



International AIDS Society iasociety.org



Vieillir avec le VIH : données cliniques et comorbidités

Pr. Ag. Fifonsi GBEASOR-KOMLANVI

Lomé, le 07 octobre 2025



Introduction

- Accès à grande échelle au traitement antirétroviral (TARV) → augmentation du nombre de personnes âgées vivant avec le VIH (PAVIH)
- Initiation précoce du traitement antirétroviral
 - ✓ Baisse des décès liés au VIH
 - ✓ Personne vivant avec le VIH (PVVIH) peuvent espérer vivre aussi longtemps qu'une personne séronégative du même âge

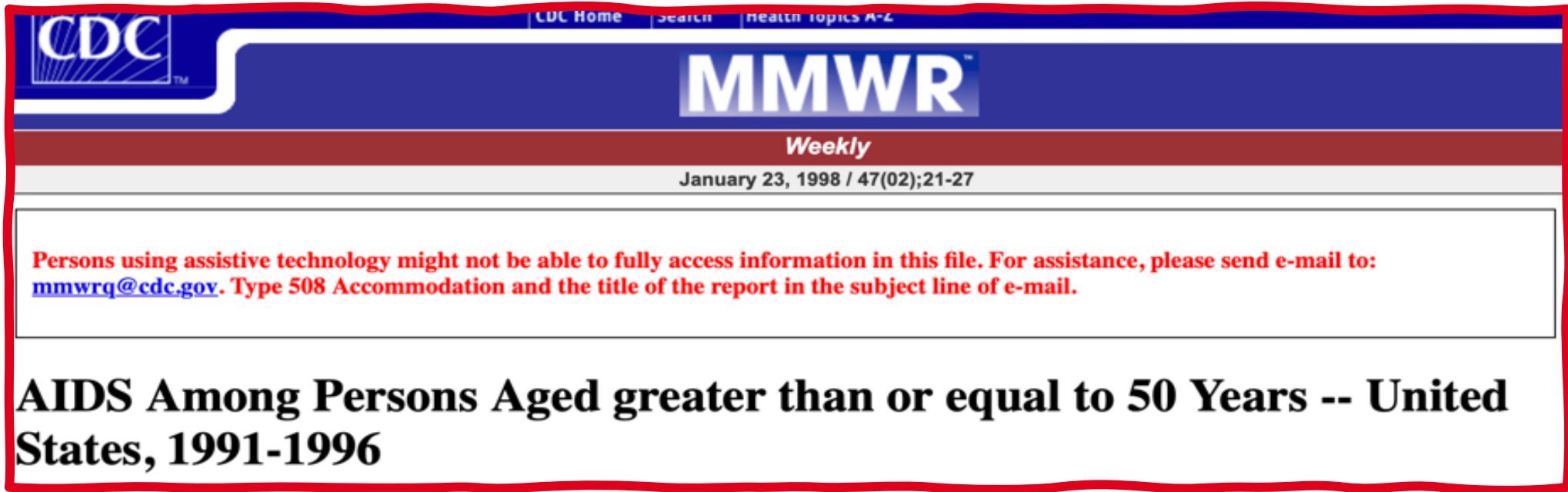
Introduction

- Amélioration de l'espérance de vie des PVVIH et le vieillissement de la population dans le monde mais également en Afrique
- Importantes questions :
 - ✓ Quel est l'état de santé des PAVIH ?
 - ✓ Les systèmes de santé sont-ils capables de fournir des services adaptés aux PAVIH en Afrique ?
 - ✓ Quelles recommandations pour améliorer la prise en charge des PAVIH ?

Rappels

- Personne âgée?
 - ✓ Plusieurs critères
 - ✓ Définition basée sur le seuil d'âge plus fréquemment utilisée → âge de la retraite
 - 60 ans (+++)
 - 65 ans (pays développés)
 - 50 ans (Afrique+++)



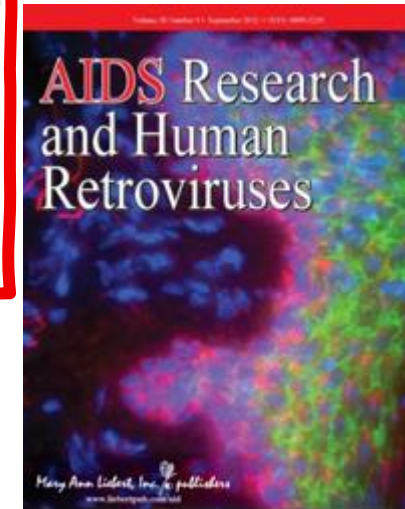


- Première publication par les *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* en 1998 (1981 = découverte du VIH)
- Etude sur l'infection par le VIH chez les personnes de 50 ans et plus considéré comme un **'groupe spécial'** car il était **rare de trouver des PVVIH dans cette catégorie d'âge**

Definition of Advanced Age in HIV Infection: Looking for an Age Cut-Off

José R. Blanco ✉, Inmaculada Jarrín, Manuel Vallejo, Juan Berenguer, Carmen Solera, Rafael Rubio, Federico Pulido, Victor Asensi, Julia del Amo, and Santiago Moreno, and CoRIS

Published Online: 21 Aug 2012 | <https://doi.org/10.1089/aid.2011.0377>

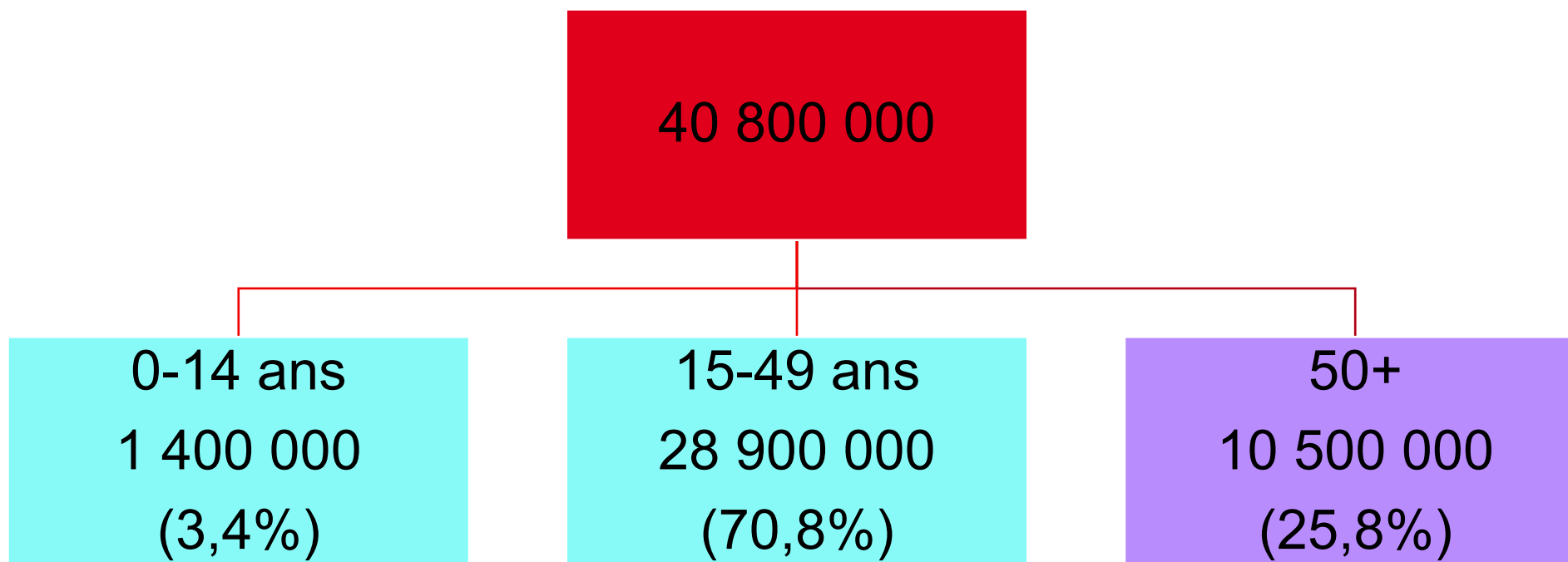


- Etude visant à identifier un seuil d'âge **pour définir 'l'adulte âgé avec le VIH'**
- Principaux résultats:
 - ✓ **Moins bonne réponse immunologique** chez les patients de 50 ans et plus, malgré leur bonne observance du TARV
 - ✓ **Réponse virologique similaire** à celle des PVVIH plus jeunes

Vieillissement et VIH : aspects épidémiologiques



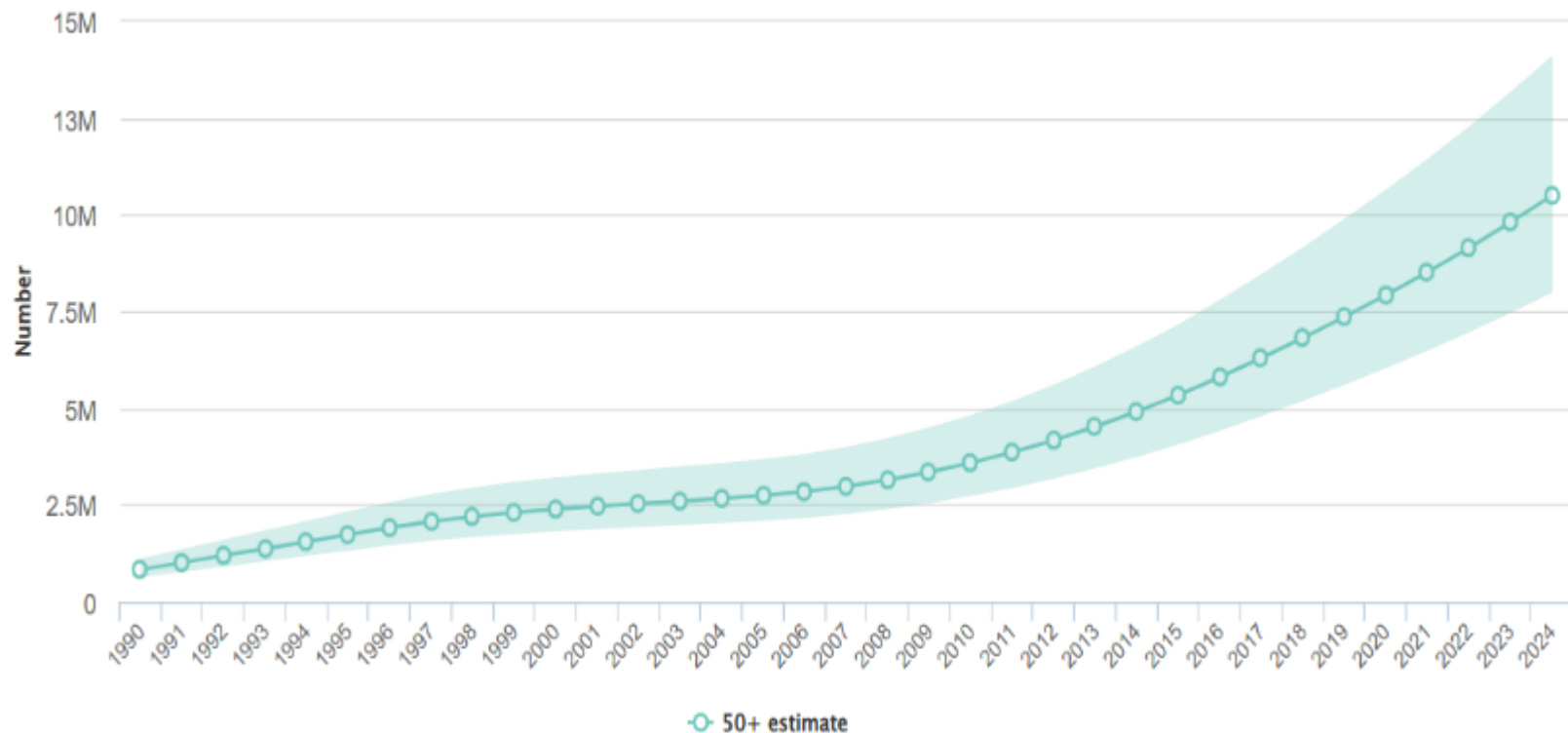
Nombre de PVVIH selon l'âge dans le monde (UNAIDS, 2025)



Une PVVIH sur quatre est âgée de 50 ans et plus

Evolution du nombre de PAVIH dans le monde : 1990-2024

People aged 50+ living with HIV

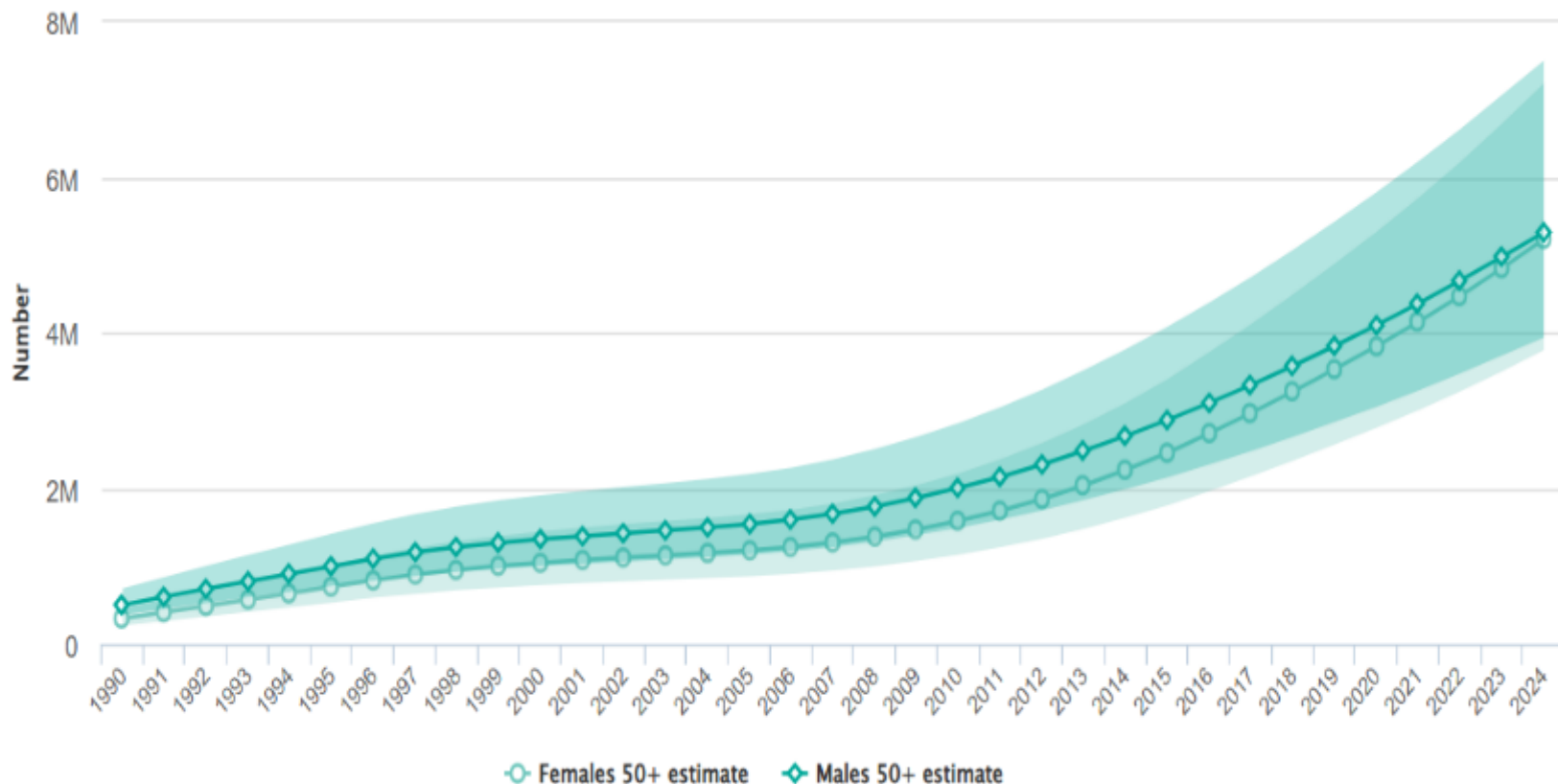


2020: 10 500 000

X 16

1990: 640 000

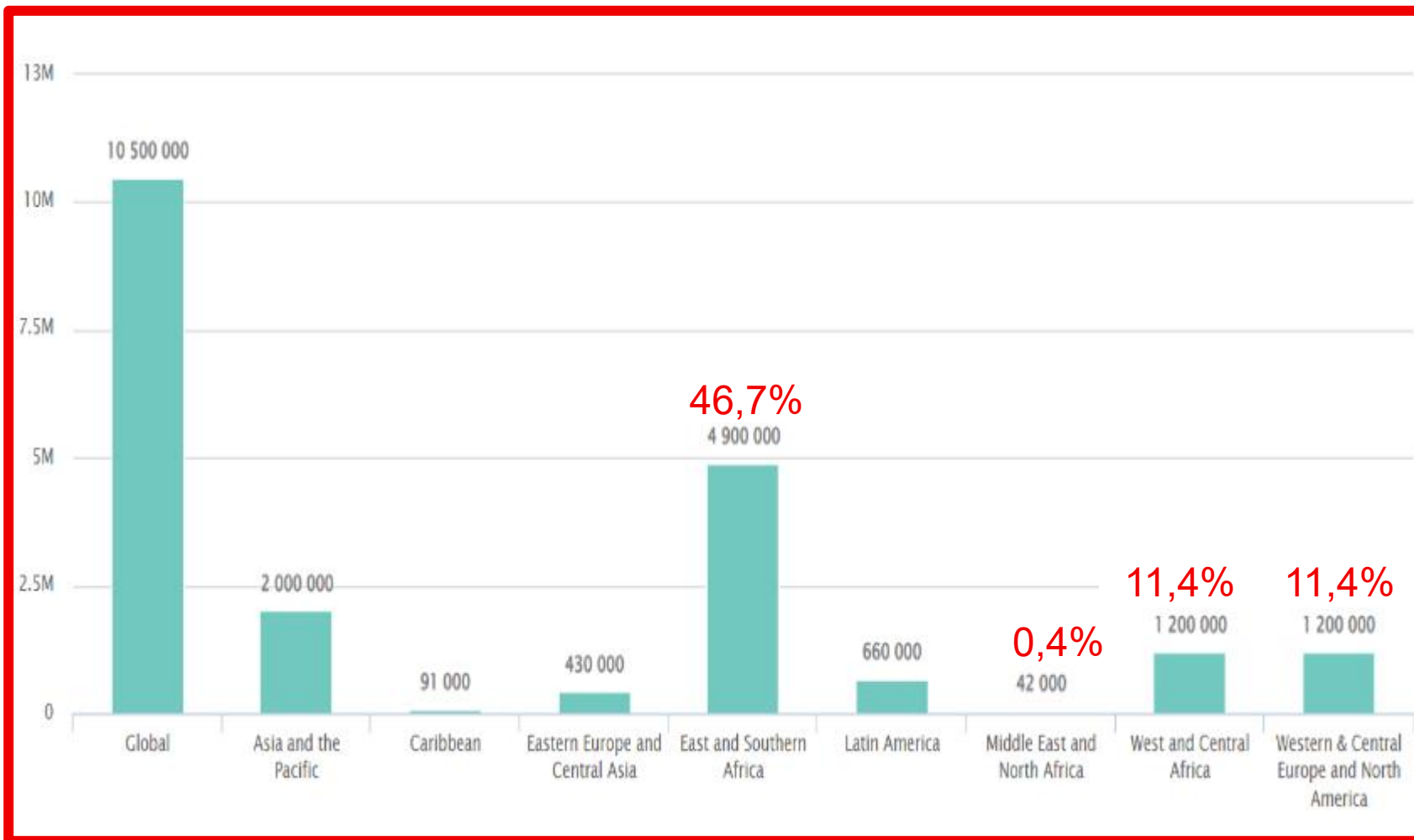
Evolution du nombre de PAVIH dans le monde : 1990-2024 (**sexe**)



UNAIDS epidemiological estimates 2025

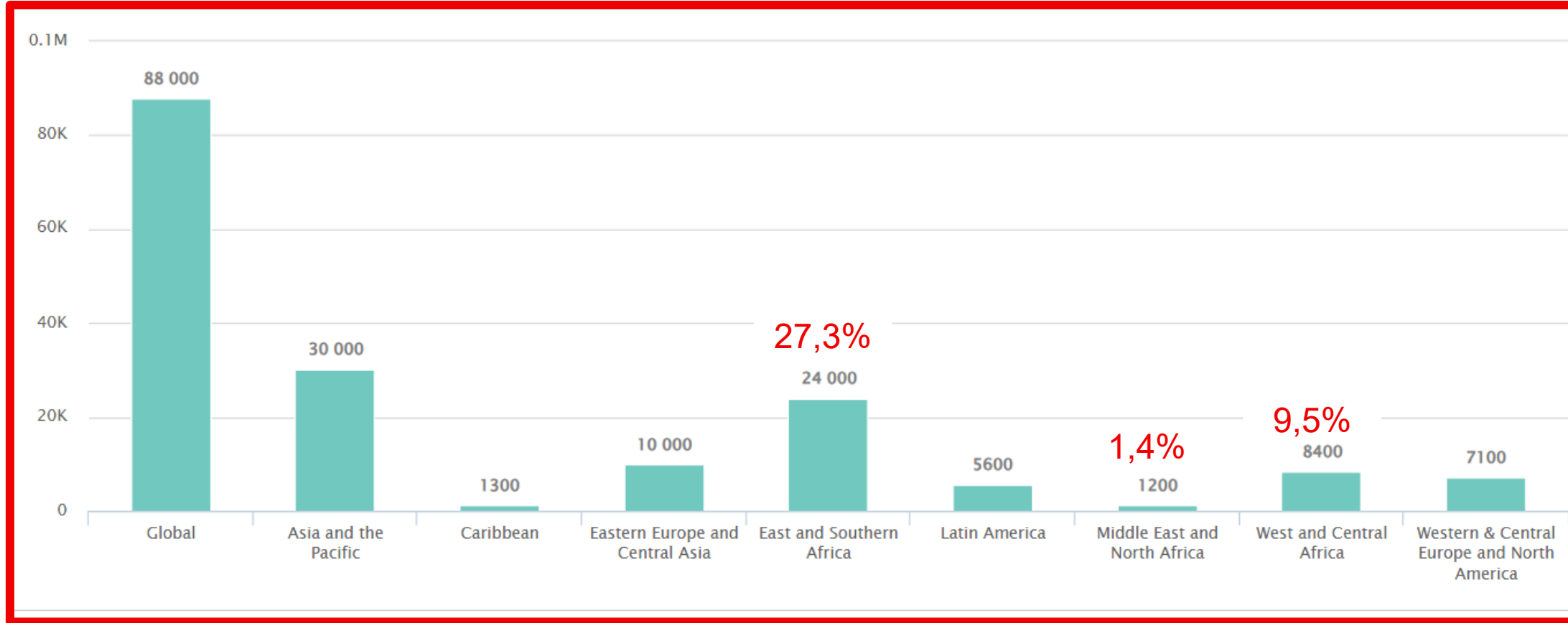
Dans les cohortes africaines, globalement il y a plus de femmes que d'hommes (**30%** vs **70%**)

Répartition par région (2024)



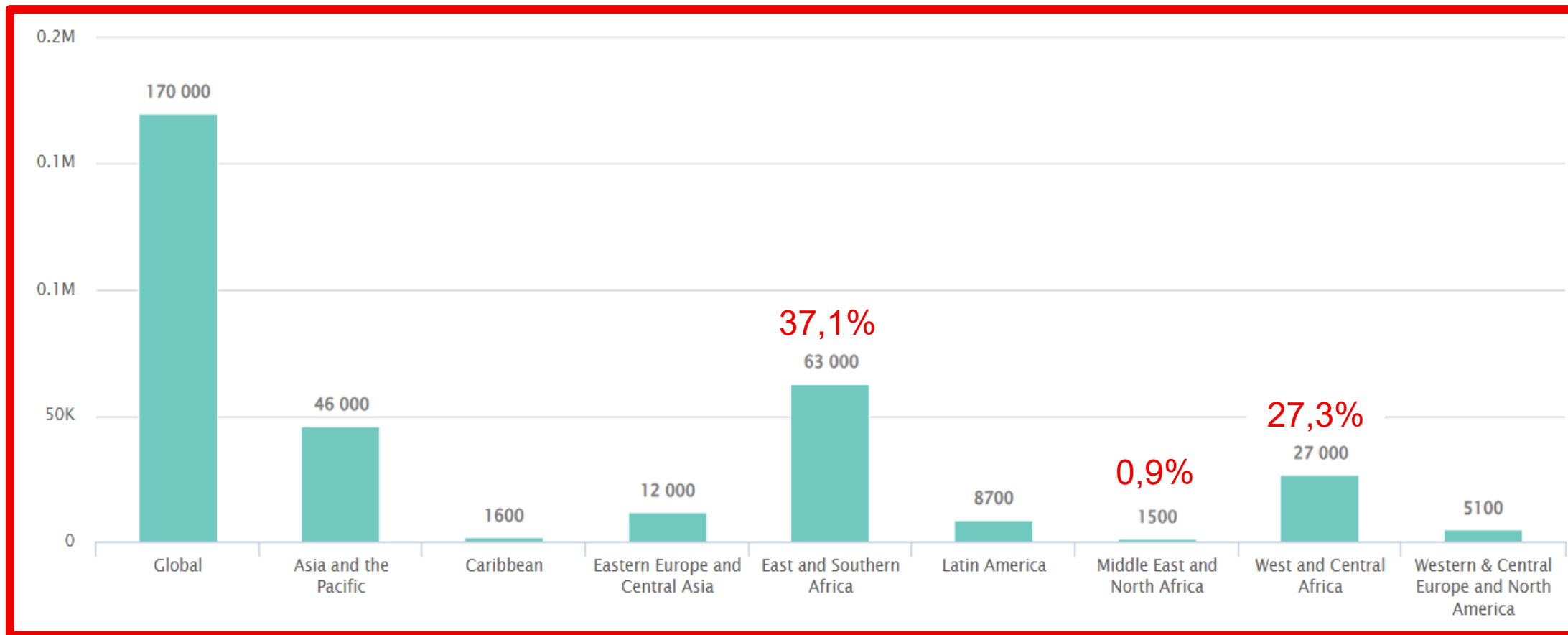
Afrique
62,5%

Nouvelles infections (2024)



- **6,8%** des 1,2 millions de nouvelles infections à VIH en 2024 dans le monde
- **Près deux nouvelles infections sur cinq** chez les PAVIH sont survenues en **Afrique**

Mortalité (2024)



- **25,0%** des 630 000 décès liés au VIH en 2024 dans le monde
- **65,3%** des décès **chez les PAVIH** sont survenus en **Afrique**

Vieillissement et VIH : **aspects cliniques**

- Non liés au VIH
- Liés au VIH



Vieillissement et VIH : aspects cliniques

- Non liés au VIH



Comorbidités

- Fréquence élevée de comorbidités chez les PAVIH, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies rénales et le cancer
- Prévalence augmente avec l'âge
- Prévalence plus élevée qu'en population générale

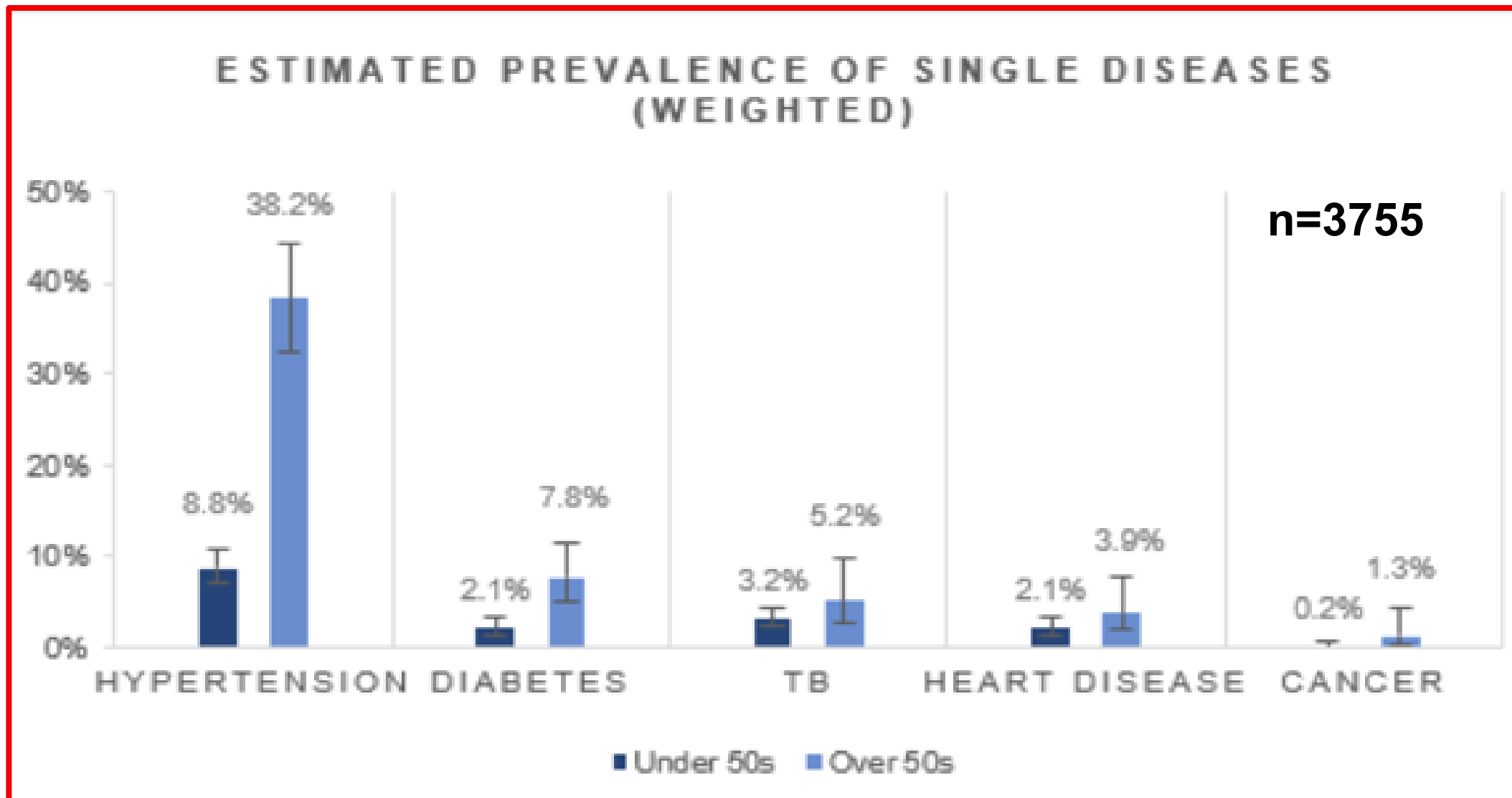


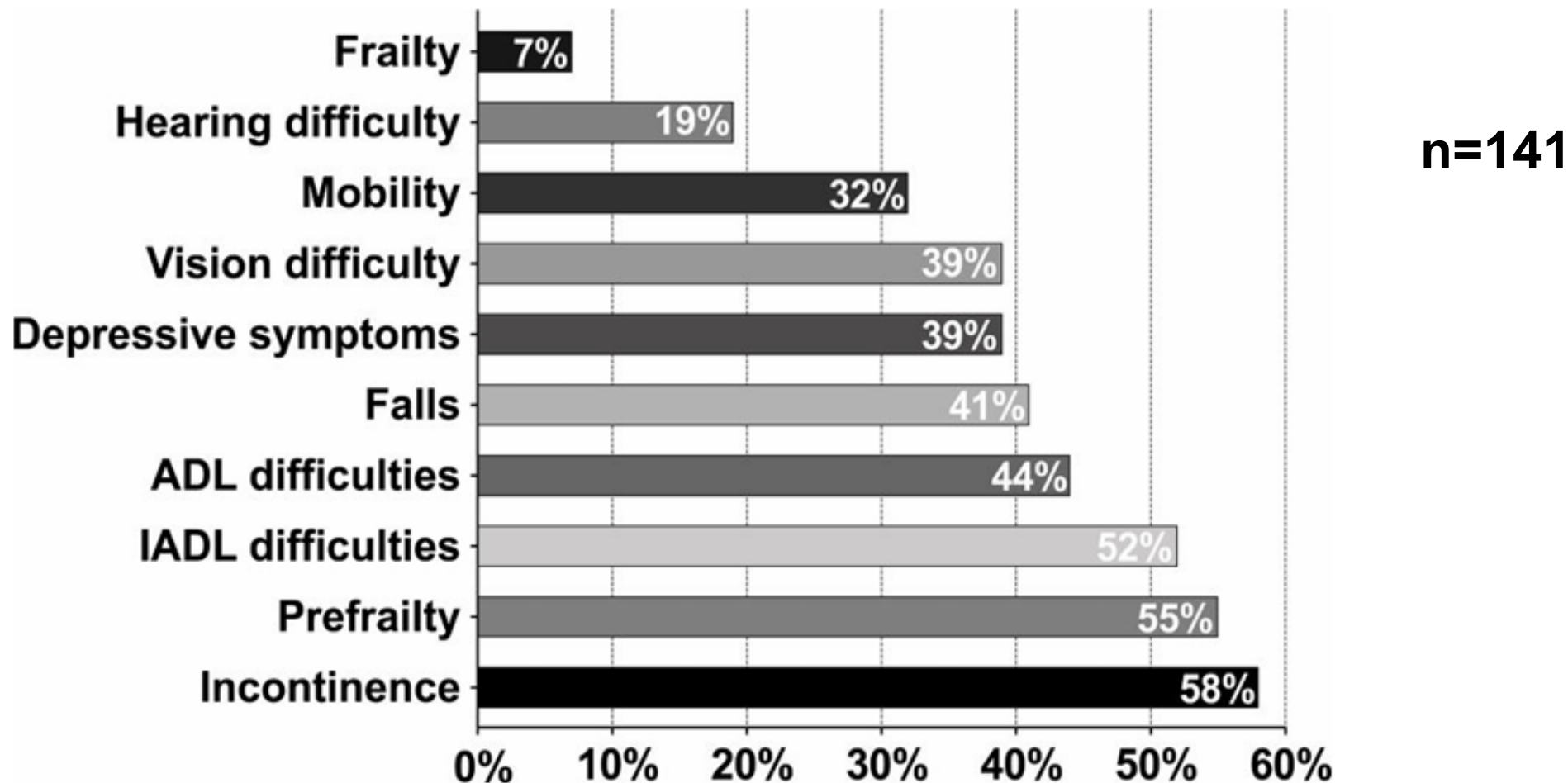
Table 2. Prevalence of comorbidities in adults living with HIV.

Number of Comorbidities	Weighted % (95% CI)		
	Total	Under 50s	Over 50s
HIV only	82.2 (80.0–84.3)	87.0 (84.6–89.0)	55.9 (49.7–61.9)
1 comorbidity	14.8 (12.9–16.9)	11.1 (9.2–13.2)	35.5 (29.9–41.6)
2 comorbidities	2.4 (1.7–3.4)	1.6 (1.0–2.6)	7.2 (4.6–11.0)
3 + comorbidities	0.5 (0.3–1.0)	0.4 (0.1–0.9)	1.4 (0.4–4.1)
HIV and comorbidity	17.8 (15.7–20.0)	13.0 (11.0–15.4)	44.1 (38.1–50.3)

Syndromes gériatriques (SG)

- Affections multifactorielles résultant de déficits dans plusieurs domaines, notamment les vulnérabilités cliniques, psychosociales et environnementales
- Importants facteurs prédictifs de l'utilisation des soins de santé et le décès chez les personnes âgées
- Troubles cognitifs
- Dépression
- Troubles de la marche / chutes
- Troubles sensoriels
- Incontinence urinaire/fécale
- Dénutrition
- Ostéoporose
- Dépendance fonctionnelle
- ***Fragilité***

Prévalence des SG



Dépendance fonctionnelle

Quatre questions

- Pouvez-vous vous habiller seul ?
- Pouvez-vous préparer vos repas seul ?
- Pouvez-vous faire vous-même vos commissions ?
- Pouvez-vous faire vos paiements seul ?

Interprétation

Dépendance fonctionnelle si une réponse positive

Incontinence urinaire

Quatre questions

- Avez-vous des difficultés à retenir les urines ou des sentiments d'urgence ?
- Avez-vous parfois de la peine à arriver à temps aux toilettes ?
- Avez-vous des pertes d'urine lors d'effort ou de toux ?
- Devez-vous parfois porter des protections ?

Interprétation

Probable incontinence urinaire si une réponse positive

Dénutrition

Documenter le poids à chaque consultation

Interprétation

Perte de poids significative si $> 5\%$ en 1 mois ou $> 10\%$ en 6 mois

Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ?



Rev Med Suisse 2009; 5: 2205-10

S. Monod

En raison du vieillissement démographique, une augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle est attendue. Des mesures de prévention devront être renforcées pour freiner l'utilisation du système de santé et l'explosion des coûts liés à la santé. Parmi ces mesures, l'identification précoce et la prise en charge des pathologies et syndromes «générateurs» de dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées devront donc être encouragées. Cet article propose des mesures simples et efficaces pour dépister, en cabinet, les grands syndromes gériatriques tels que les troubles cognitifs, les troubles de la marche, les troubles sensoriels et la dépendance fonctionnelle.

Dépistage des SG (Gericare, 2021)

	Total N=27	Burkina Faso N=6	Côte d'Ivoire N=10	Togo N=11
Collecte de données sur les syndromes gériatriques, n(%)	3 (11,1%)	0	1 (10%)	2 (18,2%)
Syndromes gériatriques renseignés, n(%)				
Dépression	3 (11,1%)	0,0%	1(10,0%)	2 (18,2%)
Troubles auditifs	2 (7,4%)	0,0%	1(10,0%)	1 (9,1 %)
Troubles visuels	2 (7,4%)	0,0%	1(10,0%)	1 (9,1 %)
Syndrome démentiel	2 (7,4%)	0,0%	0,0%	2 (18,2%)
Incontinence urinaire	2 (7,4%)	0,0%	1(10,0%)	1 (9,1 %)
Dénutrition	2 (7,4%)	0,0%	1(10,0%)	1 (9,1 %)
Dépendance	1 (3,7%)	0,0%	0,0%	1 (9,1 %)
Fragilité	1 (3,7%)	0,0%	0,0%	1 (9,1 %)
Syndrome confusionnel	1 (3,7%)	0,0%	0,0%	1 (9,1 %)
Chutes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Incontinence fécale	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Sw



Sp

Journal of NeuroVirology

<https://doi.org/10.1007>

Original

Effect of Low levels of
Cognitive therapy in n

The

Clare Bristow¹ 

Japhet Boni³ · Gra

[C. Ber](#)

Richard W. Walker

[Dabis,](#)

Stella-Maria Padd

[AIDS and Behavior](#) 25,



FRAGERICARE

FRAGILITE ET SYNDROMES GERIATRIQUES CHEZ LES PERSONNES AGEES



Research

er

an

Aloyce Kisoli² ·

rieke Dekker² ·

Philip Makupa³ ·

Charles R J C Newton, Amina A Abubakar

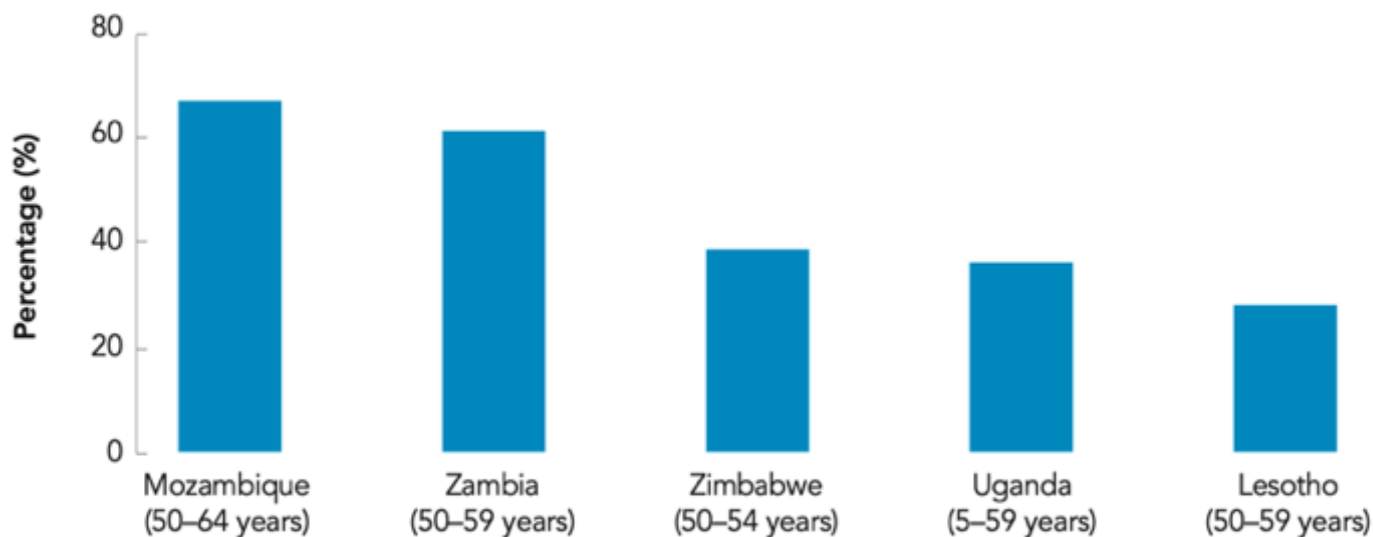
Vieillissement et VIH : **aspects cliniques**

- Liés au VIH



Dépistage tardif

Percentage of men aged 50 and older living with HIV who have never been tested for HIV in selected countries, 2007–2011



Source: Demographic and Health Surveys (further analysis by UNAIDS).

25 à 60% des PA de 50 à 64 ans **n'ont jamais bénéficié d'un test de dépistage VIH**

PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

HIV testing uptake and prevalence among hospitalized older adults in Togo: A cross-sectional study

Fifonsi Adjidossi Gbeasor-Komlanvi^{1,2*}, Wendpouire Ida Carine Zida-Compaore², Arnold Junior Sadio^{1,2}, Martin Kouame Tchankoni², Balakiyem Magnim Kadangha², Mounerou Salou³, Anoumou Claver Dagnra^{3,4}, Didier Koumavi Ekouevi^{1,2,5}

- Etude transversale 2019-2020
- 619 PA hospitalisées (PA \geq 50 ans)
 - ✓ Jamais testés: **25,7%**
 - ✓ Prévalence en milieu hospitalier : **6,5%**
 - ✓ VIH + : **40** dont **23 nouvelles infections**

Raisons du faible dépistage chez les PA

Patient

- Faibles connaissances sur le VIH (peu ciblées par les messages?)
- Faible perception de risque (réduction de l'activité sexuelle ?)
- Crainte d'une stigmatisation par les professionnels de santé

Système de santé

- Perception des PA comme personnes sans vie sexuelle
- Inconfort des professionnels de santé pour discuter de la sexualité avec les PA
- Dépistage des PA non systématique dans les enquêtes en population générale (15-49 ans)
- Campagnes de sensibilisation ciblant les jeunes +++

Traitement: quel traitement?

- Pas de directives spécifiques pour les schémas thérapeutiques initiaux ou la surveillance chez les PAVIH
- Mêmes schémas thérapeutiques recommandés pour les PAVIH que pour les PVVIH plus jeunes

3.3. SESSION 3 : PROTOCOLES ARV EN VIGUEUR AU TOGO

Les schémas thérapeutiques s'insèrent dans une stratégie de première, deuxième et troisième ligne. Leur choix tient compte du coût, de la maniabilité, de la disponibilité, du nombre de prises par jour, de la tolérance des molécules et de la possibilité de traiter toutes les PvVIH.

En première ligne : 2 INTI + 1 II ou 2 INTI + 1 INNTI ou 2 INTI + 1 IP

En deuxième ligne : 2 INTI + 1 IP ou 2 INTI + 1 II

En troisième ligne : 2 INTI + IP + 1 II.

3. 3.1. Protocoles de première ligne chez l'adolescent et l'adulte

➤ POUR TOUTES LES NOUVELLES INCLUSIONS

Tableau V : Protocoles de première ligne chez l'adolescent et l'adulte en cas de l'infection au VIH1

	Choix préférentiel	Alternative
<i>Protocoles</i>	2 INTI + 1 II TDF/3TC/DTG	2 INTI + INNTI ou 2 INTI + 1 II TDF/3TC/EFV ou ABC/3TC + DTG <u>ou</u> ABC/3TC + EFV

NB : TDF est contre-indiqué chez les adolescents de moins de 30 kg

VIRALES

Version finale

19 octobre 2023

Equipe de facilitateurs

1. Pr DAGNRA Anoumou, Coordonnateur PNLS HV IST
2. Pr DOUTI Luc, Président du Groupe thématique PECM
3. Dr ADAM Zakillatou, Responsable de l'Unité PECM
4. Dr TCHAMA-BOURAIMA M., Responsable de l'Unité PTME
5. Dr DOGO M. Fall, Coordonnateur PNLT

Traitement : **toxicité**

Toxicité	ARV
Neuro Cognitive / Psychiatrique	EFV+++ DTG
Cardiovasculaire	ABC Inhibiteur de la protéase (DRV+++) ATV (effet protecteur)
Rénale	TDF ATV LPV/r
Osseuse	TDF ATV/r DRV/r
Prise de poids	RAL DTG

Traitement : polymédication

Ssonko et al. *BMC Geriatrics* (2018) 18:125
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0817-0>

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE

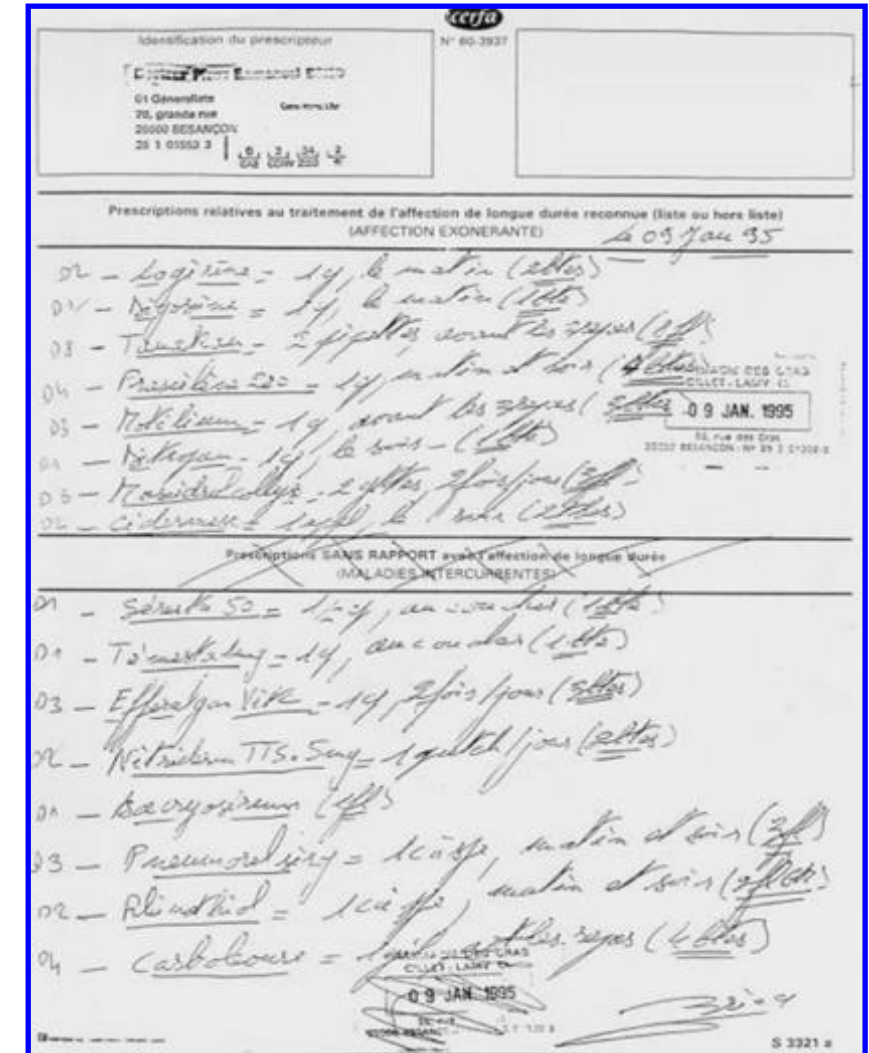
Open Access



Polypharmacy among HIV positive older adults on anti-retroviral therapy attending an urban clinic in Uganda

Michael Ssonko^{1*}, Fiona Stanaway³, Harriet K. Mayanja², Tabitha Namuleme¹, Robert Cumming³, John L. Kyalimpa¹, Yvonne Karamagi¹, Barbara Mukasa¹ and Vasi Naganathan^{4,5}

15,3% des PAVIH ont recours à une polypharmacie (au moins 4 médicaments non VIH)



Identification du prescripteur
 01 Généraliste
 70, grande rue
 20000 BESANCON
 28 1 01512 3

N° 60-2937

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
 (AFFECTION EXONERANTE) 209 Jan 95

01 - Logipine - 14, 6 matin (24h)
 01 - Logipine - 14, 6 matin (24h)
 03 - Tamsin - 2 pipettes avant les repas (24h)
 04 - Prescibon 500 - 14, matin et soir (24h)
 05 - Nitobron - 14, avant les repas (24h)
 06 - Nitobron - 14, 6 fois - (24h)
 05 - Nitobron - 14, 6 fois - (24h)
 06 - Nitobron - 14, 6 fois - (24h)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
 (MALADIES INTERCURRENTES)

01 - Sérato 50 - 14, au coucher (24h)
 01 - Tamsin - 14, au coucher (24h)
 03 - Effedon Vite - 14, 2 fois/jour (24h)
 04 - Nitobron TTS. Sng - 1 pipette/jour (24h)
 01 - Nitobron TTS. Sng - 1 pipette/jour (24h)
 03 - Prescibon 500 - 14, matin et soir (24h)
 02 - Rli nethid - 14, matin et soir (24h)
 04 - Carboclorure - 14, avant les repas (24h)

09 JAN 1995

Impact de la polymédication chez la personne âgée?

- Mauvaise compliance thérapeutique
- Interactions médicamenteuses
- Erreurs
- Effets secondaires
- Chutes, fractures, confusion, hospitalisation, IR



Considérations socio-économiques

Utilisation des services

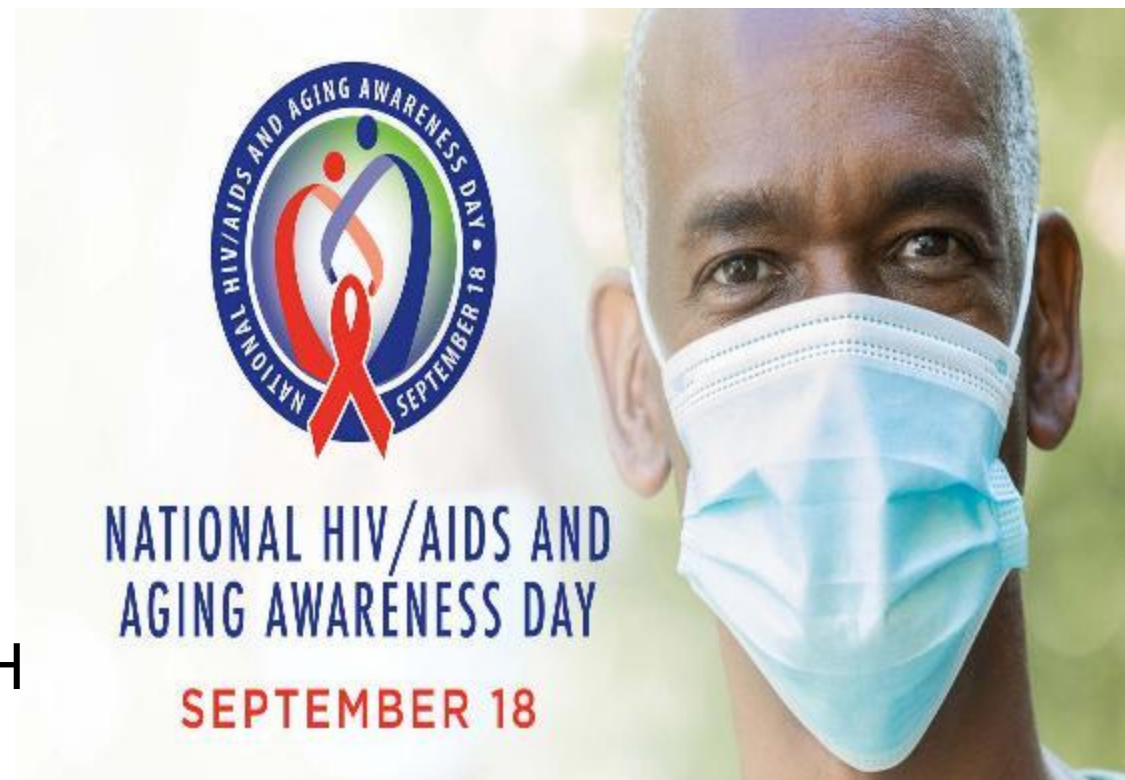
- Augmentation des comorbidités liées à l'âge, y compris les maladies CV, les maladies rénales chroniques, les maladies neurocognitives et les fractures → augmentation considérable de l'utilisation des soins de santé et des coûts
- Dépenses catastrophiques de santé personnelles, perte d'emploi et autres facteurs économiques peuvent entraîner des interruptions temporaires du traitement, y compris le TARV

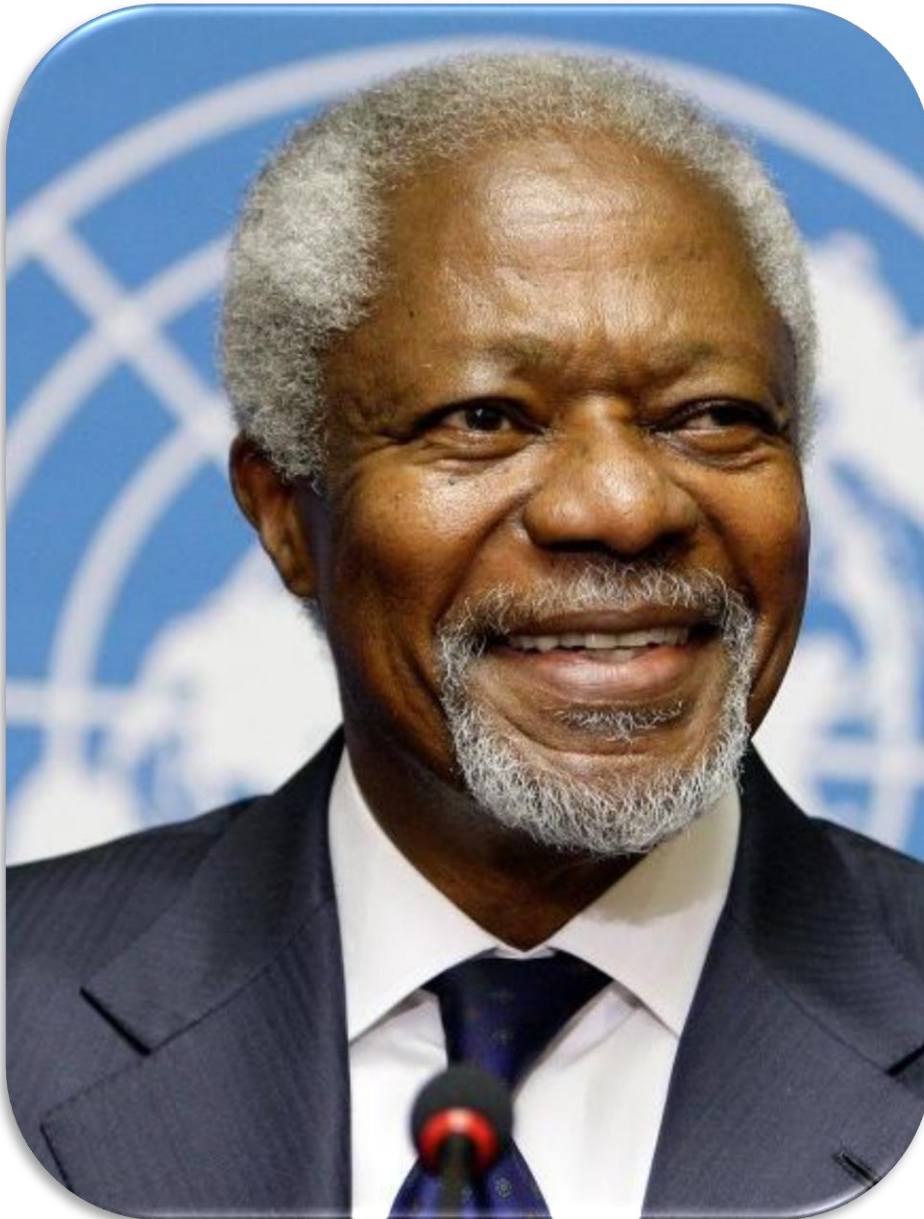
Conclusion

- Allongement de l'espérance de vie et prévalence élevée des complications chroniques chez les PAVIH peuvent accroître la demande de services liés au VIH et nécessitent une approche ciblée

Recommandations

- Renforcer la sensibilisation sur l'infection à VIH chez les personnes âgées
- Renforcer le dépistage ciblé
- Promouvoir le dépistage et la prise en charge des syndromes gériatriques
- Renforcer la prise en charge intégrée du VIH et comorbidités
- Accroître la recherche sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie des PAVIH âgées





“Les graines d’un
vieillissement en bonne
santé se sèment tôt”

Kofi Annan



Merci

