

VIH et vieillissement

- Enjeux et pistes de collaboration -

Atelier participatif

Co-animé par Rocco Collarino, Yves Ferrarini, Marie Hamard

Journées CORESS IDF NO

17/03/2026

Liens d'intérêt

- Rocco : ViiV Healthcare, MSD
- Marie : ViiV Healthcare, Gilead
- Yves
- Les audacieux

<https://u-paris.zoom.us/j/83409630156?pwd=ZcV1K89bCua8h68qNXBk6B0txmgxHb.1>

Objectifs de l'atelier

- Donner un aperçu du **profil** des PVVIH vieillissants
- Identifier et échanger autour des **angles morts**
- Faire **un pas de plus** ensemble dans la prise en soins

Pistes de réflexion

Axes de questionnement

Améliorer la
coordination et le
parcours de soins

Rester partie prenante
de sa santé : garder le
pouvoir d'agir

Accompagner dans
le secret ?

Accompagner à la
préservation de la santé
mentale

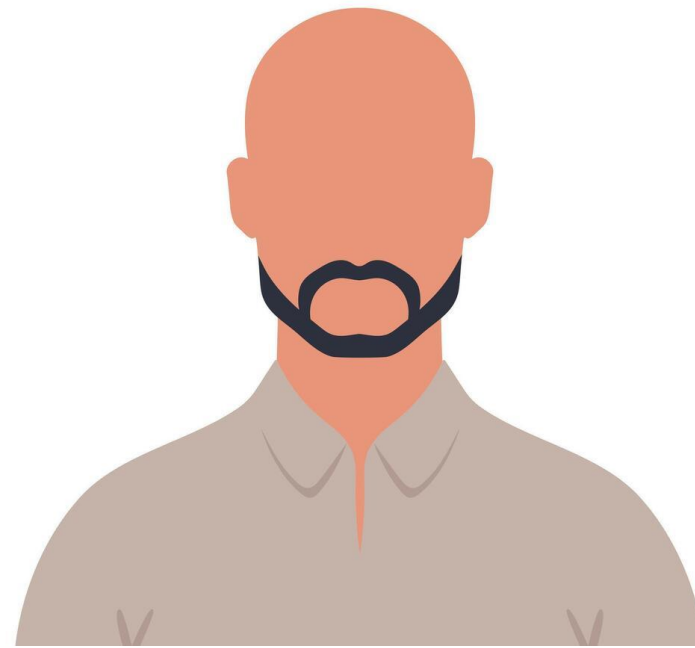
Accompagner à la
préservation du lien social

Autres ??

Témoignages

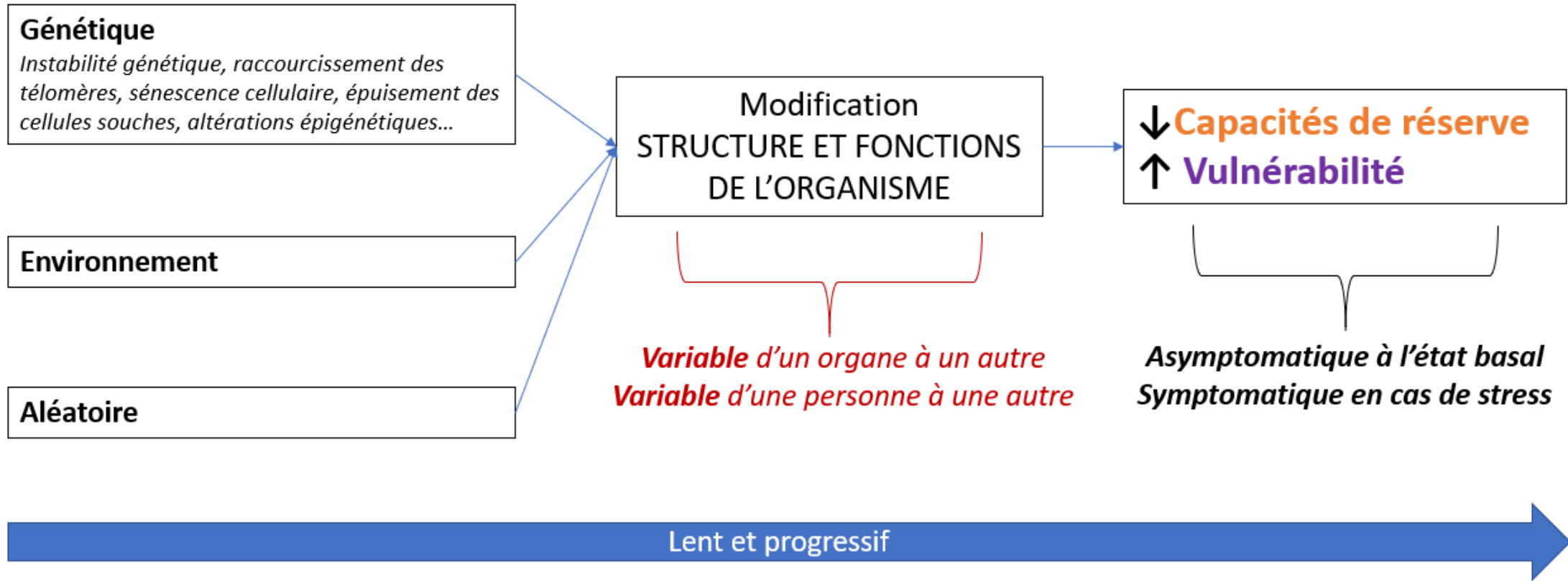


ANNE

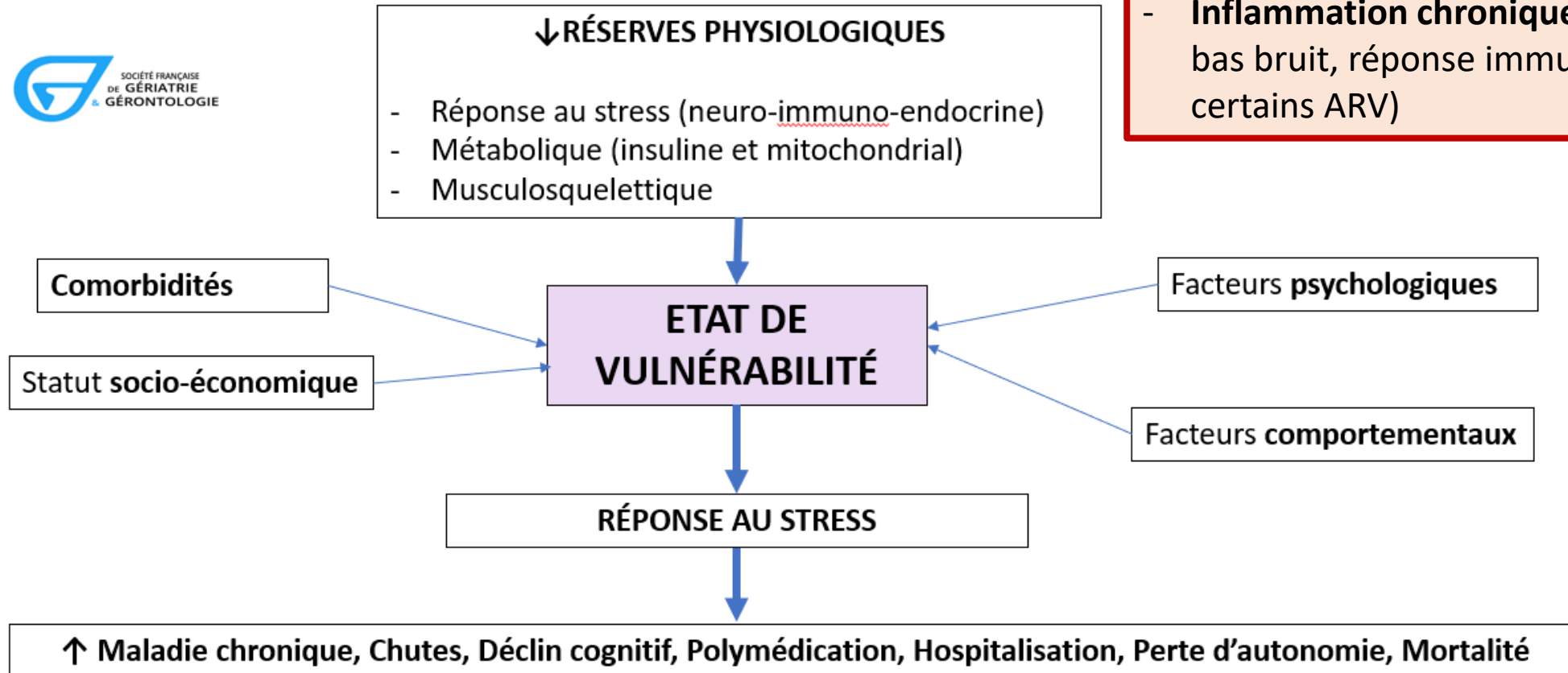


PASCAL

Qu'est ce que le vieillissement ?



La fragilité



VIH

- FDR comorbidités spécifiques
- FDR vieillissement accéléré
- **Inflammation chronique** (réplication à bas bruit, réponse immunitaire altérée, certains ARV)

L'âge est considéré comme un déterminant de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome






La fragilité

Fragilité selon Fried

Cardiovascular Health cohorte

(n≈6000, ≥ 65 ans, suivi à 4 et 7ans)

Critères de fragilité :

-  Perte de poids (> 4,5 kg /1 an)
-  Faiblesse musculaire (handgrip)
-  Vitesse de marche (< 0,8m/s)
-  Sédentarité
-  Fatigue rapportée

Robuste (0 critères)

Pré fragiles (1 à 2 critères)

Fragiles (3 critères et +)

↑ Mortalité, incapacité, chutes, hospitalisations
Vitesse de marche = prédit à elle seule la mortalité

Fragilité selon Rockwood

Canadian Study of Health and Aging

(n=2305, ≥70 ans suivi 5 ans)

Clinical Frailty Scale

- | | |
|---|--|
|  <p>1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p> |  <p>7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).</p> |
|  <p>2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.</p> |  <p>8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p> |
|  <p>3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p> |  <p>9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.</p> |
|  <p>4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.</p> | |
|  <p>5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.</p> | |
|  <p>6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p> | |

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

↑ Mortalité, institutionnalisation

Evaluation gériatrique standardisée

- **Objectif :**

- **Evaluation globale** de l'état de santé du patient
- Identifier **les syndromes gériatriques**
- Développer un **plan coordonné** de soins
- Mettre en place des **actions correctives ou préventives**

- Dite « **standardisée** » : **outils validés** permettant de dépister et quantifier ces anomalies

→ **Amélioration des capacités fonctionnelles, diminution du risque d'institutionnalisation, retarde la dépendance, réduit l'hospitalisation et la durée d'hospitalisation, améliore la survie en population générale**

Focus âgisme ou vieillesphobie

- **Stéréotypes** (la façon d'envisager l'âge), **préjugés** (ce qu'inspire l'âge) et la **discrimination** (la façon de se comporter) **en raison de l'âge**
- **Une personne sur deux** dans le monde est âgiste
- **Une personne sur six** de >60 ans victime d'une forme de maltraitance
- Moins bonne **santé physique et mentale**, plus grand **isolement social**, plus d'**insécurité financière**, à une baisse de la **qualité de vie** et à un **décès prématuré**. **Coût pour la société**.

6,3 millions de cas de dépression dans le monde dus à l'âgisme.

63 milliards \$/ans de coûts supplémentaires pour les huit problèmes de santé les plus coûteux aux USA

Combattre l'âgisme

-> **Politiques et le droit, activités éducatives et les interventions intergénérationnelles**

[Vieillessement : l'âgisme](#)
[L'âgisme, un enjeu mondial](#)

Officer et al, InterJ Envir Research and Public Health, 2020

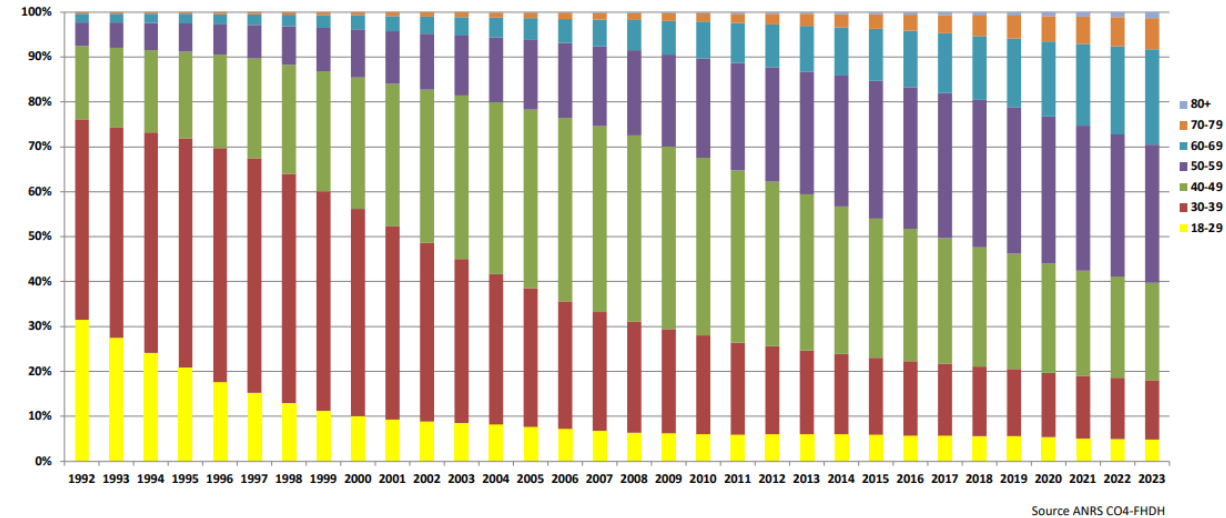
Yon Y et al, Lancet Glob Health, 2017

Quelques données démographiques

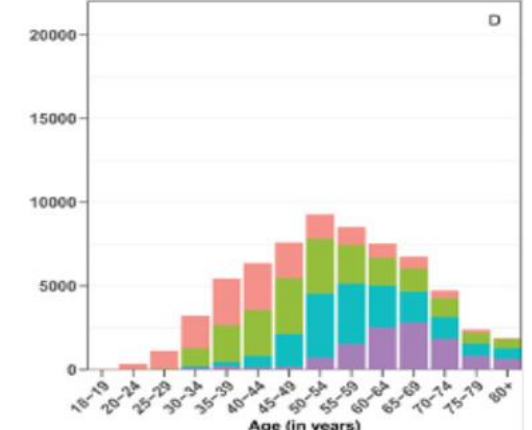
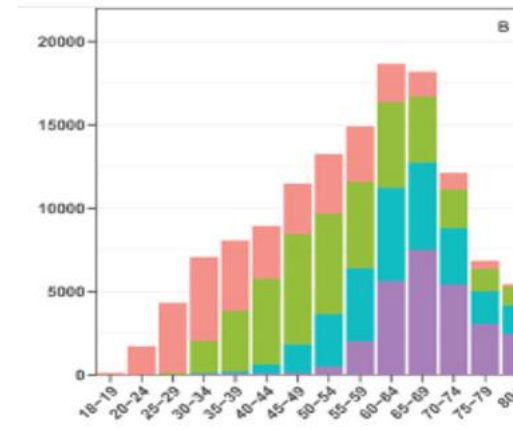
- ~10 % PVVIH ont > 70 ans en 2023
- ~ 20% auront > 70 ans en 2030
- > 40% auront débuté les ARV depuis > 30 ans

- **Espérance de vie augmentée**
- **Contaminations tardives**
 - 22% > 50 ans au diagnostic en 2024
 - ↑22% des découvertes >50 ans entre 2008 et 2016

→ Estimations sont indispensables pour **adapter le dépistage des comorbidités** et **anticiper les besoins** en ressources dans le secteur des soins aux personnes âgées.



Estimation en 2030 pour H et F :



Time since ART initiation (years): 0-9 10-19 20-29 30+

Quelques données démographiques

Cohorte française DatAIDS

Multicentrique, prospective, logiciels de suivi en consultation, hôpitaux publics, depuis 2000.

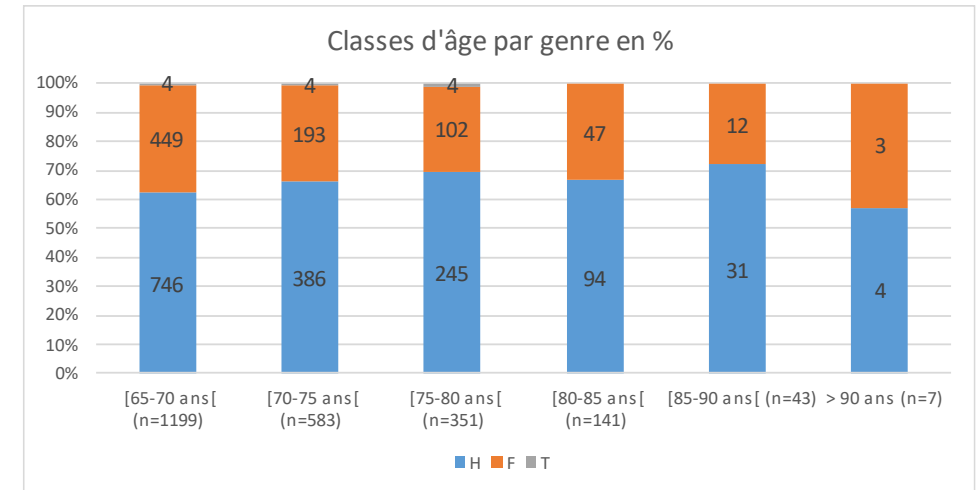
- **Bon contrôle, 90% indétectables**
- **30% à un stades avancé**
- **Quelques contaminations tardives**

	Elderly 50–74		Geriatric ≥75		P. value
	n = 16 436		n = 572		
Age, median [IQR]	56	[52–61]	78	[76–81]	< 0.001
Male, n (%)	12,300	(74.8)	416	(72.7)	0.275
HBV and/or HCV Hepatitis coinfection ⁺ , n (%)	4,118	(25.1)	53	(9.3)	< 0.001
HIV-2 infection, n (%)	205	(1.2)	5	(0.9)	0.547
Age at HIV diagnosis, median [IQR]	39	[31–48]	61	[56–67]	<0.001
<50 year-old, n (%)	13,318	(81.3)	40	(7.0)	
50–75 year-old, n (%)	3,063	(18.7)	485	(85.1)	
≥75 year-old, n (%)	0	(0.0)	45	(7.9)	
Time since HIV diagnosis, year, med. [IQR]	19	[11–25]	18	[13–23]	0.029
CDC stage C, n (%)	4,713	(28.8)	192	(33.6)	0.015
CD4/mm ³ at diagnosis, median [IQR]	300	[122–495]	246	[113–430]	0.039
Nadir CD4 /mm3, median [IQR]	183	[70–297]	159	[71–268]	<0.001
At last visit					
CD4 /mm3, median [IQR]	504	[324–720]	456	[304–634]	< 0.001
CD4/CD8 ratio, median [IQR]	0.6	[0.4–1.0]	0.6	[0.4–0.9]	0.137
CD4≥500/mm3 and CD4/CD8≥1, n (%)	2,452	(19.8)	74	(17.1)	0.178
HIV RNA <50 c/mL, n(%)	10,893	(89.8)	384	(89.9)	0.969
HIV RNA <50 c/mL on ART ⁵ , n(%)	10,739	(90.6)	378	(90.9)	0.932

Quelques données démographiques

Au sein de la cohorte CoReSS IDF NO :

- 2324 PVVIH de plus de 65 ans
- Profil :
 - Hommes cis genres, hétéros, nés en France
 - Âge médian 69 ans (max 96 ans)
 - Infection par le VIH-1, non stade SIDA
 - Délais de séropositivité médian 25 ans (0-43)
 - CD4 > 500/mm³ et CV indétectable



Stade SIDA	H	F	T	Total
OUI	527	216	7	750
NON	979	590	5	1574
Total	1506	806	12	2324

CD4 en classe	H	F	T	Total
1- <50	32	18		50
2 [50-200[	51	16		67
3 [200-350[	152	65	2	219
4 [350-500[	237	89	1	327
5 >=500	888	558	9	1455
Total renseigné	1360	746	12	2118

CV en classe	H	F	T	Total
1 <50	1311	703	11	2025
2 [50-500[	65	40	1	106
3 [500-5000[	28	18		46
4 [5000-30000[	4	2		6
5 >=30000	5	4		9
Total renseigné	1413	767	12	2192

Profil des PVVIH : comorbidités

- Augmentation du nombre de comorbidités avec l'âge

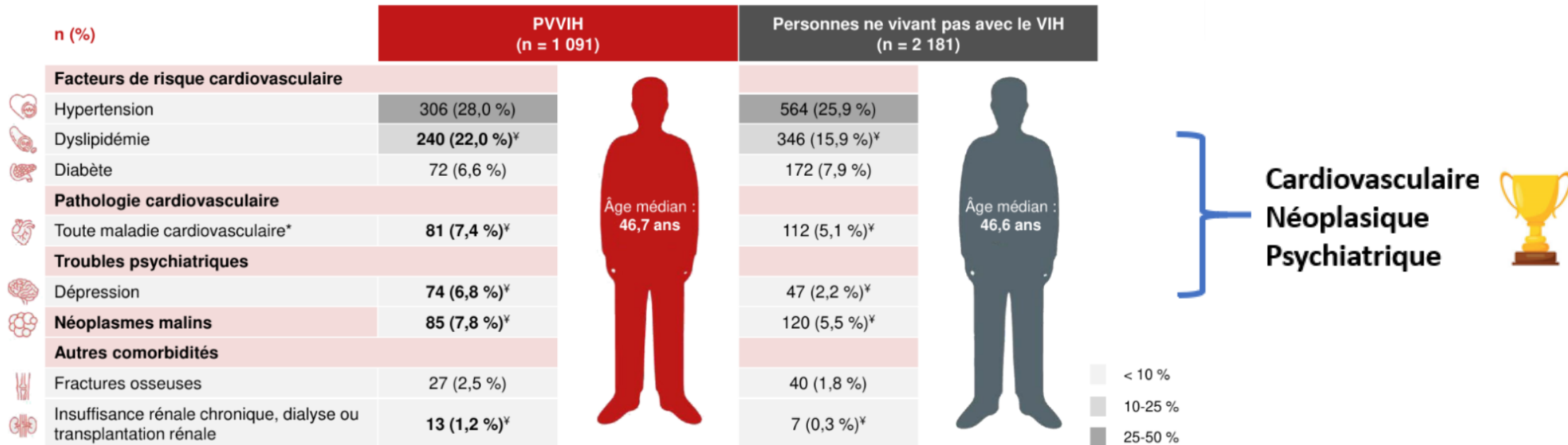
Cohorte DATAIDS >75 ans, 18% ont plus de 4 comorbidités

Cohorte SEPTAVIH > 70 ans, 60% ont plus de 3 comorbidités

Cohorte française
observationnelle multicentrique
ANRS, PVVIH >70 ans

- Plus de comorbidités que la population générale

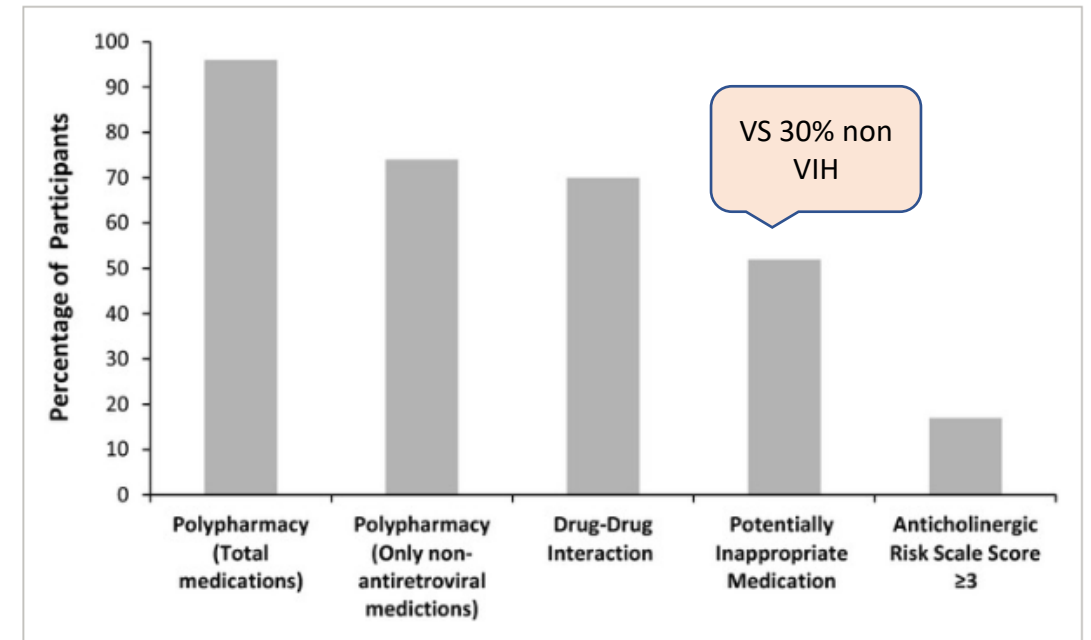
Cohorte ATHENA > 65 ans, 50% ont plus de 3 comorbidités VS 35% en pop générale



[‡] p < 0,05 ; * Cardiopathie ischémique chronique, insuffisance cardiaque, cardiopathie rhumatismale chronique, antécédents d'accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire ou maladie artérielle périphérique.

Profil des PVVIH : polymédication

Etude	Age, année	Polypharmacie (plus de 5 médicaments, non ARV)
Courlet P, et al. (CROI 2019; Abs Poster 466)	>65 ans	46%
Guaraldi G (BMC Geriatr 2018)	>65 ans	37%
Justice A (AIDS 2018)	>65 ans	43%
Nunez-Nunez (Farm Hosp 2018)	> 50 ans	48%
Ssonko M (BMC Geriatr 2018)	> 50 ans	15%
Krentz HB (AIDS Patient Care STDS 2016)	> 50 ans	43%
O'Halloran M (Antivir Ther 2019)	> 50 ans	30%
Ware D (Plos One 2018)	> 50 ans	38,4-46,8%
Lopez-Centeno (HIV Drug Therapy, Glasgow)	> 50 ans	47%



- **Polymédication très fréquente (>5)**
- Particularités vieillissement
 - Modifications PK/PD
 - Répartition masse maigre/grasse, taux albumine
 - Moins bonne tolérance (hypoTA, confusion..)
 - Plus de comorbidités
 - Observance thérapeutique

- PVVIH >60 ans aux USA :
 - **13 en moyenne** dont 4 ARV
 - **50% potentiellement inappropriés**

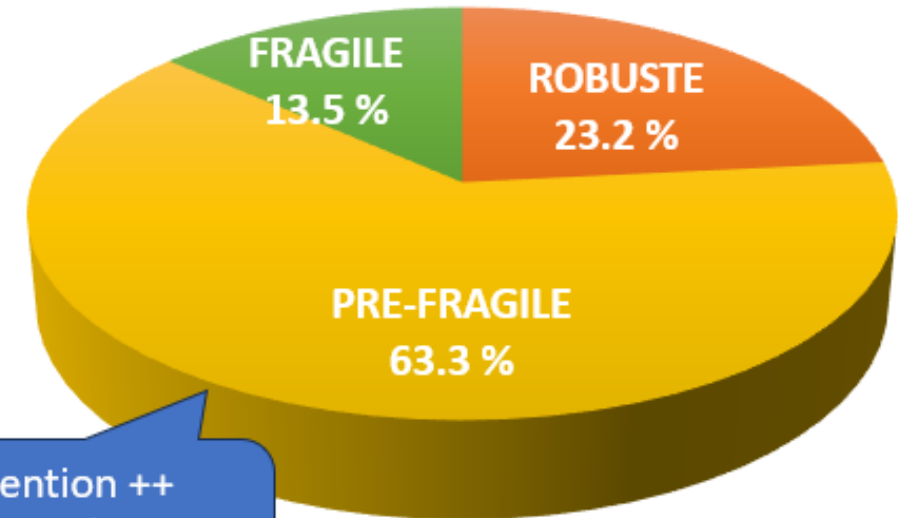
Profil des PVVIH : troubles neuro cognitifs

- Le cerveau : deuxième cible du VIH après le système immunitaire
- PVVIH contrôlées virologiquement : **20–30% de TNC** selon critères de Frascati
- Etiologies :
 - Neuro-SIDA / Neuro inflammation et réplication
 - HIV-associated neurocognitive disorder (HAND)
 - Vasculaire : sur risque de maladie des petits vaisseaux (Non HSH ; Age ; Nadir CD4 < 200, HTA)
 - Neuro dégénératif
- Influence de **facteurs extérieurs** (toxiques, comorbidités, troubles psychiatriques, carences..)
- S'assurer de la bonne **observance** et bon **contrôle IV**
- **VIH souvent diagnostic d'exclusion**

Profil des PVVIH : fragilité

- **Population générale** entre 65 et 74 ans
 - 43% pré-fragiles
 - ~5% fragiles
- **Cohorte SEPTAVIH** (n=510, médian 73 ans, n=67 de plus de 80 ans)
 - Fragilité selon Fried
 - 63% de pré-fragiles
 - **13% de fragiles**
- **Éléments associés à la fragilité PVVIH**
 - **Âge** : OR 1.79, tous les 5 ans
 - **Faible statut socio-économique** : OR 3.17
 - **Comorbidités (≥3)** : OR 2.03
- **Aggravation (préfragile → fragile) chez 18% à 1 an**
 - **Âge**
 - **CD4+ <350 cells/mm³ à l'inclusion**
 - **Diabète type 2**

Fragilité
selon le phenotype de Fried



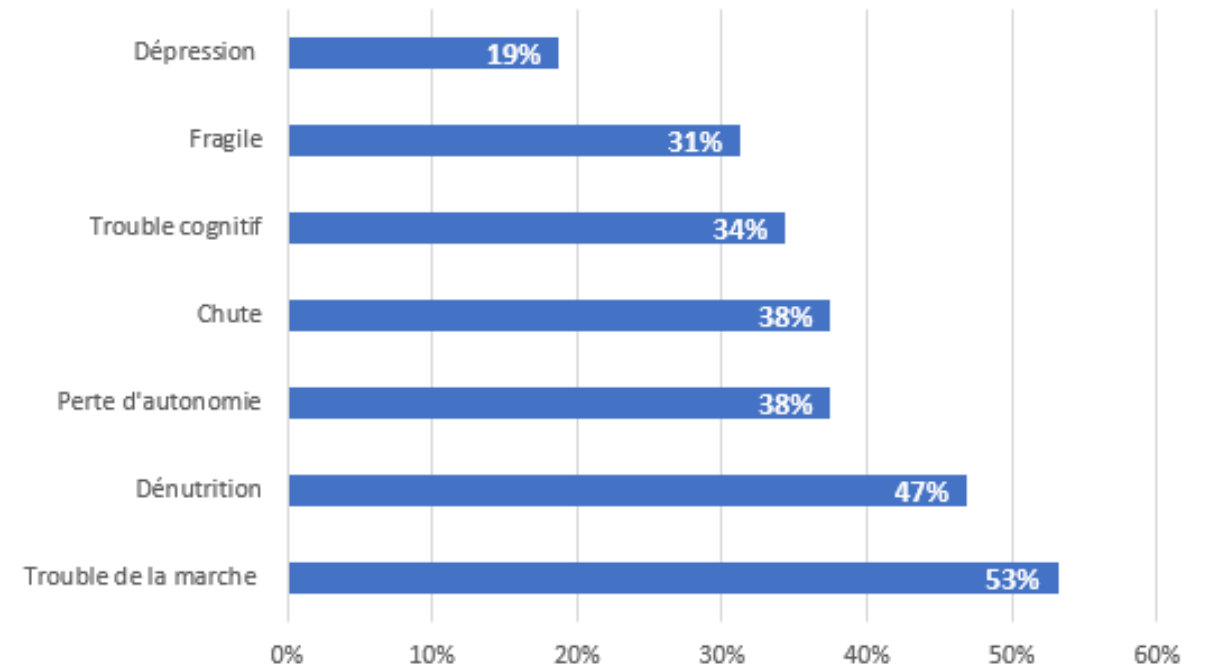
Prévention ++
Comorbidités et sd
gériatriques

Profil des PVVIH : syndromes gériatriques

Dans SEPTAVIH

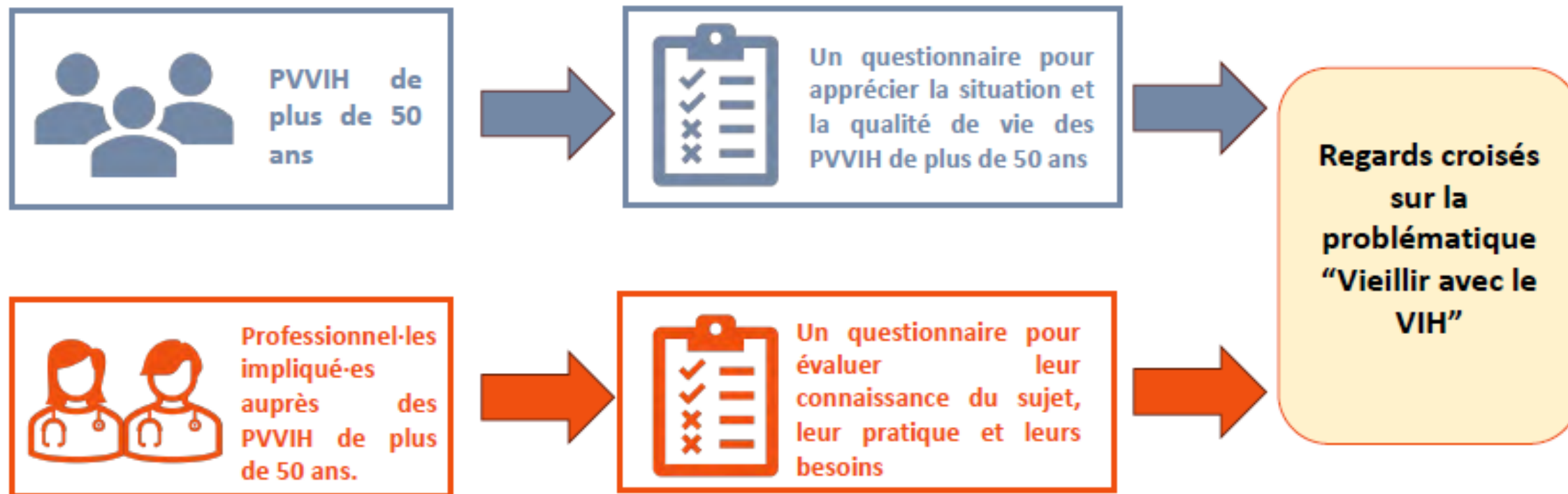
	Total
	%
Déficit cognitif (MoCA)	59.4
Tb dépressifs (CES-D)	26.3
Aide d'un proche en cas de problème	77.7
Bénéficie d'aide pour réalisation vie quotidienne	28.7
Conjoint	42.1
Auxiliaire de vie/Aide à domicile/personnel de ménage	53.8
Utilise un appareil pour se déplacer	10.3 (cannes 78.7%)

En HDJ à Bichat (32 patients)



Enquête « Moi patient »

DESIGN DE L'ÉTUDE



Description de la population

Caractéristiques socio-démographiques des PVVIH (n=425)

	n	%
Taille de l'échantillon	425	100,0 %
Age (moyenne), années	60,7	-
Age (étendue, années)	48-83	-
Identité de genre		
Homme cis	303	71,8 %
Femme cis	97	23 %
Trans / Non-binaire / Autre	19	4,5 %
Nés en France	344	81,7 %
Résidence en Ile-de-France	186	45,9 %
Ayant un emploi actuellement	140	33,2 %
Actuellement à la retraite	159	37,7 %
Actuellement sans emploi	123	29,1 %
Revenus mensuels > 1 500 €	198	46,9 %
Bénéficiaire d'une complémentaire santé (mutuelle)	360	85,5 %
Vit seul	236	56,7 %

- Plus de 70% d'hommes, âge moyen de 60,7 ans
- 74% vivant en milieu urbain ;
- une majorité de cadres et d'employé·es (68%), 46% de propriétaires ;
- 81% sont né·es en France, et parmi les autres, 49% de nationalité française et 83% vivant en France depuis plus de 10 ans ;
- 62% se déclarent homosexuel·les et 30% hétérosexuel·les.

Une bonne représentativité des PVVIH de plus de 50 ans
surreprésentation des 60-69 ans et des PVVIH vivant en région parisienne.

Etat de santé : focus VIH

90,9% d'entre eux ont une charge virale indétectable

- 12,4% oublient parfois leur traitement VIH
- Allègement thérapeutique proposé à 33%, déconseillé à 20%.
- Quand proposé, accepté à 87%, avec une amélioration de la qualité de vie pour 70%
- Traitement injectable long acting proposé à 22%.



Age moyen à l'annonce de la séropositivité : **33,4 ans.**



Ancienneté de l'annonce du diagnostic (moyenne): **27,1 ans.**



Age moyen au premier traitement VIH : **37,2 ans.**



23,4% ont développé un stade sida.

→ Infection par le VIH en elle-même n'est pas le problème

Statut socio-économique

- Des difficultés financières fréquentes

- Ressources < 1500€ par mois pour 53%
- 54% de personnes « précaires » selon score EPICES.
- difficultés financières pour faire face aux besoins pour 40%
- reports de soins pour des raisons d'argent pour 34 %

- Une retraite peu préparée

- Pas de démarches entamées pour 84%
- Retraite inférieure à 1000€ pour 40%

- Peu de connaissance des dispositifs « séniors »

- 61% n'en connaissent pas
- Connaissent : associations (25%) > aides à domicile (20%) > activités (17%) > aides (12%)
- 14,5% ont besoin qu'on fasse les démarches à leur place
- 19% rencontrent parfois un ou une travailleuse sociale



EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examen de santé) est un indicateur individuel de mesure de la précarité reposant sur 11 items. Il permet de résumer à 90% la situation de précarité d'un sujet.

Les domaines couverts sont les suivants :

- Le logement
- Les loisirs et l'accès à la culture (sorties)
- Les relations sociales
- Les difficultés sociales et financières

⇒ Score = 0 : Absence de précarité

⇒ Score = 100 : précarité maximum.

Seuil de précarité sociale : >= 30,17.

Peu de différence selon l'âge : 56,7%
de précaires chez les moins de 60
ans, 49,3% des 60-69 ans et 55,3%
des plus de 70 ans.

→ Place pour les acteurs sociaux : faire un point systématique à la retraite ? Boite à outils associations ?

Vie sociale et affective

- Vie sociale pas ou pas du tout épanouie pour 27%

- 10% des PVVIH de plus de 50 ans déclarent être tristes au quotidien
- Psychologique actuel bon ou plutôt bon pour 80%
- 28% ont un lien avec des proches autres que parents et enfants

→ Isolement social : manque de soutien pour les accompagner en cas d'hospitalisation ou de difficultés financières (hébergement, aide matérielle)

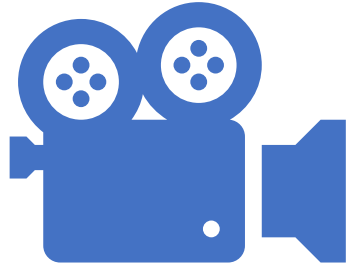
→ Importance de la santé mentale

- Vie sexuelle et affective pas épanouie ou pas du tout épanouie pour 51%

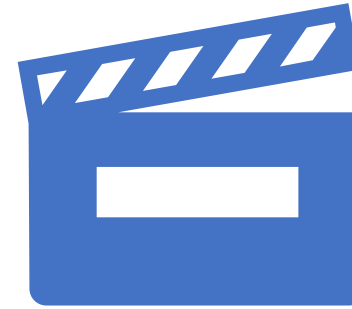
- Pas de partage possible de leur ressenti avec leur entourage pour 49%
- Pas de partage possible avec des professionnel·les (de santé, du travail social) pour 33%.
- Partage du statut restant compliqué avec la famille, amis, collègues.
- Refus de soin à cause de la séropositivité pour 21% (au cours de la vie).
- Antécédents d'exclusion à cause de leur âge pour 47%, et surtout dans la vie affective et sexuelle (36%) et professionnelle (11%).

→ Croisement du poids du secret, de la sérophobie et de la vieillesphobie

Témoignages d'experts



Vidéo d'experte : vie sociale et affective



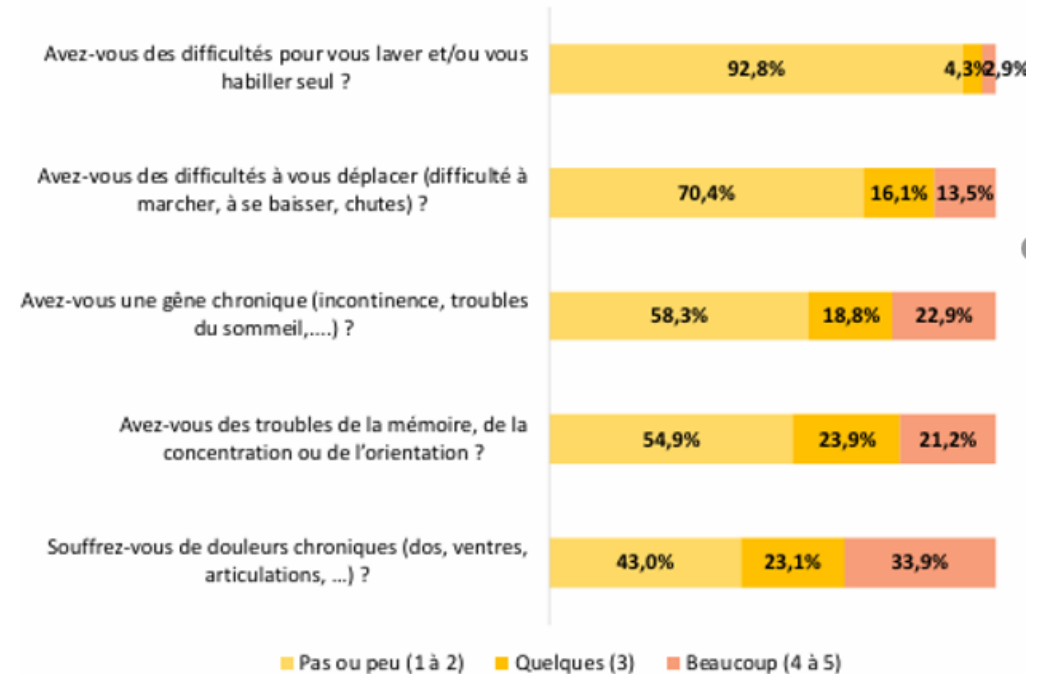
Vidéo d'expert : sexualité

Autonomie et état de santé

Santé physique actuelle bonne ou plutôt bonne pour 68%

- Douleurs chroniques (34%)
- Fatigue chronique (34,6%)
- Gêne chronique (incontinence, sommeil...) (23%)
- Troubles de la mémoire ou de la concentration (21%).
- Alimentation insuffisante pour 13%
- Activité physique : fréquente 15%, aucune 20%
- Perte d'autonomie ADL 2%
- Trouble marche équilibre 13,5%
- Polymédication : 4,5 médicaments par jour en moyenne (toutes maladies confondues) et une prise bien ou plutôt bien vécue par 92%.

Autonomie et état de santé :



- Critères de fragilité de Fried / Syndromes gériatriques
- Importance de l'évaluation gériatrique standardisée

Ref population française (DREES/OSOL/BHD : Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS), 2021) :

- Limitations depuis 6 mois dans les activités du quotidien : 23% des 50-59 ans, 27% des 60-69 ans et 45% des plus de 70 ans
- Limitations fortes : 7% des 50-59 ans, 7% des 60-69 ans et 15% des plus de 70 ans
- Au moins 1 limitation fonctionnelle sévère parmi « se concentrer plus de 10 min, prendre des décisions adaptées dans la vie de tous les jours, comprendre les autres ou se faire comprendre des autres » : 3% des 50-59 ans et des 60-69 ans et 8% des plus de 70 ans

Suivi médical

89,6% ont un médecin généraliste, pour 5,6% c'est l'infectiologue

- 38% ne font pas de BSA et 24% ne savent pas de quoi il s'agit
- Un impact de leur prise en charge VIH sur leur qualité de vie pour 91%.
- Infectiologues coordonnent les soins et aident à la prise de RDV
- Principaux professionnels vus sont : médecin généraliste, infectiologue, dentiste et pharmacien
- Difficultés RDV : gynécologue, kinésithérapeute, assistantes sociales, association (34% à 44%)
- Confiance globale dans la qualité de la prise en charge du VIH (note moyenne de 4,3 sur 5)
- Des difficultés dans le parcours de soin pour les 2/3 -> difficultés multiples et surtout pour trouver un·e professionnel·le disponible, manque de temps/de disponibilité des professionnels, manque de coordination entre soignant·es/professionnel·les chargé·es du suivi...

→ Rôle central de l'infectiologue, difficultés de coordination

30% n'abordent pas ces sujets avec les professionnel·les :

- besoins et démarches administratives, notamment pour aides à domicile
 - vie sociale et affective
 - stigmatisation et discriminations
 - isolement
 - violences sexuelles
- } Peu réponses apportées à ces problématiques par les professionnels

Vision de l'avenir

En cas de diminution de votre autonomie, **solutions de logement** envisagées :

- Adaptation du logement (56%) et habitat partagé (27%).
- 56% ne veulent pas aller en maison de retraite/EHPAD, principalement par peur de ne pas avoir les moyens, d'être victimes de maltraitance, mauvaise prise en charge du VIH, sérophobie, discrimination liée à leur orientation sexuelle ou identité de genre...

Rôle de la **personne de confiance et directives anticipées**

- Mal connus (connus respectivement par 61% et 53%)
- Quand connu, pas forcément désigné ou rédigé.
- Besoin d'accompagnement sur ces 2 thématiques (36%)
- Beaucoup ne se posent pas encore la question (43%).

«**Vivre avec le VIH**»

- Points + : plus un problème grâce aux traitements, maladie qui s'est banalisée
- Points – : maladies qui se sont greffées, douleurs fréquentes, encore victimes de stigmatisation...

Inquiétudes pour l'avenir

- 50% sont anxieux·ses ou plutôt anxieux·ses pour l'avenir
- 36% sont assez inquiet·es ou très inquiet·es sur la poursuite des soins dans le futur.

Point de vue des professionnels

PROFIL, PUBLIC ACCOMPAGNÉ ET CONNAISSANCE

- Des professionnel·les qui travaillent principalement en milieu urbain et en région parisienne.
- Une majorité de professionnel·les hospitaliers (dont infectiologues) et de salarié·es d'associations.
- Une bonne connaissance des PVVIH et des PVVIH de plus de 50 ans :
 - 21% voient au moins une PVVIH de plus de 50 ans chaque semaine et 30% tous les mois.
 - La moitié (49%) accompagnent des PPVIH depuis plus de 10 ans.
 - 39% se renseignent très souvent sur la thématique du vieillissement avec le VIH (taux de 50% chez les médecins).
- Sources d'informations principales : réunions scientifiques, colloques, COREVIH (72%) ; publications scientifiques (53%) et échanges avec d'autres professionnel·les de santé (51%).

Point de vue des professionnels

Soins majoritairement coordonnés par l'infectiologue (77%). **ORIENTATION VERS DES PROFESSIONNELS APRÈS UNE CONSULTATION (MÉDECINS UNIQUEMENT)**

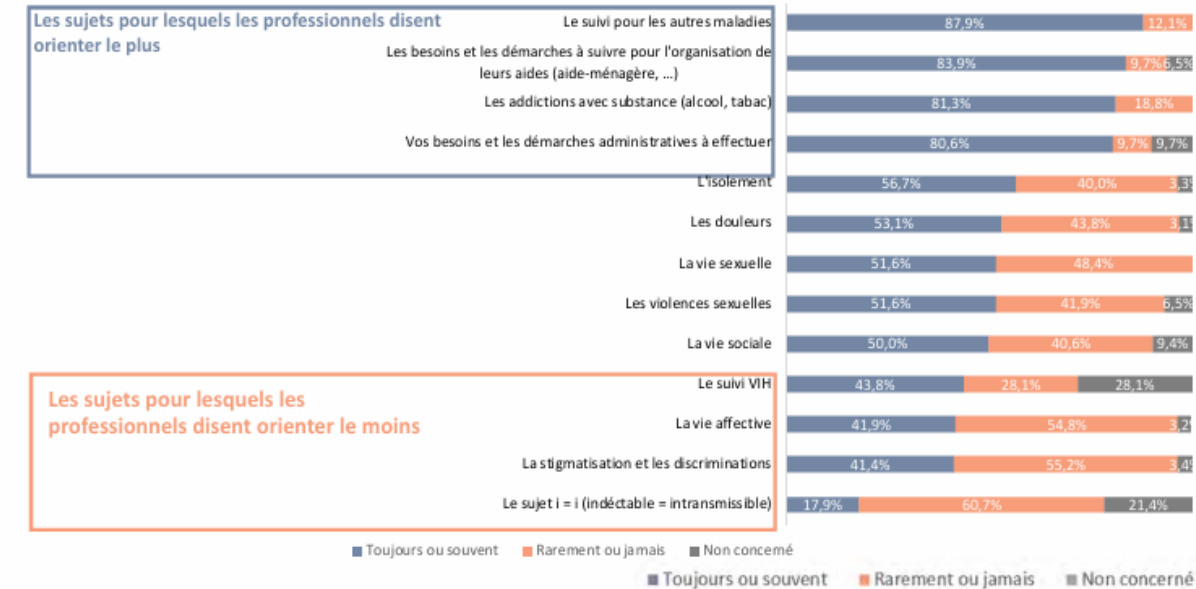
- Orientation vers des spécialistes en milieu hospitalier.
- 35% n'ont pas le carnet d'adresses pour orienter des PVVIH > 50 ans.
- Demandent une plus grande coordination sur la prise en soins

Des sujets peu abordés lors des consultations :

- Violences sexuelles (34%)
- Stigmatisation/discriminations (50% à 55%)
- Organisation des aides (50% à 55%)
- Des directives anticipées et personne de confiance

Difficultés estimées comme majeures pour les PVVIH

- Isolement
- Fragilité psychologique
- Difficultés à voir un professionnel



Des PVVIH jugées « plutôt acteurs·rices » de leur santé.
Une qualité de la prise en charge des PVVIH de plus de 50 ans jugée moins bonne que celle de l'ensemble des PVVIH.

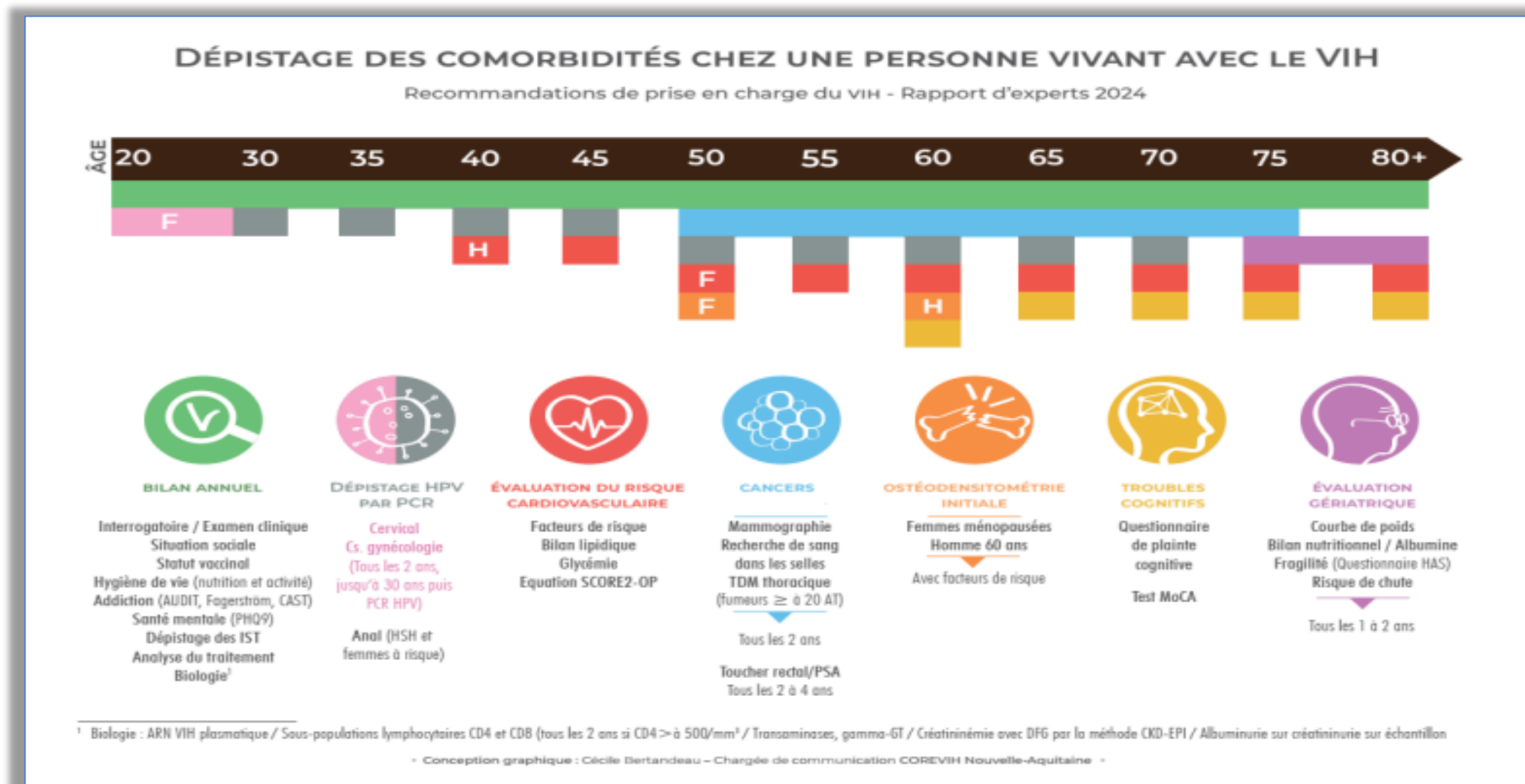
Les objectifs de la prise en soins infectio-gériatrique

1. Informer
2. Dépister
3. Proposer un prise en soins adaptée

Informer

- ✓ Vieillesse est un phénomène naturel
- ✓ Les caractéristiques du PVVIH ressemblent au patient gériatrique
- ✓ Informer des problématiques liées à l'âge et dispositifs socio-administratifs et médicaux disponibles (évaluation/accompagnement)
- ✓ Objectif bien vieillir : dépister/orienter/prendre en charge les fragilités

Dépistage des comorbidités



Dépistage gériatrique

- Repérer la fragilité en 6 questions pour orienter en gériatrie

REPÉRAGE
Votre patient vit-il seul ?
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?

- Repérer les syndromes gériatriques et les prévenir
 - La iatrogénie
 - La perte d'autonomie (ADL/IADL)
 - Troubles neuropsychologiques
 - Les chutes
- Sensibiliser aux problématiques socio-éthiques

Évaluation gériatrique standardisée (1h-1h30)



Cognitif (MoCA ou MMSE, horloge, BREF, 5 mots)

Thymique (GDS ou miniGDS)

Nutritionnel (poids, BMI, MNA, dentition, déglutition, carences, escarres)

Marche et risque de chutes (appui monopodal, time up and go ou BPSS)

Autonomie (ADL et IADL)

Troubles mictionnels et transit

Douleur (EVA, ALGOPLUS, DN4)

Troubles neurosensorielles

Évaluation des différentes pathologies chroniques et aiguës

Évaluation traitements et vaccination (interactions, iatrogénie, adaptation fonction rénale)

Évaluation de la fragilité (score Fried, Sega)

Prise en charge sociale (entourage, aides sociales (ex. APA) au domicile, institution)

Évaluation éthique : personne de confiance et directives anticipées

Dépistage des besoins psycho-affectifs et sociaux

- Précarité (score Epices)
- Isolement social
- Vie affective et sexuelle
- Discriminations et violences psychologiques et physiques
- Difficultés administratives

Des interventions adaptées et personnalisées



Stimulation cognitive,
orthophonie,
traitement spécifique?



Révision de
l'ordonnance



Visite chez
l'ophtalmologue / ORL
appareillage



Régime adapté,
supplémentation
nutritionnelle par
compléments HCHP,
conseils, suivi par
diététicienne



Kinésithérapie
motrice, activité
physique

Soutien social et
psychologique

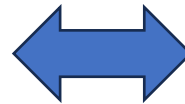


Aides à domicile
adaptées aux besoins,
APA, dossier pour
institution ...

Ma pratique et mon expérience : consultations longues (180 PVVIH dont 50% > 60 ans)

Infectiologue

- Prise en charge spécifique VIH
- Allègement ARV adapté comorbidités/PVVIH
- Dépistage comorbidités CV cancers
- Dépistage addictions
- Abord de la sexualité/prise de risques et problématiques de sexualités
- Abord la prise en charge sociale (hébergement, travail, revenus, entourage/situation familiale)
- Prévention vaccinale



Gériatologue

- Révision ordonnance, prévention iatrogénie
- Recherche plainte cognitive +/- test débrouillage (dépistage rapide fragilité)
- Recherche plainte psychologique ou sociale
- Recherche difficultés dans l'autonomie
- Nutrition et marche et activité physique
- Troubles neurosensoriels

- HDJ cognitif et fragilité

Comment prendre conscience et les aider à prendre conscience de l'apparition de ces troubles ?

Organisation HDJ Bichat

Consultation SMIT

HDJ SMIT

FRAGILITE ?



HDJ SMIT avec
évaluation
gériatrique

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL \geq 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

- Depuis septembre 2024, 32 PVVIH
- Souvent programmés sur critère d'âge
- Demandes spécifiques : troubles cognitifs, troubles de la marche...

Mes impressions

- Se présenter comme « la gériatre »
- Vieillesse / âgisme
- Questions inhabituelles
- Habitués à un suivi régulier
- Entretiens longs
- Besoin de différer
- Dénutrition / Alimentation

Enquête CoReSS

- Questionnaire pour les services référents de prise en charge du VIH
- Dépistage les fragilités et prévenir les comorbidités chez les PvVIH vieillissantes
- Objectif = cartographie de ce qui se fait sur le territoire

Les audacieux

Présentation d'un projet innovant...

Pistes de réflexion

Axes de questionnement

Améliorer la
coordination et le
parcours de soins

Rester partie prenante
de sa santé : garder le
pouvoir d'agir

Accompagner dans
le secret ?

Accompagner à la
préservation de la santé
mentale

Accompagner à la
préservation du lien social

Autres ??