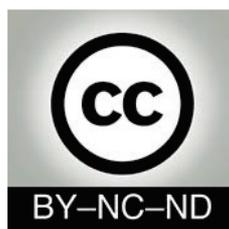




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

Année 2019 N°30

**VIH en EHPAD : Connaissances des médecins
coordonnateurs et cadres de santé sur la
pathologie**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Soutenue publiquement le **26 mars 2019**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en médecine

Par

M. Alexandre OZANNE, né le 23 janvier 1988, à Vire (14)

Sous la direction du Docteur Sylvain GAUJARD

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2018-2019

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD

Doyen : Carole BURILLON

- CHARLES MERIEUX

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directrice : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE

READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier Perrot

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE

DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES

ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES

ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT

Directeur Alain MOUGNIOTTE

ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2018/2019

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

| | | |
|----------------|---------------|--|
| BLAY | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| BORSON-CHAZOT | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| COCHAT | Pierre | Pédiatrie |
| ETIENNE | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| GUERIN | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| GUERIN | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| MORNEX | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| NIGHOGHOSSIAN | Norbert | Neurologie |
| NINET | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| OVIZE | Michel | Physiologie |
| PONCHON | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| REVEL | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| RIVOIRE | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| THIVOLET-BEJUI | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VANDENESCH | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

| | | |
|------------|--------------|---|
| BOILLOT | Olivier | Chirurgie digestive |
| BRETON | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHASSARD | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| CLARIS | Olivier | Pédiatrie |
| COLIN | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| D'AMATO | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| DELAHAYE | François | Cardiologie |
| DENIS | Philippe | Ophtalmologie |
| DOUEK | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DUCERF | Christian | Chirurgie digestive |
| DURIEU | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| FINET | Gérard | Cardiologie |
| GAUCHERAND | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| GUEYFFIER | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| HERZBERG | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| HONNORAT | Jérôme | Neurologie |
| LACHAUX | Alain | Pédiatrie |
| LEHOT | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| LERMUSIAUX | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LINA | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MARTIN | Xavier | Urologie |
| MERTENS | Patrick | Anatomie |
| MIOSSEC | Pierre | Immunologie |
| MOREL | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| MORELON | Emmanuel | Néphrologie |
| MOULIN | Philippe | Nutrition |
| NEGRIER | Claude | Hématologie ; transfusion |
| NEGRIER | Sylvie | 4 Cancérologie ; radiothérapie |

| | | |
|--------|---------------|--|
| OBADIA | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| RODE | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| TERRA | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| ZOULIM | Fabien | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

| | | |
|------------------|-----------------|--|
| ADER | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| ANDRE-FOUET | Xavier | Cardiologie |
| ARGAUD | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| AUBRUN | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| BADET | Lionel | Urologie |
| BERTHEZENE | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| BERTRAND | Yves | Pédiatrie |
| BESSEREAU | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| BRAYE | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie |
| CHARBOTEL | Barbara | Médecine et santé au travail |
| CHEVALIER | Philippe | Cardiologie |
| COLOMBEL | Marc | Urologie |
| COTTIN | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| COTTON | François | Radiologie et imagerie médicale |
| DEVOUASSOUX | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| DI FILLIPO | Sylvie | Cardiologie |
| DUBERNARD | Gil | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| DUMONTET | Charles | Hématologie ; transfusion |
| DUMORTIER | Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| EDERY | Charles Patrick | Génétique |
| FAUVEL | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| FELLAHI | Jean-Luc | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| FERRY | Tristan | Maladie infectieuses ; maladies tropicales |
| FOURNERET | Pierre | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| GUENOT | Marc | Neurochirurgie |
| GUIBAUD | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| JACQUIN-COURTOIS | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| JAVOUHEY | Etienne | Pédiatrie |
| JUILLARD | Laurent | Néphrologie |
| JULLIEN | Denis | Dermato-vénéréologie |
| KODJIKIAN | Laurent | Ophthalmologie |
| KROLAK SALMON | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie |
| LEJEUNE | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| MABRUT | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| MERLE | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MICHEL | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MURE | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| NICOLINO | Marc | Pédiatrie |
| PICOT | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| PONCET | Gilles | Chirurgie générale |
| RAVEROT | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| ROSSETTI | Yves | Physiologie |
| ROUVIERE | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| ROY | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SAOUD | Mohamed | Psychiatrie d'adultes et addictologie |
| SCHAEFFER | Laurent | Biologie cellulaire |

| | | |
|-----------------|------------|---|
| SCHEIBER | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| SCHOTT-PETHELAZ | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| TILIKETE | Caroline | Physiologie |
| TRUY | Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| TURJMAN | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| VANHEMS | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VUKUSIC | Sandra | Neurologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

| | | |
|---------------------------|-----------------|---|
| BACCHETTA Justine | | Pédiatrie |
| BOUSSEL Loïc | | Radiologie et imagerie médicale |
| BUZLUCA DARGAUD Yesim | | Hématologie ; transfusion |
| CALENDER Alain | | Génétique |
| CHAPURLAT Roland | | Rhumatologie |
| CHENE Gautier | | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| COLLARDEAU FRACHON Sophie | | Anatomie et cytologie pathologiques |
| CONFAVREUX Cyrille | | Rhumatologie |
| CROUZET Sébastien | | Urologie |
| CUCHERAT Michel | | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| DAVID | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| DI ROCCO | Federico | Neurochirurgie |
| DUBOURG | Laurence | Physiologie |
| DUCLOS | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| DUCRAY | François | Neurologie |
| FANTON | Laurent | Médecine légale |
| GILLET | Yves | Pédiatrie |
| GIRARD | Nicolas | Pneumologie |
| GLEIZAL | Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GUEBRE-EGZIABHER | Fitsum | Néphrologie |
| HENAINE | Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| HOT | Arnaud | Médecine interne |
| HUISSOUD | Cyril | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| JANIER | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| JARRAUD | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LESURTEL | Mickaël | Chirurgie générale |
| LEVRERO | Massimo | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| LUKASZEWICZ | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| MAUCORT BOULCH | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MEWTON | Nathan | Cardiologie |
| MILLION | Antoine | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| MONNEUSE | Olivier | Chirurgie générale |
| NATAF | Serge | Cytologie et histologie |
| PERETTI | Noël | Nutrition |
| POULET | Emmanuel | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| RAY-COQUARD | Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| RHEIMS | Sylvain | Neurologie |
| RICHARD | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| RIMMELE | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| ROBERT | Maud | Chirurgie digestive |
| ROMAN | Sabine | Physiologie |
| SOUQUET | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| THAUNAT | Olivier | Néphrologie |
| THIBAUT | Hélène | Physiologie |
| WATTEL | Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

| | |
|-------------|---------|
| FLORI | Marie |
| LETRILLIART | Laurent |
| ZERBIB | Yves |

Professeurs associés de Médecine Générale

| | |
|---------|---------|
| BERARD | Annick |
| FARGE | Thierry |
| LAMBLIN | Gery |
| LAINÉ | Xavier |

Professeurs émérites

| | | |
|------------|---------------|--|
| BAULIEUX | Jacques | Cardiologie |
| BEZIAT | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHAYVIALLE | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| CORDIER | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| DALIGAND | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| DROZ | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| FLORET | Daniel | Pédiatrie |
| GHARIB | Claude | Physiologie |
| GOULLAT | Christian | Chirurgie digestive |
| MAUGUIERE | François | Neurologie |
| MELLIER | Georges | Gynécologie |
| MICHALLET | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| MOREAU | Alain | Médecine générale |
| NEIDHARDT | Jean-Pierre | Anatomie |
| PUGEAUT | Michel | Endocrinologie |
| RUDIGOZ | René-Charles | Gynécologie |
| SINDOU | Marc | Neurochirurgie |
| TOURAINÉ | Jean-Louis | Néphrologie |
| TREPO | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| TROUILLAS | Jacqueline | Cytologie et histologie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

| | | |
|-----------------|----------------|--|
| BENCHAIB | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| BRINGUIER | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| CHALABREYSSE | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GERMAIN | Michèle | Physiologie |
| KOLOPP-SARDA | Marie Nathalie | Immunologie |
| LE BARS | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| NORMAND | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| PERSAT | Florence | Parasitologie et mycologie |
| PIATON | Eric | Cytologie et histologie |
| SAPPEY-MARINIER | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| STREICHENBERGER | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TARDY GUIDOLLET | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe

| | | |
|-------------------|-----------|---|
| BONTEMPS | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| CHARRIERE | Sybil | Nutrition |
| COZON | Grégoire | Immunologie |
| ESCURET | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| HERVIEU | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LESCA | Gaëtan | Génétique |
| MENOTTI | Jean | Parasitologie et mycologie |
| MEYRONET | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PHAN | Alice | Dermato-vénéréologie |
| PINA-JOMIR | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| PLOTTON | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| RABILLOUD | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SCHLUTH-BOLARD | Caroline | Génétique |
| TRISTAN | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| VASILJEVIC | Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VENET | Fabienne | Immunologie |
| VLAEMINCK-GUILLEM | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

| | | |
|-----------------|----------------|--|
| BOUCHIAT SARABI | Coralie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| BUTIN | Marine | Pédiatrie |
| CASALEGNO | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| COUR | Martin | Réanimation ; médecine d'urgence |
| COUTANT | Frédéric | Immunologie |
| CURIE | Aurore | Pédiatrie |
| DURUISSEAUX | Michaël | Pneumologie |
| HAESEBAERT | Julie | Médecin de santé publique |
| JOSSET | Laurence | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LEMOINE | Sandrine | Physiologie |
| MARIGNIER | Romain | Neurologie |
| NGUYEN CHU | Huu Kim An | Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie |
| ROLLAND | Benjamin | Clinique Pharmacovigilance |
| SIMONET | Thomas | Psychiatrie d'adultes |
| | | Biologie cellulaire |

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

| | |
|----------------|------------|
| PIGACHE | Christophe |
| DE FREMINVILLE | Humbert |
| ZORZI | Frédéric |

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Tristan Ferry, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet et de la disponibilité dont vous avez fait preuve lors de la signature des conclusions. Veuillez agréer l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart, Merci d'avoir accepté cette participation à ce jury de thèse malgré vos nombreuses sollicitations professionnelles et universitaires. Je vous prie de croire en ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Pierre Krolak-Salmon

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt porté à mon travail. J'espère être à la hauteur de vos attentes. Veuillez recevoir l'expression de ma grande reconnaissance.

Madame le Docteur Anne-Claire Thury

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie pour la disponibilité, les conseils et l'écoute dont vous avez fait preuve lors de la préparation de cette thèse. Je vous fais part de toute ma gratitude et de tout mon respect.

A mon directeur de thèse,

Le **Docteur Sylvain Gaujard**, un immense merci de m'avoir accompagné dans cette aventure malgré les quelques embûches rencontrées lors de son élaboration. Merci d'avoir apporté rigueur et précision dans l'avancée de mon travail, pour toute la disponibilité dont tu as fait preuve, ainsi que pour tes relectures et tes conseils avisés durant la rédaction.

A tous les médecins croisés au fil de mon parcours qui m'ont transmis leur savoir et leur passion. Une pensée particulière au **Dr Géraldine Martin-Gaujard** pour m'avoir fait découvrir et apprécier la gériatrie et pour m'avoir permis de rencontrer Sylvain. Une autre pensée médicale et amicale aux **Docteurs Alexis Perret, Annabelle Capeillère et Bénédicte Aunave** pour m'avoir confirmé à la fin de mon internat que la médecine générale était sans le moindre doute le métier que je voulais exercer.

A ma famille

A mes parents, pour ce que vous m'avez transmis et pour m'avoir permis de faire ces études. Merci de m'avoir encouragé et soutenu dans les moments difficiles. A **Maman**, merci d'avoir organisé tant de choses pour simplement pouvoir être présente aujourd'hui, je suis très touché. A **Papa**, je n'aurais pas envisagé l'idée de devenir médecin sans toi, c'est triste que tu ne puisses pas être là pour qu'on partage ce moment ensemble.

A **Marin**, mon super frangin, merci pour ces moments partagés avec toi, ta confiance et ta bienveillance.

A mes **grands-parents**, qui auraient été drôlement fiers de m'accompagner tout au long de mon parcours.

A mes amis

Aux amis CHALeureux « Trans-Rhodaniens » : **ToSo (et Cam')**, **Margaux et Rico (et Tinjus)**, **Margue, Léa**. Aux amis CHALeureux « Cis-Rhodaniens » : **Raph et Charlotte (et Léonard)**, **Dim et Mad (et leurs Z'enfants)**, **Tim et Ju**. A tous ces bons moments passés en votre compagnie et à ces partages d'expériences agro-écologiques qui nous seront bien utiles lorsque nous aurons un jardin, un jour !

A **Francesco**, à notre amitié qui s'est formé au tout début de notre internat et qui s'est ensuite approfondie à La Chapellerie, ainsi qu'à **Jennifer**, indispensable à ce mélange effervescent d'Italie et de Québec.

Aux coloc' de Tournon, **Delphine** et son fidèle micro-ondes, **Stéphanie** et son immuable pyjama, **Fanélie** et sa passion pour le bois flotté.

Aux amis de l'université de Caen, **Olivier** et **Léa**.

Aux **co-internes** rencontrés au gré des semestres et qui ont contribué à ce que cet internat soit une belle période.

Enfin, à **Béregère**, toute fraîchement Docteur et bientôt mon épouse (wouhouu !!!), merci pour tout le merveilleux temps passé à tes côtés, pour ton soutien, ton écoute et ton amour. A tous ces chouettes projets et ces grandes aventures qui nous attendent !

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| LEXIQUE | 13 |
| I. INTRODUCTION : | 14 |
| A. CONTEXTE | 15 |
| B. JUSTIFICATION : | 16 |
| II. POPULATION ET METHODE | 17 |
| A. TYPE D'ETUDE | 17 |
| B. OBJECTIFS | 17 |
| C. ECHANTILLON DE L'ETUDE | 17 |
| D. RECUEIL DES DONNEES | 18 |
| E. QUESTIONNAIRE | 18 |
| F. TYPE DE DONNEES RECUEILLIES | 19 |
| G. ANALYSE DES DONNEES | 20 |
| H. ETHIQUE | 21 |
| I. BIBLIOGRAPHIE | 21 |
| III. RESULTATS | 22 |
| A. TAUX DE REPONSE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON | 22 |
| B. RESULTATS DE LA PREMIERE PARTIE DU QUESTIONNAIRE | 23 |
| 1. <i>Médecins</i> | 23 |
| 2. <i>Cadres de santé</i> | 23 |
| C. RESULTATS DU QUIZZ | 23 |
| 1. <i>Analyse descriptive des réponses</i> | 23 |
| a) Résultats des médecins..... | 27 |
| b) Résultats des cadres de santé | 27 |
| 2. <i>Analyse univariée des scores obtenus au quizz</i> | 27 |
| a) Résultats des médecins..... | 28 |
| b) Résultats des cadres de santé | 28 |
| D. RESULTATS DE LA 3 ^E PARTIE | 28 |
| 1. <i>Antécédent d'accueil</i> | 28 |
| 2. <i>Demande d'hébergement</i> | 28 |
| 3. <i>Acceptation d'hébergement</i> | 28 |
| 4. <i>Adossement à une structure hospitalière</i> | 28 |
| 5. <i>Disposition d'une Pharmacie à Usage Intérieur</i> | 29 |
| E. RESULTATS A PROPOS DES COMMENTAIRES LIBRES | 29 |
| F. RESULTATS COMPLEMENTAIRES | 29 |
| IV. DISCUSSION | 30 |
| A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE | 30 |
| B. RESULTATS | 31 |
| 1. <i>Accueil</i> | 31 |
| 2. <i>Information et sensibilisation</i> | 33 |
| 3. <i>Transmission et craintes</i> | 33 |
| 4. <i>Traitements</i> | 35 |
| 5. <i>Isolement social</i> | 36 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| C. | PROPOSITIONS :..... | 37 |
| 1. | <i>Renforcer le lien médecin généraliste, infectiologue et EHPAD</i> | 37 |
| 2. | <i>Formations</i> | 38 |
| 3. | <i>Permettre l'expression des soignants</i> | 38 |
| 4. | <i>Lutte contre les discriminations</i> | 38 |
| 5. | <i>Revoir le financement des antirétroviraux dans les EHPAD</i> | 38 |
| V. | MISE EN PRATIQUE | 39 |
| VI. | CONCLUSIONS | 40 |
| VII. | BIBLIOGRAPHIE | 42 |
| VIII. | ANNEXES | 44 |
| A. | QUESTIONNAIRE | 44 |
| B. | REPONSES COMMENTEES DU QUIZZ | 47 |
| C. | REPONSES APORTEES A LA PARTIE « COMMENTAIRES LIBRES » | 49 |
| D. | SCORE DE CHAQUE PARTICIPANT SELON LES CARACTERISTIQUES DES EHPAD | 50 |
| E. | BROCHURE D'INFORMATION | 51 |

Lexique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PVVIH : personne vivant avec le VIH

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

COREVIH : COordination REgionale de lutte contre le VIH

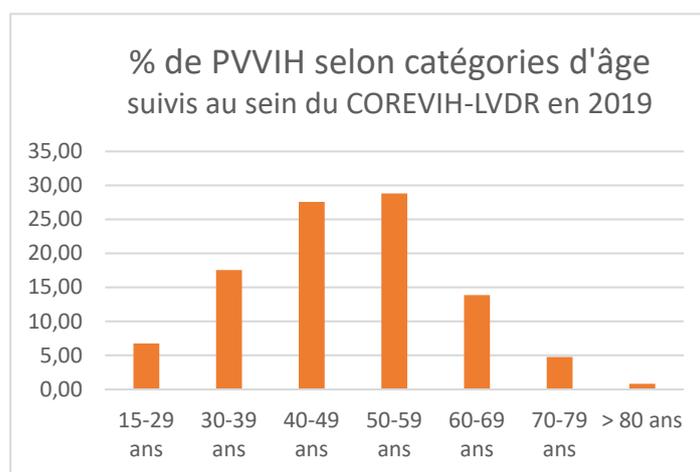
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

LGBT : Lesbiens, Gays, Bisexuels et Transsexuels

I. INTRODUCTION :

L'arrivée des trithérapies en 1996 a radicalement transformé le pronostic de l'infection à VIH. On estime désormais que l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH se rapproche de celle observée au sein de la population générale. A l'horizon 2030, plus de 70% de population de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pourrait être âgée de plus de 50 ans(1). La population de personnes vivant avec le VIH vieillit donc et de nouveaux enjeux se profilent. Les patients présentent ou vont présenter des incapacités fonctionnelles en lien avec l'infection par le VIH ou leurs comorbidités et la question de la prise en charge de la dépendance se pose désormais.

En 2019, la file active de patients suivis par la Coordination Régionale de lutte contre le VIH (Corevih) de Lyon comprend 5099 patients avec un profil épidémiologique superposable à celui observé au niveau national. 19,4% des patients ont plus de 60 ans et 5,5% ont plus de 70 ans.



La Direction Générale de la Santé (DGS) a publié en 2013 un rapport sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA(2). Parmi les différentes pistes de réflexion, l'accueil des PVVIH dans les lieux de vie spécialisés dans la prise en charge de la dépendance devait être favorisé et une formation adaptée des personnels soignants devait être promue de façon à permettre leur accueil au sein de ces établissements.

Plusieurs enquêtes menées localement par les Corevih se sont intéressées aux freins à l'accueil en EHPAD des PVVIH(3) (4) (5). On retrouvait entre autres la méconnaissance de la pathologie, le manque de formation, la gestion délicate des comorbidités associées, le coût des traitements mais également la crainte d'une transmission envers le personnel ou entre résidents.

A. Contexte

- VIH chez la personne âgée

L'infection par le VIH chez la personne âgée est une thématique en plein développement et la pathologie comporte des spécificités particulières dans cette population. Le profil de comorbidités est en général plus élevé chez les personnes âgées de plus de 60 ans vivants avec le VIH que celui observé chez les patients du même âge non infectés(6). La prévalence des troubles neuro-cognitifs, des pathologies cardio-vasculaires, du diabète, de l'ostéoporose, de l'insuffisance rénale et des cancers est plus importante. Certaines de ces comorbidités sont directement liées à l'effet du VIH (cancers, insuffisance rénale) tandis que d'autres sont liées à l'effet des thérapies anti-rétrovirales (ostéoporose, dyslipidémies). La réponse thérapeutique est en outre moins bonne chez les sujets âgés avec un taux de CD4 sous traitement plus faible que chez les patients non infectés. Les anti-rétroviraux et leurs interactions se heurtent aux autres traitements et à la polymédication fréquente dans cette catégorie d'âge, rendant ainsi la gestion pharmacologique plus délicate(7).

Enfin, le syndrome de fragilité gériatrique survient plus fréquemment et plus précocement (8) (6) (9); et les personnes âgées vivant avec le VIH présentent plus souvent des limitations dans les activités de la vie quotidienne plus marquée(10) (11).

Le VIH accélère donc le vieillissement et complique singulièrement sa prise en charge.

- EHPAD

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont comme leur nom l'indique des lieux d'hébergement amenés à prendre en charge des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et ne pouvant plus rester seules chez elles. Elles proposent des soins médicaux et paramédicaux assurés par un personnel soignant qualifié et sous la direction d'un médecin coordonnateur. Chaque demande d'hébergement est instruite grâce à un dossier comprenant un volet administratif et un volet médical. Une commission composée le plus souvent du médecin coordonnateur, du cadre de santé infirmier et du directeur de l'établissement l'examine afin de déterminer si la personne requérante est admissible ou non. Le médecin coordonnateur et le cadre de santé vérifient si les soins requis par la personne sont en adéquation avec l'offre de soins que peut proposer l'établissement. Ainsi, l'autonomie de chaque établissement prévaut pour la gestion des demandes d'accueil et une demande d'hébergement peut être refusée pour différentes raisons, médicales, administratives ou financières.

728000 personnes étaient hébergées en Etablissements pour Personnes Agées (Dépendantes et non Dépendantes) en 2016, représentant ainsi 10% de la population âgée de plus de 75 ans et 1/3 des celle âgée de plus de 90 ans (12). L'âge moyen d'entrée est de 85 ans.

B. Justification :

La méconnaissance de la pathologie est un des freins le plus souvent avancé pour expliquer les difficultés d'accueil des PVVIH en EHPAD (2) (3) (5). Dans l'enquête menée par le Corevih Lyon-Vallée du Rhône en 2013, 5 établissements avaient déjà eu l'occasion d'héberger des PVVIH et un seul en hébergeait encore deux. 11 établissements (13%) avaient reçu des demandes d'hébergements. 15 établissements (17%) estimaient une infection par le VIH comme un frein à l'admission. Enfin, 47 établissements (55%) ne considéraient pas être prêts à accueillir une PVVIH et 54 (63%) étaient demandeurs d'une formation adaptée.

Nous avons donc réalisé une étude épidémiologique descriptive poursuivant les travaux menés par la Corevih Lyon-Vallée du Rhône. L'objectif était d'étudier les connaissances sur l'infection à VIH des médecins coordonnateurs et cadres de santé exerçant en EHPAD, et d'évaluer l'accueil effectif des PVVIH en EHPAD sur le territoire.

II. POPULATION ET METHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive portant sur les connaissances des médecins coordonnateurs et cadres de santé exerçant en EHPAD à propos de l'infection par le VIH. Elle vise également à étudier l'accueil des personnes vivant avec le VIH au sein des établissements.

B. Objectifs

L'objectif principal de ce travail était de proposer un état des lieux des connaissances actuelles des soignants travaillant en EHPAD sur l'infection par le VIH.

Deux objectifs secondaires étaient associés :

- Prolonger l'enquête menée en 2013 par le Corevih Lyon-Vallée du Rhône et actualiser les informations épidémiologiques sur l'accueil des personnes vivant avec le VIH dans les EHPAD et USLD
- Etudier les facteurs susceptibles d'influencer les connaissances des soignants sur l'infection par le VIH.

C. Echantillon de l'étude

- **Population cible**

La population cible de cette étude comprenait les médecins coordonnateurs et cadre de santé des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Unité de Soins de Longue Durée des 4 départements de la Vallée du Rhône situés dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (Ain, Rhône, Drôme, Ardèche). Cette population cible a été choisie car elle fait partie des commissions chargées d'examiner les demandes d'hébergement au sein des établissements.

- **Recrutement**

Le recensement des établissements a été établi entre le 1^{er} juillet 2018 et le 30 septembre 2018 à partir des annuaires disponibles auprès des relais départementaux de l'Agence Régionale de Santé pour les départements du Rhône, de la Drôme et de l'Ain. Les adresses des établissements ardéchois ont été obtenus après recherches internet sur le portail « pour-les-personnes-agees.gouv.fr ». Un

établissement du Rhône dont l'adresse du médecin coordonnateur ou du cadre de santé ne figurait pas dans la liste de l'ARS a été joint directement après recueil de l'adresse courriel par téléphone.

342 établissements ont été recensés.

Le seul critère d'exclusion était une participation incomplète au questionnaire.

D. Recueil des données

Chaque établissement recensé a été contacté par courriel comprenant un message explicatif sur la raison et l'objectif de ce travail ainsi qu'un lien orientant vers la plate-forme internet Drag'n Survey afin de répondre au questionnaire en ligne. Le questionnaire a été ouvert le 12/11/2018 et clôturé le 4/01/2019. 2 relances intermédiaires par courriel ont été effectuées dans cet intervalle.

La passation du questionnaire s'est faite en ligne, chaque établissement répondeur s'est vu attribuer un numéro d'identification afin de pouvoir traiter individuellement et de façon anonyme ses résultats. Les liens contenus dans le courriel n'était utilisable qu'une seule fois afin de garantir une participation unique de chaque établissement.

E. Questionnaire

Afin de répondre à l'objectif principal ainsi qu'aux deux objectifs secondaires, un questionnaire en ligne composé de 3 parties a été employé :

- 1ere partie : estimation « pré-test » du niveau d'information et de la sensibilisation au sujet des patients vieillissant avec le VIH.
- 2^e partie : quizz abordant différents thèmes à propos de l'infection par le VIH afin de tester les connaissances globales dans la population cible.

Le quizz comprenait 18 questions réparties de la façon suivante : 11 questions fermées de type « oui ou non », 7 questions à choix multiples avec 1 à 3 réponses justes. 45 propositions étaient présentées, 22 d'entre elles étaient justes, 23 étaient inexactes. Chaque proposition juste rapportait un point, il n'était pas prévu de point négatif en cas de réponse erronée. Le but de ce questionnaire était d'évaluer le niveau d'information sur l'infection à VIH et non de sanctionner des lacunes potentielles.

Ce quizz a été élaboré à partir de 3 sources bibliographiques, le rapport de la Direction Générale de la Santé datant de 2013 intitulé « Etude sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA vieillissantes », les recommandations du groupe d'expert sur la prise en charge du VIH de 2018 et les résultats du sondage Ifop-Bilendi pour Sidaction 2017 à propos de l'information et la prévention du sida entre les jeunes de 15 à 24 ans et l'ensemble des Français.

- 3^e partie : 9 questions fermées concernant les caractéristiques de l'établissement répondeur, de la fonction du sujet participant à l'étude ainsi que sur la réponse donnée face à une demande éventuelle d'hébergement d'un patient porteur du VIH. Un espace dédié aux commentaires libres était mis à disposition en fin de questionnaire.

Après avoir répondu à l'intégralité du questionnaire, les réponses justes à la partie quizz étaient proposées aux participants.

F. Type de données recueillies

Les données épidémiologiques recueillies dans le questionnaire étaient les suivantes :

1^{ère} partie

- Niveau d'information sur le VIH
- Antécédent de formation sur le VIH
- Antécédent de sensibilisation sur le vieillissement des personnes vivant avec le VIH

3^e partie

- Accueil ou antécédent d'accueil d'une personne vivant avec le VIH (PVVIH)
- Antécédent de traitement d'une demande d'hébergement d'une PVVIH
- Réponse favorable ou défavorable à une demande d'hébergement d'une PVVIH
- Statut de l'établissement
- Nombre de résidents hébergés
- Adossement à une structure hospitalière
- Présence d'une Pharmacie à Usage Intérieur

- Département de l'établissement d'origine
- Fonction au sein de l'établissement du sujet répondant au questionnaire (médecin ou cadre de soins)

G. Analyse des données

Les réponses de la 1^{ère} partie ont été analysées de façon descriptive.

Les réponses à chaque question ainsi que le score obtenu lors de la 2^e partie (quizz) du questionnaire en ligne ont été extraites et consignées dans un tableur Excel.

La partie quizz a été analysée selon deux abords différents :

- Dans un premier temps de façon descriptive en évaluant les réponses obtenues à chaque question par les participants
- Dans un second temps, en analyse univariée en comparant le score total obtenu par chaque participant en fonction des variables recueillies dans la 3^e partie.

Le but était de déterminer si les variables suivantes pouvaient influencer sur le score moyen obtenu en répondant au questionnaire :

- Accueil ou antécédent d'accueil d'une personne vivant avec le VIH (PVVIH)
- Antécédent de traitement d'une demande d'hébergement d'une PVVIH
- Réponse favorable ou défavorable à une demande d'hébergement d'une PVVIH
- Statut de l'établissement
- Nombre de résidents hébergés
- Adossement à une structure hospitalière
- Présence d'une Pharmacie à Usage Intérieur
- Département de l'établissement d'origine
- Fonction au sein de l'établissement du sujet répondant au questionnaire (médecin ou cadre de soins)

Il a été procédé à une vérification de la distribution des scores obtenus au questionnaire selon une loi Normale (test de Kolmogorov-Smirnov) afin de pouvoir comparer et analyser grâce au test t de Student les scores moyens de chaque catégorie de participants et selon les différentes variables étudiées.

Une analyse complémentaire bivariée des facteurs influençant l'accueil ou l'acceptation d'une demande d'accueil au sein des établissements était prévue si un taux de réponse supérieur à 25% était atteint.

H. Ethique

Le cadre de recherche n'impliquant pas de recherche sur la personne humaine et reposant uniquement sur des questionnaires diffusés auprès des professionnels de santé, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'a pas été nécessaire selon la loi Jardié.

I. Bibliographie

Les recherches bibliographiques se sont échelonnées sur plusieurs périodes d'août 2016 à janvier 2019, avec des réactualisations régulières au fur et à mesure de l'avancée du travail. Les outils de recherche bibliographiques utilisés ont été PubMed, Lissa, le catalogue du Système Universitaire de Documentation.

Les mots-clés utilisés étaient « VIH EHPAD », « VIH discriminations », « VIH personnes âgées » et « VIH vieillissement » pour les recherches francophones et « HIV elderly », « HIV aging », « HIV nursing home » pour les recherches anglophones.

Des ressources bibliographiques supplémentaires ont également été consultées sur les sites « aides.org », « sidaction.org » et sur le site du Conseil National de Surveillance des hépatites virales et du SIDA « cns.sante.fr ».

La bibliographie s'est également appuyée sur l'enquête menée par la Corevih Lyon-Vallée du Rhône en 2013 « VIH en EHPAD » et sur le rapport de la Direction Générale de la Santé intitulé « Etude sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA vieillissantes » publié en 2013.

III. RESULTATS

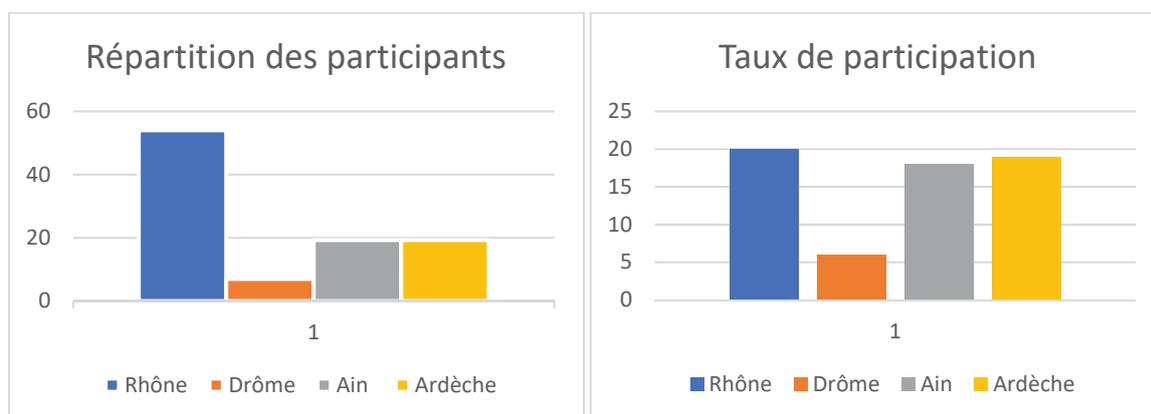
A. Taux de réponse et caractéristiques de l'échantillon

342 établissements ont été recensés lors de cette étude, 31 présentaient une adresse électronique erronée. Après de nouvelles recherches, 16 adresses électroniques ont pu être corrigées permettant ainsi de contacter effectivement 327 établissements.

69 ont répondu au questionnaire en ligne, dont 12 n'ont pas complété l'intégralité du questionnaire. L'analyse des résultats s'est effectuée à partir des 57 établissements ayant répondu à chaque question.

Le taux de participation était de 17.4% sur l'ensemble des 4 départements ciblés par l'étude, allant de 20 % dans le Rhône, à 6% dans la Drôme.

Tous les établissements participant à l'enquête étaient des EHPAD, situés pour 31 d'entre eux dans le Rhône (54%), 11 dans l'Ain (19%), 11 en Ardèche (19%) et 4 dans la Drôme (7%).



Parmi les 57 personnes ayant répondu au questionnaire, 28 (49%) étaient des médecins et 29 (51%) des cadres de santé.

Les résultats des médecins et cadres de santé sont présentés séparément pour plus de clarté et de pertinence.

B. Résultats de la première partie du questionnaire

17 participants (30%) s'estimaient bien informés à propos du VIH, 26 (46%) moyennement informés et 14 (25%) insuffisamment informés.

17 (30%) avaient déjà bénéficié de formation sur la pathologie au cours de leur cursus professionnel.

7 (12%) avaient déjà été sensibilisés au sujet des personnes vieillissantes avec le VIH.

1. Médecins

4 médecins (14%) estimaient être bien informés à propos du VIH, 16 (57%) moyennement informés et 8 (29%) insuffisamment informés. 7 (25%) avaient déjà bénéficié de formations sur le VIH et 21 (75%) n'en avaient jamais bénéficié. 3 (11%) avaient déjà été sensibilisés au problème du vieillissement des sujets vivant avec le VIH et 25 (89%) n'y avait jamais été sensibilisés.

2. Cadres de santé

13 des cadres de santé (45%) estimaient être bien informés à propos du VIH, 10 (34%) moyennement informés et 6 (21%) insuffisamment informés. 10 (34%) avaient déjà bénéficié de formations sur le VIH et 19 (66%) n'en avaient jamais bénéficié. 4 (14%) avaient déjà été sensibilisés au problème du vieillissement des sujets vivant avec le VIH et 25 (86%) n'y avaient jamais été sensibilisés.

C. Résultats du quizz

1. Analyse descriptive des réponses

Le tableau ci-dessous présente les réponses apportées par l'ensemble des participants.

Les réponses justes sont typographiées en gras.

| | | Total | | Cadres | | Médecins | |
|---|--|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
| 1 | <i>La séropositivité pour le VIH et le SIDA sont 2 termes synonymes.</i> | Nombre de réponses | % | Nombre de réponses | % | Nombre de réponses | % |
| | Oui | 12 | 21,1 | 8 | 27,6 | 4 | 14,3 |
| | Non | 45 | 78,9 | 21 | 72,4 | 24 | 85,7 |
| 2 | <i>Aujourd'hui, on estime que les patients vivant avec le VIH et suivant correctement leur traitement ont une espérance de vie qui se rapproche de la population générale.</i> | | | | | | |
| | Oui | 52 | 91,2 | 25 | 86,2 | 27 | 96,4 |
| | Non | 5 | 8,8 | 4 | 13,8 | 1 | 3,6 |

| | | Total | | Cadres | | Médecins | |
|---|---|-------|------|--------|------|----------|------|
| 3 | <i>En France, parmi la population de patients vivant avec le VIH, quelle est la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans :</i> | | | | | | |
| | 1% | 14 | 24,6 | 5 | 17,2 | 9 | 32,1 |
| | 7% | 36 | 63,2 | 20 | 69,0 | 16 | 57,1 |
| | 15% | 7 | 12,3 | 4 | 13,8 | 3 | 10,7 |
| 4 | <i>En France, on estime qu'environ 25 000 personnes ignorent leur séropositivité.</i> | | | | | | |
| | Oui | 52 | 91,2 | 28 | 96,6 | 24 | 85,7 |
| | Non | 5 | 8,8 | 1 | 3,4 | 4 | 14,3 |
| 5 | <i>Les contaminations après 50 ans sont rares.</i> | | | | | | |
| | Oui | 10 | 17,5 | 6 | 20,7 | 4 | 14,3 |
| | Non | 47 | 82,5 | 23 | 79,3 | 24 | 85,7 |
| 6 | <i>Les liquides biologiques susceptibles de transmettre le VIH sont :</i> | | | | | | |
| | le sang | 57 | 100 | 29 | 100 | 28 | 100 |
| | les urines | 3 | 5,3 | 2 | 6,9 | 1 | 3,6 |
| | les sécrétions sexuelles | 54 | 94,7 | 26 | 89,7 | 28 | 100 |
| | la salive | 7 | 12,3 | 3 | 10,3 | 4 | 14,3 |
| 7 | <i>Le risque de transmission (sexuelle ou sanguine) par un patient séropositif dont la charge virale a été contrôlée indétectable à plusieurs reprises est quasi-nul.</i> | | | | | | |
| | Oui | 37 | 64,9 | 16 | 55,2 | 21 | 75,0 |
| | Non | 20 | 35,1 | 13 | 44,8 | 7 | 25,0 |
| 8 | <i>Dans quelles situations en lien avec un patient séropositif la prise d'un traitement prophylactique post-exposition est-elle recommandée ?</i> | | | | | | |
| | morsure | 17 | 29,8 | 5 | 17,2 | 12 | 42,9 |
| | griffure | 5 | 8,8 | 2 | 6,9 | 3 | 10,7 |
| | pique avec une aiguille creuse (intravasculaire) | 57 | 100 | 29 | 100 | 28 | 100 |
| 9 | <i>Les repas pris en collectivité d'une personne séropositive qu'elle soit traitée ou non sont soumis à des conditions d'hygiène particulières.</i> | | | | | | |
| | Oui | 2 | 3,5 | 2 | 6,9 | 0 | 0 |
| | Non | 55 | 96,5 | 27 | 93,1 | 28 | 100 |

| | | Total | | Cadres | | Médecins | |
|----|--|-------|------|--------|------|----------|------|
| 10 | <i>Lors de la toilette d'un patient séropositif, le port d'une double paire de gants est recommandé.</i> | | | | | | |
| | Oui | 1 | 1,8 | 1 | 3,4 | 0 | 0 |
| | Non | 56 | 98,2 | 28 | 96,6 | 28 | 100 |
| 11 | <i>En cas d'Accident d'Exposition au Sang avec une personne source de statut sérologique inconnu, la réalisation d'une sérologie VIH 14 jours et dont le résultat est négatif peut être considérée comme rassurante.</i> | | | | | | |
| | Oui | 21 | 36,8 | 15 | 51,7 | 6 | 21,4 |
| | Non | 36 | 63,2 | 14 | 48,3 | 22 | 78,6 |
| 12 | <i>L'infection par le VIH est un facteur de risque supplémentaire :</i> | | | | | | |
| | de cancer | 42 | 73,7 | 20 | 69,0 | 22 | 78,6 |
| | d'ostéoporose | 9 | 15,8 | 3 | 10,3 | 5 | 17,9 |
| | de troubles cognitifs | 14 | 24,6 | 4 | 13,8 | 10 | 35,7 |
| | d'hypertension artérielle | 7 | 12,3 | 5 | 17,2 | 2 | 7,1 |
| 13 | <i>L'infection par le VIH contre indique la vaccination diphtérie-tétanos-polio et anti-grippale.</i> | | | | | | |
| | Oui | 4 | 7,0 | 4 | 13,8 | 0 | 0 |
| | Non | 53 | 93,0 | 25 | 86,2 | 28 | 100 |
| 14 | <i>Les thérapies contre le VIH sont partiellement efficaces car le virus reste en permanence détectable dans l'organisme.</i> | | | | | | |
| | Oui | 17 | 29,8 | 15 | 51,7 | 3 | 10,7 |
| | Non | 40 | 70,2 | 14 | 48,3 | 25 | 89,3 |
| 15 | <i>Les thérapies anti-rétrovirales comprennent:</i> | | | | | | |
| | généralement une dizaine de comprimés par jour | 24 | 42,1 | 17 | 58,6 | 7 | 25,0 |
| | au moins une injection sous-cutanée par jour | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | généralement moins de 3 comprimés par jour | 33 | 57,9 | 12 | 41,4 | 21 | 75,0 |
| 16 | <i>Les traitements sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie au titre d'une Affection Longue Durée.</i> | | | | | | |
| | Oui | 55 | 96,5 | 27 | 93,1 | 28 | 100 |
| | Non | 2 | 3,5 | 2 | 6,9 | 0 | 0 |

| | | Total | | Cadres | | Médecins | |
|----|--|-------|------|--------|------|----------|------|
| 17 | Le coût moyen mensuel d'une trithérapie anti-rétrovirale est de : | | | | | | |
| | 700 € | 17 | 29,8 | 10 | 34,5 | 7 | 25,0 |
| | 1500 € | 32 | 56,1 | 13 | 44,8 | 19 | 67,9 |
| | 3000 € | 8 | 14,0 | 6 | 20,7 | 2 | 7,1 |
| 18 | Les personnes vivant avec le VIH : | | | | | | |
| | peuvent être éligibles à l'Allocation Adulte Handicapé. | 9 | 15,8 | 3 | 10,3 | 2 | 7,1 |
| | sont interdites de soins funéraires. | 2 | 3,5 | 1 | 3,4 | 1 | 3,6 |
| | plus souvent isolées socialement que la population générale. | 55 | 96,5 | 29 | 100 | 26 | 92,9 |

Parmi les résultats ci-dessus, on souligne les éléments suivants :

12 personnes (21%) ont répondu que l'infection par le VIH était synonyme de SIDA.

7 personnes (12,3%) ont répondu que 15% des patients vivant avec le VIH étaient âgés de plus de 60 ans.

Tous les participants ont répondu que le sang était un vecteur de transmission, et 54 (93,7%) que les sécrétions sexuelles en était un également. 3 personnes (5,3%) considéraient que les urines pouvaient transmettre le VIH et 7 (12,3%) que la salive était susceptible de transmettre le virus.

Tous les participants ont répondu qu'une piqûre avec une aiguille creuse avec du sang d'un patient vivant avec le VIH nécessitait la prise d'un traitement anti-rétroviral prophylactique. Respectivement 17 personnes (29,8%) et 5 (8,8%) ont répondu qu'une morsure et qu'une griffure nécessitait aussi la prise d'un traitement prophylactique.

55 participants (96,5%) considéraient que les repas pris en collectivité d'une personne vivant avec le VIH ne nécessitaient aucune précaution particulière.

56 participants (98,2%) estimaient qu'une double paire de gants était inutile lors de la toilette d'un patient séropositif.

40 personnes (70,2%) ont répondu que le virus était en permanence détectable dans l'organisme d'un patient sous traitement anti-rétroviral.

17 participants (29,8%) estimaient le coût mensuel d'une trithérapie à 700€, 32 (56,1%) à 1500€ et 8 (14%) à 3000€.

a) *Résultats des médecins*

4 questions n'ont été grevées d'aucune erreur. Il s'agissait des questions :

- n°9, relative à la nécessité de précautions particulières lors des repas des patients
- n°10, relative à la nécessité de précautions particulières lors de la toilette des patients
- n°13, relative aux contre-indications vaccinales éventuelles
- n°16, relative à la prise en charge du VIH en tant qu'Affection Longue Durée

Les erreurs les plus fréquentes ont concerné les questions :

- n°3, relative à la proportion de patient vivant avec le VIH âgés de plus de 60 ans (86% de mauvaises réponses)
- n°17, relative au coût des traitements (75%)
- n°8, relative aux situations à risque nécessitant un traitement prophylactique post-exposition (43%)

b) *Résultats des cadres de santé*

Les 3 questions recueillant le plus faible taux d'erreur étaient :

- n°4, relative au nombre de séropositivités non diagnostiquées (4%)
- n°9, relative à la nécessité de précautions particulières lors des repas des patients (7%)
- n°10, relative à la nécessité de précautions particulières lors de la toilette des patients (4%)

En revanche, les 3 questions avec le taux d'erreur le plus important étaient :

- n°3, relative à la proportion de patient vivant avec le VIH âgés de plus de 60 ans (86%)
- n°15, relative à la lourdeur du traitement quotidien (59%)
- n°17, relative au coût des traitements (59%)

2. *Analyse univariée des scores obtenus au quizz*

Le score moyen de l'ensemble des participants était de 15,44/22 (écart-type 2,12, score médian 16). Le score moyen des médecins était de 16,54/22 (écart-type 1,62 ; score médian 16,5), tandis que celui des cadres était de 14,38 (écart-type 2,03 ; score médian 15).

Le score moyen des participants s'estimant bien informés était de 14,88/22, inférieur à celui des participants s'estimant moyennement informés qui lui était de 16/22. La différence entre ces 2 scores n'atteignait pas le seuil de significativité ($p=0.06$; IC95% [-2,28 ; 0,046]).

a) *Résultats des médecins*

Il n'a pas été observé de différence entre les scores moyens obtenus au questionnaire des médecins ayant pu bénéficier de formations (17,75 vs 16,73 ; $p=0,340$; IC95%[-1.498 ; 3.531]) ou d'une sensibilisation à propos des personnes âgées vieillissant avec le VIH (17,75 vs 16,25 ; $p=0,177$; IC95%[-1.068 ; 4.068]).

Les médecins des établissements accueillant plus de 100 personnes avaient un score plus élevé que les médecins des établissements plus petits (17,75 vs 16,05 ; $p=0,027$; IC95% [-3,62;-0,238]).

Le score des médecins étant significativement plus élevé que celui des cadres de santé (16,54 vs 14,38 ; $p=1.10^{-5}$; IC95%[1,184 ; 3,13])

b) *Résultats des cadres de santé*

Dans cette catégorie de participants, il n'a pas non plus été retrouvé de différences dans les scores selon un précédent d'accueil de personne vivant avec le VIH (15,29 vs 14,19 ; $p=0,178$; [-0.56 ; 2.756]) ni selon un précédent demande d'accueil de personne vivant avec le VIH (15,50 vs 14,38 ; $p=0,197$; IC95%[-0.689 ; 2.939]).

La différence observée dans la catégorie des médecins selon le nombre de personnes accueillies n'a pas été retrouvée chez les cadres (14,22 vs 14,89 ; $p=0,296$; IC95%[-1.8461 ; 0.5864]).

D. Résultats de la 3^e partie

1. Antécédent d'accueil

11 établissements (19%) déclaraient accueillir ou avoir accueilli une personne vivant avec le VIH, 31 (54%) n'en avaient jamais accueilli. 15 (26%) ignoraient si cela avait pu être le cas.

2. Demande d'hébergement

10 établissements avaient déjà reçu une demande (18%), 36 (63%) n'en avaient jamais reçu, 11 (19%) ne se souvenaient pas si ils avaient pu en recevoir.

3. Acceptation d'hébergement

50 (88%) établissement se déclaraient prêts à accueillir une demande d'hébergement concernant une personne vivant avec le VIH, 7 (12%) ne sont pas prêts.

4. Adossement à une structure hospitalière

15 établissements (26%) étaient adossés à une structure hospitalière.

5. Disposition d'une Pharmacie à Usage Intérieur

15 établissements (26%) avaient à leur disposition une Pharmacie à Usage Intérieur.

E. Résultats à propos des commentaires libres

Il était proposé en fin de questionnaire un espace dédié aux commentaires libres afin de laisser chacun s'exprimer s'il le souhaitait sur la question.

17 personnes ont saisi cette opportunité. Les réponses ont été principalement des messages d'intérêt sur le sujet, d'encouragement et de demande de formation.

4 ont expliqué avoir répondu au hasard sur plusieurs questions.

1 cadre de santé a justifié sa réponse quant au refus d'accepter une personne vivant avec le VIH, car le cas s'était déjà présenté dans l'établissement. Les troubles cognitifs majeurs, sa déambulation, sa « sexualité très active » sic, associé au fait qu'il n'y avait que des femmes hébergées dans cette unité ont fait craindre un risque de transmission du virus aux autres résidents et ont conduit au refus de la demande d'hébergement.

1 cadre de santé a expliqué que le fait d'accueillir une personne vivant avec le VIH ne poserait pas de souci en soi, à condition d'avoir un bon suivi avec le médecin traitant. Elle expliquait en outre que le risque d'exposition (sanguine ou sexuelle) au virus était plus à craindre entre résidents plutôt que lors des soins car le personnel était bien formé à la prévention des Accidents d'Exposition au Sang.

F. Résultats complémentaires

Une analyse complémentaire bivariée des facteurs influençant ou non l'accueil était prévue si le seuil de réponse de 25% était atteint mais celui-ci n'a pas été atteint.

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

- Forces

Le sujet de cette étude est actuellement en plein essor. De plus en plus de publications traitent du vieillissement des PVVIH, cependant leur accueil en EHPAD est encore balbutiant.

Plusieurs cohortes nationales (Dat'Aids, cohorte Aquitaine) (13) et certains Corevih (Pays de la Loire, Ile de France Ouest...) se sont intéressés à la description épidémiologique des PVVIH âgés de plus de 75 ans (14) (15). Les freins retrouvés à leur accueil en EHPAD ont également été étudiés. Il s'agit là de la première étude à s'intéresser aux connaissances des professionnels chargés de les accueillir.

L'étude a été menée sur une aire géographique large. Elle prolongeait des travaux menés en 2013 permettant une analyse comparative pertinente de l'accueil des PVVIH au sein des établissements de Lyon et de la Vallée du Rhône.

Les listes des établissements des départements du Rhône, de la Drôme et l'Ain ont été obtenues à partir des annuaires disponibles au sein des antennes départementales des Agences Régionales de Santé. Il paraît surprenant que près de 9% des adresses de ces listes soient fausses et pose question en cas de nécessité pour l'ARS de contacter ces structures rapidement.

La diffusion du questionnaire d'enquête par courriel a permis une participation plus facile et a contribué à atteindre ce taux de participation. Certains courriels ont été filtrés par des systèmes automatisés de protection contre les virus et logiciels malveillants, nécessitant une participation de l'enquêteur pour pouvoir être distribués à leur destinataire. Toutes les adresses de courriel erronées ont fait l'objet de recherches approfondies pour pouvoir être corrigées.

Plusieurs recommandations officielles et nationales vont dans le sens d'une plus large sensibilisation des unités d'accueil de patients dépendants au sujet du vieillissement des PVVIH (16) (2). La diffusion de ce questionnaire ainsi que la correction et les informations complémentaires jointes à la fin du questionnaire participent pleinement à cette démarche.

- Limites

Malgré 3 campagnes de mails, le taux de réponse est resté faible comme cela est fréquemment observé dans ce type d'étude. Certaines adresses électroniques fournies par l'ARS étaient fausses, bien que certaines aient pu être corrigées avec des recherches téléphoniques complémentaires. Les courriels envoyés aux secrétariats d'accueil ont pu être filtrés ou non transmis aux destinataires finaux.

Peu de différences significatives ont été révélées lors de l'analyse des réponses, probablement du fait d'un taux de participation trop faible.

Un biais de participation difficilement évitable s'est présenté. Selon nos résultats, 19% des établissements ont une expérience d'accueil de PVVIH, ce chiffre est certainement surestimé par rapport à la réalité. La participation est plus importante pour les répondants sur un sujet ou une pathologie qui a pu les concerner.

Certains participants ont confié avoir coché certaines réponses au hasard ce qui a contribué à fausser une partie des résultats. Ce biais aurait pu être pris en considération en permettant de passer à la question suivante sans répondre mais l'absence de réponse aurait également abaissé le score du quizz. L'obligation de réponse a donc été choisie. Les réponses fausses auraient pu se voir attribuer des points négatifs mais le but du questionnaire était d'évaluer les connaissances et non de les sanctionner.

Enfin, cette étude a permis de recenser 11 établissements déclarant héberger des PVVIH, toutefois il n'était pas demandé dans le questionnaire combien de personnes étaient hébergées. Nous ne pouvons donc pas disposer d'un chiffre précis sur le nombre de PVVIH hébergées en EHPAD dans la région. Quoiqu'il en soit, si chaque établissement n'héberge qu'une seule PVVIH (soit 11 PVVIH en EHPAD dans la région), il s'agit d'un reflet minimal qui ne trouble pas le résultat final.

B. Résultats

1. Accueil

Cette étude prolongeait l'enquête menée par le Corevih Lyon Vallée du Rhône en 2013 (3). Malgré une participation moindre (16,4% vs 27%), **les résultats actuels montrent un accroissement notable du nombre de personnes vivants avec le VIH en EHPAD**. Ils étaient 5 à en avoir accueilli en 2013, ils sont aujourd'hui 11. Notre étude a montré une augmentation du nombre de demandes pour des patients de ce type reçues par les établissements : 13% en 2013, 18% aujourd'hui. Si les PVVIH sont encore rares au sein des EHPAD, on constate une augmentation de leur nombre, amenée à se poursuivre dans les années à venir.

12% des établissements refuseraient une demande d'hébergement concernant une personne vivant avec le VIH, ce chiffre est en baisse puisque 17 % considéraient une sérologie positive pour le VIH comme un frein dans l'enquête de 2013. Le faible effectif de l'étude doit faire nuancer ce chiffre. Le recueil déclaratif fait toujours supposer une subjectivité qui peut ne pas être le reflet de la situation réelle.

Notre étude cherchait à étudier les connaissances des personnes ayant en charge d'examiner les demandes d'hébergement. La capacité décisionnaire a donc été un critère de choix pour cibler cette population. Il ressortait dans la littérature des craintes et une mauvaise information sur le sujet. L'étude ne portait pas sur l'ensemble des soignants en EHPAD et ne nous ne permet donc pas d'avoir accès aux connaissances sur la séropositivité parmi l'ensemble du personnel exerçant dans les structures d'accueil.

Si toutefois le VIH peut être considéré comme un frein à l'admission, il convient de préciser qu'il n'est pas nécessairement la seule raison d'un éventuel refus d'admission. Cette remarque a été abordée dans le Rapport Desesquelles de 2013 (2) et s'illustre également dans cette étude. Comme l'a expliqué une des participants au travers de la partie libre en fin de questionnaire, son équipe a été amenée à refuser une demande d'hébergement à cause de troubles du comportement dont souffrait le patient et de sa désinhibition. Une demande d'entrée en EHPAD est motivée par une perte d'autonomie à laquelle peut s'ajouter d'autres pathologies ou problèmes rendant la prise en charge plus délicate. Le refus opposé à cette demande résulte de la somme d'éléments venant se heurter aux propres limites de l'établissement (charge de travail, locaux, autres résidents...). L'infection par le VIH n'est donc pas forcément le seul motif de refus.

L'enquête VIH en EHPAD et USLD menée par le COREVIH Lyon-Vallée du Rhône avait fait ressortir l'existence d'une « spécialisation » des établissements dans l'accueil des PVVIH. En effet 3 des 5 établissements hébergeant des PVVIH en avaient en réalité hébergé plusieurs. Le directeur du seul établissement qui accueillait encore 2 PVVIH s'était même proposé de faire part de l'expérience de son équipe si des formations étaient mises en place. A notre connaissance, aucune formation sur le sujet n'a ensuite été proposée dans la région.

Cette spécialisation relative retrouvée en 2013 nous amène à réfléchir aux structures et modes d'accueil qui pourraient émerger dans les années à venir. **Les associations de malades font état d'une demande d'anticipation et d'accompagnement des PVVIH dans leur avancée en âge (17).** Concernant l'hébergement en établissement spécialisés, plusieurs solutions complémentaires sont ainsi étudiées (2) :

- Une spécialisation au sein de certains établissements sur la prise en charge des PVVIH permettant un déploiement de compétences techniques précises et un fonctionnement plus efficace. Le point négatif étant un choix restreint de lieux de vie pour les personnes requérantes.
- Une formation adaptée dans les établissements d'accueil. Les demandes d'hébergement étant encore rares, une formation « globale » proposée dans une démarche anticipatoire s'avérerait peu contributive car elle ne pourrait pas être mise en application rapidement. Elle devrait être proposée

en cas de demande d'hébergement d'une PVVIH et permettre de répondre aux questions des soignants.

Au Royaume Uni, le portail d'information accessible au grand public *carehomes.co.uk* précisant les capacités d'accueil et les caractéristiques des établissements permet dans ses critères de recherche d'intégrer la notion de formation du personnel aux soins des PVVIH. L'information est donc claire pour les personnes à la recherche d'un établissement pour eux ou pour un proche. Cette information n'est pas précisée sur les équivalents français tels que *pour-les-personnes-âgées.gouv.fr*.

2. Information et sensibilisation

25% des personnes ayant répondu au questionnaire s'estiment insuffisamment informées sur le VIH. Le sondage Ifop-Bilendi pour Sidaction mené en 2017 (18) auprès de la population générale montrait un taux de réponse similaire quant au niveau d'information.

La sensibilisation et la formation à la prise en charge des sujets vieillissants avec le VIH est encore insuffisante. C'est pourtant une des clés pour mieux les accueillir dans les établissements spécialisés lorsqu'ils le nécessitent. La demande pressante de formation s'est notamment exprimée au travers de la partie laissée libre aux commentaires de chacun en fin de questionnaire. Des actions de sensibilisation et de formation se développent à l'heure actuelle et celles-ci sont à poursuivre car elles permettront de lever les doutes et les craintes face à cette situation encore nouvelle.

3. Transmission et craintes

« La vraie connaissance est de connaître l'étendue de son ignorance », Confucius.

A travers l'appréciation de leurs propres connaissances sur le sujet, on remarque une différence de score au quizz qui sans atteindre le seuil de significativité attire tout de même l'attention : le score moyen des participants s'estimant bien informés est plus faible que ceux s'estimant moyennement informés (14,88 vs 16, $p=0.06$). Il s'agit là d'une manifestation de **l'effet Dunning-Kruger** (19). Ce biais cognitif décrit par deux psychologues américains à la fin des années 90 explique qu'en général les sujets avec des connaissances plus fragiles ont tendance à surestimer ces dernières et qu'à l'inverse ceux dont les connaissances sont plus abouties les sous-estiment plus fréquemment. Il résulterait selon leurs auteurs d'un double effet pour les plus faibles, d'une part les sujets interrogés n'ont pas les connaissances suffisantes pour fournir des réponses justes et d'autre part ils n'ont pas le recul nécessaire sur leurs lacunes pour pouvoir analyser leurs réponses. A l'inverse, les sujets interrogés les plus compétents estimeront à tort que leurs connaissances sont partagées par l'ensemble de leurs pairs et ils auront plus facilement tendance à minimiser leur savoir.

On note que le score moyen des médecins coordonnateurs est de 16,54/22. **Ce résultat permet de considérer les connaissances comme globalement satisfaisantes.** Ce score est plus faible chez les cadres de santé (14,38/22). Néanmoins, certaines questions nécessitaient des compétences médicales, comme la question 14 sur la détectabilité permanente du virus où le taux d'erreur est bien plus faible chez les médecins que chez les cadres.

Aujourd'hui, 16% de la population séropositive pour le VIH est âgée de plus de 60 ans (20) or, seulement 12% des répondants au questionnaire ont correctement répondu à cet item. **L'avancée en âge des personnes vivants avec le VIH est donc une réalité encore largement sous-estimée,** y compris au sein des professions de santé qui vont y être confrontés dans les prochaines années. Au sein de la population française environ 10% de la population âgée de 75 ans et plus vit en institution (12), l'âge moyen d'entrée en EHPAD est actuellement de 85 ans. L'infection chronique par le VIH entraîne chez les sujets âgés une fragilité et un vieillissement prématuré de l'organisme (21) (8). Le nombre de comorbidités associées est en général plus élevé (6). La perte d'autonomie et l'entrée en EHPAD risque donc de se faire plus tôt. Cette observation avait déjà pu être faite dans le travail du Corevih Lyon-Vallée du Rhône en 2013, les rares patients hébergés avaient un âge proche de 60 ans et ce décalage générationnel posait problème pour les patients hébergés.

98% des établissements disposent d'une procédure écrite et actualisée de la prise en charge des accidents d'exposition au sang (3). Les soignants sont formés à la prévention des accidents et bien qu'il existe toujours un décalage entre la formation théorique et la situation pratique, ils sont censés savoir se protéger et réagir de façon appropriée. Néanmoins, à travers les réponses apportées par les participants, **le besoin de clarification des situations à risque de transmission se fait ressentir.** Il apparaît paradoxal que 14.3% des médecins aient considéré la salive comme un liquide susceptible de transmettre le VIH tandis qu'aucun n'estime nécessaire de devoir prendre des précautions particulières lors des repas pris en collectivité. De la même façon, les situations nécessitant la prise d'un traitement prophylactique ne sont pas bien définies : 42,9% des médecins considèrent une morsure comme étant à risque.

Il convient toutefois de souligner que certaines questions « sensibles » ont été largement bien appréhendées. Ainsi les taux d'erreur sur les risques de transmission au cours d'un repas ou lors de la toilette ont été très faibles (respectivement 3,5 et 1,8%). Ce taux d'erreur sur les mêmes questions est fort heureusement plus faible que celui retrouvé dans le sondage Ifop-Bilendi (18) mené en population générale où il avoisinait les 15%.

La crainte d'une transmission du virus entre résidents a également été mentionnée par 2 participantes. Les troubles neuro-cognitifs peuvent entraîner une désinhibition à l'origine de

potentielles conduites à risque. Bien que les relations sexuelles en EHPAD soient un sujet tabou tant pour les soignants que pour les familles, elles ne doivent pas être occultées (22). Taire ce phénomène peut être vécu comme une violence institutionnelle pour les soignants. De manière générale, l'expression de la sexualité n'est pas simple en EHPAD du fait de leur configuration (peu de chambres doubles, oubli de l'intimité...). De la même façon, l'orientation sexuelle des personnes à l'entrée des EHPAD n'est pas demandée car cela est du ressort de la vie privée et qu'une norme hétérosexuelle est attendue inconsciemment par les équipes de soins. Nier l'homosexualité est en cela blessant pour les personnes concernées. Dans l'étude menée par le Corevih Lyon-Vallée du Rhône en 2013 (3), un souhait de formation sur la sexualité en EHPAD avait émergé de la part des participants.

Les descriptions épidémiologiques récentes concernant les patients gériatriques infectés par le VIH montrent un taux d'indéteçtabilité de la charge virale similaire entre patients âgés de plus de 75 ans et patients entre 50 et 74 ans (7). La transmission étant quasi-nulle dans cette situation, la crainte d'une contamination entre résidents ayant des relations sexuelles n'est donc qu'hypothétique et devrait être rappelée aux professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en EHPAD.

4. Traitements

Le circuit du médicament en EHPAD dépend de la présence ou non d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) dans la structure (23). 70% des établissements ne disposent pas d'une PUI et s'approvisionnent en médicament auprès d'une officine extérieure. Les médicaments sont alors financés comme des soins de ville « classiques ». Les établissements intégrant une PUI et soumis au tarif « global » ont une enveloppe budgétaire allouée dans la dotation de soins et servant au financement des médicaments. Il existe un risque de sélectivité avéré à l'entrée des établissements au tarif global avec envers les personnes relevant de traitements particulièrement onéreux et risquant de compromettre l'équilibre budgétaire des établissements.

Le coût des traitements ressort comme un des freins principaux à l'admission des patients vivant avec le VIH, essentiellement dans les établissements dotés d'un financement global avec PUI (2). Il est intéressant de noter que la **question du quizz relative au coût des traitements a compté une large majorité de réponses erronées**. Le coût moyen *mensuel* des thérapies anti-rétrovirales n'est « que » de 700€. Ce coût reste néanmoins élevé et bien souvent largement supérieur à la dotation moyenne annuelle de l'ARS pour la partie « soins » des établissements au forfait global. Nous pouvons toutefois remarquer que 6 des 7 établissements ayant déclaré ne pas être prêts à accepter une demande d'hébergement pour une PVVIH sont des établissements ne disposants pas de Pharmacie à Usage Intérieur. Ces derniers ne devraient donc pas voir leurs budgets impactés par le coût des traitements anti-rétroviraux. Par ailleurs, dans le cas des établissements au forfait global avec PUI, il existe une

possibilité d'enveloppe budgétaire fléchée, négociable annuellement avec l'ARS, afin de financer certains traitements particulièrement onéreux. Ces médicaments sont inscrits sur une liste dénommée «liste en sus» (en sus des tarifs d'hospitalisation), régulièrement réévaluée par la HAS, les Observatoires du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDiT) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les critères sont stricts et ne peuvent être détaillés ici mais aucun traitement anti-rétroviral courant ne figure dans cette liste (il existe uniquement quelques traitements anti-rétroviraux spécifiques, utilisés dans le domaine pédiatrique). Il pourrait être envisagé d'assouplir ces critères et d'intégrer les thérapies anti-rétrovirales.

Une intégration de l'ensemble des traitements dans le forfait global avait été évaluée en 2011 dans un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (24) mais avait conduit au caractère inadapté et trop coûteux de ce dispositif. Les expérimentations en cours dans les établissements pilotes avaient alors été arrêtées. Toutefois, les soins pris en charge sur le budget des soins des EHPAD avec PUI peuvent évoluer. Ainsi, en 2011 un décret d'application a permis d'exclure du forfait «soins» des EHPAD les interventions des IDE libérales (donc extérieurs à la structure) pour des patients insuffisants rénaux en dialyse péritonéale (25). Ce type de soins a donc été transféré sur l'enveloppe des soins de ville, remboursables par l'Assurance Maladie, sans grever le budget des établissements. **Un dispositif similaire pourrait tout à fait être envisagé pour les thérapies antirétrovirales.** Outre les situations à risque de transmission, le nombre plus élevé de comorbidités chez les PVVIH âgées est un facteur de polymédication. Les traitements anti-rétroviraux ont de nombreuses interactions médicamenteuses rendant la manipulation des traitements pharmacologiques délicate, d'autant plus chez les sujets âgés. La crainte liée à l'emploi de traitements inhabituels a été relevée par plus de 30% des médecins coordonnateurs dans l'étude menée par la Corevih Pays de Loire en 2016 (5). Dans notre étude, **25% des médecins coordonnateurs pensaient que les thérapies anti-rétrovirales incluait une dizaine de comprimés quotidiens** alors qu'en réalité la plupart des traitements actuels ne dépassent pas trois comprimés par jour.

5. Isolement social

96,5% des participants ont répondu que les PVVIH étaient souvent isolés socialement. En effet, du fait de parcours de vie accidentés, émaillés d'interruption de carrière professionnelles et de ressources financières en général moindres, les PVVIH vivent dans des conditions sociales et matérielles plus précaires (2) (26) (27). Les liens familiaux sont souvent distendus ou même inexistantes et la solidarité familiale nécessaires pour faire face à la perte d'autonomie fonctionne moins dans ces situations (28). Le coût des EHPAD apparaît alors comme prohibitif pour bon nombre de PVVIH. L'association Aides mène des groupes de réflexion sur le vieillissement et la qualité de vie des PVVIH en s'appuyant sur les expériences collectives et communautaires pour faire émerger des problématiques communes

(Journées SPILF-SFGG, 2016) (17). Le tissu associatif est très présent dans la communauté des PVVIH ainsi que dans celles des personnes homosexuelles et fait parfois office de 2^e famille, de « famille de destin » (26). **Différentes solutions alternatives sont envisagées pour remédier aux difficultés rencontrées face au vieillissement.** Certaines passent par un renforcement du lien social et associatif ou la création de dispositifs d'information et valorisation des droits des PVVIH. L'idée de lieux de vie communautaires a été proposée par certaines associations homosexuelles et étudiée dans un rapport du Ministère délégué aux Personnes Agées et à l'Autonomie (26). Une forme de « colocation » pour seniors LGBT, où la solidarité entre résidents aurait sa place pour lutter contre l'isolement et la précarité. Des établissements de ce genre ont déjà pu voir le jour aux Etats-Unis ou en Allemagne. Cependant des questions se posent sur une forme de discrimination positive où l'orientation sexuelle serait un élément identitaire autorisant ou non l'accès à ces structures. Le désir de vouloir vieillir ensemble est légitime et doit être pris en considération sans devenir excluant envers les autres membres de la société. Des dispositifs expérimentaux de lieux de vie solidaires basés sur la mutualisation des difficultés rencontrées par les personnes âgées homosexuelles, vivant avec le VIH ou non, pourraient être développés par les associations et accompagnés par l'Etat. L'association GreyPride travaille en ce sens et a récemment obtenu un soutien de la Mairie de Paris pour développer un label spécifique aux EHPAD. Le label « GreyPride Bienvenue » indiquera la signature d'une charte d'accueil non-discriminatoire et l'existence de formations sur la sexualité des personnes âgées ou les risques de transmission du VIH. Il devrait **faciliter l'accès en EHPAD aux personnes homosexuelles, qu'elles vivent ou non avec le VIH.**

C. Propositions :

1. Renforcer le lien médecin généraliste, infectiologue et EHPAD

Au sein des EHPAD, le médecin généraliste continue d'accompagner les patients qu'il suivait avant leur entrée en institution. Le médecin coordonnateur assure la transversalité et coordonne la prise en charge entre les différents intervenants. Les EHPAD étant avant tout des lieux d'hébergement et non des lieux de soins, le temps médical dédié en EHPAD est faible. La nécessaire coopération entre médecin coordonnateur, médecin généraliste et équipe soignante doit donc être fluide et efficace pour la bonne prise en charge des patients. Les personnes ressources dans le suivi médical de chaque PVVIH hébergées doivent pouvoir être facilement accessibles.

2. Formations

L'amélioration du lien entre les intervenants et les spécialistes du VIH fait partie des missions des Corevih. Les questions que peuvent se poser chaque professionnel de santé doivent pouvoir trouver une réponse fiable. Une information facilement consultable mise à disposition des EHPAD ou bien jointe aux dossiers de demande d'hébergement serait un outil intéressant pour permettre d'expliquer et de rassurer les établissements susceptibles d'accueillir des PVVIH. La Corevih Haute Normandie et la Corevih Pays de Loire ont élaboré des brochures allant dans ce sens (29) (30). Il s'agirait d'anticiper les questions relatives à l'accueil des PVVIH en EHPAD de façon à rassurer et « dédramatiser » leur prise en charge.

Il est important de promouvoir davantage de formations destinées également à l'attention des gériatres, des infectiologues et de médecins coordonnateurs. Un groupe de travail commun à la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie travaille sur cette thématique et a notamment organisé une journée de présentation en décembre 2016.

Cet objectif de sensibilisation et de développement d'actions de formation concrètes faisait partie des recommandations émises par la Direction Générale de la Santé en 2013.

3. Permettre l'expression des soignants

Promouvoir régulièrement des temps d'expression libre et de discussions au sein des équipes de soins pour évoquer les craintes et les représentations liées à la maladie ou aux PVVIH.

4. Lutte contre les discriminations

Lutter contre la discrimination basée sur l'identité sexuelle ou le statut sérologique en déconstruisant les stéréotypes.

5. Revoir le financement des antirétroviraux dans les EHPAD

Envisager le financement des thérapies anti-rétrovirales sur un budget séparé pour les EHPAD avec PUI en s'inspirant de l'exemple des soins de dialyse péritonéale, transféré sur l'enveloppe des soins de ville en 2011.

V. Mise en pratique

A l'aide des réponses du questionnaire et selon les réponses obtenues, une fiche d'information synthétique à destination des EHPAD a pu être élaborée. Celle-ci devrait être soumise au Corevih Lyon-Vallée du Rhône afin de pouvoir être validée et diffusée.

Grâce aux thérapies antirétrovirales efficaces et mieux tolérées, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont vu leur espérance de vie s'allonger considérablement. On estime désormais qu'elle se rapproche de celle observée au sein de la population générale. Aujourd'hui, 15% des PVVIH sont âgées de plus de 60 ans, 4% de plus de 75 ans. Leur accueil en établissements spécialisés doit désormais s'envisager le cas échéant.

Cette brochure est destinée à répondre aux questions que vous pouvez vous poser.

*Accueillir les
personnes vivant avec
le VIH en EHPAD*



Questions-Réponses

La séropositivité pour le VIH et le SIDA sont ils 2 termes synonymes ?

Non, le VIH est un virus transmissible par voie sexuelle ou sanguine. Le syndrome d'Immuno-Déficience Acquis est l'évolution après plusieurs années d'une infection par le VIH non traitée.

Comment se transmet le VIH ?

Pour que le virus puisse se transmettre, 3 conditions doivent être réunies:

- Une excrétion de virus chez la personne porteuse
- Un fluide vecteur: sang, sécrétions sexuelles, lait maternel
- Une porte d'entrée chez la personne saine: plaie, brèche cutanée, muqueuses

Le VIH ne se transmet PAS par la sueur, les larmes, les urines ou les fécès. Il n'y a aucun risque de transmission dans les actes et soins du quotidiens.

Une personne vivant avec le VIH et dont la charge virale a été contrôlée indétectable à plusieurs reprises peut-elle transmettre le virus ?

Non, les traitements actuels pris correctement permettent de rendre indétectable le virus dans l'organisme.

Je me suis piqué avec une aiguille ayant servi à un patient vivant avec le VIH, dois-je prendre un traitement préventif ?

Oui, une piqure avec une aiguille creuse (intravasculaire) ayant servi pour une personne vivant avec le VIH est à risque.

Une personne vivant avec le VIH m'a griffé au cours d'un soin. Dois-je prendre un traitement préventif ?

Non, ni les griffures ni les morsures de sont susceptibles de transmettre le VIH, quel que soit le traitement suivi.

Quelles précautions s'appliquent lors des soins infirmiers d'une PVVIH ?

Les simples précautions habituelles, comme pour tout patient.

Les repas d'une PVVIH sont-ils soumis à des conditions d'hygiène particulières ?

Non

Lors de la toilette d'un PVVIH, dois-je prendre certaines précautions ?

Non

Et si un.e résident.e VIH+ a des relations sexuelles avec un.e résident.e ?

Une personne VIH+ avec traitement efficace ne transmet pas le virus à son/sa partenaire, même en cas de rapport non protégé. Un rapport avec préservatif permet cependant une protection contre les autres IST.

En quoi consiste le traitement ?

Auparavant, les traitements anti-rétroviraux étaient très lourds et contraignants. Aujourd'hui les trithérapies recommandées comportent une prise quotidienne de 1 à 3 comprimés. Le traitement coûte en moyenne 700€ par mois et est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie au titre de l'Affection Longue Durée (ALD) n° 7.

Quelles sont les comorbidités fréquemment associées à l'infection par le VIH ?

Les comorbidités associées au VIH peuvent être liées à l'infection en elle-même, aux traitements, ou bien au vieillissement de l'organisme (pouvant survenir plus précocement chez ces patients).

Les PVVIH sont plus à risque de développer des cancers, des troubles cognitifs, de l'ostéoporose, des atteintes rénales ou hépatiques, des dyslipidémies...

Ces comorbidités peuvent être prises en charge par le médecin traitant, en partenariat avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD et le médecin spécialiste du VIH référent.

Comment s'effectue le suivi des patients VIH+ ?

Les PVVIH continuent d'être suivies 2 à 3 fois par an par le médecin spécialiste du VIH. Lorsqu'il sont en EHPAD, le médecin traitant en concertation avec le médecin coordonnateur continue le suivi médical. Le médecin spécialiste du VIH reste disponible en cas de question sur la pathologie, les traitements et interactions médicamenteuses.

*Sources bibliographiques:
Prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts (2017-2018)*

VI. Conclusions



Faculté de Médecine
Lyon Est

Nom, prénom du candidat : Alexandre OZANNE

CONCLUSIONS

On assiste au vieillissement de la population vivant avec le VIH grâce à l'efficacité des traitements antirétroviraux, et à cause de l'augmentation des nouvelles contaminations après 50 ans. Ces patients présentent ou vont présenter des incapacités fonctionnelles liées à leur âge, l'infection à VIH et leurs comorbidités. La question de leur accueil dans les établissements médico-sociaux va désormais se poser. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne sont pas préparés à accueillir ces « nouveaux » patients. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissances des médecins coordonnateurs et des cadres de santé des établissements concernés à propos de l'infection par le VIH et de présenter un état des lieux de l'accueil effectif des PVVIH en EHPAD. Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive auprès des EHPAD des départements du Rhône, de l'Ain, de la Drôme et de l'Ardèche en diffusant un questionnaire par voie électronique.

Ce questionnaire comprenait 3 parties : une première partie sur le niveau d'information des participants sur l'infection par le VIH en général, une deuxième partie sous la forme d'un quizz explorant différents aspects de la pathologie et ses modes de transmission et enfin une troisième incluant des questions fermées sur les caractéristiques des établissements participants.

327 établissements ont été contactés, 57 réponses ont pu être analysées soit un taux de participation de 17,4%.

17 participants (30%) s'estimaient bien informés à propos du VIH mais seulement 7 (12%) avaient déjà été sensibilisés au sujet des personnes vieillissant avec le VIH.

Le score moyen de l'ensemble des participants était de 15,44/22 (écart-type 2,12, score médian 16). Le score moyen des médecins était de 16,54/22 (écart-type 1,62 ; score médian 16,5), tandis que celui des cadres était de 14,38 (écart-type 2,03 ; score médian 15). On peut considérer les connaissances générales des médecins comme satisfaisantes mais les situations à risque de transmission du virus nécessitent d'être clarifiées car elles ont pu faire l'objet de réponses paradoxales.



11 établissements (19%) déclaraient accueillir ou avoir accueilli une personne vivant avec le VIH. 50 (88%) établissements se déclaraient prêt à accueillir une demande d'hébergement concernant une personne vivant avec le VIH. Plusieurs souhaits de formation sur le sujet ont émergé de la part des participants.

La formation et la sensibilisation des personnels exerçant en EHPAD est une des clés pour promouvoir l'accueil des PVVIH en établissements spécialisés. La nature et le type de cette formation doivent être déterminés. Une fiche d'information contenant les réponses aux questions du quizz est un outil intéressant à proposer aux EHPAD.

Les difficultés que rencontrent les médecins spécialistes avec leurs patients âgés vivants avec le VIH doivent encore être mieux définies.

Etudier l'efficacité des échanges interdisciplinaires dans la prise en charge des patients aux profils « inhabituels » en EHPAD, en se basant sur l'expérience des Corevih, serait également une piste de recherche ultérieure à envisager.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

Tristan FERRY
13/02/2019

Dr. Tristan FERRY
Maladies Infectieuses et Tropicales
Centre de vaccinations internationales
Groupe Hospitalier Nord
Hôpital de la Croix-Rousse
69317 LYON Cedex 04
RPPS 10004031372

Vu :

Pour le Président de l'Université.

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Gilles RODE
Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **25 FEV. 2019**

VII. Bibliographie

1. 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.
2. Rapport Direction Générale de la Santé, Etude PVVIH vieillissantes DGS Plein sens2.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etude_PVVIH_vieillissantes_mars2013_DGS_Plein_sens_2_.pdf
3. Corevih Lyon - Enquête VIH en EHPAD et USLD.
4. Corevih Haute-Normandie - Enquête EHPAD et patient.
5. Damier FD. Perception du VIH dans les EHPAD. :34.
6. 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*. 15 déc 2014;59(12):1787-97.
7. Allavena C, Hanf M, Rey D, Duvivier C, BaniSadr F, Poizot-Martin I, et al. Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: The challenge of geriatric patients. *PLoS ONE* [Internet]. 21 sept 2018 [cité 5 déc 2018];13(9). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6150468/>
8. Desquilbet L, Jacobson LP, Fried LP, Phair JP, Jamieson BD, Holloway M, et al. HIV-1 Infection Is Associated With an Earlier Occurrence of a Phenotype Related to Frailty. *J Gerontol Ser A*. 1 nov 2007;62(11):1279-86.
9. Bloch M. Frailty in people living with HIV. *AIDS Res Ther* [Internet]. 16 nov 2018 [cité 3 déc 2018];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6240180/>
10. Ávila-Funes JA, Belaunzarán-Zamudio PF, Tamez-Rivera O, Crabtree-Ramírez B, Navarrete-Reyes AP, Cuellar-Rodríguez J, et al. Correlates of Prevalent Disability Among HIV-Infected Elderly Patients. *AIDS Res Hum Retroviruses*. févr 2016;32(2):155-62.
11. Fazeli PL, Doyle KL, Scott JC, Iudicello JE, Casaletto KB, Weber E, et al. Shallow Encoding and Forgetting Are Associated with Dependence in Instrumental Activities of Daily Living Among Older Adults Living with HIV Infection. *Arch Clin Neuropsychol*. mai 2014;29(3):278-88.
12. Etudes & Résultats-EHPAD 2016.pdf.
13. Blanc et al. - 2017 - Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH.pdf.
14. Landowski S, Berthé H, Souak S, Marcou M, Reimann E, Gerbe J, et al. Evaluation des Comorbidités chez les Patients infectés par le VIH âgés de plus de 75 ans: l'expérience d'un COREVIH. :1.
15. Bernaud C, Allavena C, Pineau S, Michau C, Morrier M, Fialaire P, et al. Les patients vivant avec le VIH (PVVIH) de 75 ans et plus dans les Pays de la Loire : Qui sont-ils ? Sont-ils vulnérables ? :1.

16. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts. 2017 2018 p. Accès aux soins.
17. Journée intergroupe SPILF-SFGG AIDES.pdf.
18. SondageSidactionIfopBilendi.pdf [Internet]. [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.sciencesetavenir.fr/redaction/infographies/PDF/iris/SondageSidactionIfopBilendi.pdf>
19. Kruger J, Dunning D. Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. :14.
20. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts. 2017 p. 26.
21. Greene M, Covinsky KEM, Valcour V, Miao YM, Madamba JB, Lampiris H, et al. Geriatric Syndromes in Older HIV-Infected Adults. J Acquir Immune Defic Syndr. juin 2015;69(2):161-7.
22. Géraldine G. Garantir le respect de la vie sexuelle et affective en EHPAD. :46.
23. Verger P. Politique du médicament en EHPAD. 2013.
24. Destais N, Ruol V, Thierry M. Rapport evaluation option tarifaire globale en EHPAD.
25. Décret n° 2011-1602 du 21 novembre 2011 relatif à la prise en charge des actes de dialyse péritonéale réalisés par les infirmiers libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2011-1602 nov 21, 2011.
26. Vieillesse des personnes LGBT et des personnes séropositives au VIH. 2013.
27. AIDES. Rapport Discriminations 2016.
28. Banens M. Vieillir avec le VIH. L'Harmattan. 2018.
29. livret ehpad .pdf [Internet]. [cité 10 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.corevih-haute-normandie.fr/medias/File/commission%20de%20travail/documents%20information/livret%20ehpad%20.pdf>
30. Delamare-Damier F, Michon E, Allavena C. Plaque information EHPAD et VIH, Corevih Pays de Loire. 2016.

VIII. Annexes

A. Questionnaire

Questionnaire « Accueil en EHPAD des patients vivant avec le VIH, évaluation des connaissances des médecins et cadres de soins sur la pathologie »

1) Comment évaluez-vous votre niveau d'information sur le VIH en général ?

- Bon
- Moyen
- Insuffisant

Avez-vous déjà bénéficié au cours de vos formations d'ateliers sur le VIH ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà été sensibilisé sur le sujet des personnes âgées vivant avec le VIH ?

- Oui
- Non

2) **Cochez les items qui vous semblent justes**

Généralités

- 1- La séropositivité pour le VIH et le SIDA sont 2 termes synonymes.
- 2- Aujourd'hui, on estime que les patients vivant avec le VIH et suivant correctement leur traitement ont une espérance de vie qui se rapproche de la population générale.
- 3- En France, parmi la population de patients vivants avec le VIH, quelle est la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans :
 - 1%
 - 7%
 - 15%
- 4- En France, on estime que 25 000 personnes ignorent leur séropositivité.
- 5- Les contaminations après 50 ans sont rares.

Risque de transmission / suivi

- 6- Les liquides biologiques susceptibles de transmettre le VIH sont
 - Le sang
 - les urines
 - les sécrétions sexuelles
 - la salive
- 7- Le risque de transmission (sexuelle ou sanguine) par un patient séropositif dont la charge virale a été contrôlée indétectable à plusieurs reprises est quasi-nul.
- 8- Dans quelles situations en lien avec un patient séropositif la prise d'un traitement prophylactique post-exposition est-elle recommandée ?
 - Morsure
 - griffure
 - piqure avec aiguille creuse (intravasculaire)
- 9- Les repas pris en collectivité d'une personne séropositive qu'elle soit traitée ou non sont soumis à des conditions d'hygiène particulières
- 10- Lors de la toilette d'un patient séropositif, le port d'une double paire de gants est recommandé.
- 11- En cas d'AES avec une personne source de statut sérologique inconnu, la réalisation d'une sérologie VIH 14 jours et dont le résultat est négatif peut être considérée comme rassurante.

12- L'infection par le VIH est un facteur de risque supplémentaire

- De cancer de troubles cognitifs d'ostéoporose d'hypertension

13- L'infection par le VIH contre indique la vaccination Diphtérie-Tétanos-Polio et anti-grippale

Traitements

14- Les thérapies contre le VIH sont partiellement efficaces car le virus reste en permanence détectable dans l'organisme

15- Les traitements contre le VIH comprennent

- Une dizaine de comprimés par jour
 Au moins une injection sous-cutanée par jour
 Moins de 3 comprimés par jour

16- Les traitements sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie au titre d'une Affection Longue Durée

17- Le coût moyen mensuel d'une trithérapie anti-rétrovirale est de

- 700€ 1500€ 3000€

Aspects sociaux

18- Les personnes vivant avec le VIH sont

- Eligibles à l'allocation Adulte Handicapé
 Interdites de soins funéraires
 Plus souvent isolées socialement que la population générale

Sources bibliographiques

Prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts

Vaccination chez l'adulte immunodéprimé. INPES

3) Concernant votre établissement

- 1- *Avez-vous déjà accueilli un résident vivant avec le VIH ?*
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- 2- *Avez-vous déjà reçu des demandes d'hébergement de patient vivant avec le VIH*
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- 3- *Votre établissement serait-il prêt à accepter une demande d'hébergement le cas échéant ?*
 - Oui
 - Non
- 4- *Votre établissement est-il ?*
 - Public
 - Associatif
 - Privé non lucratif
 - Privé commercial
- 5- *Combien de résidents sont accueillis dans votre établissement ?*
 - <50
 - 50-100
 - 100-200
 - >200
- 6- *Votre établissement est-il*
 - Un EHPAD
 - Une USLD
- 7- *Votre établissement est-il adossé à un hôpital ?*
 - Oui
 - Non
- 8- *Votre établissement dispose-t-il d'une Pharmacie à Usage Interieur ?*
 - Oui
 - Non
- 9- *Vous êtes :*
 - Médecin coordonnateur
 - Cadre de santé
- 10- *Dans quel département se situe votre établissement ?*
 - Rhône
 - Drôme
 - Ain
 - Ardèche

4) Commentaires libres

B. Réponses commentées du quizz

Généralités

- 1- La séropositivité pour le VIH et le SIDA sont 2 termes synonymes.
Le syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis est l'évolution d'une infection à VIH non traitée.
- 2- Aujourd'hui, on estime que les patients vivant avec le VIH et suivant correctement leur traitement ont une espérance de vie qui se rapproche de la population générale.
- 3- En France, parmi la population de patients vivants avec le VIH, quelle est la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans :
 1% 7% 15%
3 phénomènes expliquent ce chiffre:
 - augmentation des contaminations après 50 ans
 - allongement de leur espérance de vie grâce aux traitements
 - relative stabilisation des contaminations chez les plus jeunes.
- 4- En France, on estime que 25 000 personnes ignorent leur séropositivité.
Les modèles statistiques permettent d'estimer le nombre de séropositivités non découvertes entre 25000
- 5- Les contaminations après 50 ans sont rares.
20% des découvertes de séropositivités se font après l'âge de 50 ans.

Risque de transmission / suivi

- 6- Les liquides biologiques susceptibles de transmettre le VIH sont
 Le sang les urines les sécrétions sexuelles la salive
- 7- Le risque de transmission (sexuelle ou sanguine) par un patient séropositif dont la charge virale a été contrôlée indétectable à plusieurs reprises est quasi-nul.
- 8- Dans quelles situations en lien avec un patient séropositif la prise d'un traitement prophylactique post-exposition est-elle recommandée ?
 Morsure griffure piqure avec aiguille creuse (intravasculaire)
- 9- Les repas pris en collectivité d'une personne séropositive qu'elle soit traitée ou non sont soumis à des conditions d'hygiène particulières.
La salive n'est pas un vecteur de transmission. Il n'y a aucune précaution particulière à prendre lors d'un repas pris avec une personne séropositive.
- 10- Lors de la toilette d'un patient séropositif, le port d'une double paire de gants est recommandé.
Les urines, les fèces et la sueur ne sont pas des vecteurs de transmission. Le port d'une simple paire de gants est recommandé lors de la toilette comme habituellement avec toute personne soignée.
- 11- En cas d'AES avec une personne source de statut sérologique inconnu, la réalisation d'une sérologie VIH 14 jours et dont le résultat est négatif peut être considérée comme rassurante.
La sérologie doit être refaite à la 6e et à la 12e semaine.
- 12- L'infection par le VIH est un facteur de risque supplémentaire
 De cancer de troubles cognitifs d'ostéoporose d'hypertension
La perturbation immunitaire chronique augmente le risque de cancer de façon générale. Outre les facteurs de risque d'ostéoporose classiques, l'infection par le VIH et l'exposition à certains traitements anti-rétroviraux majorent ce risque également.

L'infection à VIH.

Les personnes séropositives sont également plus à risque de développer des troubles cognitifs, dû en partie à l'action du virus au niveau des cellules du système nerveux central.

- 13- L'infection par le VIH contre indique la vaccination Diphtérie-Tétanos-Polio et anti-grippale
Elle contre-indique seulement la vaccination par le BCG et ce quel que soit le taux de CD4. La vaccination par vaccins vivants atténués est recommandée dès lors que le taux de lymphocytes CD4 est supérieur à 200/mm³.

Traitements

- 14- Les thérapies contre le VIH sont partiellement efficaces car le virus reste en permanence détectable dans l'organisme
L'indéteçtabilité de la charge virale à 6 mois est un critère de succès thérapeutique.
- 15- Les traitements contre le VIH comprennent
 Une dizaine de comprimés par jour
 Au moins une injection sous-cutanée par jour
 Moins de 3 comprimés par jour
Aujourd'hui, les trithérapies recommandées comportent le plus souvent des associations de molécules permettant une prise quotidiennes de 1 à 3 comprimés.
- 16- Les traitements sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie au titre d'une Affection Longue Durée
Il s'agit de l'ALD 7.
- 17- Le coût moyen mensuel d'une trithérapie anti-rétrovirale est de
 700€ 1500€ 3000€

Aspects sociaux

- 18- Les personnes vivant avec le VIH sont
 Eligibles à l'allocation Adulte Handicapé
 Interdites de soins funéraires
 Plus souvent isolées socialement que la population générale
Elles peuvent être éligibles après instruction de leur dossier auprès de la MDPH à l'Allocation Adulte Handicapé si elles rencontrent des limitations de leurs activités du fait de leur maladie.
L'interdiction de soins funéraires a été levée en 2018.
Les études menées au sein des populations de malades tendent à relever un isolement social plus marqué, souvent liés aux parcours de vie et aux discriminations dont ont pu être victimes les personnes.

Sources bibliographiques

*Prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts
Vaccination chez l'adulte immunodéprimé. INPES*

C. Réponses apportées à la partie « commentaires libres »

- 1- reponse au hasard du cout de la trithérapie : il n'y avait pas d'option "ne sait pas"
- 2- Bonjour, Je suis une chef de service non une cadre de santé (pas de formation spécifique en santé). Les réponses sont basées sur mes études et l'information publique plus ou moins donnée à la population générale.
- 3- J'ai répondu non à la question 24 mais je tiens à expliquer pourquoi. Nous n'avons eu qu'une seule demande et il s'agissait d'un résident atteint de démence type Alzheimer. Il avait une sexualité très active. Et à ce moment là notre unité Alzheimer n'était composée que de femme et nous n'avons pas su comment gérer la situation. Peut-être qu'un résident non déambulant nous poserait moins de questionnement.
- 4- Absence Méd coordonnateur. L'accueil serait soumis à plusieurs conditions : avoir un médecin coo, avoir un bon suivi par le médecin traitant, des moyens suffisant pour accompagner la personne et prévenir les risques d'exposition au sang (en cas de chutes à récides, ou comportements à risque de type agitation. La question dans nos structures n'étant pas trop la protection du personnel (ils sont formés et savent se protéger), mais l'exposition des autres résidents ...
- 5- je prends mon poste de médecin coordonnateur seulement ce jour, c'est ma première expérience dans ce domaine.
- 6- Question 24 : Accepter une demande d'admission pour une personne HIV positive ne poserait pas de problème de mon point de vue. Les demandes sont traitées en commission d'admission. Je ne connais pas le point de vue des autres participants et la situation ne s'est jamais présentée. Réponse subjective.
- 7- Bon courage
- 8- Je vous remercié de ce travail intéressant. les VIH vieillissants, avec les progrès thérapeutiques, vont arriver dans services gériatriques et automatiquement dans les EHPAD et les USLD. Sincèrement, ça nous inquiète car on est pas préparé et le personnels paramédical aussi; je pense une action nationale sera nécessaire comme c'était le cas pour les soins palliatif et la fin de vie. merci de nous tenir informer des résultats de cette enquête et nous invités à la thèse et journée VIH
- 9- prise de poste med co il y a 1 mois donc peu de recul sur l'antériorité des patients vih sur l'établissement
- 10- Quelques réponses sont hasardeuses ou intuitives. Je manque d'informations récentes
- 11- Merci pour cette révision de connaissances .Sujet important qui va nous concerner effectivement dans les années à venir, nécessitant un travail de formation auprès des équipes.
- 12- Pas de possibilité de défause lorsque je ne connais pas la réponse, alors parfois je répond n'importe quoi. Je n'ai pas eu de formation sur le VIH depuis 20 ans.
- 13- La sérologie HIV des résidents entrant en EHPAD n'est pas connue. Seule une autorisation préalable de prélèvement est demandée à l'entrée afin de pouvoir faire un prélèvement en cas d'AES
- 14- Pouvez vous m'adresser le résumé de votre thèse?
- 15- MERCI DE NOUS FAIRE UN RETOUR DE VOS RESULTATS
- 16- de temps, à certaines questions, j'aurais aimé répondre "ne sait pas"
- 17- aux questions : risque de contamination au delà de 50 ans et celle sur le cout mensuel financier , j'aurai voulu pouvoir répondre "ne sais pas".

E. Brochure d'Information

Grâce aux thérapies antirétrovirales efficaces et mieux tolérées, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont vu leur espérance de vie s'allonger considérablement. On estime désormais qu'elle se rapproche de celle observée au sein de la population générale. Aujourd'hui, 15% des PVVIH sont âgées de plus de 60 ans, 4% de plus de 75 ans. Leur accueil en établissements spécialisés doit désormais s'envisager le cas échéant.

Cette brochure est destinée à répondre aux questions que vous pouvez vous poser.



*Accueillir les
personnes vivant avec
le VIH en EHPAD*



Questions-Réponses

La séropositivité pour le VIH et le SIDA sont ils 2 termes synonymes ?

Non, le VIH est un virus transmissible par voie sexuelle ou sanguine. Le syndrome d'Im-muno-Déficience Acquis est l'évolution après plusieurs années d'une infection par le VIH non traitée.

Comment se transmet le VIH ?

Pour que le virus puisse se transmettre, 3 conditions doivent être réunies.

- Une excrétion de virus chez la per-sonne porteuse
- Un fluide vecteur: sang, sécrétions sexuelles, lait maternel
- Une porte d'entrée chez la personne saine: plaie, brèche cutanée, mu-queuses

Le VIH ne se transmet PAS par la sueur, les larmes, les urines ou les fécès.

Il n'y a aucun risque de transmission dans les actes et soins du quotidiens.

Une personne vivant avec le VIH et dont la charge virale a été contrôlée indétectable à plusieurs reprises peut-elle transmettre le virus ?

Non, les traitements actuels pris correcte-ment permettent de rendre indétectable le virus dans l'organisme.

Je me suis piqué avec une aiguille ayant servi à un patient vivant avec le VIH, dois-je prendre un traitement préventif ?

Oui, une piqure avec une aiguille creuse (intravasculaire) ayant servi pour une personne vivant avec le VIH est à risque.

Une personne vivant avec le VIH m'a griffé au cours d'un soin.

Dois-je prendre un traitement préventif ?

Non, ni les griffures ni les morsures de sont susceptibles de transmettre le VIH, quel que soit le traitement suivi.

Quelles précautions s'appliquent lors des soins infirmiers d'une PWVIH ?

Les simples précautions habituelles, comme pour tout patient.

Les repas d'une PWVIH sont-ils soumis à des conditions d'hy-giène particulières ?

Non

Lors de la toilette d'un PWVIH, dois-je prendre certaines précau-tions ?

Non

Et si un.e résident.e VIH+ a des relations sexuelles avec un.e résident.e ?

Une personne VIH+ avec traitement efficace ne transmet pas le virus à son/sa partenaire, même en cas de rapport non protégé.

Un rapport avec préservatif permet cependant une protection contre les autres IST.

En quoi consiste le traitement ?

Auparavant, les traitements anti-rétroviraux étaient très lourds et contraignants. Aujourd'hui les trithérapies recommandées com-portent le plus souvent des associations de molécules permet-tant une prise quotidienne de 1 à 3 comprimés. Le traitement coûte en moyenne 700€ par mois et est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie au titre de l'Affection Longue Durée (ALD) n°7.

Quelles sont les comorbidités fréquemment associées à l'infec-tion par le VIH ?

Les comorbidités associées au VIH peuvent être liées à l'infec-tion en elle-même, aux traitements, ou bien au vieillissement de l'organisme (pouvant survenir plus précocement chez ces pa-tients).

Les PWVIH sont plus à risque de développer des cancers, des troubles cognitifs, de l'ostéoporose, des atteintes rénales ou hépatiques, des dyslipidémies...

Ces comorbidités peuvent être prises en charge par le médecin traitant, en partenariat avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD et le médecin spécialiste du VIH référent.

Comment s'effectue le suivi des patients VIH+ ?

Les PWVIH continuent d'être suivies 2 à 3 fois par an par le mé-decin spécialiste du VIH. Lorsqu'il s'agit en EHPAD, le médecin traitant en concertation avec le médecin coordonnateur continue le suivi médical. Le médecin spécialiste du VIH reste disponible en cas de question sur la pathologie, les traitements et interac-tions médicamenteuses.

Sources bibliographiques:

Prise en charge médicale des patients vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts (2017-2018)

Alexandre OZANNE **VIH en EHPAD : connaissances des médecins coordonnateurs et cadres de santé sur la pathologie**

RESUME :

INTRODUCTION : L'efficacité et la meilleure tolérance des traitements antirétroviraux ont considérablement allongé l'espérance de vie des personnes vivants avec le VIH. Ces patients présentent ou vont présenter des incapacités fonctionnelles liées à leur âge, à l'infection à VIH et à leurs comorbidités. La question de leur accueil dans les établissements médico-sociaux va désormais se poser or les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne sont pas préparés à accueillir ces « nouveaux » patients.

Le but de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissances des médecins coordonnateurs et cadres de santé des établissements concernés à propos de l'infection par le VIH et de présenter un état des lieux de l'accueil effectif des PVVIH en EHPAD.

METHODE Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive sur les départements du Rhône, de l'Ain, de la Drôme et de l'Ardèche en diffusant un questionnaire par voie électronique à tous les EHPAD.

Le questionnaire comprenait 3 parties : une première partie sur le niveau d'information des participants sur l'infection par le VIH en général, une deuxième partie sous la forme d'un quizz explorant différents aspects de la pathologie et ses modes de transmission, et enfin une troisième incluant des questions fermées sur les caractéristiques des établissements participants.

RESULTATS 327 établissements ont été contactés, 57 réponses ont pu être analysées soit un taux de participation de 17,4%.

17 participants (30%) s'estimaient bien informés à propos du VIH mais seulement 7 (12%) avaient déjà été sensibilisés au sujet des personnes vieillissantes avec le VIH.

Le score moyen de l'ensemble des participants était de 15,44/22 (écart-type 2,12, score médian 16). Le score moyen des médecins était de 16,54/22 (écart-type 1,62 ; score médian 16,5), tandis que celui des cadres était de 14,38 (écart-type 2,03 ; score médian 15). On peut considérer les connaissances générales des médecins comme satisfaisantes mais les situations à risque de transmission du virus nécessitent d'être clarifiées car elles ont pu faire l'objet de réponses paradoxales. Les connaissances des cadres de santé méritent d'être approfondies car certaines craintes infondées subsistent.

11 établissements (19%) déclaraient accueillir ou avoir accueilli une personne vivant avec le VIH. 50 (88%) établissement se déclaraient prêt à accueillir une demande d'hébergement concernant une personne vivant avec le VIH. Plusieurs souhaits de formation sur le sujet ont émergé de la part des participants.

CONCLUSION Le faible nombre de professionnels sensibilisés au vieillissement des PVVIH et le score des participants suggèrent que la formation et la sensibilisation des personnels exerçant en EHPAD est une des clés pour promouvoir leur accueil en établissements spécialisés. La nature et le type de cette formation doivent être déterminés. Une fiche d'information synthétique élaborée à partir des réponses aux questions du quizz est un outil intéressant à proposer aux EHPAD.

MOTS CLES : VIH, Etablissements de soins de long séjour, connaissances, médecins coordonnateurs, cadres infirmiers

JURY

Président : Monsieur le Professeur Tristan FERRY

Membres :

Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON

Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Madame le Docteur Anne-Claire THURY

DATE DE SOUTENANCE : le 26 mars 2019

COORDONNEES DE L'AUTEUR :

Alexandre OZANNE

7 Place Carnot 07300 TOURNON sur RHONE

Mail : alexandreoazanne@hotmail.com