ALLER VERS... LE DERNIER KILOMÈTRE
27ÈME CONGRÈS DE LA SFLS
DU 25 AU 27 NOVEMBRE 2026
CENTRE DES CONGRÈS - RENNES
CONGRES.SFLS.FR
APA101

PANTER : délivrance du traitement antirétroviral injectable en vie réelle

Hôpital ou ville : des préférences et des raisons différentes, mais une satisfaction équivalente

T. Alain[1], C. Palacios[2], G. Le Moal[3], F. Marcellin[4], C. Abeguile[1], S. Fahmi[1], J. Ghosn[5], W. Loghmari Bouchneb[6], L. Hocqueloux[7], C. Allavena[8], D. Zucman[9], M. Duracinsky[1]

[1]Patient-Reported Outcomes Research (PROQOL), Unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-ECO), Hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP, 75004 Paris, France ; [2]Service de maladies infectieuses, AP-HP, Hôpital Tenon, Paris, France ; [3]Service de maladies infectieuses, CHU de Poitiers, Poitiers, France ; [4]Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM, Sciences Économiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, ISSPAM, Marseille, France ; [5]Service de virologie, Université Paris Cité, INSERM, UMR1137, IAME, Hôpital Bichat-Claude Bernard, AP-HP – Service de maladies infectieuses, AP-HP, Hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris, France ; [6]Service de maladies infectieuses, AP-HP, Hôpital Hôtel-Dieu, Paris, France ; [7]Centre hospitalier universitaire d'Orléans, Orléans, France ; [8]INSERM EA 1413, Service de maladies infectieuses, CHU de Nantes, Nantes, France ; [9]Hôpital Foch, Service de médecine interne, Suresnes, France

Contexte

- Le traitement antirétroviral (TARV) injectable à longue durée d'action (LA) pourrait avoir un impact significatif sur l'expérience thérapeutique et la prise en charge de la maladie chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Son utilisation croissante soulève des défis pour l'organisation des soins du VIH.
- En France, la première injection de TARV-LA par cabotégravir/rilpivirine (CAB/RPV LA) doit être réalisée à l'hôpital. Les injections suivantes suivent différents parcours de soins : à l'hôpital, en cabinet infirmier en ville ou au domicile du patient.

Objectif

- Décrire les préférences des PVVIH concernant les lieux d'injection et de suivi du traitement, et comparer la satisfaction selon les parcours de soins.

Méthodes

- **Étude PANTER** : étude observationnelle, multicentrique, en vie réelle, portant sur les résultats rapportés par les patients en France
- PVVIH suivies dans des hôpitaux français et switchant d'un TARV oral vers CAB/RPV LA (injections intramusculaires tous les 2 mois)
- Données recueillies : caractéristiques et douleur ressentie lors du switch ; satisfaction et préférences concernant l'injection et le suivi à l'hôpital ou en ville, 9 mois après le switch
- Moyennes (écart-type) pour les variables continues, fréquences (%) pour les variables catégorielles ; tests du chi² de Pearson ou exact de Fisher pour les comparaisons

Résultats

298
PVVIH incluses dans 22 centres (mai 2024 – avril 2025)

96 %
sous TARV oral quotidien à l'inclusion, avant le switch vers CAB/RPV LA*

55 %
Injections faites à l'hôpital (28 % en cabinet infirmier en ville, 17 % à domicile)

95 %
personnes plutôt ou totalement satisfaites du parcours de traitement

Caractéristiques de la population (n=298)

- 65 % d'hommes ; âge moyen 45 ans (écart-type 12)
- 46 % avec au moins une comorbidité
- Durée moyenne sous TARV : 12 ans (écart-type 9)

Première expérience de l'injectable à longue durée d'action (n=258)

- 52 % inquiets avant l'injection : un peu 31 %, modérément 10 %, beaucoup ou extrêmement 11 %
- 71 % ont ressenti une gêne/douleur au site d'injection lors de la première injection : un peu 45 %, modérément 18 %, beaucoup ou extrêmement 8 %

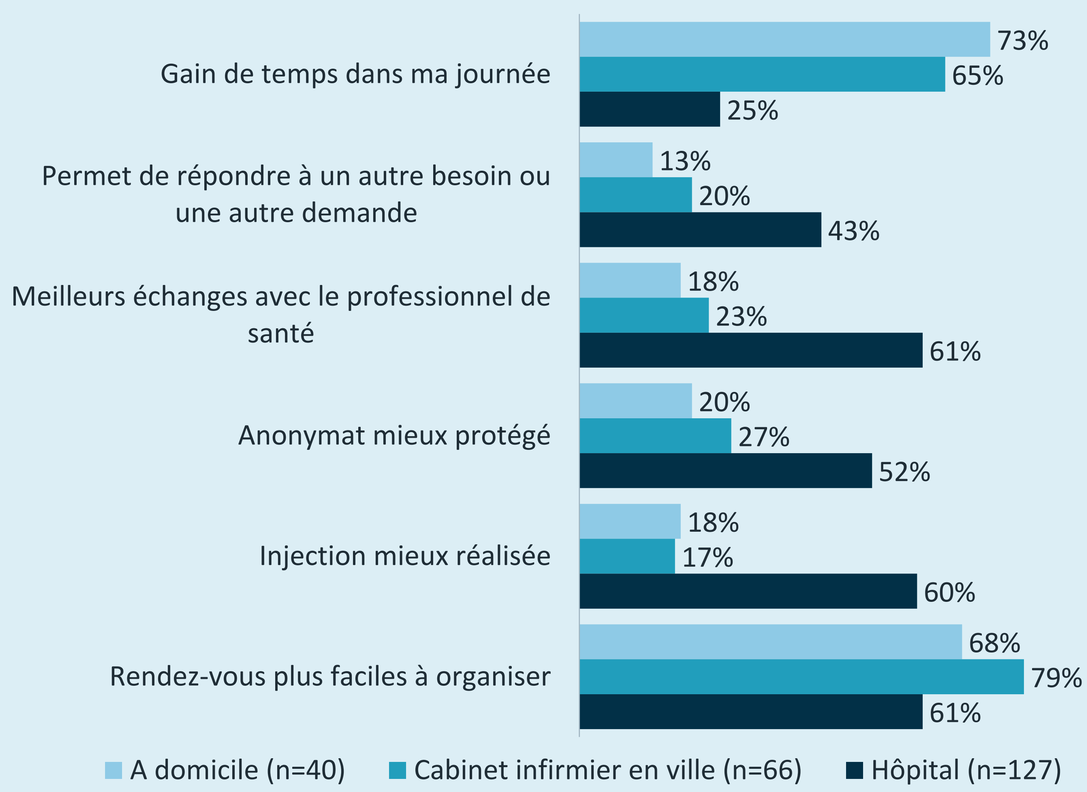
Préférences de délivrance 9 mois après le switch (n=233)

- 95 % plutôt ou totalement satisfaits du parcours de traitement injectable, quel que soit le lieu de délivrance : 94 % à l'hôpital, 97 % en cabinet infirmier en ville et 93 % à domicile (p=0,6)
- Amélioration de la vie quotidienne plus importante pour la consultation en cabinet infirmier (91 %) et à domicile (83 %) qu'à l'hôpital (81 %) (p=0,009)

Les raisons de la préférence diffèrent selon le lieu (n=233 ; p<0,001)

- **Cabinet infirmier en ville** : rendez-vous plus faciles 79 %, gain de temps 65 %
- **A domicile** : gain de temps 73 %, rendez-vous plus faciles 68 %
- **Hôpital** : meilleurs échanges avec les professionnels de santé 61 %, injection mieux réalisée 60 %, protection de l'anonymat 52 %

Raisons du lieu de prise en charge préféré (n=233)



Test du chi² de Pearson : p<0,001 pour toutes les raisons sauf la facilité des rendez-vous (p=0,039)

Conclusion

Le niveau élevé de satisfaction des PVVIH pour le programme CAB/RPV LA s'accompagne de préférences quant au lieu de soins, dont il convient de tenir compte pour faciliter son déploiement en ville. Les infirmier(ère)s libéraux(ales) facilitent la réalisation des injections, que ce soit en cabinet infirmier ou à domicile. Le renforcement de la coordination entre hôpitaux et soins ambulatoires pourrait contribuer à améliorer la continuité des soins.

*4 % recevaient un TARV 4 à 5 fois par semaine

Étude à promotion académique indépendante, financée par ViiV Healthcare

Contact : tristan.alain@aphp.fr

Remerciements — Nous remercions Dr Loghmari Bouchneb, Mme Le Baut et Mme Bouakrif (Hôtel Dieu, APHP), Dr Zucman et Mme Lagoa Pinto (Hôpital Foch), Dr Duvivier, Mme Louisin et Mme Gomes-Pires (Hôpital Necker, APHP), Dr Duracinsky et Mme Poirier (Hôpital Bicêtre, APHP), Dr Seang, Dr Palich, Mme Nadour et Mme Chansombat (Hôpital Pitié-Salpêtrière, APHP), Dr Abi Aad, Dr Lacombe, Dr Lefebvre et Mme Lamarque (Hôpital Saint-Antoine, APHP), Dr Adda Lievin, Dr Siguier, Dr Palacios, Mme Mebarki et Mme Ould Younes (Hôpital Tenon, APHP), Dr de Truchis, Mme Chenakeb et M. Mahrez (Hôpital Raymond-Poincaré et Ambroise-Paré, APHP), Dr Bachelard, Dr Ghosn et Mme Dobremel (Hôpital Bichat, APHP), Dr Blum et Mme Grain (CH Pontoise – Hôpital Novo), Dr Abgrall, Dr Richier, Dr Kansau et Mme Cros (Hôpital Antoine-Béclère, APHP), Dr Lesourd, Mme Amrar et Mme Unal (CH Rouen), Dr Perfezou, Dr Hall, Dr Duthe et M. Drevillon (CH Quimper), Dr Zaegel, Dr Laroche et Mme Ivanova (Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille), Dr Allavena, M. Paredes Manyari et Mme Cavellec (CHU Hôtel-Dieu, Nantes), Dr Le Moal et M. Plainchamp (CHU Poitiers), Dr Ursenbach, Dr Klee et Mme Fuchs (CHU Strasbourg), Dr Kolakowska et M. Provent (Centre Hospitalier de Bastia), Dr Godinot, Mme Moulin et Mme Galvan (Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon), Dr Isard et Mme Saint Marc (Centre Hospitalier d'Avignon), Dr Gagneux-Brunon et Mme Ronat (CHU Saint-Étienne), ainsi que Dr Cheret, Dr Lamaury et Mme Duvallon (CHU Guadeloupe).