



Suivi des personnes vivant avec le VIH **en ville**

Recommandations, réalités de terrain et perspectives

Dr Pascal Pugliese

Médecin, CHU de Nice · Président du CoReSS PACA

Co-président du COPIL — Feuille de route SNSS 2026-2030



Déclaration de liens d'intérêt

Pascal Pugliese

Aucun lien d'intérêt à déclarer en rapport avec le thème de cette présentation.

Intérêts financiers : aucun

Liens durables ou permanents : aucun

Interventions ponctuelles : aucune

Intérêts indirects : aucun



Plan : un suivi des PVVIH à partager

Quatre temps pour notre discussion

1 Une prise en charge transformée

Maladie chronique, patients virologiquement contrôlés, mais population vieillissante avec un suivi polyvalent.

2 Un consensus qui invite au partage

HAS 2024, EACS, BHIVA, IDSA convergent vers un partage ville-hôpital.

3 Les verrous

Réglementaire (ARV = PIH) et démographique (génération sida en partance).

4 La réponse : le partage organisé

Lever les freins, organiser un suivi en réseau, préserver l'expertise.

Le partage ville-hôpital n'est plus une option.



PVVIH bien contrôlés sous traitement simplifié

La majorité de la file active est éligible à un suivi alterné



114 040

PVVIH suivis · 188 hôpitaux
≈ 180 000 PVVIH suivies



97,0 %

sous traitement antirétroviral



93,8 %

CV < 50 c/mL parmi les PVVIH
traitées



72,7 %

CD4 > 500

La majorité des PVVIH suivies à l'hôpital sont contrôlées sur le plan immunovirologique

Avec des traitements de plus en plus simples...

Du comprimé unique aux injectables à longue durée d'action

1996

Trithérapies

2010s

Test & Treat – INI - STR

2020s

Bithérapies - Injectables LA : CAB-RPV ·
lénacapavir

Top 10 des associations ARV

Dataids 2026 · n = 49 162 · gel au 01/03/2026 · non publié

1	TAF + FTC + BIC	28,5 %
2	3TC + DTG	20,4 %
3	TAF + FTC + RPV	8,9 %
4	RPV LA + CAB	6,5 %
5	RPV + DTG	6,4 %
6	TDF + FTC + DOR	5,6 %
7	3TC + ABC + DTG	5,4 %
8	TAF + FTC + EVG	2,2 %
9	TDF + FTC + RPV	1,8 %
10	TDF + FTC + DTG	1,1 %

Top 10 = 86 % des asso. ARV. Les injectables LA (RPV LA + CAB) — un nouveau circuit ville / hôpital à construire / renforcer.



Des patients qui vieillissent....

Une file active ancienne, vieillissante, sous ARV au long cours

55 ans

Âge médian [IQR 44 – 63]

36 % · 11 %

≥ 60 ans · ≥ 70 ans

19 ans

Durée d'infection médiane
[10 – 28]

15 ans

Durée totale d'ARV médiane
[9 – 24]

≈ 36 % de la file active a plus de 60 ans · plus d'une PVVIH sur dix a plus de 70 ans · durée d'exposition aux ARV ≈ 15 ans en médiane

Dataids 2026 (n = 50 310) · gel au 01/03/2026 · données non publiées.



Le suivi au-delà du VIH

Comorbidités, dépistages, prévention

Cardio-vasculaire & métabolique

SCORE2 · bilan lipidique · glycémie

Rénal

DFG (CKD-EPI) · albuminurie (TDF)

Osseux

DEXA

Cognitif & gériatrie ++

MoCA · évaluation gériatrique

Cancers ++

Calendrier PVVIH · anal/HPV · poumon ·
RCP ONCOVIH

Prévention globale

Vaccination HAS 2025 · santé mentale ·
addictions/chemsex · IST

Autant de champs qui relèvent de la médecine générale.



!! Santé cérébrale et mentale : une attention particulière

Les facteurs de risque de troubles cognitifs s'accumulent chez les PVVIH suivies

« chez les PVVIH, la santé mentale reste la comorbidité cérébrale la plus sous-estimée » (citation Mukerji)

19 ans durée d'infection médiane · **43 %** diagnostiquées avant 2004 · **≈ 25 %** avant 1996

Facteurs liés au VIH

- **Diagnostic tardif** — nadir CD4 bas
- **Charge virale non contrôlée** — virémie persistante
- **ARV neurotoxiques anciens** — efavirenz.

Facteurs modifiables

(Livingston G et al. Lancet 2024)

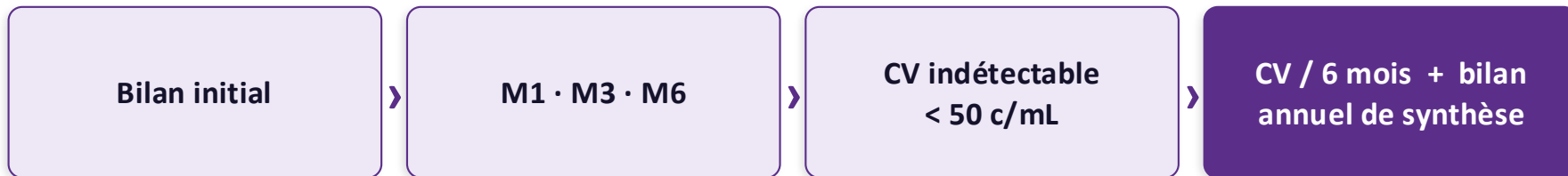
- HTA
- Isolement social
- Dépression
- Inactivité physique
- Tabagisme
- Diabète

Jusqu'à 45 % des démences seraient attribuables aux facteurs modifiables.



HAS 2024 — l'architecture du suivi

Le médecin généraliste explicitement intégré



“

Le médecin généraliste participe, en lien avec le spécialiste hospitalier, au parcours de soins du patient, et notamment au suivi alterné dans les situations simples.

— HAS, Suivi de l'adulte vivant avec le VIH, 2024

Parcours simple jeune, sans comorbidité

Parcours complexe > 50 ans, comorbidités, vulnérabilités



Recommandations internationales

Un consensus implicite : partager, structurer, former

EACS Guidelines v13.0

Ambrosioni J et al. HIV Medicine 2025 · doi: 10.1111/hiv.70120 · Sections comorbidités & vieillissement très étoffées.

BHIVA Standards of Care

British HIV Association Modèle de soins partagés : MG + clinique VIH, parcours centré sur la personne.

HIVMA / IDSA Primary Care 2024

Thompson MA et al. Clin Infect Dis 2024 · doi: 10.1093/cid/ciae479 · Référence du primary care VIH aux USA.

Modèle Mukerji (CROI 2026)

Mass General Hospital Hub and spoke: centres de référence + formation du premier recours

→ La France a les recommandations ; il lui manque l'organisation du partage.



Le cadre actuel

Verrou réglementaire

Le modèle actuel

- Consultation hospitalière spécialisée comme socle
- Initiation ET renouvellement ARV annuel reposent sur l'hôpital
- Pas de place formalisée pour le médecin traitant
- Synthèses annuelles hospitalières
- Difficultés à un suivi spécialisé en ville
- Peu ou pas de pilotage territorial (par les (ex) CoReVIH)

Le verrou réglementaire

Code de la santé publique, art. R5121-87 :

Les antirétroviraux sont classés en prescription initiale hospitalière (PIH).

- Initiation et renouvellement annuel réservés aux médecins hospitaliers.
- Pas de délégation médecin → médecin via les protocoles de coopération.



Une démographie médicale sous tension

Génération sida en partance, à l'hôpital comme en ville, et une relève en redéfinition

Les chiffres

Médecins ayant initié les suivis VIH dans les années 1980-2000 → en fin de carrière.

43 % des PVVIH diagnostiquées avant 2004 → les médecins qui les ont accompagnées sont à l'âge de la retraite.

DES MIT (2017) : très attractif, mais une relève qui veut un autre mode d'exercice (Sauvat 2024, n = 120).

1

Génération sida partante — hôpital et ville

2

Relève en redéfinition — intérêt mais besoins de formation dédiée, et de nouvelles modalités de prise en charge (télé-expertise) (Sauvat 2024)

3

Médecine libérale en mutation — CPTS, DAC Structures d'exercice coordonné, IPA

→ Ces trois mouvements convergent : il faut organiser le partage.

Sauvat L, Le Moing V, Lacombe K, Cazenave-Roblot F, et al. Avenir du rôle de l'infectiologue dans la prise en charge des PVVIH : une enquête nationale. Infect Dis Now. 2024 · <https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2024.10.003>



Propositions du COPIL FdR SNSS 2026-2030

Pour optimiser le parcours et accompagner le vieillissement

- 1 Formaliser les parcours PVVIH via les CoReSS qui remplacent les CoReVIH
- 2 Cartographier les médecins généralistes et autres PS en libéral formés et concernés
- 3 Simplifier la prescription et le renouvellement des ARV (DGOS · HAS · ANSM)
- 4 Déployer des protocoles de coopération (MG · IPA · IDE)
- 5 Atteindre et sécuriser 95-95-95 · accompagner le vieillissement des PVVIH



Le chantier régional CoReSS PACA

Anticiper & Innover — Renouveler les ARV en ville — sécuriser le cadre

Genèse

Alpes-Maritimes ≈ 500 PVVIH suivis uniquement en ville (DMI Nadis dans 3 cabinets MG)
Convention CPAM 06 · ARS PACA · CHU Nice signée, puis dénoncée (avis juridique ARS).

Cadre révisé 2026

Renouvellement et modification ARV. Patients stabilisés ≥ 6 mois, CV indétectable confirmée ; MG formés + habilités par le CoReSS ; recours hospitalier expertise ; traçabilité DMI.

Implication des MG

FMC + Surveillance épidémiologique + participation aux RCP (e-RCP régionale en cours d'opérationnalisation).



Le modèle cible

Un suivi alterné, sécurisé, partagé - hub-and-spoke

Mukerji SS, CROI 2026, Session 20 — Cysique LA et al., Lancet HIV 2024 (doi:10.1016/S2352-3018(24)00248-0)

Hôpital / Spécialiste

- Restant accessible
- Initiation et bilan pré-thérapeutique
- Bilan annuel de synthèse situations complexes
- Plan de soins personnalisés

Ville / Points d'ancrage

- MG formés concernés
- Renouvellement ARV (stables), comorbidités, prévention, PrEP, TPE
- IDEL réseau de proximité pour injectables LA (PVVIH et PrEP)
 - Des suivis spécialisés accessibles, sensibilisés, secteur 1
 - Centres de santé sexuelle (CeGIDD, CSMSS) : dépistage, prévention combinée PrEP, IST

Outils du lien

DMI : visualisation/saisie par le MG, contrôle qualité, surveillance épidémiologique et parcours de soins par le CoReSS.

Télé-consultation et télé-expertise · e-RCP · formation des soignantes et soignants (ARS . CPTS . SEC . IDEL)



Préserver l'essentiel

Le partage n'est pas une démission, c'est un redéploiement pour continuer à bien soigner

L'expertise spécialisée

- Situations complexes
- Délégation · télé-expertise
- Protocoles de coopération (IPA)
- Recherche clinique : essais, données d'observation, données sociales

La surveillance épidémiologique et recherche

CoReSS : Formation des PS , formalisation territoriale des parcours , Équité territoriale (déserts médicaux)

DMP – SIH : qualité, vigilance, surveillance épidémiologique, données pour cohorte ANRS, entrepôt de données de santé, facilitation à l'ère de l'IA

Pourquoi c'est crucial

La prise en charge en ville ne doit pas priver les PVVIH d'inclusion dans les essais cliniques.
Préserver la valeur scientifique de la file active française = continuer à produire. des données



Conditions de réussite

Cinq leviers à mobiliser, au delà du cadre réglementaire national à faire évoluer et du consentement des PVVIH

1

Formation et habilitation — des médecins de ville par le CoReSS et les ESR — Module FormaSantéSexuelle ? DIU CESU

2

Valorisation de l'acte — reconnaissance financière et statutaire de la délégation encadrée – Bundled care ?

3

Outils de coordination — DMP Nadis – DMP – fiche de liaison plan de soins personnalisé

4

Télémédecine : télé-expertise, e-RCP

5

Pilotage CoReSS — articuler expertise spécialisée et accessibilité territoriale

Le suivi des PVVIH doit sortir du tout-hôpital

- 1 Le VIH est devenu une maladie chronique : le suivi peut et doit être partagé.
- 2 Les reco HAS et la FdR SNSS convergent : la voie est le partage ville—hôpital.
- 3 Faire évoluer le cadre national et construire les conditions d'un réel travail en réseau
- 4 Les CoReSS comme tour de contrôle territoriale du parcours des PVVIH.

L'exceptionnalité de la prise en charge du VIH reste un frein à la lutte contre la sérophobie et les stigmatisations — et, in fine, à l'atteinte et au maintien durable des objectifs **3x95**.