

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

CAPACITE DE GERONTOLOGIE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Par

Nolwenn HALL

Née le 29 septembre 1985 à Brest

Présenté et soutenu publiquement le 14 juin 2019

**L'ACCUEIL DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN EHPAD :
PROBLEMATIQUES ET PERSPECTIVES.
ELABORATION D'UNE PLAQUETTE D'INFORMATION A
DESTINATION DES EHPAD DE BRETAGNE.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de mémoire : Madame la Docteure Pascale PERFEUZOU

ABREVIATIONS

AES : Accident d'Exposition au Sang/Accident d'Exposition Sexuelle

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales

ARV : AntiRétroviral

CNS : Conseil National du SIDA

COREVIH : Comité de coordination Régionale de lutte contre le VIH

DGS : Direction Générale de la Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HAART : Highly Active AntiRetroviral Therapy

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HTA : Hypertension Artérielle

LGBT : Lesbienne-Gay-Bisexuel-Transgenre

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

pvVIH : personne vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

TasP : Treatment as Prevention

TPE : Traitement Post-Exposition

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine (=HIV en anglais)

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	2
SOMMAIRE.....	3
1 INTRODUCTION.....	5
1.1 Contexte épidémiologique : VIH et seniors.....	6
1.1.1 Diagnostic de séropositivité VIH chez les seniors	6
1.1.2 Une population VIH vieillissante	7
1.2 Quelles actions mener pour répondre à l'inquiétude des pvVIH vieillissantes ? ...	9
2 METHODES	11
3 RESULTATS	12
3.1 Identification des besoins d'information :	12
3.1.1 Quelles sont les problématiques envisagées par les pvVIH quant à l'accueil en EHPAD ?.....	12
3.1.2 Identification d'une problématique : y a-t-il des craintes spécifiques ou attentes des EHPAD quant à l'accueil de pvVIH?	14
3.2 Les thématiques retenues	19
3.2.1 Particularités de la prise en charge d'un sujet âgé vivant avec le VIH	19
3.2.2 La gestion des traitements et des interactions médicamenteuses	24
3.2.3 Financement des traitements en EHPAD	26
3.2.4 Risque de contamination liée au VIH. Conduite à tenir en cas d'AES.	27
3.2.5 Sexualité, prévention et EHPAD.....	31
3.2.6 Les contacts et personnes ressources.....	33
3.3 La plaquette : Comment préparer l'accueil d'un résident vivant avec le VIH en EHPAD ?	33
4 DISCUSSION	34
5 CONCLUSION.....	36

ANNEXES	37
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	39
BIBLIOGRAPHIE	40
REMERCIEMENTS	44

1 INTRODUCTION

Vieillir avec le VIH est une perspective nouvelle qui s'impose et se pose aujourd'hui aux personnes vivant avec le VIH (pvVIH). En effet c'est un phénomène auquel toute une génération de patients et de soignants ne s'était pas préparée, l'espérance de vie prédite au diagnostic n'excédant pas quelques années. Et puis les trithérapies actives sont arrivées et avec elles, la vie a continué. Nombre de témoignages rapportent cette nécessité de faire « le deuil du deuil », de réapprendre à vivre ... jusqu'à vieillir. Alors aujourd'hui, et aujourd'hui seulement, les pvVIH envisagent la vieillesse et se posent la question du comment vieillir, où vieillir, et avec qui. Aux difficultés médicales se sont parfois ajoutées des difficultés économiques, souvent des difficultés sociales, les discriminations pouvant avoir conduit à un certain isolement social. Et presque toujours ils ont appris à jongler avec le secret. Alors évidemment, vieillir, devenir dépendant peut-être, soulève beaucoup de questions nouvelles.

Interpellés par des patients inquiets et des professionnels à la recherche d'informations nous avons décidé, en lien avec le COREVIH Bretagne, d'établir un outil d'informations à l'attention des EHPAD afin de préparer la venue éventuelle de pvVIH dans leurs établissements. Pour ce faire nous allons tout d'abord nous pencher sur le profil épidémiologique des pvVIH vieillissantes. Puis nous exposerons la méthodologie utilisée pour réaliser notre plaquette, nous chercherons quels sont les freins à l'accueil en EHPAD que ce soit pour les pvVIH ou pour les EHPAD, avant de détailler les différents thèmes abordés dans l'outil d'information.

1.1 Contexte épidémiologique : VIH et seniors

1.1.1 Diagnostic de séropositivité VIH chez les seniors

En 2017, 6424 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en France. Les personnes de moins de 25 ans représentent 12% des découvertes, la part des 50 ans et plus (qualifiés de seniors) 22%, ce qui est en augmentation (20% en 2016, 19% en 2010), alors que l'on observe une diminution des découvertes chez les 25-49 ans. Cette proportion est équivalente pour les régions qui nous concernent : 16% sont des seniors en Loire-Atlantique et 21% en Bretagne(1). L'augmentation de proportion de seniors est observée aussi bien chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) que chez les personnes hétérosexuelles(2). Ce sont donc 1184 seniors qui ont découvert leur séropositivité VIH en 2016 dont 73% (860) avaient entre 50 et 59 ans, 23% (276) entre 60 et 69 ans et 4% (49) avaient 70 ans ou plus(1).

Qui sont ces seniors qui découvrent leur séropositivité VIH en 2016 ?

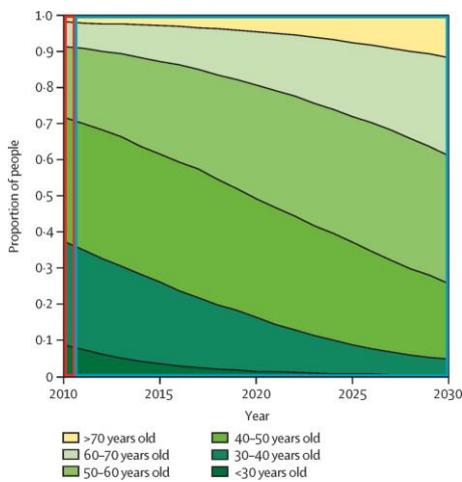
Ce sont des hommes dans 72% des cas, qui ont été contaminés pour moitié (51%) par rapports entre hommes et pour moitié (47%) lors de rapports hétérosexuels. Les femmes sont toutes contaminées lors de rapports hétérosexuels. La proportion de seniors contaminés par usage de drogues reste faible (entre 1 et 2% selon les années). Globalement, 41% des seniors ayant découvert leur séropositivité en 2016 sont nés à l'étranger, dont les deux tiers en Afrique subsaharienne(1).

Par ailleurs, 38% des seniors découvrant leur séropositivité en 2016 le font à un stade avancé de l'infection (moins de 200 CD4/mm³ ou stade SIDA), (vs 26% chez les 25-49 ans). En effet l'âge > 50 ans et le sexe masculin sont des facteurs associés significativement au diagnostic tardif de l'infection(3). Ceci souligne le long délai entre infection et dépistage, idée renforcée par le fait que 48% d'entre eux n'avaient jamais réalisé de dépistage auparavant(1). Le niveau de dépistage des seniors est donc insuffisant par moindre perception du risque par les personnes concernées mais aussi probablement par les soignants. Il est donc nécessaire de proposer au moins un dépistage dans la vie à toute personne jusqu'à 70 ans comme l'HAS l'a confirmé en 2017(4).

Enfin, plus d'un quart des diagnostics (28%) correspondent à des infections récentes (<6mois), ce qui met en relief la réalité des prises de risques dans ce groupe d'âge(1).

1.1.2 Une population VIH vieillissante

En France en 2016, on estime que 172 700 personnes vivaient avec le VIH, dont 86% étaient diagnostiquées(5). En 2015 l'âge médian des pvVIH suivies est de 49,7 ans : 49 % ont plus de 50 ans et 16 % plus de 60 ans, ce qui est en nette augmentation par rapport à 2011 (35 % et 11 % respectivement)(6). En 2014, 4% des pvVIH ont 70 ans et plus, 1,5% ont 75 ans et plus(7). Le succès de la trithérapie d'une part, le recul des nouvelles infections avant 50 ans d'autre part et le maintien des nouvelles infections parmi les seniors sont 3 causes pouvant expliquer le vieillissement de la population des pvVIH(8).



La part des pvVIH âgées va augmenter dans les années à venir comme l'a montrée par exemple une modélisation de la cohorte ATHENA aux Pays-Bas (Figure 1Figure 1: Modélisation de la répartition des pvVIH en fonction de l'âge (Cohorte ATHENA, Pays-Bas))(9). Ceci est également bien visible lorsqu'on regarde l'âge des pvVIH en fonction de celui de la population générale (Figure 2)(10).

Figure 1: Modélisation de la répartition des pvVIH en fonction de l'âge (Cohorte ATHENA, Pays-Bas)

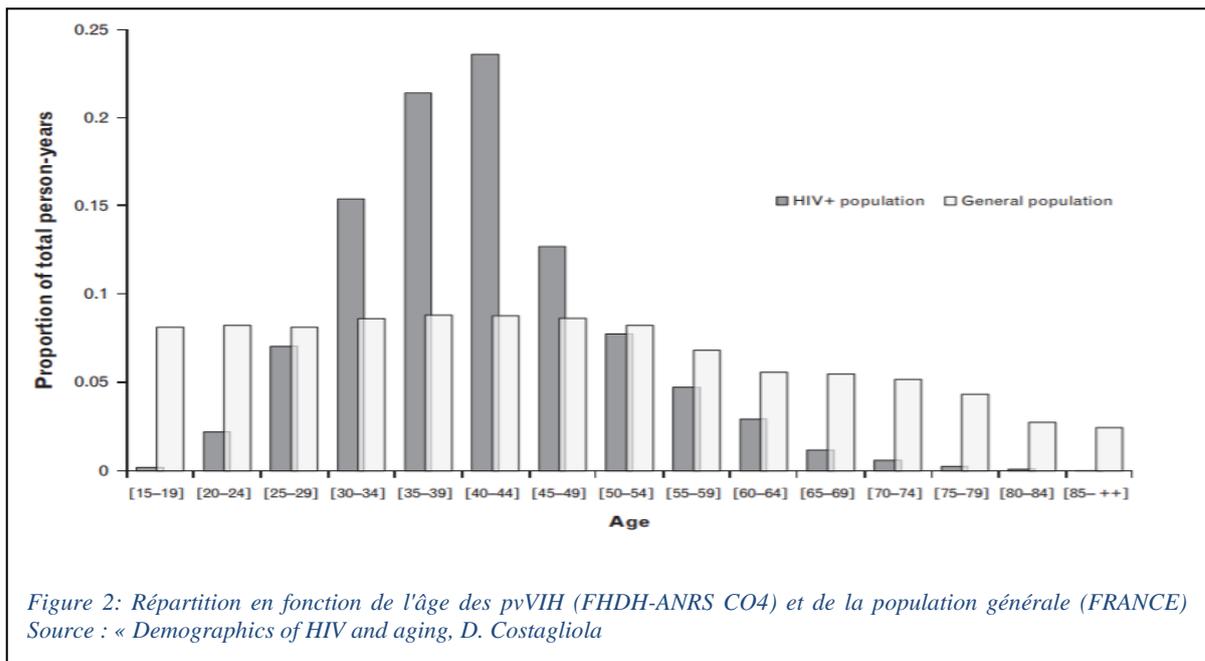


Figure 2: Répartition en fonction de l'âge des pvVIH (FHDH-ANRS CO4) et de la population générale (FRANCE)
Source : « Demographics of HIV and aging, D. Costagliola

En Pays de Loire, l'âge médian de la file active (4300 patients) est de 49 ans (51 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes). Les patients âgés de 60 ans et plus représentent 18,2% de la file active et les plus de 70 ans 4,7%(11). En 2016, 65 patients VIH de plus de 75 ans (1,6%) étaient suivis en Pays de Loire, leur âge médian était de 79 ans [76,2 ;81,7], dont 74,5% d'hommes. 98% d'entre eux vivaient à domicile et 56,9% vivaient seuls. L'âge médian au diagnostic était de 61 ans, la durée médiane de suivi de l'infection VIH de 18,8 ans.

En Bretagne en 2017, plus de la moitié (54%) des patients de la file active (3619 patients) ont 50 ans ou plus et les hommes sont globalement plus âgés que les femmes. Depuis 2014, l'âge médian des hommes a passé le cap des 50 ans pour atteindre 52 ans en 2017, tandis que chez les femmes, il est de 46 ans. Les patients âgés de 60 ans et plus représentent 20,8% de la file active, les patients de 70 ans et plus 5,2% et les patients de 80 ans et plus 0,9%(12).

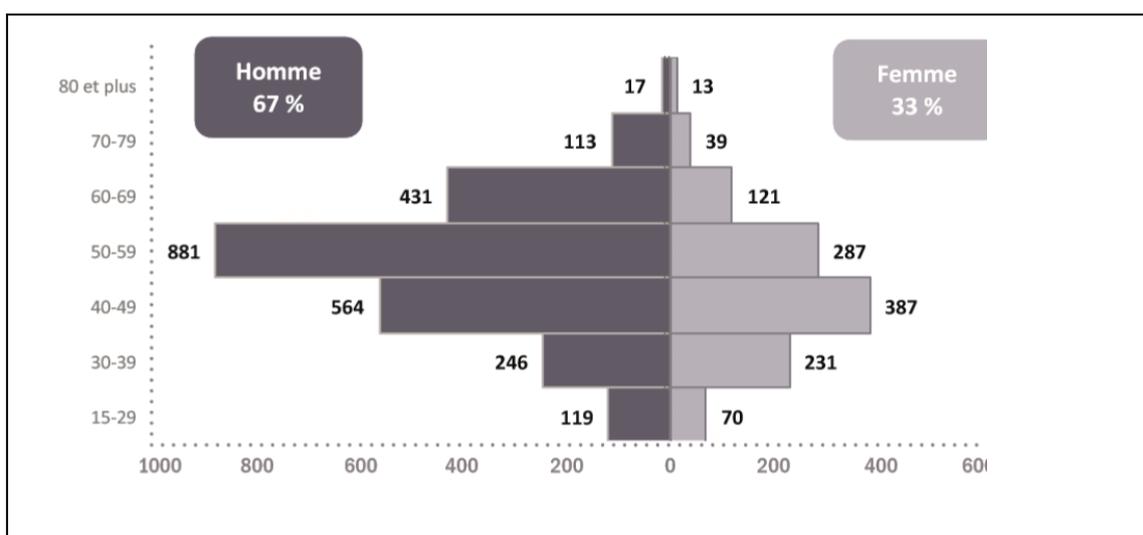


Figure 3 : Pyramide des âges de la file active des pvVIH en Bretagne.
Source : COREVIH Bretagne - File active 2017 Exploitation ORS Bretagne

Nous pouvons donc noter que la file active bretonne est un peu plus âgée que la moyenne nationale. Notre projet vient rencontrer une réalité : l'inquiétude de nos patients quant à leur vieillissement : comment vont-ils vieillir ? Comment préparer et accompagner au mieux les pvVIH vieillissantes ?

1.2 Quelles actions mener pour répondre à l'inquiétude des pvVIH vieillissantes ?

Tout d'abord, le rapport de recommandations sur la prise en charge des pvVIH(13) rapporte que des enquêtes associatives(14), (15) et un rapport de la DGS(16) révèlent un des futurs défis de la lutte contre le VIH/Sida à savoir la formation des personnels des maisons de retraites et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sur l'accueil des PVVIH en institution . Ceci a pour but de lutter contre les peurs et les discriminations dues au statut sérologique et à l'orientation sexuelle notamment.

La formation du personnel des EHPAD est donc un objectif clairement affiché tant du côté médical que du côté associatif. En effet, la conférence de consensus communautaire « Vieillir comme les autres » organisée par l'association AIDES propose d'«Améliorer l'écoute et la prise en compte des changements vécus par les PVVIH et associés au vieillissement » ainsi que d'« Améliorer la coordination entre les médecins spécialistes du VIH et les autres spécialistes, principalement ceux du vieillissement et des maladies liées à l'âge »(15). L'accent est mis ici sur la nécessité de renforcer le lien entre les médecins prenant en charge les pvVIH, les gériatres, médecins généralistes ou médecins d'EHPAD notamment.

A l'échelle locale le COREVIH Bretagne organise chaque année une « journée patient » à destination des patients et des personnels de soin, qui en 2015 proposait une courte présentation sur le vieillissement : le sujet a passionné les participants si bien que bon nombre d'entre eux ont émis le souhait de consacrer la journée suivante sur ce thème, ce qui fut fait en 2016. Ceci illustre bien l'intérêt réel et actuel des pvVIH pour le sujet du vieillissement et du bien vieillir.

Aussi, forts de l'expérience locale et interpellés par les messages passés au travers des différentes recommandations récentes, nous nous sommes interrogés sur la manière d'agir à l'échelle régionale. L'idée s'est imposée de créer du lien entre les inquiétudes des pvVIH et les professionnels qui seront/ont amenés à les prendre en charge dans le cadre du vieillissement, notamment en EHPAD. En effet, la formation du professionnel des EHPAD ayant été proposée par les dernières recommandations, nous nous sommes interrogés sur la meilleure façon de la mettre en œuvre. En cela, l'étude de la DGS sur la prise en charge des

pvVIH vieillissantes apporte des éléments concrets (Figure 4). Elle met l'accent sur l'importance de faire évoluer les compétences et les représentations des équipes de soins afin de lutter contre les peurs, faites avant tout de méconnaissance. Mais compte-tenu de la rareté relative des cas, le rapport souligne qu'il est illusoire et sans doute peu efficace d'appeler à une formation universelle sur le VIH. « Il faut privilégier une forme de formation ou d'outillage tenue à disposition des établissements concernés. Il est aussi possible d'imaginer que les médecins qui établissent un dossier médical d'admission pour une pvVIH accompagnent la demande d'une proposition d'information/formation »(16).

Recommandation n°4 Promouvoir des actions de sensibilisation sur le VIH à destination des établissements médico-sociaux.

Recommandation n°5 Concevoir un document d'information qui pourrait accompagner tout dossier médical de demande d'admission en Ehpad permettant de désamorcer les éventuelles réticences de certains établissements en rappelant les connaissances essentielles sur la pathologie et ses modes de contamination, en formulant des recommandations de base pour accompagner la prise en charge d'un nouveau patient VIH.

Recommandation n°6 Mettre à disposition de chaque Ehpad accueillant un patient VIH un dispositif de sensibilisation/formation interne pour son collectif de travail. Faire connaître cette offre à l'appui de toute demande d'admission.

Figure 4: Faciliter l'accueil de PVVIH en Ehpad/Usld ; Etude sur la prise en charge des personnes vieillissantes avec le VIH/SIDA, DGS, mars 2013

Nous avons donc décidé dans un premier temps de créer un lien avec les professionnels des EHPAD, sous forme de plaquette, qui leur serait adressée à tous, permettant de rappeler quelques informations principales sur la prise en charge d'une pvVIH. Elle permettrait de rendre lisibles les contacts nécessaires si besoin et d'informer sur la possibilité et la disponibilité de professionnels pour venir dispenser des formations au cas par cas.

Nous allons donc à présent détailler le déroulement du projet afin de déterminer les informations à faire paraître sur cet outil.

2 METHODES

Nous avons tout d'abord réalisé un état des lieux des études menées auprès des patients VIH et des EHPAD dans les différentes régions françaises, afin d'identifier quels étaient les besoins d'information exprimés sur le terrain.

Avec le COREVIH Bretagne, nous avons constitué un groupe de travail régional afin de réaliser une plaquette. Ce groupe a rassemblé divers acteurs impliqués dans la prise en charge du VIH et des personnes âgées. Il a donc regroupé une gériatre, un infectiologue, une spécialiste du VIH, la présidente d'une association de patients, un patient ainsi que la coordonnatrice du COREVIH Bretagne. Les participants venaient des 4 départements du territoire.

Nous avons, après constitution du groupe, réalisé une réunion en visio-conférence afin de valider ensemble les points retenus à aborder sur la plaquette. Puis le projet a été soumis par mail aux membres du groupe de travail, ainsi qu'à un médecin exerçant en EHPAD afin que chacun puisse apporter commentaires et corrections éventuelles.

3 RESULTATS

3.1 Identification des besoins d'information :

3.1.1 Quelles sont les problématiques envisagées par les pvVIH quant à l'accueil en EHPAD ?

A la lecture des différentes enquêtes ayant été réalisées auprès des pvVIH sur le territoire français, deux principaux sujets d'inquiétude ressortent : le coût de l'hébergement et la peur de la discrimination (due à l'orientation sexuelle et/ou au VIH). Ainsi dans l'étude « VIH, hépatites, et vous ? », les pvVIH de plus de 50 ans pensaient pour 79,8 % d'entre eux avoir plus de difficultés à trouver un hébergement collectif. Les raisons de ces craintes sont principalement financières (72,1 %), puis dues à l'image du VIH et/ou des hépatites (56.9 %), tandis que l'orientation sexuelle (être homosexuel par exemple) semble influencer dans une moindre mesure (21,7 %)(15).

3.1.1.1 Coût des EHPAD et précarité

Le coût élevé des EHPAD est rapidement prohibitif pour tous ceux dont les ressources sont limitées. Or on sait que le taux de chômage et d'inactivité est plus important parmi les pvVIH que dans la population générale (taux de chômage 1,62 fois plus important qu'en population générale(17)). Ce temps passé en dehors de l'emploi correspond à tout autant de temps passé sans cotisation vieillesse. Sachant que le prix médian d'un EHPAD en France en 2017 était de 1953 euros/mois (prix hébergement et talon dépendance des personnes dont le GIR est de 5 ou 6)(18) et que le niveau de vie médian d'un retraité en 2014 s'élevait à 1740 euros par mois, le prix médian d'une chambre seule représente donc 112 % des revenus moyens d'un retraité, avant aides sociales attribuées sous conditions de ressources (aides au logement, aide sociale à l'hébergement)(18). Cela montre bien la difficulté que peut représenter le coût d'un hébergement en EHPAD pour une population proportionnellement plus touchée par la précarité que la population générale, mais aussi davantage isolée socialement. Bon nombre d'entre eux se sont coupés de leur famille soit par discrimination soit par secret, et n'ont pas pu construire de famille propre (difficulté à se mettre en couple,

difficulté autour de la procréation, non existence du mariage homosexuel). Ces situations mettent le pvIH dans une angoisse supérieure lorsque la dépendance est abordée, n'ayant pas d'aidants familiaux naturels, ni de possibilité d'aides financières de proches.

3.1.1.2 La crainte des discriminations

Les pvVIH sont encore aujourd'hui concernées par les risques de stigmatisation et de discrimination. Il existe un paradoxe entre l'évolution rapide des traitements, avec les changements qui en découlent en termes de santé et de qualité de vie, et la lenteur de l'évolution du regard de la société sur cette pathologie. Dans l'étude Vespa 2(19), un quart des personnes séropositives déclarent avoir subi des discriminations (4 sur 10 pour les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne et les usagères de drogue injectables). Les niveaux élevés de discriminations rapportées traduisent non seulement la persistance du stigmate lié à la séropositivité mais aussi en lien avec la couleur de peau, l'orientation sexuelle, la situation socio-économique et le genre(15). Dans l'étude Vespa 2, 8,4 % des pvVIH rapportaient un vécu de discrimination dans un service de santé, 10,8% au sein de la famille, 5,8% au travail et 23,9% en situation de recherche d'emploi(20).

Nous pouvons noter que la proportion d'HSH parmi les pvVIH de plus 60 ans est plus importante que chez les pvVIH plus jeunes. On comprend alors aisément les craintes de discrimination à l'égard de l'orientation sexuelle, pour une population qui a souvent dû apprendre à jongler entre secret et affirmation de soi, voire s'est engagée dans le militantisme. L'entrée en EHPAD marque une nouvelle étape et nombreux sont ceux qui nous rapportent un épuisement à l'idée de devoir de nouveau se réaffirmer en tant qu'HSH. En effet, il n'est pas rare que les EHPAD affichent des normes attendues d'hétérosexualité que craignent les HSH vieillissantes. Un collectif GreyPride a même vu le jour en 2016 afin de communiquer sur l'existence des LGBT dans la sphère du vieillissement et les intégrer à son champ de réflexion. Aussitôt la question se pose et est posée par les pvVIH : quid de la sexualité en EHPAD ?

Points forts : La question de l'hébergement collectif pose la question du coût et celle de la discrimination, à l'égard du VIH, mais aussi de l'orientation sexuelle. Nous ne retrouvons que peu de données à ce jour sur les retours des pvVIH vieillissantes en situation de

migration, pour lesquelles le risque de discrimination supplémentaire est réel. Il semble important à ce stade d'aborder les particularités socio-économiques des pvVIH vieillissantes, mais également les thématiques pouvant engendrer des discriminations et notamment la question de l'orientation sexuelle.

3.1.2 Identification d'une problématique : y a-t-il des craintes spécifiques ou attentes des EHPAD quant à l'accueil de pvVIH?

3.1.2.1 Revue des enquêtes réalisées auprès des EHPAD

Des enquêtes à destination des EHPAD soulevant la question de l'accueil des pvVIH ont été réalisées dans différentes régions de France majoritairement en lien avec les COREVIH, de 2010 à 2017. Nous nous sommes appuyés sur des études réalisées en Ile-de-France est en 2010, en Haute-Normandie en 2012, en Pays de Loire en 2017. Une étude a également été menée en région Bourgogne mais malheureusement nous n'avons pas eu accès aux résultats de cette enquête. La Direction Générale de la Santé (DGS) a également rédigé un rapport d'étude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA en 2013 et consacre une partie de ce rapport à l'accueil en EHPAD. A la lecture de ces différentes sources, plusieurs éléments ressortent.

Tout d'abord, nous pouvons faire le constat que l'ensemble des études réalisées à ce jour rapporte le peu d'expérience d'accueil de pvVIH par les EHPAD: 15% des EHPAD ont accueilli au moins un pvVIH en Ile de France en 2010(21), 13% en Haute-Normandie(14) en 2012, et 3% en Pays de Loire en 2017(22). Ceci met en avant deux points principaux : d'une part la nécessité pour les EHPAD de se préparer à cet accueil qui est amené à devenir plus fréquent. D'autre part, cela souligne que toutes les EHPAD ne seront pas concernées, et que si elles le sont, elles le seront à petite échelle et de façon dispersée dans le temps. Aussi, notre action doit être adaptée à cette configuration, c'est-à-dire que la proposition d'une sensibilisation universelle à un temps donné ne semble pas, à ce stade, la plus adaptée.

Par ailleurs plus du tiers des EHPAD interrogés dans les enquêtes considère que le VIH peut constituer un frein à l'admission d'un résident : 36% en 2010 en Ile de France(21) et 33 %

en Pays de Loire en 2017(14). Les différents freins possibles à cet accueil ont été explorés. La cause principale commune aux 2 enquêtes est le manque de formation sur la pathologie (57% des répondants). Puis vient les difficultés de prise en charge médicale des troubles associés au VIH ainsi que la gestion des interactions médicamenteuses (32 et 26% respectivement) dans l'enquête des Pays de Loire, qui n'apparaissait pas en Ile de France. La crainte invoquée ensuite est la peur de la contamination (entre résident et aux soignants) que rapportent encore 20% des professionnels des EHPAD (et 25% des médecins coordonnateurs), cette crainte est même la seconde évoquée dans l'enquête en Ile-de-France. Ceci témoigne certainement d'un manque d'informations sur les évolutions en matière de prévention, de prise en charge des AES, sur la notion de Tasp (Treatment as prevention) qu'il semble nécessaire de mettre à jour. D'ailleurs une procédure sur la conduite à tenir en cas d'AES n'est disponible que dans 62% des EHPAD(21). Le frein évoqué ensuite est celui du coût des traitements : 44% des répondants en Ile-de-France en 2010, et 24% en Pays de Loire en 2017 le considèrent comme une limite potentielle à l'admission d'un pvVIH (32% des directeurs d'EHPAD, 29% des médecins coordonnateurs, 14% des infirmières coordinatrices (14)). Enfin, ils sont tous majoritairement favorables à la proposition d'une formation (69% en Ile-de-France et 98% en Pays de Loire).

*Points forts et perspectives : Force est de constater que les freins sont encore réels, répondant majoritairement à des manques de formations ou d'informations, voire à de fausses croyances. Il semble donc nécessaire **d'apporter des informations** à ces structures qui de plus, en sont demandeuses, **concernant la pathologie et sa prise en charge aujourd'hui, le risque et les modes de contamination ainsi que le coût des traitements.***

*Par ailleurs, compte tenu de la rareté des cas, il semble nécessaire de mettre en place un **outil facile à consulter** et ouvrant des possibilités de formations et d'informations complémentaires au cas par cas.*

Nous nous sommes alors interrogés sur l'impact réels de ces freins énoncés : peuvent-ils être à l'origine de refus d'admission en EHPAD ?

3.1.2.2 Procédures de sélectivité mise en œuvre pour l'admission des personnes en EHPAD : quel impact du VIH ?

Il y a en France en 2016, 600 417 places pour personnes âgées dépendantes, y compris en accueil temporaire, dans 7 428 EHPAD(23). On dénombre 101,4 places en EHPAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus en France et 119,4 en Bretagne (24). La demande d'admission peut être réalisée dans l'urgence, mais le plus souvent elle se prépare en contexte de maintien à domicile difficile ou même en « précaution ». Le dossier de demande est standardisé à l'échelle nationale mais le processus d'instruction des demandes est propre à chaque établissement. A la réception de la demande, le dossier est examiné d'une part par les services administratifs et d'autre part par le médecin coordonnateur qui évalue ce que requiert la prise en charge de la personne en termes de soin. Le poids de l'avis médical varie selon les établissements, et c'est au responsable d'établissement que revient la décision finale.

a. *L'évaluation administrative*

Les services administratifs vérifient tout d'abord que la personne est en règle du point de vue de l'état civil et de ses droits à l'assurance maladie, et s'assure de la solvabilité de la personne (ou de sa famille), et que la protection judiciaire soit en place si nécessaire.

b. *L'évaluation médicale :*

Le médecin coordonnateur doit évaluer si l'établissement dispose des compétences nécessaires à la prise en charge demandée. Un refus peut éventuellement exister si la charge de travail qu'impose le niveau de dépendance du demandeur est trop importante, si la structure est dans l'incapacité de prendre en charge des soins techniques spécifiques, et/ou dans l'incapacité de prendre en charge des troubles du comportement. Tout ceci doit être interprété dans un contexte d'EHPAD aujourd'hui encore globalement en tension. Aussi, un choix réalisé par une EHPAD à un moment précis, pourrait être différent si la demande était réalisée à un autre moment. Ceci en fonction de la charge globale alors présente au sein de l'EHPAD et dépend des autres résidents alors accueillis.

Ceci génère un système de réponses qui, aux yeux des demandeurs et des travailleurs sociaux, peut parfois paraître arbitraire. D'autant qu'en cas de refus, il n'existe pas d'obligation à le motiver de la part des EHPAD(16). Ceci est source de malentendus, parfois

même de sentiment de discriminations, ou d'injustice. La charge de travail imposée par une dépendance importante peut paradoxalement motiver un refus. Cependant nous comprenons qu'il serait extrêmement compliqué d'explicitier ce refus, sans enfreindre rapidement le secret médical.

Il est donc très difficile d'interpréter le motif de refus d'admission en EHPAD, et si le VIH peut freiner l'acceptation comme nous l'avons vu plus haut, il est impossible d'établir a priori un lien direct avec le refus. Plusieurs raisons peuvent coexister, à commencer par le degré de dépendance ou la pathologie ayant conduit à la dépendance qui motive un refus.

Ayant fait le constat de la complexité de l'instruction des demandes d'admission en EHPAD, il n'en reste pas moins que des freins directement liés au VIH existent, puisqu'énoncés par les EHPAD et retrouvés dans divers témoignages :

-Le VIH peut être notamment perçu comme une pathologie dont la prise en charge exigerait des compétences que n'aurait pas l'établissement : « notre personnel médical et soignant n'est pas formé à la prise en charge des patients porteurs du VIH » rapportait une lettre de refus de SSR par exemple(16). Sur ce point, il faut certainement agir afin de déconstruire des craintes qui ne sont plus et mettre en avant la disponibilité des relais locaux en cas de nécessité (COREVIH, Services d'infectiologie ou de Santé publique).

-Par ailleurs la notion de « peur » est toujours très présente à l'évocation du VIH et les EHPAD témoignent de situations où les soignants ont refusé de rentrer dans la chambre de résidents porteurs du VIH par exemple. Là encore il est nécessaire d'agir et de former afin de déconstruire les croyances erronées.

-Enfin la question soulevée par la discrimination éventuelle que pourrait provoquer l'orientation sexuelle est très difficile à explorer. Ceci concerne notamment les hommes homosexuels. En effet la majorité des EHPAD n'interroge pas les résidents ou futurs résidents sur leur orientation sexuelle. Ceci pourrait s'entendre dans le cadre d'une volonté de ne pas discriminer, seulement, l'absence de reconnaissance de l'orientation sexuelle peut aussi être vécue comme violente dans la mesure où bon nombre de situations véhiculent une norme attendue d'hétérosexualité(16). L'activité sexuelle en institution n'est souvent pas reconnue, voire jugée dérangeante, empêchant par là même toute mise en place de mesures de prévention qui bénéficieraient à tous.

c. *L'évaluation économique : le coût des traitements*

Un dernier facteur tout aussi déterminant entre en jeu dans l'analyse d'une demande d'admission en EHPAD : celui du coût des traitements. Comme nous l'avons vu plus haut cela constitue d'ailleurs un frein partagé par plus d'un tiers des directeurs d'établissement. Ce point va donc faire l'objet d'un développement ci-après.

Points forts et perspectives : Les EHPAD sont autonomes dans leur choix d'accueillir ou non un résident, choix fondé sur les capacités matérielles et médicales à assumer les besoins de la personne au moment de la demande. Or, une pvVIH n'entre pas en EHPAD du seul fait de sa séropositivité VIH mais bel et bien du fait d'une autre pathologie à l'origine d'une perte d'autonomie. Aussi le VIH ne constitue probablement pas une seule et unique cause de refus d'admission, sauf peut-être dans les cas où le coût des traitements entre en jeu. Cependant les enquêtes montrent toujours que le VIH peut être perçu comme une charge de travail ou un domaine de compétences dont ne dispose pas la structure, voire perçu comme un risque pour les soignants et/ou les résidents.

*Il semble donc nécessaire d'enrichir notre information afin de **déconstruire des peurs infondées par le biais de l'information et de la formation**. Il est également important de démontrer que la compétence à acquérir pour prendre en charge un patient VIH en EHPAD est à la portée de tous, **en montrant les caractéristiques du vieillissement des pvVIH**. Il est en cela nécessaire **d'établir des contacts relais** précis (COREVIH, service prenant en charge les patients VIH sur le territoire).*

*Par ailleurs, **la question de la sexualité et de l'orientation sexuelle doit être soulevée** afin de prendre en charge au mieux chaque résident dans sa singularité, comme le prévoit la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030(25). Il nous semble donc important d'aborder ces différents points dans la documentation à réaliser.*

3.2 Les thématiques retenues

3.2.1 Particularités de la prise en charge d'un sujet âgé vivant avec le VIH

La science et la médecine découvrent progressivement ce que vieillir avec le VIH porte comme conséquences, puisque rencontrer des personnes d'âge gériatrique infectées par le VIH est un phénomène récent et de plus en plus fréquent. Ainsi depuis un peu plus de 10 ans, des études tentent de définir l'impact du virus et des traitements sur les différentes fonctions de l'organisme, au fur et à mesure du vieillissement des pvVIH.

Plusieurs hypothèses sont émises, mais aucune à ce jour n'est certaine, le recul manquant à l'analyse. Il est démontré que les pvVIH présentent davantage de comorbidités classiquement liées à l'âge, et à un âge plus jeune qu'en population générale. Les raisons de cette augmentation ne sont pas clairement établies mais mettent probablement en jeu une accélération ou une accentuation des processus de vieillissement, mêlant les rôles de l'infection VIH, des traitements ARV, des coinfections virales et des modes de vie(26). Ce qu'il faut garder à l'esprit lorsque nous allons envisager ces particularités du vieillissement, les fragilités et les atteintes d'organe, c'est que nous sommes probablement face à une population inhomogène. On peut distinguer de façon globale et un peu schématique 4 profils de patients :

-diagnostiqués avant 1996, ayant l'impact d'un virus longtemps actif le plus souvent à l'origine d'une profonde immunodépression et ayant bénéficiés des premiers ARV et leurs lourds effets secondaires. C'est-à-dire qu'ils ont les conséquences des effets des traitements, et du virus.

-diagnostiqués après 1996 et traités par les premiers antirétroviraux : ils ont connu les effets secondaires délétères des ARV, mais le virus a pu être rapidement contrôlé (peu d'immunodépression).

-diagnostiqués récemment mais tardivement : c'est-à-dire que l'immunodépression est franche, mais il bénéficie des nouveaux ARV.

-diagnostiqués récemment et contaminés récemment : peu d'immunodépression et pas d'effet secondaire massif des ARV.

Le mode de vie et les facteurs génétiques viennent certainement interagir avec ces différents profils, mais il est probable qu'ils ne présenteront sans doute pas le même profil de vieillissement. Nous allons tout d'abord nous intéresser au fardeau de comorbidités bien réel, avant de nous arrêter sur le concept de fragilité et VIH.

3.2.1.1 Un risque de comorbidités liés à l'âge augmenté chez les pvVIH :

Différentes cohortes et études (27) (28) (29) (30) (31), ont montré l'augmentation du risque de comorbidités classiquement associées à l'âge (pathologies cardio-vasculaires, cancers non classant SIDA, ostéoporose, insuffisance rénale, troubles cognitifs notamment) avec un odd ratio=1,58 dans l'étude récente de Schouten et al (AGEhIV Cohort Study)(28) chez les plus de 45 ans, définissant le concept de « **vieillissement accentué** ». Une étude récente (Guaraldi et al) se penche sur les plus de 65 ans uniquement et retrouve une augmentation significative des différentes comorbidités en fonction de la durée de l'infection VIH en comparaison à la population générale (Figure 5) (29).

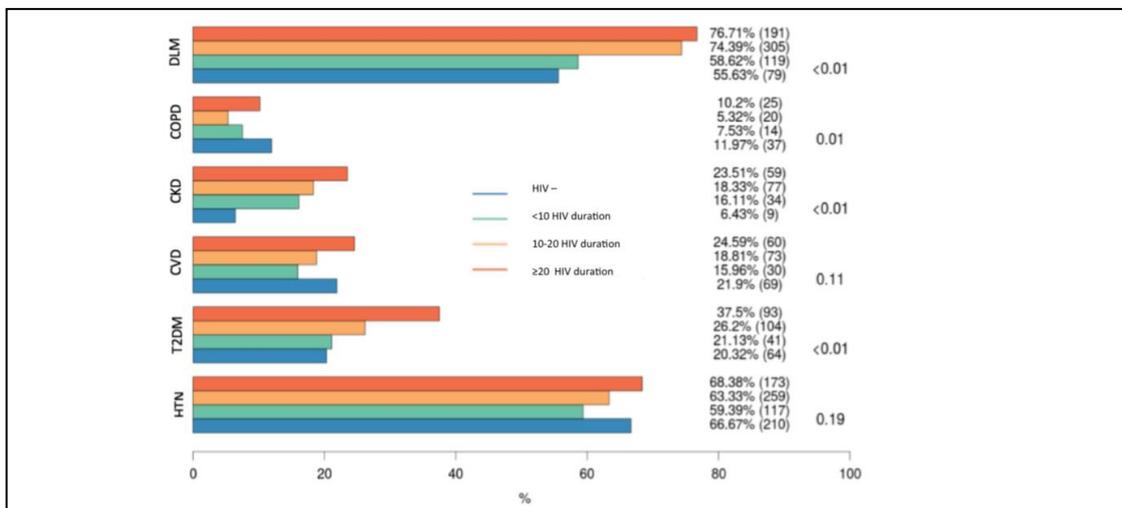
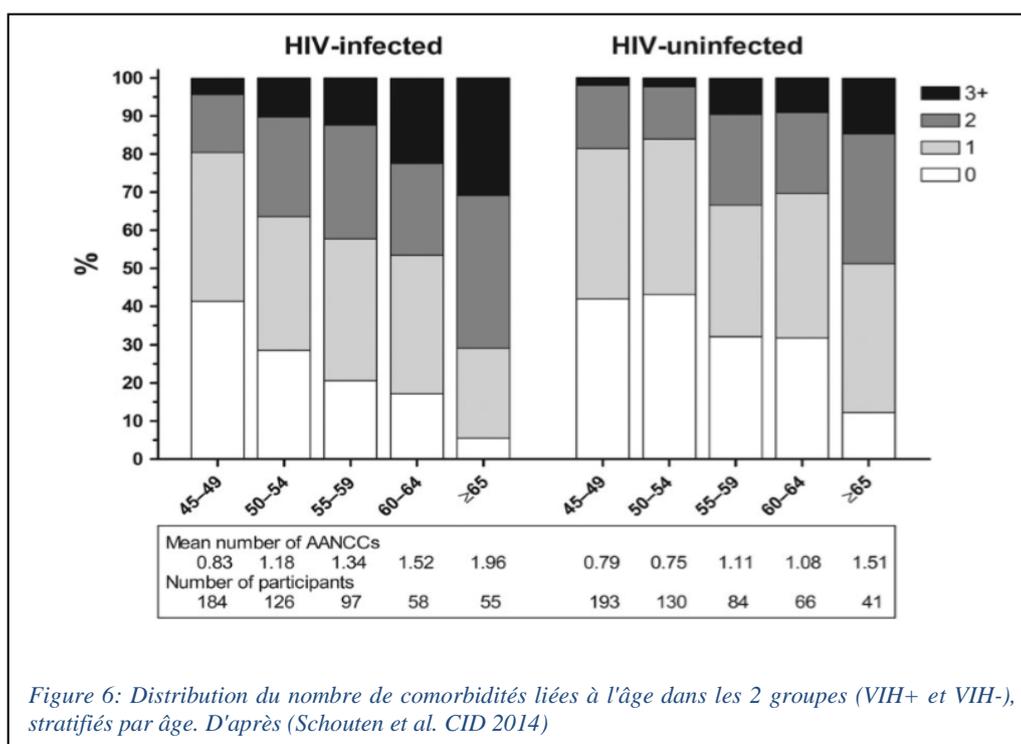


Figure 5: prévalence des pathologies classiquement liées à l'âge en population générale, et chez les pvVIH stratifiés en 3 groupes : <10ans, entre 10 et 20 ans ou plus de 20ans d'infection. DLM : dyslipidémie, COPD=Bronchopneumopathie chronique obstructive, CKD : maladie rénale chronique, CVD : maladie cardio-vasculaire, T2DM : diabète de type 2, HTN : Hypertension artérielle. D'après Guaraldi et al, Geriatrics 2018

Ceci s'accompagne d'une augmentation du nombre de comorbidités associées, en comparaison à la population générale comme le montre la Figure 6. L'analyse de cette figure nous permet de constater que l'accumulation de pathologies habituellement liées à l'âge semble survenir un peu plus précocement que dans la population générale (de 5 à 10-15 ans selon les études) (28) (32), ce qui définit le concept de « **vieillesse accélérée** ».



Plusieurs explications viennent conforter ces hypothèses :

- le rôle du virus dans l'immunodépression. En effet la plupart des études ressortent le nadir de CD4 bas ou la durée d'immunodépression profonde comme étant associés à une augmentation de la poly morbidité. Les mécanismes immunologiques déclenchés par le VIH sont proches de ceux que l'on retrouve dans l'immunosénescence.

- le rôle du virus dans le maintien d'une inflammation chronique à bas bruit même lorsque celui-ci est contrôlé. Or il est de plus en plus clair que cet « inflammaging » joue un rôle important dans les mécanismes de vieillissement, de cancérogénèse et d'immunosénescence.

- la toxicité des antirétroviraux, notamment l'exposition longue au ritonavir haute dose (>400mg est la plupart du temps associé au risque de développer des comorbidités liées à l'âge)(28) ; la prise d'analogue thymidinique associée à une toxicité mitochondriale. (26)

-le mode de vie entre également en compte, puisque l'on sait que plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaires reconnus sont plus fréquents chez les pvVIH qu'en population générale : consommation plus importante de tabac, consommation plus importante de drogues récréatives, lipodystrophie notamment.

-enfin il existe probablement un rôle des co-infections VHC, VHB et CMV dont la prévalence est plus importante en population VIH+.

Ces paramètres sont dynamiques et le profil des pvVIH risque de changer rapidement, étant donné les progrès thérapeutiques et de prise en charge opérés en quelques années. Le rôle de chacun des éléments décrits va sans doute se moduler (la diminution de l'inflammaging par un traitement instauré le plus précocement possible est probable, avec moindre impact sur l'immunodépression ; la diminution des effets secondaires des ARV est certaine et tend à se poursuivre).

On peut donc retenir que globalement les pvVIH sont exposées à un fardeau de comorbidités, qui apparaît un peu plus précocement qu'en population générale, mais qu'avec le temps, le poids de l'âge semble devenir prépondérant par rapport à celui du VIH. La majorité des études s'accorde à dire qu'il existe une augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires, de dyslipidémie, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose, de carence en vitamine D, de troubles cognitifs (notamment de troubles cognitifs légers type MCI).

Il est également constaté une augmentation de l'incidence de la dépression et de l'anxiété dont l'origine est peut-être moins physiologique que sociale (précarité accentuée, isolement social beaucoup plus fréquent, vie dans le secret et parfois le mensonge).

Cet ensemble de comorbidités liées au vieillissement nous amène à envisager le concept de fragilité chez ces patients VIH vieillissants.

3.2.1.2 Fragilité et pvVIH

Si la littérature et les soignants se sont penchés sur le vieillissement des pvVIH il y a quelques années, le concept de fragilité est lui naissant et l'on commence à s'interroger sur l'opportunité de dépister cette fragilité. Et ce d'autant plus que, nous l'avons vu plus haut,

le fardeau de comorbidités associés à l'immunosénescence et l'inflammaging nous amène inévitablement à penser fragilité.

La fragilité de la personne âgée est un syndrome clinique qui reflète un niveau accru d'évolution défavorable lors de l'exposition à un stress. Il existe deux modèles conceptuels de fragilité aujourd'hui : l'index de fragilité décrit par Rockwood par exemple, qui s'approche du concept de polyopathie en additionnant pathologies ou incapacités (plus de 50 items). D'autre part, le phénotype de fragilité décrit par Fried est un syndrome médical gériatrique à part entière, défini par 5 critères : baisse de la vitesse de marche, baisse de l'endurance, baisse de l'activité physique, diminution de la force de préhension, perte de poids involontaire en un an supérieure à 4kgs. Les patients sont qualifiés de pré-fragiles s'ils répondent à 1 ou 2 critères et de fragiles s'ils en présentent 3 ou plus. La fragilité phénotypique se place donc avant l'arrivée des pathologies et incapacités et semblerait donc plus pertinent dans notre pratique clinique(33).

La prévalence du phénotype de fragilité chez les pvVIH varie de 5 à 28% selon les études et atteint au moins 5% à 50 ans, ce qui correspond à la prévalence retrouvée à 65 ans en population générale(33). Plusieurs études rapportent une association significative entre phénotype de fragilité et comorbidités chez les pvVIH (coinfection VHC, diabète, insuffisance rénale, dépression et troubles cognitifs), mais aussi avec des éléments directement liés au VIH (nadir des CD4 et taux de CD4 actuel, durée de traitement ARV) ainsi qu'aux variations d'IMC, faible statut socio-économique, chômage(33).

Une étude récente menée en Pays de Loire retrouve une fragilité chez 3,9% des pvVIH de plus de 75 ans et un risque de fragilité chez 21,6% d'entre elles.

Une détection précoce de la fragilité chez les pvVIH semblerait pertinente afin de prévenir au maximum ce fardeau de comorbidités mais aussi et surtout ses conséquences. Le dépistage de fragilité n'est pas encore effectué en pratique clinique mais plusieurs recommandations récentes le proposent(33), (34).

Si l'étude du vieillissement des pvVIH nécessite encore d'être approfondie il est important de garder à l'esprit l'importance du fardeau de comorbidités qui, de fait, entraîne une polymédication plus importante, comme nous allons le voir à présent.

3.2.2 La gestion des traitements et des interactions médicamenteuses

3.2.2.1 Le traitement anti-rétroviral

Tout patient découvrant sa séropositivité au VIH a une indication à bénéficier d'un traitement antirétroviral, quel que soit le taux de CD4, le stade de la pathologie ou son âge. Ainsi en 2016, 88% des personnes diagnostiquées recevaient un traitement et 97% d'entre elles avaient une charge virale contrôlée ($<200\text{c/ml}$)(5). Sur le plan individuel, l'objectif principal du traitement antirétroviral (ARV) est d'empêcher la progression de la pathologie en maintenant ou en restaurant un nombre de CD4 $> 500/\text{mm}^3$ puisqu'on sait aujourd'hui que le taux de mortalité des hommes (non UDI) ayant un nombre de CD4 $> 500/\text{mm}^3$ depuis plus de trois ans est comparable à celle des hommes de la population générale(35). Sur le plan collectif, on sait également qu'une charge virale VIH $< 200\text{c/ml}$ diminue le risque de contamination sexuelle jusqu'à le rendre nul(36). Le but du traitement ARV sera donc la restauration immunitaire, et la baisse de la charge virale ($<50\text{C/ml}$). L'observance au traitement devient ainsi un réel enjeu de la prise en charge des pvVIH. Dans cette optique lorsque le traitement ne peut plus être donné notamment par refus du patient, problème de déglutition, pathologies intercurrentes aiguës, il est important de rediscuter de la thérapeutique avec le médecin qui prend le résident en charge. Les choix thérapeutiques étant de plus en plus larges, il est souvent possible de trouver une solution : comprimés qui se diluent, se croquent, s'écrasent, et même bientôt des traitements injectables à libération prolongés seront disponibles. Enfin des études d'allégement thérapeutiques sont en cours (prise d'ARV 4jours/7) dont les résultats ne sont pas encore disponibles.

Les avancées de la recherche ont permis de simplifier en quelques années les traitements ARV et actuellement les traitements recommandés en première intention comportent de 1 à 3 comprimés par jour, à prendre en une seule prise. Les traitements sont globalement très bien tolérés et l'ordonnance doit être renouvelée au moins une fois par an par le médecin hospitalier, mais en général 2 ou 3 consultations sont réalisées annuellement.

Si ceci est vrai pour les pvVIH ayant découvert leur séropositivité il y a peu, ceux qui ont connu l'ère avant les traitements antirétroviraux efficaces (1996) et ceux qui ont connu les premières combinaisons d'ARV portent les conséquences de la toxicité de ceux-ci

(lipodystrophie, neuropathie, toxicité cardio-vasculaire...) et souvent des mutations virologiques nous obligeant à des combinaisons d'ARV plus complexes. Quel que soit le traitement, il existe un risque d'interaction et des règles de prescription qui doivent conduire à réévaluer le traitement ARV et donc contacter le médecin VIH référent si besoin :

- En cas de prescription de nouveaux médicaments : il est nécessaire de vérifier la compatibilité avec le traitement. Pour cela le médecin VIH référent se tient à disposition au moindre doute. Il existe également un site internet réalisé par l'université de Liverpool qui permet de vérifier les interactions entre thérapeutiques (<https://www.hiv-druginteractions.org/>). Il est utile de savoir que le millepertuis et le jus de pamplemousse interagissent avec la plupart des médicaments, et qu'une attention particulière est à porter sur les IPP et les statines largement prescrits en population gériatrique.
- En cas de survenue d'un évènement intercurrent : les ARV comme tous les médicaments répondent à des contre-indications et la survenue d'une insuffisance rénale, d'une pathologie cardiaque, d'une ostéoporose...doit faire interpeller le médecin référent afin d'évaluer l'absence de contre-indication à la poursuite du traitement.

Il est important que le résident se rende en consultation à l'hôpital pour le suivi de son infection VIH avec son ordonnance à jour.

3.2.2.2 Polymédication

La polymédication augmente bien entendu avec l'âge et l'augmentation de la polypathologie chez chaque individu. Il est cependant démontré que la polymédication est encore plus prévalente chez les pvVIH qu'en population générale. Une cohorte italienne rapportait que 64% des pvVIH de plus de 65 ans prenaient au moins 5 médicaments (en plus des ARV) par jour vs 37% de la population contrôle (différence significative)(29). Parmi les pvVIH de 65 ans des Pays de Loire, 51,8% consommaient au moins 5 médicaments quotidiennement. Ils recevaient une médiane de 3 ARV et de 4 médicaments associés. Dans un quart des cas, il

existait au moins une interaction médicamenteuse. La majorité des interactions était dûe à la prescription de statine et de ritonavir(37).

Il est donc très important de régulièrement vérifier les interactions potentielles. La conciliation médicamenteuse courante en pratique gériatrique, voire la dé-prescription, devra d'ailleurs certainement faire son entrée dans la pratique du suivi des pvVIH.

3.2.3 Financement des traitements en EHPAD

Le coût des traitements nécessaires à la prise en charge d'un résident peut être un élément déterminant dans le choix d'accueillir ou non ce résident selon le type d'EHPAD ciblée. Il semble à ce stade nécessaire de comprendre pourquoi la prise en charge de ces traitements peut constituer un problème et nous allons donc nous pencher sur les différents modes de financement des traitements en EHPAD.

Le financement des EHPAD repose sur trois sources de financement :

- Le budget « soins » intégralement à la charge de l'Assurance maladie
- Le budget « dépendance » financé par les départements en majorité mais aussi par les prestations d'aides et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Le budget « hébergement » à la charge du résident, qui peut percevoir des aides publiques en fonction de sa situation financière.

Le budget de soins et le budget dépendance sont en pleine réforme, se traduisant par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance basé sur les besoins des résidents. Le forfait global de soin et le forfait global de dépendance sont le résultat d'une équation tarifaire mise en place progressivement sur le territoire de 2017 à 2023.

Les prestations comprises dans le forfait soins, dépendent de l'option tarifaire choisie par l'EHPAD : tarification globale ou partielle. Cependant depuis 2008, l'intégration des médicaments et des dispositifs médicaux dans le forfait de soins ne dépend plus de l'option tarifaire choisie par l'EHPAD (tarif partiel ou tarif global) mais de l'existence ou non d'une Pharmacie à Usage Intérieure (PUI). En effet l'option tarifaire se combine avec une tarification qui inclut les dépenses de médicaments si l'établissement a une PUI ou pour les USLD. En l'absence de PUI, le coût des traitements reste à la charge des régimes obligatoires

de base de l'assurance maladie dans les conditions de droit commun(38),(39). Donc lorsque l'EHPAD ne dispose pas de PUI, le coût des traitements ne saurait intervenir dans la décision d'accepter ou non un résident et n'impactera pas le budget global de l'établissement. Sachant que la dépense médiane liée aux médicaments en EHPAD est de 1092 euros par place et par an (40), les traitements antirétroviraux ne sauront qu'augmenter considérablement ces dépenses, coûtant de 250 à plus de 900 euros/mois.

Dans le cas d'une PUI (28% des établissements en 2016), le coût du traitement peut constituer un frein à l'acceptation d'un résident si celui-ci requiert des traitements onéreux. Aujourd'hui cela concerne une minorité de structures, mais cette proportion est vouée à augmenter comme le recommande la proposition n°54 de la concertation Grand âge et autonomie qui vient de se terminer. En effet celle-ci propose de développer les PUI(41) ce qui peut nous faire craindre une plus grande difficulté d'accès aux résidences des patients bénéficiant de traitements onéreux, à moins qu'une restructuration de la prise en charge de ces traitements soit réalisée. Aujourd'hui si le traitement est jugé trop onéreux pour un EHPAD avec PUI, il est possible de négocier des dérogations à titre exceptionnel avec l'ARS. Cependant, cette difficulté sera progressivement atténuée par l'arrivée des génériques d'ARV qui a déjà permis de diminuer les coûts de ces traitements, appelés à baisser encore.

3.2.4 Risque de contamination liée au VIH. Conduite à tenir en cas d'AES.

La peur de la contamination est encore très présente, et souvent mal appréhendée et même augmentée par la méconnaissance des modes réels de contamination et des risques. Cela vient probablement de l'histoire récente et singulière de cette infection, car l'on constate que cette peur n'est pas exprimée lorsque l'on parle de VHB ou de VHC, pourtant bien plus contaminants. Nous allons donc reprendre tout d'abord les différents modes de contamination, puis rappeler les risques qu'ils présentent. Enfin nous présenterons les conduites à mettre en œuvre lors d'accident d'exposition afin de minimiser le risque.

La transmission du VIH est possible par le sang ou par un liquide biologique contenant du sang (piqûre, projection sur des muqueuse ou une peau lésée), par voie sexuelle (sécrétions

vaginales, sperme ou liquide séminal), et de la mère à l'enfant (transmission materno-fœtale et allaitement). Il est bon de rappeler que le VIH ne se transmet pas par la salive, la sueur, les larmes, les urines. Il n'y a donc aucun risque à partager des objets du quotidien type téléphone, WC, couverts...

Enfin il faut évaluer la prise en charge du patient porteur du VIH. En effet il est maintenant démontré que le traitement de l'infection rendant la charge virale VIH indétectable depuis 6 mois diminuait le risque de transmission jusqu'à le rendre nul. C'est le concept de TasP : « Treatment as Prevention ».

Le risque de contamination lié au VIH doit être appréhendé sous 2 angles :

- l'Accident d'exposition au sang (AES) ou à un liquide biologique, le plus souvent accident professionnel soignant-soigné
- l'Accident d'exposition sexuelle (AES), entre résidents dans le cadre qui nous intéresse.

3.2.4.1 Accident d'exposition professionnelle

Tout d'abord il est important de souligner que l'incidence des AES a diminué de 8,7/100 lits d'hospitalisation en 2004 à 5,7/100 lits d'hospitalisation en 2014. Ceux-ci sont essentiellement des accidents percutanés par piqûre (66% des cas). Les AES surviennent en contexte de soins de nursing dans 6% des cas. En 2014, 29,8% des AES étaient évitables grâce au respect des précautions standards (mise à disposition de collecteurs à objets piquants, coupants, tranchants ; utilisation de dispositifs sécurisés...)(42). Les efforts de prévention doivent donc se poursuivre. Le patient source est séropositif au VIH dans 3,1 % des cas d'AES recensés en 2014. Il est séropositif pour le VHC dans 4,9% des cas et pour le VHB dans 1,7% des cas(42). Lorsque l'AES a eu lieu, le taux de séroconversion théorique au VIH après exposition percutanée au sang d'une personne infectée est estimée à 0,3%(43) (1,8 dans le cas du VHC et 6 à 30% dans le cas du VHB(44)). Après une exposition cutanéomuqueuse ce risque est évalué à 0,03%(44).

Au total, depuis 2005, aucune séroconversion professionnelle pour le VIH n'a été rapportée chez un professionnel de santé, alors que 14 cas avaient été documentés depuis le début de l'épidémie. Les derniers cas rapportés de contamination VHC remontent à 2012, et aucune

contamination par le VHB n'a été déclarée, en lien avec la vaccination obligatoire instaurée en 1991 pour les soignants(45).

Il est donc important que des procédures de conduite à tenir en cas d'AES soient accessibles et claires dans les établissements puisque nous l'avons vu un tiers des établissements n'ont pas de procédure établie en cas d'AES.

Rappelons ici la conduite à tenir en cas d'AES(43) :

- Ne pas faire saigner la plaie
- Nettoyage immédiat à l'eau courante et au savon (ne pas utiliser de solution hydroalcoolique)
- Rinçage
- Antiseptie : Javel à 2,5% de chlore actif diluée au 1/5 ou 1/10 ; solution de Dakin ; ou à défaut alcool à 70°, polyvidone iodée (contact de 5minutes au moins)
- En cas de projection muqueuse : rinçage abondant et immédiat au sérum physiologique pendant au moins 5 minutes.
- Déclarer l'accident de travail dans les 24 heures
- Puis évaluer la nécessité d'un traitement post-exposition (TPE) qui doit être pris au mieux dans les 4 heures, au maximum dans les 48 heures. Ceci peut être fait par un centre hospitalier de référence de prise en charge du VIH, ou en cas d'indisponibilité dans les urgences hospitalières qui disposent d'un kit de traitement antirétroviral. Dans ce cas, un traitement sera donné pour 48 à 72h et la personne sera revue par un médecin référent dans l'intervalle pour évaluer la nécessité de poursuite ou non du traitement pour un total de 28 jours.

Il est intéressant de préciser que si la charge virale du patient source est indétectable (<50copies/ml) le traitement post-exposition ne sera pas recommandé quel que soit le risque estimé de l'AES (piqûre profonde ou superficielle). A noter que les morsures, griffures ou réceptions de crachats ne sont pas des indications de TPE.

Si les AES professionnels ne sont pas rares, le risque de transmission du VIH est extrêmement faible, d'autant plus que les mesures de précautions sont appliquées et que le patient source est traité. Il faut donc encourager la mise en œuvre des précautions standards (port de gants, de masque/lunettes, ne pas recapuchonner les aiguilles, conteneur à proximité...), le respect des procédures de soins et inviter les établissements à être correctement équipés. Puis les professionnels doivent connaître l'existence du traitement post-exposition et son délai de prise. Il nous semble essentiel de rappeler cela dans notre outil d'information. Enfin il est également essentiel de rappeler la notion de TasP qui peut indéniablement aider à combattre les peurs encore partagées par bon nombre de personnes aujourd'hui : l'observance au traitement du résident restant la meilleure garantie pour tous.

Enfin il est important de rappeler qu'en cas de décès d'un pvVIH, les soins de thanatopraxie sont désormais autorisés depuis le 1^{er} janvier 2018.

3.2.4.2 Accident d'exposition sexuelle

L'existence d'une activité sexuelle au sein des EHPAD est réelle, bien que peu étudiée. Aussi il est légitime de se poser la question du risque de contamination entre résidents en cas d'accueil d'un pvVIH.

Le taux de séroconversion après un rapport sexuel est très dépendant des circonstances : il est estimé à 1% lors d'un rapport anal réceptif, et 0,1% après un rapport vaginal insertif. Ce taux est modulé en fonction de la charge virale VIH dans les sécrétions sexuelles, est majoré en cas de lésions muqueuses et notamment d'IST associées, les menstruations et la présence de sang lors du rapport. A l'inverse le risque de contamination est rendu nul si la charge virale du patient source est indétectable depuis au moins 6 mois sous traitement antirétroviral. Le message à retenir est donc que l'observance du traitement antirétroviral du pvVIH est un point essentiel dans la prise en charge du résident.

En cas d'AES avéré, le traitement post-exposition pourra également être proposé selon les mêmes modalités : dans les 4h après l'exposition et au maximum dans les 48h. Le risque sera ensuite évalué afin de décider de l'instauration/poursuite du traitement, la charge virale indétectable du patient source permettant de ne pas recommander ce TPE.

Le thème du risque de contamination sexuelle au sein de l'établissement soulève indéniablement la question de la sexualité au sein des EHPAD, et de l'accès aux méthodes de prévention. En effet prendre en charge une pvVIH, c'est prendre en charge une personne qui inévitablement a dû construire un rapport singulier avec sa sexualité, et parfois même dû la réinventer. Nous allons donc à présent aborder ce point.

3.2.5 Sexualité, prévention et EHPAD

Avec l'accueil d'une pvVIH en EHPAD, la question de la sexualité est aussitôt soulevée, que ce soit de la part des soignants (notamment du fait des craintes de contamination) que de la part des pvVIH. En effet, nous l'avons dit, elles entretiennent un rapport singulier avec leur sexualité, qui plus est dans le cas des HSH longtemps soumis au secret). Cependant la sexualité et la notion de plaisir dans l'âge restent des tabous souvent partagés, même si les conceptions tentent à changer comme en témoigne l'intitulé du 32^{ème} congrès nationale de la fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées : « Envies, besoins, plaisirs : et les vieux dans tout ça ? ». Il ne s'agit pas pour nous ici d'envisager le cadre légal ou la gestion de la sexualité en EHPAD qui pourrait faire objet d'une discussion à part entière mais bien de souligner l'importance de prise en compte de la sexualité dans l'accueil d'un résident.

Sur le plan national, la prise de conscience est en marche. La récente stratégie nationale de Santé sexuelle affirme la volonté d'intégrer la santé sexuelle dans la politique globale de Santé. Ainsi l'action n°20 de la feuille de route de la stratégie propose de « Mieux prendre en compte la thématique « vie privée, affective et sexuelle » pour les personnes handicapées ou les personnes âgées accueillies dans un établissement ou service médico-social » (46). Il est utile de rappeler que l'on nomme Santé sexuelle un « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Si la prise en compte de la sexualité des personnes âgées devient un sujet d'actualité, quelques chiffres nous éclaireront sans doute, et nous surprendront peut-être. Une enquête réalisée auprès de 4 EHPAD de la région Midi-Pyrénées en 2018, montrait que 80% des résidents autonomes avaient stoppé leur sexualité avant l'entrée en EHPAD ; 8% des résidents interrogés déclaraient une sexualité active, et 51% une sexualité non active (caresses, rêves, pensées désirs, recherche de rapports sexuels...)(47). Si l'on sort du contexte des EHPAD, on sait que 63% des femmes et 73% des hommes en couple de 70-75 ans déclarent des relations sexuelles dans les 12 derniers mois, et respectivement 14,9% et 56,9% des personnes non en couple(48). La sexualité des seniors est une réalité, et tend même à augmenter au fil des générations, notamment chez les femmes. Des réflexions sont menées au sein des EHPAD pour progressivement garantir l'intimité dans les espaces privés que sont par exemple les chambres des résidents, et fait partie intégrante du premier point de la charte des résidents en EHPAD : « Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la sécurité, de la vie privée et de l'intimité des personnes âgées ». L'association AIDES a d'ailleurs noté l'absence de matériel de réduction des risques sexuels et de prévention à disposition dans les EHPAD, idée qu'il faudra sans doute explorer dans le futur.

Si l'on prend de plus en plus en compte la sexualité des personnes âgées et que les discussions se font au sein des EHPAD, il faudra également parler des sexualités puisque l'homosexualité et pour l'instant absente des débats. Par force de la majorité, les personnes sont présumées hétérosexuelles, la question de l'orientation sexuelle n'étant d'ailleurs pas posée à l'accueil d'un résident. Or si cela peut être vu comme un souci de neutralité ou de non-jugement, il peut également être vécu comme une négation de la sexualité et de la spécificité de l'histoire du résident. Ceci est bien entendu porteur d'impact sur le bien être mental et physique. Il faut en effet garder à l'esprit le contexte historique de cette génération de LGBT qui arrivent en EHPAD et qui se distinguera certainement des générations futures. En effet la majorité des LGBT qui arrivent en EHPAD aujourd'hui ont passé plus de la moitié de leur vie non reconnus par la loi comme des citoyens ordinaires (l'homosexualité est illégale en France jusqu'en 1982), et non reconnus sur le plan médical comme des patients ordinaires (retrait de l'homosexualité du DSM-III en 1987). Ceci explique les liens complexes que certains d'entre eux cultivent envers le monde médical, et peut expliquer que des craintes soient exacerbées. Cette génération LGBT a donc une histoire commune et s'est forgée un destin commun : ils ont créé une solidarité partagée face aux discriminations et

stigmatisations, puis face à l'épidémie de VIH/Sida(49). Beaucoup d'entre eux ont été confrontés à l'isolement social (exclusion du cercle familial, des collègues, perte des amis ou compagnons dans les années noires du SIDA) et ils sont beaucoup plus isolés aujourd'hui que la population générale (72,3% des pvVIH de plus de 50 ans se déclarent seules, contre 30% des plus de 45 ans en population générale(15)). Il existe donc une réelle inquiétude, une peur de devoir de nouveau s'effacer, mentir, ou peur au contraire d'être de nouveau « mis au placard ». Il est donc important que la notion d'orientation sexuelle soit intégrée dans la prise en charge des résidents, non pour vouloir instaurer une différence dans celle-ci mais pour que la prise en charge soit globale et prenne en compte l'histoire du résident.

3.2.6 Les contacts et personnes ressources

Nous souhaitons que la plaquette soit un support d'information mais aussi un outil pour accéder à davantage d'informations. Aussi il nous a semblé important d'y faire figurer des contacts locaux, engagés dans la prise en charge de patients VIH, répartis sur l'ensemble du territoire. Ceci afin de pouvoir organiser au cas par cas des interventions au sein des EHPAD, notamment à l'occasion de l'entrée en institution d'une pvVIH.

3.3 La plaquette : Comment préparer l'accueil d'un résident vivant avec le VIH en EHPAD ?

Le prototype de la plaquette est présenté en Annexe.

4 DISCUSSION

Il est tout d'abord un point sur lequel il est nécessaire de discuter et qui pose sûrement question dès l'introduction de ce mémoire lorsqu'on a une sensibilité gériatrique : les âges mentionnés ici sont souvent plus jeunes que les âges des populations rencontrées en service de gériatrie. Ce constat étant fait, il est important de comprendre ce qui le justifie. En effet la majorité des études sur le sujet se penchent sur la population des seniors, c'est-à-dire les pvVIH de plus de 50 ans, même si depuis quelques années quelques études se portent sur les pvVIH de plus de 65 voire 75 ans. Ceci vient rencontrer 2 réalités : la première est que les études ont suivi l'évolution démographique des pvVIH et l'arrivée progressive des pvVIH dans les tranches d'âges supérieures. La deuxième, et sans doute la plus importante lorsque l'on parle de gériatrie, et que, nous l'avons vu, les pvVIH présentent des problématiques de prise en charge médicale (fardeau de comorbidités, fragilité) et sociale (isolement, absence d'aidant, précarité financière) typiquement gérontologiques, et entre 5 et 15 ans avant la population générale. C'est pourquoi les EHPAD voient arriver des demandes d'hébergement pour des patients jeunes (entre 60 et 70 ans) desquelles elles n'étaient pas coutumières. Aux vues de ces problématiques médicales et sociales, il semble indispensable d'adopter un point de vue gériatrique dès 60 ans afin d'optimiser une prise en charge globale, associant à la prise en charge médicale, le bilan psychologique et social. Le dépistage de la fragilité semble tout à fait pertinent en ce contexte et doit être réalisé certainement bien en amont.

Concernant les thèmes retenus dans la plaquette, nous avons fait le choix de ne pas détailler l'un d'entre eux : le secret médical. Non pas qu'il n'ait pas son importance, mais il est déjà bien défini par un cadre légal, sa présence sur la charte des résidents en EHPAD témoigne d'une réflexion sur le sujet qui n'est pas récente, et son cadre déontologique a permis aux professionnels d'être sensibilisés dès leur formation. Aussi, en faire mention sur la plaquette d'information nous a paru tout de même important compte tenu du poids du secret dans le vécu de cette maladie. Si le secret médical est globalement respecté dans les structures d'hébergement, il est important d'appréhender quel rapport entretient lea pvVIH avec sa pathologie. Si certaines des pvVIH parlent facilement de leur maladie, beaucoup d'entre elles vivent dans le secret et le lever peut parfois s'avérer difficile. Lever ce secret c'est expliquer et justifier des années de mensonges ou d'omission parfois, ce qui peut être vécu très douloureusement par le résident(49).

Le lourd fardeau du secret, l'isolement social, mais surtout l'histoire commune des pvVIH ayant connu les années sombres, les discriminations, voire l'illégalité (cas des HSH), ont contribué à forger un destin à commun à une partie de cette population, notamment les LGBT. Ils se sont engagés en association, ont milité, et c'est en toute logique qu'ils se réunissent aujourd'hui pour envisager leur avenir de personnes âgées. Et dans ce cheminement, des projets de maison de retraite communautaires voient le jour (une en Espagne à Madrid (residencia villaverde alto) pour les LGBT), une maison des diversités à Berlin (Schwulen beratung) proposant une maison intergénérationnelle, à destination des LGBT, des migrants, et des hétérosexuels). Un projet est en cours en France porté par l'association les Audacieux et les Audacieuses. L'association Greypride a proposé l'année dernière la mise en place d'un label « GreyPride Bienvenue » à destination des EHPAD. L'association précise : « Les établissements qui s'inscriront dans cette démarche s'engageront : au respect d'une charte, à mettre en place un plan de formation auprès des salariés, et à être évalué dans le temps sur des critères définis par GreyPRIDE. En retour, GreyPRIDE proposera d'être un centre de ressource à travers une hotline, et proposera des médiations pour les situations les plus difficiles.(50)» Ce label est en cours d'élaboration et déjà la Maire de Paris a annoncé le 4 juin 2018 son déploiement dans les EHPAD de la ville.

Sur le plan organisationnel il nous semble important de discuter la mise en place du projet et du groupe de travail. En effet nous n'avons pas réussi à convoquer de médecin exerçant en EHPAD ce qui est regrettable. Les réponses négatives invoquaient l'absence d'accueil de patients VIH au sein de leurs établissements et l'absence de temps disponible. Nous avons même eu un refus au motif que l'EHPAD ne pouvait recevoir de pvVIH compte tenu du traitement trop onéreux. Un médecin d'EHPAD a accepté de relire la plaquette. Nous avons tout de même réussi à réunir des profils différents d'acteurs impliqués dans la prise en charge des pvVIH ce qui est un atout majeur. L'étape à venir est celle de la diffusion de l'outil. Mais nous nourrissons d'autres ambitions et le projet de former une équipe « mobile » pouvant venir à la demande des EHPAD donner des formations, est en train de mûrir. Ceci permettra un continuum avec cette plaquette. Dans ce cadre, des outils de présentation seront certainement à développer et doivent faire l'objet de travaux futurs !

5 CONCLUSION

Le vieillissement des pvVIH est un processus dynamique que nous découvrons jour après jour, année après année et même patient par patient. Car les profils sont multiples, les histoires de vie aussi, et tous aujourd'hui se questionnent sur le vieillissement. Et leurs questionnements viennent se confronter aux peurs et craintes toujours présentes dans la population générale et par là même au sein des EHPAD. Ces questionnements viennent bousculer à bien des égards les habitudes des EHPAD : parler d'orientation sexuelle, de sexualité même, de prise en charge de traitements onéreux... Et puis peut-être prendre en charge des personnes au lourd fardeau de comorbidités mais bien plus jeunes que la moyenne d'âge des résidents, faire face à l'isolement social parfois.

L'enjeu est de taille mais il est nécessaire de s'y préparer, et les acteurs de terrains, les pvVIH eux-mêmes se sont emparés activement du sujet. Hélène Cardin et Danielle Messager décrivaient dans leur livre « La révolution Sida » : « *L'épidémie de VIH/Sida a bousculé bien des pratiques dans le monde médical et sociétal. Cette maladie mortelle qui a tout perturbé a permis de tout réformer : des pans entiers de la médecine, de la recherche scientifique, de la vie associative, de la politique ont été ébranlés. Dans un engagement sans pareil, les acteurs se sont alors regroupés, ont réfléchi et ont construit quelque chose dépassant la prise en charge de la maladie. La lutte contre le Sida a été le catalyseur du débat sur l'égalité des droits individuels donnant naissance au Pacs, mais aussi à la loi sur les droits des malades. La révolution Sida a tout bouleversé, beaucoup reconstruit et est toujours en marche*(51) » N'est-elle pas déjà en train de bousculer les codes au sein même de la filière gériatrique ?

ANNEXES

Le prototype de la plaquette

Gestion des traitements antirétroviraux (ARV) et des interactions médicamenteuses

Le traitement ARV est à prendre quotidiennement, variant de 1 à 3 cp/jour. L'observance est un élément majeur du succès de la prise en charge. En cas d'impossibilité de prise du traitement per os, le médecin spécialiste est joignable afin d'adapter le traitement.

Les interactions médicamenteuses sont fréquentes en population gériatrique et le médecin spécialiste reste à disposition pour vérifier la compatibilité des traitements associés au moindre doute. Une attention particulière est à porter sur les IPP et les statines les plus souvent en cause dans les interactions avec les ARV.

La prise en charge des traitements

Le traitement antirétroviral coûte entre 250 et plus de 900 euros par mois.

L'infection VIH est une affection prise en charge à 100% au titre de l'ALD7. Aussi les EHPAD n'ayant pas de Pharmacie à Usage Interne (PUI) ne seront pas impactés par la nécessité de traitement onéreux.

Si l'EHPAD bénéficie d'une PUI il est possible de faire une demande de dérogation à titre exceptionnel à l'ARS pour la prise en charge du surcoût des médicaments.

Contacts

Les médecins spécialistes du VIH du COREVIH Bretagne sont à disposition pour organiser des formations et préparer l'accueil d'un résident VIH. Contactez-nous !

Les Services hospitaliers :

Côtes d'Armor :
-CH Yves Le Foll, Saint-Brieuc 02.96.01.71.01

Finistère
-CHRU La Cavale-Blanche, Brest
Service de maladies infectieuses 02.98.34.72.07
Service de Médecine interne 02.98.34.73.72
-CH Intercommunal de Cornouaille, Quimper
Réseau H-Pôle de Santé publique 02.98.52.62.79
-CH Morlaix 02.98.62.38.06

Ille-et-Vilaine :
-CHU Pontchaillou, Rennes 02.99.28.42.38
-CH Saint-Malo 02.99.21.21.70

Morbihan :
-CH Bretagne Atlantique, Vannes 02.97.01.41.45
-CH Lorient 02.97.06.97.06
-CH Pontivy 02.97.79.01.40

Le COREVIH Bretagne 02.99.28.98.75
corevih.bretagne@chu-rennes.fr

Les associations :

Galon Breizh : 07.68.33.10.40
Réseau Louis Guillou : 02.99.32.47.36
Chrétiens et Santé sexuelle : chr.etienss@laposte.net
AIDES : 02.96.80.41.27 à Brest, 02.98.95.67.96 à Quimper, 02.97.83.66.17 à Lorient, 02.99.30.01.30 à Rennes

J'accueille un résident vivant avec le VIH dans mon EHPAD

Quelques repères



Le VIH aujourd'hui

172000 personnes vivent avec le VIH (pVH) en France dont 86% sont diagnostiqués. 4% ont plus de 70 ans, et cette proportion tend à croître rapidement. Aux vues du vieillissement de la population des pVH, des demandes d'inscription en EHPAD vont peut-être vous arriver.

Grâce aux progrès thérapeutiques des dernières décennies :

- l'espérance de vie des pVH a rejoint celle de la population générale ;
- la charge virale rendue indétectable permet de réduire le risque de transmission jusqu'à le rendre nul ;
- les traitements sont simples et bien tolérés dans l'ensemble.

Parcours de soins d'un résident VIH

Un patient VIH a en moyenne 2 à 3 consultations annuelles hospitalières afin de vérifier l'efficacité du traitement (contrôle de la charge virale et du taux de CD4), la tolérance au traitement, sa réévaluation, puis son renouvellement.

En cas de dépendance notamment, le suivi peut être alterné entre le médecin hospitalier et le médecin traitant du résident. Toutefois, l'ordonnance doit être renouvelée au moins une fois par an par un médecin hospitalier. Il est important que le résident se rende aux consultations avec l'ordonnance de ces traitements concomitants à jour.

Les comorbidités

Les résident VIH sont plus à risque de développer des comorbidités liées à l'âge (maladie cardio-vasculaire, insuffisance rénale, ostéoporose, cancers, troubles neurocognitifs).

L'incidence de la dépression et de l'anxiété est plus importante qu'en population générale et il faut y être attentif.

Enfin la fragilité semble plus précoce et demande une attention particulière.

Quel est le risque de contamination lié au VIH ?

Un résident VIH sous traitement ARV avec une charge virale indétectable ne présente pas de risque de transmission du virus.

Pour qu'il y ait une contamination il faut :

- une porte de sortie du virus (plaie, muqueuse) d'un résident VIH non contrôlé par les antirétroviraux ou non dépisté
- un liquide transporteur du virus : sang, sperme, sécrétions vaginales, liquide séminal, lait maternel.
- une porte d'entrée du virus (plaie, muqueuse)

Le VIH ne se transmet jamais par la salive, les urines, les larmes ou la sueur. Il n'y a donc aucun risque à s'embrasser, se toucher, ni utiliser les mêmes objets du quotidien.

Pour les soins de nursing et actes de la vie quotidienne, il n'y a pas de préconisations particulières pour s'occuper d'un résident VIH. Pour les soins infirmiers, les précautions standards s'appliquent (lavage des mains, désinfection des mains entre 2 résidents, port de gants de gant lors de contact avec des liquides biologiques.)

Enfin, il n'y a pas de limitation en termes de toilette mortuaire ni de soins de conservation funéraire.

Conduite à tenir en cas d'Accident d'Exposition au Sang

1/Immédiatement :

- Ne pas faire saigner la plaie
- Nettoyage immédiat à l'eau courante et au savon (ne pas utiliser de solution hydroalcoolique) puis rinçage
- Antiseptie (contact de 5 minutes au moins) : Javel à 2,5% de chlore actif diluée au 1/5 ou 1/10 ; solution de Dakin ; ou à défaut, alcool à 70°, polyvidone iodée

-En cas de projection muqueuse : rinçage abondant et immédiat au sérum physiologique pendant au moins 5 minutes.

2/Dans l'heure : je contacte un médecin qui assurera la prise en charge de l'AES. En l'absence de médecin je contacte les urgences.

3/ Le médecin :

- Evalue la nécessité d'un traitement post-exposition (TPE) à prendre au mieux dans les 4h, au maximum dans les 48h. (contacter service de référence de prise en charge du VIH, ou en cas d'indisponibilité les urgences hospitalières qui disposent d'un kit de TPE.
- établit le certificat médical initial d'accident de travail
- collecte les informations médicales et notamment sérologiques du patient source

Sexualité du résident

Aborder le sujet de la sexualité et de l'orientation sexuelle est indispensable à l'établissement d'un projet de vie individualisé et ne doit pas donner lieu à discrimination. Le résident VIH entretient sans doute une relation singulière avec sa sexualité et le poids du secret a probablement influencé sa vie.

Un résident VIH sous traitement ARV efficace peut avoir des rapports sans préservatif sans risque de contaminer son partenaire. Le préservatif reste recommandé pour prévenir des autres infections sexuellement transmissibles.

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1: Modélisation de la répartition des pvVIH en fonction de l'âge (Cohorte ATHENA, Pays-Bas).....	7
Figure 2: Répartition en fonction de l'âge des pvVIH (FHDH-ANRS CO4) et de la population générale (FRANCE) Source : « Demographics of HIV and aging, D. Costagliola	7
Figure 3 : Pyramide des âges de la file active des pvVIH en Bretagne. Source : COREVIH Bretagne - File active 2017 Exploitation ORS Bretagne.....	8
Figure 4: Faciliter l'accueil de PVVIH en Ehpad/Usld ; Etude sur la prise en charge des personnes vieillissantes avec le VIH/SIDA, DGS, mars 2013	10
Figure 5: prévalence des pathologies classiquement liées à l'âge en population générale, et chez les pvVIH stratifiés en 3 groupes : <10ans, entre 10 et 20 ans ou plus de 20ans d'infection. DLM : dyslipidémie, COPD=Bronchopneumopathie chronique obstructive, CKD : maladie rénale chronique, CVD : maladie cardio-vasculaire, T2DM : diabète de type 2, HTN : Hypertension artérielle. D'après Guaraldi et al, Geriatrics 2018.....	20
Figure 6: Distribution du nombre de comorbidités liées à l'âge dans les 2 groupes (VIH+ et VIH-), stratifiés par âge. D'après (Schouten et al. CID 2014).....	21

BIBLIOGRAPHIE

1. Tran T-C, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(40-41) :792-8.
2. Bulletin de santé publique infection à VIH. Mars 2019. / Tous les numéros / Bulletin de veille sanitaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Bulletin-de-sante-publique-infection-a-VIH.-Mars-2019>
3. Actualités / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>
4. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 2017 mars. (Synthèse de la recommandation en Santé Publique). https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_reco.pdf
5. Marty L, Cazein F, Rachas A, Lot F, Costagliola D. Nouvelles estimations de la prévalence de l'infection à VIH. 2018 déc. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>
6. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Épidémiologie de l'infection à VIH en France. 2017 juill. Disponible sur: <https://cns.sante.fr>
7. Allavena C, Bernaud C, Delamare-Damier F, Lariven S, Valantin M-A, Ferry T, et al. Vieillir avec le VIH : une situation clinique et thérapeutique complexe. Poster P3-15-27 présenté à : 38ème journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie ; 2018 nov.
8. Banens M, Mendès-Leite R, Talpin J-M, Cuvillier B. Vieillir avec le VIH : Les seniors séropositifs à Lyon et dans la Vallée du Rhône. Centre Max Weber-CNRS, Université de Lyon 2; 2015. Disponible sur : <halshs-01247694>
9. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem A van, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV : a modelling study. Lancet Infect Dis. juill 2015;15(7):810-8.
10. Costagliola D. Demographics of HIV and aging. Curr Opin HIV AIDS. juill 2014;9(4):294-301.
11. COREVIH des Pays de la Loire. 1ère partie Rapport d'activité et rapports épidémiologiques 2017 du COREVIH des Pays de Loire. 2018;31.
12. COREVIH Bretagne, Santé Publique France-Cire Bretagne, ARS Bretagne, ORS Bretagne. Surveillance VIH-SIDA/IST en Bretagne 2017. 2018 déc p. 16. Disponible sur: <http://www.corevih-bretagne.fr>
13. Groupe d'experts sous la direction du Pr MORLAT. Accès aux soins et qualité de vie. 2017 juill p. 74. Disponible sur: <https://cns.sante.fr>
14. COREVIH Haute-Normandie. Deux enquêtes réalisées : une auprès des EHPAD, une auprès des PVVIH. 2012. Disponible sur: <https://www.corevih-normandie.fr/contact/>

15. AIDES. Vieillir comme les autres. Journal de la Conférence de consensus communautaire sur le vieillissement des personnes vivant avec le VIH. 2013. Disponible sur: <https://www.aides.org/dossier/vieillir-avec-le-vih-le-dossier-complet>
16. Desesquelles A, Gotman A, Micheau J, Moliere E. Etude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA. [Internet]. Direction Générale de la Santé; 2013 mars. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etude_PVVih_vieillissantes_mars2013_DGS_Plein_sens_2_.pdf
17. Annequin M, Lert F, Spire B, Dray-Spira R, and the ANRS-Vespa2 Study Group. Increase in Unemployment over the 2000's : Comparison between People Living with HIV and the French General Population. PloS One. 2016 ;11(11): e0165634.
18. Direction des établissements et services médico-sociaux. Analyse statistique. Prix des ehpad en 2017. 2018. Disponible sur : <https://www.cnsa.fr>
19. Dray-Spira R, Spire B, Lert F, le groupe Vespa2. Vivre avec le vih : premiers résultats de l'enquête anrs-vespa2 Dray-Spira R, Spire B, Lert F, et le groupe Vespa2. Méthodologie générale de l'enquête ANRS-Vespa2. Bull Epidémiol Hebd. 2013 ; (26-27):321-4. Bull Epidémiol Hebd N°26-27 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr>
20. Marsicano É, Hamelin C, Lert F. Ça se passe aussi en famille. Les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH/sida en France. Terrains Trav. 2016 ;29(2):65-84.
21. COREVIH Ile-de-France Nord. Prise en charge en Institution de la personne âgée séropositive sur le territoire de la COREVIH Ile-de-France Nord. 2010 avr.
22. Sécher S, Delamare-Damier F, Allavena C. Les EHPAD des pays de Loire sont-ils prêts à accueillir des personnes âgées vivant avec le VIH ? Présentation affichée présentée à : Congrès de la Société Française de lutte contre le Sida et les Hépatites; 2017 oct.
23. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. L'essentiel. Présentation synthétique des activités de la CNSA. [Internet]. 2018 avr. Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_lessentiel.pdf
24. Agence Régionale de Santé Bretagne. Chiffres-Clés - Edition 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2017-11/ARS%20Bretagne%20-%20Chiffres-Cl%C3%A9s%20-%20Edition%202017.pdf>
25. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
26. De Francesco D, Wit FW, Bürkle A, Oehlke S, Kootstra NA, Winston A, et al. Do people living with HIV experience greater age advancement than their HIV-negative counterparts? AIDS Lond Engl. 1 févr 2019 ;33(2):259-68.
27. Althoff KN, McGinnis KA, Wyatt CM, Freiberg MS, Gilbert C, Oursler KK, et al. Comparison of Risk and Age at Diagnosis of Myocardial Infarction, End-Stage Renal Disease, and Non-AIDS-Defining Cancer in HIV-Infected Versus Uninfected Adults. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 févr 2015 ;60(4):627-38.

28. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV cohort study. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 15 déc 2014 ;59(12):1787-97.
29. Guaraldi G, Malagoli A, Calcagno A, Mussi C, Celesia BM, Carli F, et al. The increasing burden and complexity of multi-morbidity and polypharmacy in geriatric HIV patients : a cross sectional study of people aged 65 – 74 years and more than 75 years. *BMC Geriatr.* 20 avr 2018 ; Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5910563/>
30. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* déc 2011 ;53(11):1120-6.
31. Aging OWG on H and. HIV and Aging: State of Knowledge and Areas of Critical Need for Research: A report to the NIH Office of AIDS Research by the HIV and Aging Working Group. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 juill 2012 ;60(Suppl 1): S1.
32. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* déc 2011 ;53(11) :1120-6.
33. Returnaz F, Petit N, Darque A, Decker L de, Farcet A, Chiche L, et al. Le phénotype de fragilité chez les personnes vieillissantes avec le VIH : concepts, prévention et enjeux de prise en charge. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil* [Internet]. 1 févr 2016; Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/le_phenotype_de_fragilite_chez_les_personnes_vieillissantes_avec_le_vih_concepts_prevention_et_enjeux_de_prise_en_charge_314271/article.phtml?tab=texte
34. Abrass CK, Appelbaum JS, Investigator C-P, Boyd CM, Havlik RJ, Hazzard W, et al. Recommended Treatment Strategies for Clinicians Managing Older Patients with HIV [Internet]. p. 96. Disponible sur : <http://hiv-age.org>
35. The Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord, Lewden C, Bouteloup V, De Wit S, Sabin C, Mocroft A, et al. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 \geq 500/mm³ compared with the general population : evidence from a large European observational cohort collaboration. *Int J Epidemiol.* 1 avr 2012 ;41(2):433-45.
36. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 12 juill 2016 ;316(2):171-81.
37. Ruellan A-L, Bourneau-martin D, Joyau C, Sécher S, Jovelin T, Cavellec M, et al. High frequency of polypharmacy and drug-drug interactions in an elderly HIV population on antiretroviral therapy [Internet]. Poster P149 présenté à : Congrès HIV drug therapy; 2018; Glasgow. Disponible sur : <http://hivglasgow.org/wp-content/uploads/2018/11/P149.pdf>
38. CPAM Maine et Loire. Memento EHPAD Forfait de soins [Internet]. 2011. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/7-Memento_EHPAD_Forfait_de_soins.pdf

39. Verger P. LA POLITIQUE DU MEDICAMENT en EHPAD. Ministère des affaires sociales et de la santé ; 2013 p. 125.
40. CNSA. La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents. avr 2019;66.
41. Libault D. Concertation Grand âge et autonomie. Mars 2019 [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé ; Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
42. Réseau AES-Raisin. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français. Résultats 2013-2014 [Internet]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Surveillance-des-accidents-avec-exposition-au-sang-dans-les-etablissements-de-sante-francais>
43. CMIT. ECN PILLY : maladies infectieuses et et tropicales. Place of publication not identified: MED-LINE EDITIONS - EDUC; 2017.
44. Girard P-M, Katlama C, Pialoux G. VIH. Edition 2011. Doin éditeurs ; 2011. 839 p.
45. Groupe d'experts sous la direction du Pr MORLAT. Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant [Internet]. 2017 sept p. 32. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
46. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route. Stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 [Internet]. Disponible sur : http://www.corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/Biblioth%C3%A8que/Documents_institutionnels/feuille_de_route_strategie_sante_sexuelle_2018.pdf
47. André C. Etat des lieux de la sexualité des personnes âgées non démentes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [Internet] [Médecine humaine et pathologie]. Faculté de médecine de Bordeaux ; 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755820/document>
48. Santé Publique France-Cire bretagne. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. 2016 ;6.
49. Groupe SOS, SOS Homophobie, AIDES. Rapport sur le vieillissement des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transsexuelles (LGBT) et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) [Internet]. Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie ; 2013 nov. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_vieillissement_LGBT_et_PVVIH_-_version_definitive_-_27_11_2013.pdf
50. « GreyPRIDE bienvenue » une démarche déployée dans les EHPAD de la ville de Paris - Gay & Grey [Internet]. Disponible sur : <https://www.greypride.fr/greypride-bienvenue-une-demarche-deployee-dans-les-ehpad-de-la-ville-de-paris>
51. Cardin H, Messenger D, Barré-Sinoussi F. La révolution SIDA. Paris : Odile Jacob ; 2013. 218 p.

REMERCIEMENTS

Au COREVIH Bretagne qui m'a beaucoup aidée à porter le projet tant sur le plan du contenu que de l'organisation, et surtout du réseau territorial ! Un Merci particulier à Hadija CHANVRIL et au Dr Cédric ARVIEUX.

A Madame la Docteure Pascale PERFEZOU qui a accepté de diriger ce travail, et qui m'a permis de rejoindre son équipe récemment. Un merci particulier pour son enthousiasme et sa bienveillance. C'est un réel plaisir de travailler dans son service où règnent bonne humeur et investissement : j'ai beaucoup à apprendre auprès d'elle, j'en suis sûre !

A tous les membre du groupe de travail qui ont accepté de consacrer un peu de temps aux réunions et aux échanges de mail : Dr Luc DE SAINT MARTIN, Dr Gwénaëlle SOST, l'association GALON BREIZH et ses représentantes, le Dr Cédric ARVIEUX, Mme Hadija CHANVRIL.

A Monsieur le Professeur BERRUT qui me faire l'honneur de présider ce jury. Un grand merci pour votre implication à nous transmettre votre passion de la gériatrie.

A Madame la Professeure De DECKER pour votre enseignement rigoureux.

A Madame la Docteure Sophie PICHIERRI et Monsieur le Docteur Edouard GEORGETON, membre du jury.

A Monsieur le Dr Christophe FOURNIER qui me permet d'exercer auprès des personnes âgées au sein de son service de Gériatrie, et pour sa volonté à développer la filière.

A Madame la Docteure Clotilde ALLAVENA pour son aide bibliographique et à toute l'équipe du « CISIH » du CHU de Nantes pour ces presque 6 années passées avec vous dans la bonne humeur toujours !

A mes parents qui m'ont permis d'aller jusqu'au bout de la capacité, pour leur amour de tous les jours ! A Christophe, Yann et Aziliz, les soleils de mes journées ! A Gwénaëlle et Christophe pour leur relecture attentive.

A mes « amis de capacité » : Arnaud, Anne-Sophie, Iris, Houda, Hélène, Pauline, Philippe, Sophie et Sophie, Véronique !

CAPACITE DE GERONTOLOGIE

UNIVERSITE DE NANTES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018– 2019

MEMOIRE

NOM: HALL

PRENOM: Nolwenn

ADRESSE: 6, venelle de l'union 29470 PLOUGASTEL-DAOULAS

TITRE DU MEMOIRE : L'accueil des personnes vivant avec le VIH en EHPAD : problématiques et perspectives. Elaboration d'une plaquette d'information à destination des EHPAD de Bretagne.

RESUME : Grâce aux progrès thérapeutiques des dernières décennies, la population des personnes vivant avec le VIH (pvVIH) vieillit et la question du comment vieillir se pose aujourd'hui. Les pvVIH s'interrogent sur leur condition de vieillissement et la crainte d'être de nouveau confrontées à la discrimination est réelle. Les EHPAD aussi s'interrogent, sur leur capacité à prendre en charge médicalement les pvVIH, sur les risques de transmission du virus, sur le prix des traitements. Il est nécessaire de faire du lien entre les personnes prenant en charge les pvVIH et la filière gériatrique. Aussi, il nous a semblé nécessaire d'élaborer, avec le COREVIH Bretagne, un outil simple d'information à destination des EHPAD pour lever les freins potentiels à l'accueil des pvVIH et combattre les méconnaissances.

MOTS CLES : EHPAD, VIH, Vieillissement