



Recherche sur le vieillissement

JUIN 2020
Numéro 18

Lettre d'information de l'Institut de la longévité, des vieillessees et du vieillissement

Édito

Nous avons choisi de maintenir le thème initialement prévu pour ce numéro. Concernant la crise sanitaire, vous trouverez plus loin un « mot » de la direction de l'ILVV renvoyant à un espace dédié sur le site internet. L'ILVV y reviendra en bien d'autres occasions.

Encore peu de recherches sont consacrées au vieillissement des personnes vivant avec le VIH, notamment parce que c'est une tendance récente. Les générations atteignant aujourd'hui les âges élevés ont payé un effroyable tribut face à la maladie. Car les traitements permettant une quasi-disparition de la charge virale (et du risque létal) sont récents. Les recherches disponibles montrent que vieillir avec le VIH peut être complexe du fait d'un probable surrisque de comorbidité et de parcours plus souvent heurtés (maladie, deuil, ruptures sociales, professionnelles ou familiales, difficultés financières, discrimination, isolement). Or, les services prenant en charge les « maladies du vieillissement » connaissent peu les problématiques du VIH ; et inversement pour les services prenant en charge le VIH. Pourtant, comme le montre la *Lettre*, les questions qui s'y posent (sociales, légales et éthiques, sur le rapport aux soins, les besoins, les droits et les choix) se font écho, soulignant la nécessité de développer des recherches croisées.

Emmanuelle Cambois

Focus

Vieillir avec le VIH

Clotilde Allavena

Médecin infectiologue, Inserm CIC 1413, CHU de Nantes

Près de 40 ans après le début de l'épidémie du VIH et plus de 20 ans après l'arrivée des traitements antirétroviraux puissants et bien tolérés, le profil des personnes vivant avec le VIH (PVIH) a changé. Cette maladie mortelle est devenue une maladie chronique. On assiste actuellement à un vieillissement de sa population, dû à une augmentation considérable de son espérance de vie, qui rejoint progressivement celle de la population générale (1, 2).

En France, le pourcentage de PVIH âgées de 50 ans et plus est passé de 8,5% en 1993 à 42% en 2012, 13,8% ayant 60 ans et plus (3). Cependant, il persiste des différences d'espérance de vie dans certains sous-groupes de personnes selon le sexe, l'origine ethnique, le mode de transmission du VIH, les modes de vie et le niveau initial d'immunodépression (4, 5).

Données cliniques

L'âge au moment de la contamination a des répercussions sur le vieillissement. Les profils des personnes sont différents suivant qu'elles ont été contaminées 15 à 20 ans auparavant ou depuis seulement quelques années. Parmi les personnes de

75 ans et plus qui vivent avec le VIH depuis 22 ans en médiane, 93% ont découvert leur séropositivité après l'âge de 50 ans, et 7,9% après 75 ans (6). Comparée à la population plus jeune, l'infection VIH chez les plus de 75 ans est souvent diagnostiquée à un stade plus évolué, au décours d'une infection opportuniste ou avec une immunodépression sévère. Les relations hétérosexuelles sont plus fréquemment le mode de contamination, ce qui peut diminuer la perception du risque d'infection et retarder le diagnostic (6, 7).

Certaines comorbidités sont plus fréquentes parmi les porteurs du VIH qu'en population générale : l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaires et rénales, les dyslipidémies,

Sommaire

▶ FOCUS 1/3

Vieillir avec le VIH
Clotilde Allavena

▶ LABO 4

AgéDroit – Le vieillissement saisi par le droit
Aline Vignon-Barrault

▶ INFO + 5/8

Les premières générations de patients séropositifs vieillissants méritent une nouvelle approche conjointe entre médecins et psychologues
Syrine Slim

Les personnes vieillissant avec le VIH vont plutôt bien
Maks Banens

Quelle place pour la philosophie de la médecine dans la recherche sur la vieillesse et le vieillissement ?
Agathe Camus et al.

▶ QUESTIONS À 9/10

Valérie Pourcher (Infectiologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris)

▶ BRÈVES 9/10

▶ RELAIS 11/12

▶ AGENDA 12

le diabète et de nombreux cancers (1, 5, 7, 8). Si les différences s'estompent dans les populations les plus âgées, des études récentes montrent toujours un surrisque d'infarctus du myocarde et de diabète dans la population féminine la plus âgée (9, 10). Ces surrisques seraient liés à des dysfonctionnements immunitaires persistants et chroniques, une inflammation et les effets toxiques du traitement. Des facteurs de risque conventionnels associés au mode de vie semblent aussi représenter une partie substantielle et potentiellement évitable des comorbidités liées à l'âge (5). Le défi est que le vieillissement avec le VIH est associé, comme en population générale, à la survenue de pathologies qui peuvent s'ajouter à celles classiquement liées au VIH.

L'étude SEPTAVIH

La transition de la comorbidité à la fragilité avec l'avancée en âge, cet état de perte progressive d'autonomie nous fait entrer dans le monde de la gériatrie. L'étude ANRS EP66 SEPTAVIH s'intéresse à l'évaluation de la fragilité chez les PVVIH âgées de 70 ans et plus, pour permettre de développer de nouveaux outils de prise en charge du VIH en gériatrie.

Une étude socio-anthropologique complètera les données cliniques et biologiques collectées. Elle permettra de décrire et d'approfondir les expériences des PVVIH polyopathologiques et les logiques de gestion de l'infection VIH en lien avec les autres pathologies chroniques ; elle permettra également de mieux comprendre les interactions entre les différentes dimensions de l'environnement des PVVIH (social, familial, médical), alors que certains n'ont pas partagé leur statut avec leurs proches, même en présence d'autres maladies chroniques, par peur du rejet et de la stigmatisation (11). Cette étude permettra de comprendre l'effet de ces environnements sur la prise en charge des pathologies, d'identifier les besoins spécifiques des PVVIH et de proposer des interventions futures aux patients les plus fragiles. Le soutien des proches, leur positionnement et leur rôle spécifique auprès des PVVIH âgées en contexte de multimorbidité constituent un enjeu de taille en raison du secret qui entoure l'infection VIH. On peut craindre aussi qu'elles aient moins d'aidants qu'en population générale, notamment du fait de ruptures des liens familiaux (divorces, veuvages, homosexualité, migration, etc.).

L'accueil en Ehpad

La fragilité et la perte d'autonomie posent la question de l'entrée en institution. Aujourd'hui, encore peu de PVVIH ont été accueillies dans les Ehpad, mais il est nécessaire d'anticiper cet accueil et d'identifier les freins et les limites. Un questionnaire en ligne réalisé par le COREVIH des Pays de la Loire en 2016 montre que les trois quarts des répondants (directeurs d'Ehpad, médecins coordonnateurs et infirmières) étaient prêts à héberger des PVVIH. Les freins principaux étaient l'absence de formation du personnel à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, les difficultés dans la prise en charge médicale liées aux troubles associés et aux éventuelles interactions médicamenteuses, le coût des traitements, ainsi que la peur d'une éventuelle contamination avec les résidents et/ou les membres du personnel. La crainte vis-à-vis de difficultés sociales ou de la sexualité était moins fréquemment exprimée. La quasi-totalité des répondants étaient demandeurs d'une formation avant l'accueil d'un résident vivant avec le VIH (12).

Conclusion

Les personnes les plus âgées, qui ont moins accès aux mesures de prévention habituelles, peuvent présenter des comportements à risque différents des populations plus jeunes. Il est nécessaire d'organiser des campagnes pour sensibiliser les seniors, comme cela existe déjà aux États-Unis, afin qu'elles ne soient pas exclues des études de stratégie de prévention (essais vaccinaux par exemple) ou d'approches thérapeutiques innovantes (essais de « cure »), de l'évaluation de nouvelles stratégies thérapeutiques de simplification ou d'allègement. Il est évidemment essentiel de tenter de réduire l'exposition des populations vivant avec le VIH à des facteurs de risque modifiables en encourageant les modifications du mode de vie et, si nécessaire, en mettant en œuvre des interventions thérapeutiques. La question est aujourd'hui de savoir si des interventions spécifiques de prévention et de prise en charge des pathologies liées à l'âge pour la population vivant avec le VIH doivent être mises en œuvre, sans prendre le risque que des interventions ciblées puissent raviver la stigmatisation de la population vivant avec le VIH, maintenant que sa santé s'est améliorée. (...)

Quelques références

1. Castilho J.L., Escuder M.M., Veloso V. *et al.* (2019). Trends and predictors of non-communicable disease multimorbidity among adults living with HIV and receiving antiretroviral therapy in Brazil. *J Int AIDS Soc*, 22(1): e25233.
2. Antiretroviral Therapy Cohort C. (2008). Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet*, 372(9635): 293-9.
3. Costagliola D. (2014). Demographics of HIV and aging. *Curr Opin HIV AIDS*, 9(4): 294-301.
4. Patterson S., Cescon A., Samji H. *et al.* (2015). Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC Infect Dis*, 15: 274.
5. Althoff K.N., McGinnis K.A., Wyatt C.M. *et al.* (2015). Comparison of risk and age at diagnosis of myocardial infarction, end-stage renal disease, and non-AIDS-defining cancer in HIV-infected versus uninfected adults. *Clin Infect Dis*, 60(4): 627-38.
6. Allavena C., Hanf M., Rey D. *et al.* (2018). Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: the challenge of geriatric patients. *PLoS One*, 13(9): e0203895.
7. Schouten J., Wit F.W., Stolte I.G. *et al.* (2014). 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*, 59(12): 1787-97.
8. Smit M., Olney J., Ford N.P. *et al.* (2018). The growing burden of noncommunicable disease among persons living with HIV in Zimbabwe. *AIDS*, 32(6): 773-82.
9. Frazier E.L., Sutton M.Y., Tie Y., Fagan J., Fanfar R.N. (2019). Differences by sex in cardiovascular comorbid conditions among older adults (aged 50-64 or ≥ 65 years) receiving care for human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*, 69(12): 2091-100.
10. Balde A., Lang S., Wagner A. *et al.* (2019). Trends in the risk of myocardial infarction among HIV-1-infected individuals relative to the general population in France: impact of gender and immune status. *PLoS One*, 14(1): e0210253.
11. Slomka J., Prince-Paul M., Webel A., Daly B.J. (2017). Multimorbidity with HIV: views of community-based people living with HIV and other chronic conditions. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 28(4): 603-11.
12. Delamarre-Damier F., Sécher S., Allavena C. (2017). Accueillir dans les Ehpad des personnes âgées vivant avec le VIH : êtes-vous prêts ? Trente-septièmes Journées annuelles de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), Paris.

(...) Dans ce contexte, la recherche doit définir des axes d'étude dans les différentes thématiques qui doivent cibler plus spécifiquement la population vieillissante. Le vieillissement est un processus naturel et souhaité. Pour de multiples raisons, les PVVIH sont plus à risque de problèmes de santé liés à l'âge. Une prise en charge adaptée au vieillissement, en collaboration avec les gériatres, s'impose progressivement dans nos services. Chaque progrès de la médecine apporte de nouvelles questions et de nouvelles opportunités. C'est un défi passionnant que de devoir maintenant se pencher sur la meilleure façon de prendre soin des personnes vivant avec le VIH lorsqu'elles atteignent un âge avancé. ●

Pour en savoir +

L'auteure :
Clotilde Allavena

Le mot de la direction de l'ILVV

La crise du COVID-19 a frappé violemment les plus âgé·e·s d'entre nous. Le désarroi des résident·e·s et personnel des maisons de retraite et les questionnements sur les « âgés » ont constitué un révélateur incroyablement puissant du besoin de recherches en sciences humaines et sociales dans le champ du vieillissement : conditions de vie, de fins de vie, citoyenneté, droits et protection, exclusion, inégalités, liens sociaux et intergénérationnels, fracture numérique, etc. Des projets de recherche ont été mis en place immédiatement, grâce aux efforts des chercheur·e·s, pour collecter sur le moment des informations précieuses ([cliquez ici](#)). Il faudra du temps et des ressources pour analyser cette séquence et l'inscrire dans nos démarches compréhensives, bien plus larges. Puisse la recherche en SHS sur les dynamiques du vieillissement, les conditions des vieillesse et l'expérience de la longévité être dûment soutenue : le vieillissement est un phénomène qui n'a rien de soudain et dont l'impact sera, nous le savons déjà, durable et massif. La crise du COVID-19 montre en tout cas l'impérieuse nécessité d'ouvrir franchement le dossier « grand âge ».

AgéDroit – Le vieillissement saisi par le droit

Aline Vignon-Barrault

Professeur de droit privé, université d'Angers, Centre de recherche juridique et politique Jean Bodin

ÂgéDroit est un programme de recherche qui a été dirigé par Aline Vignon-Barrault d'avril 2017 à fin 2019. Il répondait à une double attente scientifique et professionnelle de la société civile, des travailleurs et des personnels en lien avec une population vieillissante.

Financé par l'université d'Angers, ce projet a été placé sous l'égide du centre Jean Bodin (CJB UPRES EA n° 4337, pôle recherche LL-SHS). Il s'est appuyé à la fois sur l'axe 1 du centre (Patrimoine, entrepreneuriat, cohésion sociale et justice), dont A. Vignon-Barrault est directrice, mais également sur l'axe 6 de la structure fédérative de recherche Confluences (Santé, bien-être, âges et cadre de vie). Il s'est par ailleurs intégré dans un programme plus vaste dit « collegium » sur le vieillissement de la population, porté par l'université d'Angers.

Un constat d'abord : le droit applicable aux personnes âgées ayant donné lieu à de nombreuses réformes depuis une quinzaine d'années, il se trouve aujourd'hui disséminé dans divers codes et textes. Le programme a permis de recenser et d'ordonner ces règles spécifiques aux personnes âgées afin de livrer une présentation rationnelle et exhaustive du droit positif. Une opportunité ensuite : la problématique du vieillissement, par nature ouverte à la pluridisciplinarité,

a offert de nombreux angles d'étude. Les travaux ont ainsi fait une large place aux droits fondamentaux de la personne âgée et à la nécessité de repenser sa place et son image dans nos sociétés. Une attention particulière a été portée à la santé, notamment à travers les maladies liées à l'âge (Alzheimer, Parkinson, etc.). En outre, le projet a permis d'étudier, toujours dans un cadre interdisciplinaire, les modes de vie du senior, son travail, son patrimoine, son logement, sa vie intime ou encore le statut de ses proches aidants, le tout à la lumière des plus récentes avancées législatives.

Tout au long de son déroulement, le projet a fait émerger de nombreux questionnements éthiques qui ont été discutés dans le cadre d'un partenariat régulier avec l'Espace de réflexion éthique des Pays de la Loire (EREPL). Les travaux ont donné lieu à sept colloques qui se sont succédé à un rythme cadencé (*encadré*). Certains ont été publiés et le reliquat donnera lieu à un ouvrage collectif les regroupant suivant un plan logique. ●

Quelques références

Vignon-Barrault A. (2019). Le respect des droits fondamentaux des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, *Studia Prawno Ekonomiczne*, 111, p. 117-141.

Vignon-Barrault A. (2019). « Le droit à la sexualité des personnes âgées », in Jean M., Dutier A. (dir), *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement*, Éres.

Vignon-Barrault A. (2018). « Le droit au bonheur des malades atteints du cancer », in Mélanges G. Pignarre, *Un droit en perpétuel mouvement*, LGDJ.

Pour en savoir +

Aline Vignon-Barrault
Projet AgéDroit
Centre Jean Bodin
SFR Confluences

Les colloques AgéDroit

« La personne âgée, sujet de protection du droit », 20 avril 2018 ; *Revue de droit sanitaire et social [RDSS]*, Dalloz, 2018, 5, p. 757-822.

« Le logement de la personne âgée », 17 décembre 2018 ; *RDSS*, 2019, 4, p. 587-668.

« Le statut de la séniorité », 3 mai 2019.

« Regards croisés franco-marocains sur la personne âgée », 12 juin 2019 ; à paraître dans un ouvrage collectif dirigé par le Pr Michel Borgetto.

« La vie affective et sexuelle de la personne âgée : enjeux juridiques et éthiques ? », 13 septembre 2019, en cours *RDSS*.

« Le patrimoine de la personne âgée : questions choisies », 21 novembre 2019.

« Les personnes âgées et la fin de vie », 22 novembre 2019.

Les premières générations de patients séropositifs vieillissants méritent une nouvelle approche conjointe entre médecins et psychologues

Syrine Slim

Psychologue clinicienne et psychanalyste, docteure en psychologie, service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris ; ED 450 recherches en psychanalyse et psychopathologie, CRPMS, université Paris Diderot

En France, l'âge médian des personnes séropositives a dépassé 50 ans : il était de 49,7 ans en 2015, avec 49% de patients ayant plus de 50 ans et 16% plus de 60 ans (rapport Morlat, 2017, p. 17). La *Stratégie nationale de santé sexuelle* recommande de « prendre en compte et anticiper le vieillissement de la population vivant avec le VIH » tandis que le rapport Morlat, qui souligne que « l'infection par le VIH fait également intervenir des dimensions psychologiques et sociales majeures », plaide pour une approche multidisciplinaire et considère le vieillissement comme une indication à recourir à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

La collaboration entre médecin et psychologue mise en place il y a plus de 30 ans avec l'émergence de cette nouvelle pathologie mérite d'être élargie et repensée à l'aune de cette heureuse réalité : le nombre de patients séropositifs vieillissants croît, avec des durées de contamination très longues – mais, aussi, de nombreuses comorbidités. Le rapport Morlat préconise de profiter du bilan annuel pour dépister la dépression, à partir de deux outils recommandés (questionnaires PHQ-9 et CES-D). Si la prise en charge d'une dépression nécessite, outre un éventuel traitement médicamenteux, un suivi psychologique, on ne saurait réduire le périmètre d'intervention du psychologue à cette seule psychopathologie. Un précédent travail mené auprès de patients VIH de plus de 60 ans avait permis de repérer certains enjeux subjectifs du vieillissement et des facteurs psychosociaux individuels.

Nous avons mené des entretiens libres d'une durée moyenne d'une heure avec 12 médecins et 4 psychologues d'un service hospitalier de maladies infectieuses parisiennes, ayant en 2019 une file active de patients VIH de plus de 3800 adultes (dont 25% ont déjà rencontré un psychologue au

moins une fois), un âge médian de 51 ans et une durée moyenne de séropositivité de 15 ans. Les thématiques abordées, outre celle de la durée de la pratique avec des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), portaient notamment sur la définition que ces professionnels de santé ont du vieillissement, l'appréciation de leur compétence et leur intérêt personnel pour cette thématique ; mais aussi les spécificités perçues dans les différents groupes (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, femmes africaines, usagers de drogues, transsexuels, etc.) au regard du vieillissement, l'appréciation de la fréquence dépressive, les autres affects repérés, les effets de nouvelles annonces de comorbidités, les zones de vulnérabilité dans les parcours de vie à partir de la cinquantaine, les motifs d'adresse d'un patient vers un psychologue, les contributions possibles des psychologues dans l'accompagnement autour du vieillissement, des questions portant sur l'isolement, la discrimination, le rôle d'aidant du patient vieillissant auprès de parents âgés ou du conjoint, etc.

Il ressort de ces entretiens que si l'affect dépressif n'est pas ce qui domine, il importe d'être attentif à d'autres manifestations plus masquées d'un mal-être ou d'un appel à être écouté et accompagné, permettant de prévenir un enlèvement psychique. Voici quelques-unes des propositions qui ont émergé de ces entretiens : la mise en place d'une cellule vieillissement médecin-psychologue, interne au service et chargée d'apporter à l'équipe, à intervalle régulier, une meilleure compétence sur les aspects psychologiques et sociologiques du vieillissement ; une veille sur les expériences menées dans d'autres services ou d'autres COREVIH ; la désignation d'un référent gériatrie ; une évaluation des patients vieillissants lors d'une hospitalisation de jour ne se limitant pas à la dépression ; l'intervention plus fréquente des psychologues

auprès de la patientèle âgée grâce à une sensibilisation accrue des médecins à la thématique du vieillissement. ●

Quelques références

Épidémiologie de l'infection à VIH en France (juillet 2017), « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », Recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS.

https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_epidemi.pdf

Slim S., Meyohas M.-C. (2015). « Vieillir pour le sujet séropositif : apports d'une approche conjointe médecin et psychologue », *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, vol. 15, n°88, p. 225-230.

Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale de santé sexuelle, Agenda 2017-2030*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Lebouché B., Wallach I., Lévy J.J. (2008). « Vieillir avec le VIH : enjeux éthiques autour d'une population invisible », *Éthique publique*, vol. 10, n°2, mis en ligne janvier 2015

<http://journals.openedition.org/ethiquepublique/1467>

Miels-Québec (2013). *Vieillir avec le VIH-sida : nouvelle réalité et enjeux pour MIELS-Québec*. www.miels.org/wp-content/uploads/2013/09/Vieillir-avec-le-VIH-sida-MIELS-Qc.pdf

Dossier « Vieillir... comme les autres ? » (2013). *Remaides*, n°85, p. 44-51.

<http://cocqsida.com/assets/files/mediatheque/remaides-pdf/Remaides85-QC-COMPLET-LOW%20DEF.pdf>

Pour en savoir +

Slim S. (2018). *Secret pathogène, secret de famille, crypte et fantôme : de Moriz (Moritz) Benedikt à Nicolas Abraham et Maria Torok : nouvelles considérations historiques et épistémologiques*, Thèse de doctorat en psychologie, psychanalyse et psychopathologie, université Sorbonne Paris Cité et université Paris Diderot.

Les personnes vieillissant avec le VIH vont plutôt bien

Maks Banens

Chercheur en démographie, Centre Max Weber, UMR 5283

Les personnes vieillissant avec le VIH vont plutôt bien. C'est la conclusion à laquelle nous sommes parvenus à l'issue de la recherche menée en 2014-2015 sous l'égide du COREVIH Lyon-Vallée du Rhône. Elle tempère l'inquiétude apparue à leur égard. Celle-ci était nourrie de chiffres outre-Atlantique alarmants concernant la précarité des seniors séropositifs, le risque d'interruption du suivi médical, l'augmentation rapide de l'âge moyen de la population séropositive et la perspective d'entrée dans des institutions supposées peu ouvertes à la séropositivité et à certains modes de vie minoritaires.

Au cours de l'année 2014, nous avons rencontré 125 personnes vieillissant avec le VIH. Notre présence au sein de l'hôpital et l'appui des services hospitaliers ont permis une représentativité satisfaisante de l'échantillon. Nous avons eu un entretien approfondi avec 45 seniors ; les 80 autres ont répondu à un questionnaire. Toutes les informations sont autodéclarées et anonymes.

Contrairement aux seniors étatsuniens, les seniors lyonnais-rhodaniens n'ont pas d'inquiétude sur l'avenir de leur prise en charge médicale. Ce constat plutôt rassurant doit cependant être entendu en comparaison non pas avec les seniors séronégatifs, pour qui nous ne disposons pas de chiffres équivalents, mais avec les séropositifs plus jeunes, pour qui nous disposons d'un échantillon témoin. Comparés à ces derniers, les seniors séropositifs déclarent moins de précarité, de souffrance psychologique, d'anxiété devant l'avenir, d'isolement social et, plus généralement, une meilleure qualité de vie. De nombreux facteurs contribuent à cet état de fait ; nous en retenons deux plus particulièrement. D'abord, la fin de la vie professionnelle est vécue par tous avec soulagement. Elle signifie la fin d'un stress lié à la gestion de la séropositivité en milieu professionnel. Qu'il s'agisse de l'état de santé ou du mode de vie, la séropositivité oblige à gérer l'information auprès de collègues, de la hiérarchie ou d'usagers. Ensuite, le processus de vieillissement lui-même semble, paradoxalement, réconcilier les seniors avec leur séropositivité. Ils déclarent un meilleur état de santé que les plus jeunes mais également moins de craintes concernant son évolution. Bien

entendu, il s'agit de la santé ressentie. On a déjà constaté, dans la population générale, que l'avancement en âge sans problèmes de santé majeurs est associé à un état de santé ressenti comme bon, voire au-dessus de la moyenne (Baron-Epel *et al.*, 2001). C'est ce qui semble se passer également chez les seniors séropositifs. Si les plus jeunes ressentent leur état de santé dégradé par le VIH et les effets de son traitement, les seniors ont tendance à les ramener au niveau d'autres troubles chroniques, comme le cholestérol, l'hypertension, les douleurs articulaires, etc., qui n'empêchent pas de se sentir en bonne santé. En quelque sorte, l'apparition de troubles « ordinaires » de vieillissement re-normalise le senior séropositif en termes de santé ressentie.

Bien entendu, le constat général couvre des situations diverses. Celles-ci reprennent la diversité des modes de contamination. Le premier groupe, plus de la moitié des seniors, est celui des hommes ayant exclusivement – ou presque – des rapports sexuels avec des hommes. Leur qualité de vie déclarée est nettement supérieure à celle des plus jeunes. Pour eux, l'effet bénéfique de la fin de carrière professionnelle est des plus évidents. À cela s'ajoute une autre particularité : ils sont bien plus souvent en couple que leurs cadets et en général en couple recomposé et séroconcordant. Pour beaucoup, la crise de la découverte du virus est derrière eux, ils ont refait leur vie.

Les hommes et les femmes exclusivement – ou presque – hétérosexuels forment le deuxième groupe, comptant pour un tiers environ des seniors. Leur qualité de vie, même si elle est supérieure à celle des plus jeunes, est moins bonne que celle des hommes homosexuels. Deux types d'isolement social se distinguent parmi eux. Les femmes vivent plus souvent seules, car leurs enfants ont quitté le domicile, et la majorité d'entre elles n'ont pas de conjoint depuis longtemps. La plupart ont été contaminées par un amant de passage lors d'une période de vie en célibataire. Cependant, l'isolement social des femmes vieillissant avec le VIH est souvent compensé par l'entourage des enfants et, parfois, petits-enfants avec lesquels elles sont dans une majorité de cas en bons termes.

Ce n'est pas le cas des hommes hétérosexuels vieillissant avec le VIH de notre étude, qui connaissent souvent le conflit et l'isolement au sein de la cellule familiale. Ceux-ci ont été contaminés en général par des rapports extraconjugaux, n'ont pas contaminé leur conjointe, dont ils ne sont pas non plus séparés. Vivant donc le plus souvent avec leur conjointe et parfois des enfants, leur isolement vient du climat conflictuel entre eux et le reste de la famille. La condamnation du mari, et surtout du père, non seulement volage mais imprudent, semble fréquente et souvent très dure.

Le dernier groupe, environ un senior sur cinq, est constitué d'hommes ayant des pratiques bisexuelles. Le plus souvent contaminés après une vie de famille hétérosexuelle, lors d'une période de vie célibataire, ces hommes combinent les difficultés des femmes et des hommes hétérosexuels : ne vivant pas pleinement dans la communauté gay, ils sont peu nombreux à reconstituer une vie de couple ; et comme les hommes hétérosexuels, la découverte de leur séropositivité ouvre un conflit durable et parfois très fort entre eux et leurs enfants et ex-compagnes. Ce sont ces seniors bisexuels qui expriment le plus de difficultés psychologiques et sociales. Ils sont assez nombreux parmi les seniors vivant avec le VIH, mais ils sont peu visibles car souvent confondus avec les hommes homosexuels, au sein de la catégorie d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). ●

Quelques références

Banens M. (2018). *Vieillir avec le VIH. Seniors séropositifs entre précarité, solitude et sérénité*. Éditions Pepper & L'Harmattan.

Banens M. (2016). « Les relations sexuelles des seniors vivant avec le VIH ». *Sexologies*, vol. 25, n°3, p. 122-127.

Baron-Epel O. et Kaplan G. (2001). « General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? ». *Social Science & Medicine*, vol. 53, n° 10, p 1373 81.

Pour en savoir +

Maks Banens
Julie Thomas
Isabelle Mallon

Quelle place pour la philosophie de la médecine dans la recherche sur la vieillesse et le vieillissement ?

Agathe Camus¹, Clémence Guillermain², Marie Gaille³, Mathilde Lancelot⁴, César Meuris⁵

¹ post-doctorante, Triangle, UMR 5206, ENS de Lyon ; ² doctorante, SPHERE* ; ³ directrice de recherche en philosophie, SPHERE* ; ⁴ post-doctorante, SPHERE* ; ⁵ coordinateur de la recherche au Centre Ressort de la Haute École Robert-Schuman (Belgique)

*Sciences, Philosophie, Histoire (SPHERE), UMR 7219, université de Paris-CNRS

Les travaux doctoraux développés dans cet article ont été réalisés dans le cadre de l'unité de recherche SPHERE (UMR 7219, université de Paris-CNRS), dont l'un des axes est l'histoire et la philosophie de la médecine⁶. Ils ont été ou sont réalisés sous la direction de Marie Gaille.

La vieillesse et le vieillissement sont des objets en un sens « classiques » de la philosophie, que ce soit pour porter sur eux un regard désabusé et quelque peu mélancolique, ou inciter à l'insouciance comme le fait Montaigne, invitant les personnes âgées à se détourner par tous les moyens du chagrin en assistant aux « exercices, danses et jeux de la jeunesse » (*Les Essais*, 1595, Paris, PUF/Quadrige, p. 842), « à resver et baguenauder » (p. 843), tandis que les jeunes doivent « se tenir sur la réputation et sur le bon bout » (*ibid.*, p. 843) !

Pourtant, leur nature et leurs caractéristiques, leur expérience vécue demeurent toujours un peu mystérieuses. Aujourd'hui, plusieurs analyses philosophiques, bioéthiques notamment, portent un regard critique sur les diverses formes de stigmatisation de la vieillesse (par exemple dans les travaux de Sarah Carvallo, Élodie Giroux, Corinne Pelluchon). Au-delà de ce point central, notamment eu égard à la nécessité d'adopter une distance réfléchie au sujet de quelques courants de pensée très médiatisés (comme le transhumanisme) ou d'entreprises médicales « anti-âge », la philosophie de la médecine et des sciences biomédicales a identifié deux « fronts » de questionnement. Plusieurs travaux doctoraux en philosophie ambitionnent d'apporter à leur sujet des éléments de compréhension.

Le premier front consiste en une question quelque peu massive, mais fondamentale : sait-on, au fond, en quoi consistent la vieillesse et le vieillissement ? La thèse en cours de Clémence Guillermain part du constat que la réponse n'a rien d'évident. Elle repose sur l'hypothèse selon laquelle une part de la réponse réside sans doute au croisement de l'expérience vécue – abordée

ici à travers un ensemble de réflexions philosophiques, « existentielles », et des connaissances issues de la biologie du vieillissement et de la clinique gériatrique. En explorant ce croisement, il ne s'agit pas de nier la dimension sociale de l'expérience du vieillissement, mais de faire place à la dimension « corporée », physiologique, de l'existence humaine. Tout l'enjeu est de pouvoir appréhender la vieillesse et le vieillissement comme objet d'une expérience subjective, ancrée dans un corps, qui connaît l'expérience d'un déclin progressif ou brutal de ses capacités. Ce déclin peut être associé, ou non, au développement d'une pathologie lourde comme la maladie d'Alzheimer.

Le second front réside dans l'exploration épistémologique et éthique de situations de soin complexes, en contexte hospitalier, tant du point de vue de la pratique de soin que des valeurs éthiques qui sous-tendent la décision médicale. La thèse de César Meuris interroge la pertinence de la valorisation du principe du respect de l'autonomie tel qu'il est aujourd'hui majoritairement plébiscité dans le secteur des soins de santé. Pour ce faire, il a porté son attention sur la question du consentement aux soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire là même où l'actualisation de ce principe fait particulièrement question. En effet, la maladie d'Alzheimer implique une diminution des capacités (notamment cognitives) des personnes qui en sont affectées, mettant ainsi l'autonomie du sujet à l'épreuve. Sa réflexion a mis en avant le fait que la reconnaissance de l'autonomie des personnes ne dépend pas tant des « compétences » qui seraient propres aux patients (et qui auraient été objectivement évaluées ou identifiées), mais d'affects et de motivations qui sont ceux des soignants

face au soin avec contrainte, indépendants de tout attribut propre aux personnes soignées. Les situations de soin complexes apparaissent aussi lorsque les patients *deviennent* « vieux », que leur maladie se prolonge, plaçant ainsi les équipes médicales face à de nouvelles problématiques de soin. Mathilde Lancelot a ainsi mené un travail sur le sens accordé aux technologies médicales, spécifiquement cérébrales, dans une thèse consacrée à la prise en charge de la maladie de Parkinson par stimulation cérébrale profonde. Elle a mis en avant l'apparition toute récente de patients vieillissant avec ce type d'implants et leurs préoccupations spécifiques quant à leur avenir avec cette prise en charge. Celle-ci vient, au long terme, modifier certains symptômes de la maladie chronique, en créer de nouveaux, et complexifier dès lors les expériences vécues des personnes et les relations de soin associées. Le caractère délicat de la décision médicale ressort également du travail doctoral d'Agathe Camus, au sujet de la prise en charge en médecine interne de patients vivant avec des maladies chroniques, souvent en situation de polyopathie et/ou de fragilité gériatrique, et hospitalisés à l'occasion d'un épisode de crise ou d'une pathologie intercurrente aiguë. Évoquant des « situations-limites », ce travail de thèse, qui discute les notions de santé et d'autonomie ainsi que leur mobilisation chez cette population de patients, a aussi pour intérêt de mettre en évidence que la décision médicale est toujours traversée par des questions « existentielles ». L'on ne revient pas nécessairement à Montaigne, mais à ce qui peut être inventé, en contexte hospitalier et au-delà, dans des formes de suivi médical à domicile, pour cultiver la « latitude de vie » de ces personnes vieillissantes et malades, mais dont la vie ne se réduit pas à la maladie :

⁶ Ces travaux ont tous trouvé un financement (bourse doctorale AMX, bourse doctorale universitaire, financement doctoral de la Fondation Plan Alzheimer et de l'Association France Parkinson, contrat de recherche).

l'autonomie et la santé au sens strict ne sont plus leur horizon, mais il demeure chez ces personnes des marges de capacités restantes.

Sur le plan méthodologique, l'exploration épistémologique et éthique de situations de soin complexes a reposé, dans ces différents travaux, sur un même parti pris : l'analyse conceptuelle et le recours au corpus philosophique existant sont nécessaires mais non suffisants et doivent être complétés par un travail – que l'on peut nommer « empirique » ou « de terrain » – fondé sur

des observations de type ethnographique et/ou des entretiens qualitatifs, des comparaisons, des échanges informels. Ceux-ci viennent nourrir la réflexion philosophique, l'actualiser et l'ancrer dans les situations de vie réelles rencontrées par les personnes âgées et celles qui en prennent soin. Le travail en cours de Clémence Guillermain n'est pas étranger à cette dimension empirique, à la différence qu'il comporte aussi une part d'observations en laboratoire et d'entretiens avec des biologistes du vieillissement, très utiles pour décrypter l'état de la littérature et ses enjeux épistémologiques. ●

Pour en savoir +

Les auteurs :

Agathe Camus

Marie Gaille

Clémence Guillermain

Mathilde Lancelot

César Meuris

Pour aller plus loin

Allavena C., Hanf M., Rey D., Duviol C., BaniSadr F., Poizot-Martin I. *et al.* (2018). Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: the challenge of geriatric patients. *PLoS ONE* 13(9): e0203895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203895>

Desesquelles A., Gotman A., Micheau J. et Molière E. (2013). Étude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA. Paris, Plein Sens – DGS. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etude_PVVIh_vieillissantes_mars2013_DGS_Plein_sens_2_.pdf

Girard G. (2016). Risque VIH et réflexivité. Logiques de prévention chez des gais séropositifs. *Sciences sociales et santé*, vol. 34(4), 81-107. doi:10.3917/sss.344.0081

Lert F., Obadia Y. et l'équipe de l'enquête Vespa (2004). Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? *Population et sociétés*, 406, 1-4. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18753/pop.et.soc.francais.406.fr.pdf

Marsicano É., Dray-Spira R., Lert F., Hamelin C. et le groupe ANRS-Vespa2. (2014). Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine. *Population et sociétés*, vol. 10 (516). 1-4. doi:10.3917/popsoc.516.0001

Pierret J. (2006). Vivre avec le VIH. *Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*. Paris, Puf, collection « Le Lien social ».

Wallach I., Ducandas X., Martel M. et Thomas R. (2016). Vivre à l'intersection du VIH et du vieillissement : quelles répercussions sur les liens sociaux significatifs ? *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 35(1), 42-54. doi:10.1017/S0714980815000525

Vignes M., Schmitz O. (2008). *La séropositivité : un regard des sciences sociales*. Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis.

Sabin C.A., Reiss P. (2017). Epidemiology of ageing with HIV: what can we learn from cohorts? *Epidemiology of ageing with HIV. AIDS*, vol.31, S121-S128. doi: 10.1097/QAD.0000000000001374

Voir aussi le communiqué de presse de l'Inserm du 17 octobre 2019 « Vieillir avec le VIH associé à un risque accru de développer des déficiences cognitives ». <https://presse.inserm.fr/vieillir-avec-le-vih-associe-a-un-risque-accru-de-developper-des-deficiences-cognitives/36953/>

Brèves

L'association Grey Pride en actions

L'association [Grey Pride](#), créée en octobre 2016, compte à ce jour plus de 120 adhérents âgés de 46 à 85 ans et des associations. Son objectif est triple : lutter contre les discriminations envers les seniors LGBT+, proposer des actions de soutien et des actions dans la filière gérontologique. Un label « Grey Pride Bienvenue » pour les services d'aide à domicile et établissements médicosociaux est en cours d'élaboration. Grey Pride est de plus attentif aux remontées d'informations sur des situations de maltraitance et de discrimination.

Si les personnes âgées font face à un risque élevé d'isolement, celui-ci est majoré chez les personnes âgées LGBT+, et encore davantage chez celles vivant avec le VIH. Cet isolement peut conduire à une perte d'autonomie et à une perte de l'estime de soi, à l'exclusion ou auto-exclusion, ou à la négligence dans la prise en charge de leur santé. Pour lutter contre ces processus, une campagne d'information sur les réseaux sociaux et de formation auprès des acteurs de la filière gérontologique a été menée en 2019. Pour ses adhérents, Grey Pride propose des ateliers et des accompagnements, notamment par le biais d'une ligne d'écoute téléphonique (01 44 93 74 03). Le collectif organise par ailleurs des recueils de parcours de vie et de témoignages pour garder vive la mémoire de la population senior LGBT+. L'association espère vivement qu'une étude française chez les personnes seniors LGBT+ vivant avec le VIH pourra être réalisée prochainement.

Vieillir avec le VIH : zoom sur les femmes

Dans ce chapitre de l'ouvrage *Des mots, des pratiques et des risques. Études sur le genre, les sexualités et le sida*, Rommel Mendès-Leite a analysé les trajectoires et les représentations de huit femmes séropositives âgées de 50 à 84 ans. Grâce aux entretiens qu'il a menés avec elles, cet enseignant-chercheur à l'Institut de psychologie de l'université Lumière Lyon 2 a pu livrer quelques clés de compréhension sur la vie sexuelle et affective de ces femmes et leur représentation du vieillissement avec le VIH. [Le chapitre de cet ouvrage](#) paru aux Presses universitaires de Lyon en 2016, l'année du décès de son auteur, est à lire en intégralité sur le site Open Édition.

Retraite et société

L'exclusion sociale des personnes âgées est au cœur des deux derniers numéros de la revue *Retraite et société* (n°s 81 et 82), pensés avec les membres du réseau de Coopération européenne en science et technologie (COST), à l'heure où se mettait en place le programme européen « Réduire l'exclusion sociale des personnes âgées » (ROSEnet). Des chercheurs de toute l'Europe ont contribué à ces deux volumes ; ils analysent entre autres la condition des seniors âgés face aux désavantages cumulés durant l'existence (chômage de fin de carrière, précarité sanitaire, etc.) et réfléchissent aux leviers à envisager à l'échelle de l'Europe pour y remédier.

Questions à...

Valérie Pourcher

Professeure de maladies infectieuses et tropicales, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (iPLESP), Inserm UMR_S 1136, Paris

Propos recueillis par Christelle Dédédjian (Cnav)

Que peut-on dire aujourd'hui de la qualité de vie des personnes de plus de 60 ans vivant avec le VIH ?

De manière globale, la qualité de vie des patients vivant avec le VIH s'est nettement améliorée ces dernières années, du fait entre autres de traitements beaucoup plus faciles à prendre, avec un seul comprimé par jour, moins toxiques et donc mieux tolérés. Cependant, la qualité de vie des personnes de plus de 60 ans n'a pas été vraiment évaluée, alors que « plus de 60 ans », cela signifie souvent des comorbidités associées, des problèmes d'hypertension, de diabète, de cholestérol et donc plusieurs traitements à prendre, avec des répercussions sur la qualité de vie des patients plus que l'infection par le VIH elle-même.

Dans les grands essais testant de nouveaux traitements ou des changements de traitement, les sujets âgés et les femmes ne sont pas bien représentés. Il peut exister des études spécifiques chez le sujet âgé, avec une barre volontiers mise à 50 ans. Chez les plus de 70 ans, des études sont en cours. L'Agence de recherche sur le Sida

et les hépatites virales mène actuellement une étude dont les résultats ne sont pas encore disponibles, d'autres sont en cours de soumission ou de finalisation.

Si on a encore peu d'éléments sur les plus de 60 ans voire plus de 70 ans, de manière globale, on a l'impression que les patients VIH vieillissent plus vite que les autres, avec des risques de comorbidités, entre autres métaboliques et cardiovasculaires, environ 10 ans plus tôt qu'en population générale. Les études sur les comorbidités en fonction de l'âge montrent bien qu'elles sont de plus en plus nombreuses au fur et à mesure de l'avancée en âge. Et qui dit comorbidités dit polymédication et prise en charge multidisciplinaire. On est encore peu habitués à voir des patients VIH de 70-75 ans ; avant ils mouraient bien avant d'atteindre ces âges. Une réflexion est en cours pour une prise en charge dans laquelle on inclura les gériatres qui n'ont pas été vraiment formés à la prise en charge des patients VIH, parce que c'est nouveau.

Le moment du dépistage semble faire une différence.

Comment peut-on améliorer le dépistage chez les seniors ?

Dans la population de plus de 60 ans, on a deux types de patients : ceux pour lesquels le diagnostic vient d'être posé, donc une contamination tardive ou un diagnostic tardif, et ceux qui vivent depuis 20, 30 ans ou plus avec le virus. La prise en charge sera nécessairement différente, car ceux qui vivent avec le virus depuis longtemps ont été exposés à des « drogues » toxiques, avec des effets secondaires, et ont donc une « charge » plus importante liée à leur maladie. Les patients plus récemment infectés ont des traitements moins toxiques, plus faciles à prendre et à gérer, ce qui sera donc plus simple pour eux en termes de qualité de vie. Mais cela nécessite de dépister au plus tôt l'infection.

Or, le dépistage est un énorme problème en France. Normalement, il est recommandé

chez tout le monde au moins une fois dans la vie, et plus si on a des facteurs de risque d'acquisition du VIH. Mais en pratique, le dépistage reste insuffisant, surtout dans les populations hétérosexuelles et encore plus vieillissantes. À l'heure actuelle, la proportion de patients nouvellement diagnostiqués après l'âge de 50 ans représente environ 20%¹, et si l'on regarde les plus de 60 ans, la proportion est stable depuis des années. Il y a donc probablement des lacunes dans le dépistage. Il faudrait que les plus de 60 ans, qui consultent au moins une fois par an le médecin traitant, se voient proposer par celui-ci un dépistage au moins une fois. Cela inclut également le dépistage des hépatites virales B et C, qui ont le même mode d'acquisition. Ce dépistage devrait devenir plus systématique.

¹ Tran T.C., Cazein F., Le Strat Y. et al., 2018, « Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 40-41, p. 792-8.

(suite)... Brèves

Gérontologie et société

Le dernier numéro de *Gérontologie et société* se penche sur le rôle des proches aidants, la nature de leurs engagements et de leurs expériences, ainsi que la reconnaissance qu'ils revendiquent aujourd'hui.

Des témoignages concrets du profil hétérogène de ces aidants, de l'extrême diversité des tâches qu'ils accomplissent et des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien sont retrouver dans les pages de ce numéro 161.

Parutions

Vieillir en société – Une pluralité de regards sociologiques

Françoise Le Borgne-Uguen, Florence Douguet, Guillaume Fernandez, Nicole Roux et Geneviève Cresson (dir.), Presses universitaires de Rennes, 2019, 416 p.

Les personnes âgées et le numérique

Mylène Deschênes, Christian Hervé, Michèle Stanton-Jean, éditions Dalloz, 2019, 284 p.

Comment les personnes jeunes nouvellement infectées par le VIH vieilliront-elles demain ?

Je pense qu'elles vivront mieux que les patients qui ont déjà 20 ou 30 ans d'évolution derrière eux, qui ont connu le début du VIH et les médicaments toxiques dont certains gardent des séquelles. Mais dans le VIH, qui reste aujourd'hui encore une maladie stigmatisante, un accompagnement psychologique est nécessaire pour un certain nombre de patients. Être dépisté tard ou vieillir avec une maladie stigmatisante, cela peut être compliqué, en termes de vie personnelle aussi. Il faut donc accompagner ces patients au moment du diagnostic et pour la suite. Beaucoup d'études aujourd'hui sont centrées sur les PRO (préférences patients/*Patient-reported outcomes*), qui s'intéressent à plusieurs paramètres dont le sommeil ou encore la tolérance digestive et neuropsychologique aux traitements.

Ainsi, beaucoup de patients peuvent vivre normalement lorsqu'ils sont suivis et traités, avec une charge virale indétectable. Cela leur permet de travailler et d'arriver à la retraite globalement dans de bonnes conditions. Certains patients ont le statut d'adulte handicapé, cela leur permet de conserver ou d'adapter leur activité et de garder ainsi un ancrage social et professionnel. On leur dit bien que les médecins du travail n'ont pas à être au courant de leur pathologie. Quelles seront les répercussions sur les fins de carrière et les retraites ? Pour l'instant, on ne rencontre pas tellement cette problématique. On avait plus les problématiques sur les prêts bancaires ou l'obtention de visas pour travailler dans certains pays.

L'accompagnement des fins de vie est-il spécifique pour les patients VIH ? Ou le tabou du VIH est-il encore fort ?

On va dire que les gens à l'heure actuelle ne meurent plus du sida mais de tout ce qu'il y a « à côté », c'est-à-dire d'un infarctus, d'un accident vasculaire cérébral, du cancer, qui est plus fréquent chez les personnes infectées par le VIH, mais rarement à cause du sida, sauf des patients perdus de vue ou diagnostiqués trop tardivement. Pour des patients qui ont un cancer ou une autre pathologie, l'accompagnement va être le même, avec un bémol : les familles par exemple ne sont pas toujours au courant de l'infection par le VIH, donc cela peut être compliqué dans l'accompagnement, même pour trouver des structures d'aval.

En effet, il s'avère qu'aujourd'hui des structures d'hébergement de patients en fin de vie ou en perte d'autonomie sont réticentes à l'accueil de patients VIH. Alors que les traitements actuels

rendent la charge virale indétectable, il y a une méconnaissance de la pathologie, des modes de transmission et du risque réel, qui rend l'accès à ces structures compliqué. C'est très important d'apporter de l'information aux personnels et notamment aux directeurs des structures qui sont décisionnaires sur l'acceptation des patients. On est encore peu confrontés à cette problématique aujourd'hui, mais elle est cruciale car le vieillissement des patients VIH va la rendre prochainement bien plus fréquente.

Tout est à faire en termes de recherche étant donné que le vieillissement de la population VIH est récent. Avant nos patients mouraient prématurément ! Cela ouvre un champ très vaste pour la recherche, entre autres sur l'accompagnement et la prise en charge des patients dépendants infectés par le VIH. ●

Relais*

* En raison de l'actualité liée au COVID-19, de nombreux événements ont été reportés.
Les dates sont issues d'une actualisation au 18/05/2020.

Appels à projet

Tirer les enseignements de la crise du Covid-19 pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap

Appel à projets lancé par la CNSA

Date limite de soumission de seconde session : du 1^{er} juillet au 20 septembre 2020

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

L'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées : nouvelles formes de participation et inspirations étrangères

Appel à projets thématiques lancé en mars 2020 par la CNSA

Date limite de soumission : initialement du 13 mai au 7 juin 2020, report au 1^{er} semestre 2021

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Equality and Wellbeing across Generations (Égalité et bien-être entre les générations)

Appel à projet de JPI More Years Better Lives pour soutenir la politique de réduction des inégalités face au changement démographique

Date limite de soumission : 14 septembre 2020

[+ d'infos](#)

Recherche-Action sur le COVID-19

Appel à projet de l'Agence nationale de la recherche pour soutenir les communautés scientifiques mobilisées sur le COVID-19

Date limite de soumission : 28 octobre 2020

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Appels à communications

18th International Conference on pensions, insurance and savings

26 et 27 novembre 2020 à l'université Paris-Dauphine

Date limite de soumission : 1^{er} septembre 2020

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Appels à articles

International Journal of environmental research and public health

Numéro thématique « Age-friendly cities and communities: state of the art and future perspectives »

Date limite de soumission : 31 octobre 2020

[+ d'infos](#)

Gérontologie et société

Numéro thématique « Ageing in place/Vieillir chez soi : apports des expériences étrangères et des comparaisons internationales »

Date limite de soumission : 2 juillet 2020

Pour publication en juin 2021

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Gérontologie et société

Numéro thématique « Jeanne Calment et les supercentenaires »

Date limite de soumission : 2 octobre 2020

Pour publication en octobre 2021

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Retraite et société

Numéro thématique « Le patrimoine des personnes âgées »

Date limite de soumission des résumés : octobre 2020

Pour publication prévue en octobre 2021

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Retraite et société

Numéro thématique « Parcours d'emploi, de travail et fins de carrière »

Date limite de soumission des résumés : octobre 2020

Pour publication prévue en décembre 2021

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Agenda

EN FRANCE...

Prescriptions et parcours adaptés aux personnes âgées

Du 2 au 4 septembre 2020

À Issy-les-Moulineaux – 3^e congrès francophone

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Prévenir les risques professionnels dans le secteur des soins aux personnes âgées dépendantes

22 septembre 2020

À Paris – conférence européenne organisée par Eurogip

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

6^{es} Rencontres CNSA recherche & innovation

Vivre à domicile : des conditions à (re)penser ?

14 et 15 octobre 2020

Au Beffroi de Montrouge

[+ contact](#)

De la bouche à l'estomac : jusqu'où aller dans les soins en gériatrie ?

26 et 27 mars 2021

Aux Sables d'Olonne – 52^{es} Journées de gérontologie de l'ouest et du centre

[+ d'infos](#)

... ET AILLEURS

BSG Online Events 2020

Du 1^{er} au 3 juillet 2020

Online – 49th Annual Conference of the British Society of Gerontology

[+ d'infos](#)

Aging societies: extended working lives and discrimination against older workers

24 et 25 septembre 2020 (sous réserve)

À Vancouver – 10th Interdisciplinary conference of Aging and Social Change research network

[+ d'infos](#)

13th Clinical Trials on Alzheimer's disease

Du 4 au 7 novembre 2020

À Boston

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Aging & Gerontology Conference

8 et 9 mars 2021

À Londres – 2nd International Summit on aging & gerontology

[+ d'infos](#)

[+ contact](#)

Nursing home research international conference

7 et 8 mai 2021

À Leyde (Pays-Bas)

[+ d'infos](#)

Nordic Gerontology Congress

Du 2 au 5 juin 2021

À Reykjavic – 25th Nordic Congress of gerontology

[+ d'infos](#)

22nd IAGG World Congress

Du 20 au 24 juin 2021

À Buenos Aires – International Association for gerontology and geriatrics

[+ d'infos](#)

ISSN 2274-3901

Lettre d'information de l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement – Directrice de la publication : Pascale Breuil, Cnav – Rédaction en chef : Emmanuelle Cambois et Jim Ogg – Responsable de la coordination éditoriale : Hélène Trouvé – Coordinatrice : Christelle Dédédjian – Conception et réalisation : studio graphique, Cnav – Production : Cnav

Diffusion sur inscription auprès de CnavParisRecherchevieillissement@cnav.fr.

Retrouvez l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement sur le [site de l'ILVV](#).

Cnav Retraite & Action sociale
— Sécurité sociale —

SECURITE SOCIALE
l'Assurance Retraite