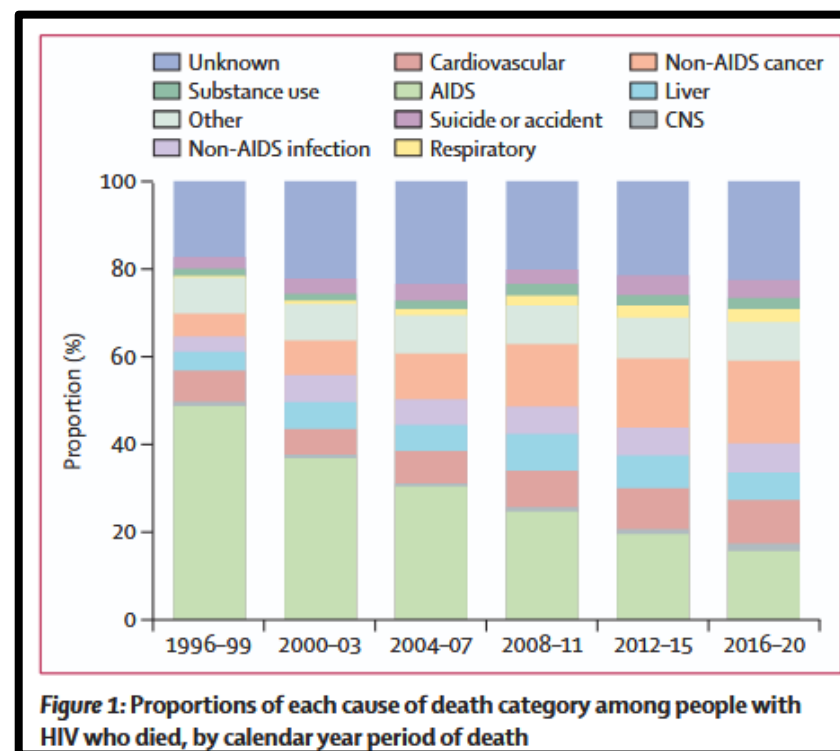
DCI	Sigle	Présentation	Posologie quotidienne
Cabotégravir (Vocabria®)	CAB	comprimés (au sein de BIKTARVY)	30mg 1x/jour (initiation par voie orale) 600 mg 1x/mois (mois 1 et mois 2 en injectable) 600 mg 1x tous les 2 mois (à partir du mois 4)
Dolutégravir (Tivicay®, Dovato®, Juluca®, Triumeq®)	DTG	comprimés	Cf. posologie des spécialité combinées
Elvitégravir (Genvoya®, Stribil®)	EVG	comprimés (au sein de GENVOYA)	Cf. posologie des spécialité combinées
Raltégravir (Isentress®)	RAL	comprimés, suspension buvable	400 mg 2x/ jour ou 2 comprimés de 600 mg 1x/ jour

Tableau n°15 : Effets indésirables des principaux représentants des inhibiteurs d'intégrase (2)

Molécule	Effets indésirables fréquents ou très fréquents
Bictégravir	dépression, rêves anormaux céphalées, sensation vertigineuse vomissement, douleurs abdominales, flatulences, dyspepsie fatigue
Cabotégravir	dépression, rêves anormaux, anxiété, insomnies céphalés, sensation vertigineuse éruption cutanées myalgie fièvre, fatigue, malaise augmentation du poids
Dolutégravir	dépression, rêves anormaux, anxiété, insomnies céphalés, sensation vertigineuse nausées, diarrhées, vomissements, douleur abdominales, flatulence élévation ALAT et ASAT éruption cutanées, prurit fatigue, élévation des CPK
Elvitégravir	Rêves anormaux céphalés, sensation vertigineuse nausées, diarrhées, vomissements, douleur abdominales, flatulences rash fatigue
Raltégravir	rash céphalés, sensation vertigineuse distension abdominale, douleurs abdominales, diarrhées, flatulence, nausées, vomissement, dyspepsie élévation ASAT et ALAT, des triglycérides, lipases et amylases pancréatiques sanguines rêves anormaux, insomnie, cauchemars, dépression fatigue, fièvre perte d'appétit



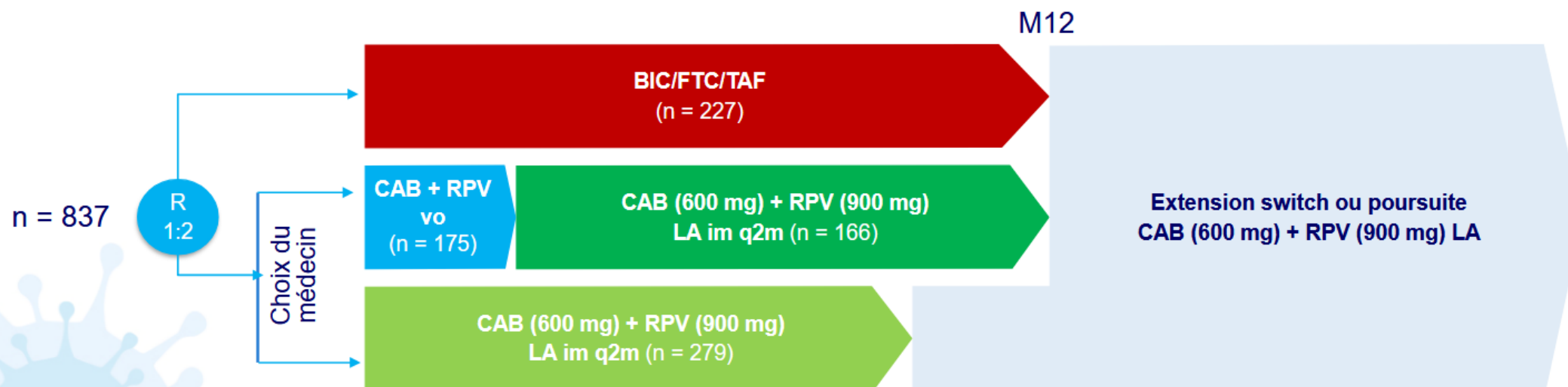
Longitudinal trends in causes of death among adults with HIV on antiretroviral therapy in Europe and North America from 1996 to 2020: a collaboration of cohort studies





Essai SOLAR : switch de BIC/FTC/TAF pour CAB + RPV LA im q2m

- Essai de phase 3, randomisé, en ouvert, multicentrique
- Critère d'inclusion
 - > 18 ans
 - Sous BIC/FTC/TAF en 1^{ère} ligne ou 2^{ème} ligne de trithérapie avec INI (pas d'antécédent d'échec virologique)
 - CV \leq 50 c/ml \geq 6 mois et au screening (entre M-1 et J0)

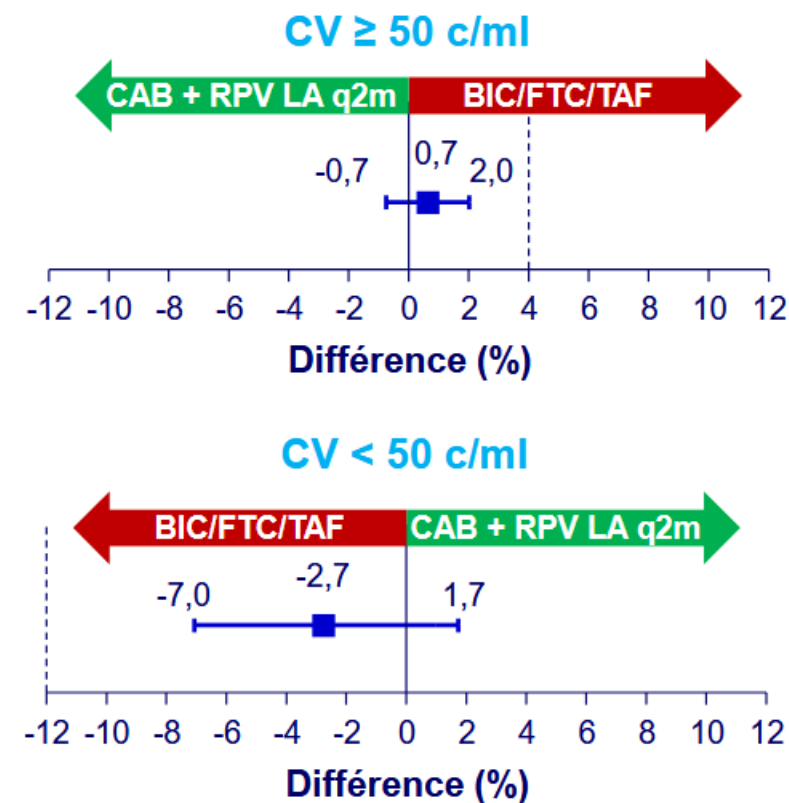
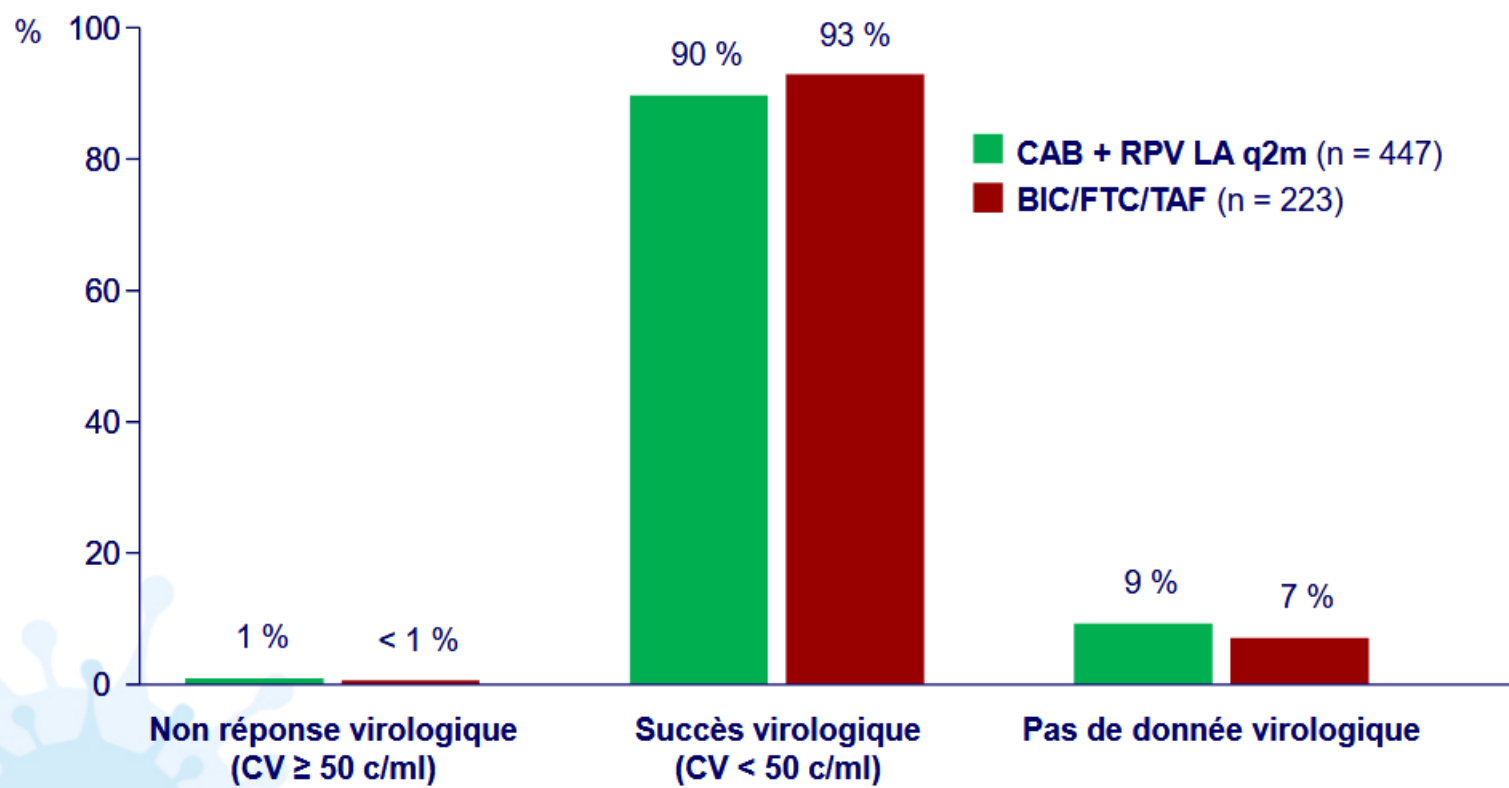


- **Caractéristiques des participants** : âge médian = 37 ans, femmes = 17 %, IMC médian = 26 kg/m²



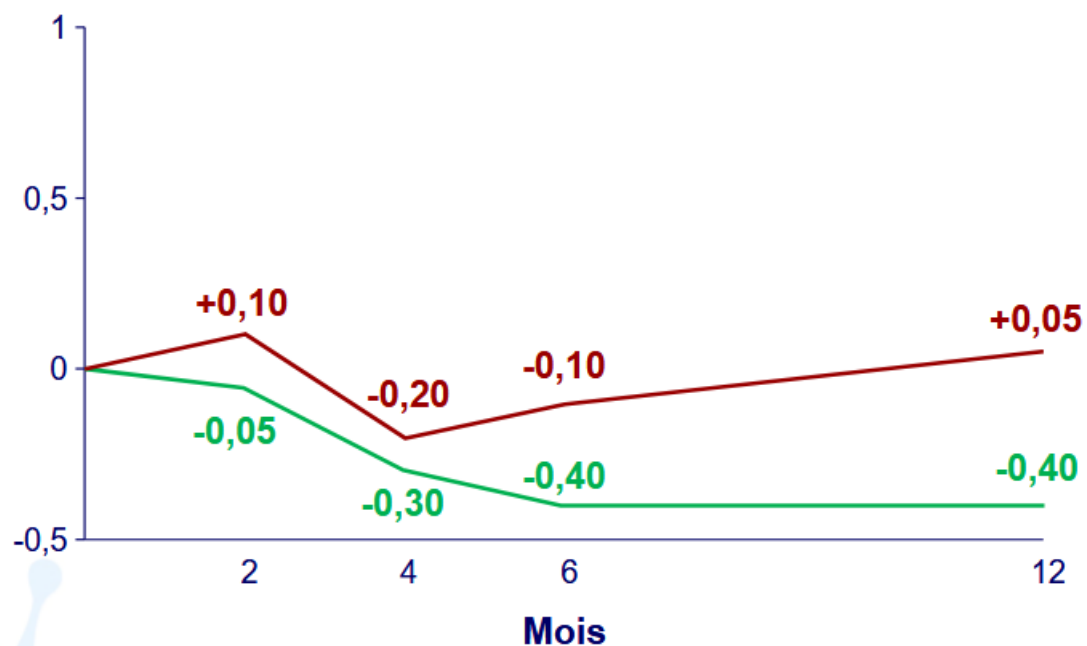
Résultats virologiques à M12 (population ITTm-E)

Différence ajustée



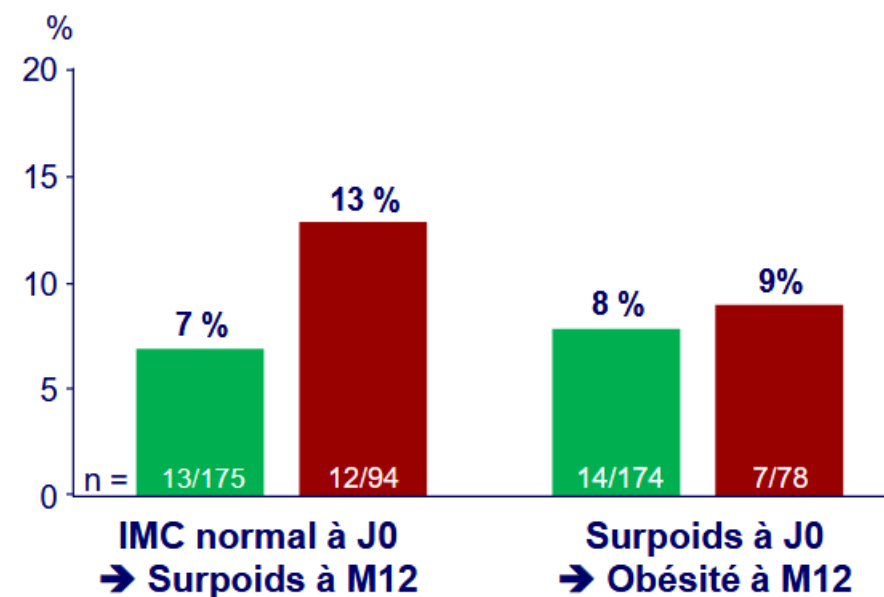


Evolution du poids (kg)



— CAB + RPV LA q2m (n = 409)
— BIC/FTC/TAF (n = 203)

Participants avec aggravation de l'IMC (%)



■ CAB + RPV LA q2m
■ BIC/FTC/TAF



La trithérapie aujourd'hui



STRIBILD



GENVOYA



TRIUMEQ



BIKTARVY

Pills displayed are actual size and do not contain any medicine. Only selected products are shown.