

Disponible sur le World Wide Web à l'adresse
www.catie.ca/fr/traitementsida

Table des matières

I AGENTS ANTI-VIH

- | | |
|---|---|
| A. Espérance de vie prolongée pour les personnes séropositives en Amérique du Nord | 1 |
| B. Exploration des facteurs contribuant à la survie prolongée des personnes sous multithérapie | 4 |
| C. Raisons pour lesquelles certaines personnes ne veulent pas commencer de traitement contre le VIH | 6 |

I AGENTS ANTI-VIH

A. Espérance de vie prolongée pour les personnes séropositives en Amérique du Nord

Des études d'envergure menées principalement en Europe occidentale, aux États-Unis et en Australie ont révélé que les combinaisons de médicaments anti-VIH puissants (couramment appelées multithérapies ou TAR) amélioraient grandement la santé des personnes vivant avec le VIH. Au Canada et dans les autres pays à revenu élevé, les infections liées au VIH sont rares chez les personnes recevant des soins et une multithérapie. Par conséquent, les chercheurs s'attendent de plus en plus à ce qu'un jeune adulte qui contracte le VIH aujourd'hui *et* qui commence rapidement une multithérapie *et* qui prend ses médicaments tous les jours en suivant les prescriptions à la lettre *et* qui n'a pas de problèmes de santé coexistants non traités — tels qu'une dépendance à la drogue/alcool, la dépression, la schizophrénie ou la co-infection au virus de l'hépatite C — vivra probablement plusieurs décennies.

Jusqu'à récemment, aucune analyse de l'espérance de vie d'un grand nombre de personnes vivant avec le VIH n'avait été faite au Canada ou aux États-Unis. Or un consortium de chercheurs de partout sur le continent a réuni dernièrement des données de santé recueillies auprès de personnes séropositives et analysé leur espérance de vie. Les chercheurs ont constaté que l'espérance de vie globale des personnes séropositives augmentait depuis une décennie et approchait de celle des personnes séronégatives. Toutefois, tous les groupes importants touchés par le VIH ne connaissent pas la même espérance de

produit par



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

555, rue Richmond Ouest, bureau 505, case 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone : 416.203.7122
sans frais : 1.800.263.1638
télécopieur : 416.203.8284
site Web : www.catie.ca
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

vie. Dans ce bulletin, nous expliquons de quels groupes il s'agit et proposons quelques raisons des différences observées.

Détails de l'étude

Des chercheurs affiliés à la base de données NA-ACCORD de partout en Amérique du Nord ont analysé des données de santé se rapportant à 22 937 participants qui avaient commencé une multithérapie entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2007.

Le profil moyen des participants était le suivant :

- 77 % d'hommes, 23 % de femmes

Voici la répartition des participants selon le groupe d'âge :

- 20 à 34 ans – 25 %
- 35 à 44 ans – 42 %
- 45 à 54 ans – 25 %
- Plus de 55 ans – 8 %

Voies d'infection

- partage de matériel d'injection de drogues (UDI) – 20 %
- relations sexuelles non protégées entre hommes (HARSAH) – 39 %
- autres voies de transmission non spécifiées – 41 %

Race/ethnie

- personnes de couleur – 62 %
- personnes de race blanche – 38 %

Compte de CD4+ au moment de l'introduction de la multithérapie :

- moins de 350 cellules – 72 %
- 350 cellules ou plus – 28 %

Résultats — dans l'ensemble

Un total de 1 622 personnes sont mortes au cours de l'étude; aucun détail concernant les causes de décès n'a été fourni.

De façon générale, les taux de décès étaient les plus élevés parmi les groupes présentant les caractéristiques suivantes :

- antécédents d'injection de drogues
- personnes de couleur
- personnes ayant commencé la multithérapie avec un compte de CD4+ de 350 ou moins

Espérance de vie – les chiffres

Compte tenu de son analyse, l'équipe de recherche a prédit que l'espérance de vie d'une personne de 20 ans vivant aux États-Unis ou au Canada qui commençait une multithérapie peu de temps après sa séroconversion était de 70 ans environ. Précisons toutefois que ce chiffre n'est qu'une moyenne et que certains groupes pourraient connaître une espérance de vie plus courte ou plus longue. Nous indiquons ci-dessous l'espérance de vie estimée d'une personne qui avait 20 ans en 2009 en fonction de son appartenance à différents groupes, en commençant par les personnes séronégatives à titre de comparaison. Des explications possibles de ces résultats sont proposées après la liste de chiffres :

- hommes séronégatifs au Canada – 80 ans
- hommes séronégatifs aux États-Unis – 77 ans
- femmes séronégatives au Canada – 84 ans
- femmes séronégatives aux États-Unis – 82 ans

Sexe

- hommes séropositifs – 62 ans
- femmes séropositives – 64 ans

Voie d'infection

- UDI – 49 ans
- HARSAH – 77 ans
- autres groupes à risque – 70 ans

Race/ethnie

- personnes de couleur – 58 ans
- personnes de race blanche – 72 ans

Compte de CD4+ lors de l'introduction de la multithérapie

- moins de 350 cellules – 59 ans
- 350 cellules ou plus – 75 ans

Il est pertinent de comparer ces espérances de vie à celles de l'époque d'avant la multithérapie, alors que les personnes séropositives dans les pays à revenu élevé vivaient en moyenne de 10 à 12 ans après le diagnostic.

Raisons des différences :

Les femmes

Dans l'ensemble, l'espérance de vie des femmes séropositives figurant dans cette étude était inférieure à celle des HARSAH et des femmes séronégatives. Les chercheurs ont avancé plusieurs explications possibles pour ces résultats. Entre autres, il est possible que « les femmes se fassent soigner lors d'un stade plus avancé de l'infection

que [certains] hommes ». Notons aussi que cette étude avait recruté un grand nombre de femmes qui utilisaient ou avaient utilisé des drogues injectables (UDI). En général, les personnes qui s'injectent des drogues survivent moins longtemps que les non-UDI, sans égard au statut VIH. De plus, il est possible que les femmes inscrites à cette étude aient moins d'éducation, un revenu plus faible et plus de difficulté à interagir avec le système de santé que les HARSAH séropositifs figurant dans l'étude. Elles risquent aussi d'avoir connu plus de stigmatisation sociale et d'isolement que les HARSAH.

Les chercheurs n'ont pas mentionné les nombreux rôles que les femmes doivent souvent endosser, comme s'occuper des enfants et d'autres membres de la famille, veiller au fonctionnement du ménage et travailler à l'extérieur de la maison. En raison de ces multiples rôles, les femmes se voient parfois obligées de prioriser les besoins des autres et n'ont pas assez de temps pour s'occuper d'elles-mêmes. Il est possible que tous ces facteurs aient eu un impact sur l'état de santé global et la survie des femmes figurant dans cette étude.

Les personnes qui s'injectent des drogues

Selon l'équipe de recherche, il est probable que les facteurs suivants ont joué un rôle dans l'espérance de vie plus courte des personnes qui s'injectent des drogues inscrites à cette étude :

- présence de comorbidités comme le virus de l'hépatite C (VHC)
- difficulté à prendre la multithérapie tous les jours en suivant la posologie à la lettre
- effet déstabilisant de la consommation active de drogues
- précarité du logement
- faible revenu

Race/ethnie

Selon l'équipe de recherche, les différences entre l'espérance de vie des personnes de couleur et celle des personnes de race blanche pourraient refléter l'impact de nombreux facteurs, tels que « les conditions socio-économiques sous-jacentes, l'accès aux soins et l'absence d'assurance maladie... » Au début de l'étude, l'écart entre l'espérance de vie des deux groupes raciaux était énorme, soit 23 ans, mais il a diminué vers la fin de la période de l'étude pour se situer à neuf ans.

Compte de CD4+ au début de la multithérapie

Les résultats de cette étude constituent un appui aux recommandations des principales lignes directrices canadiennes et américaines, à savoir que

les personnes séropositives devraient commencer une multithérapie aussitôt que possible, peu importe leur compte de CD4+.

Limitations et forces

Il est possible que les chercheurs aient sous-estimé l'impact des progrès récents ou futurs de la technologie, des soins et de la médecine qui pourraient prolonger l'espérance de vie des personnes séropositives.

Il est également possible que les problèmes de santé liés à l'âge surviennent plus rapidement à l'avenir chez les personnes séropositives que chez les personnes séronégatives. Par conséquent, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH pourrait stagner ou même diminuer.

Les chercheurs n'ont pas été en mesure de suivre chaque participant de l'âge de 20 ans à plus de 70 ans. Cette limitation est raisonnable puisque la multithérapie n'existe que depuis 1996 dans la plupart des pays à revenu élevé. Toutefois, il existe d'autres bases de données qui suivent l'état de santé de personnes séropositives ayant commencé la multithérapie en 1996 (soit seulement quatre ans avant le début de la présente étude). Ces autres études ont permis de constater des tendances largement semblables à celles de l'analyse NA-ACCORD. Les chercheurs responsables de la présente étude ont employé une méthodologie semblable à celle utilisée pour estimer l'espérance de vie moyenne des personnes séronégatives, alors on peut en conclure que les résultats sont raisonnables et fondés sur des tendances qui se poursuivent.

Bienfaits des soins réguliers

Il est important de garder à l'esprit que, comparativement aux personnes séronégatives, de nombreuses personnes séropositives au Canada et dans les pays semblables font l'objet d'un suivi médical assez rigoureux — elles sont évaluées en clinique et passent des tests de laboratoire plusieurs fois par année. Grâce à ce haut niveau de surveillance médicale, on a de bonnes chances de détecter les complications dès un stade précoce, avant qu'elles puissent s'aggraver. Voilà un autre facteur qui pourrait contribuer à accroître l'espérance de vie des personnes séropositives.

Dans la prochaine section, nous explorons les tendances de la survie chez les personnes séropositives vivant dans les pays dotés de systèmes

de santé semblables à celui du Canada, ainsi que les enjeux que l'on doit aborder pour aider à prolonger la survie.

RÉFÉRENCE :

Samji H, Cescon A, Hogg RS, et al. Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 2013 Dec 18;8(12):e81355.

B. Exploration des facteurs contribuant à la survie prolongée des personnes sous multithérapie

Au Royaume-Uni, la professeure Caroline Sabin, Ph.D., de l'University College London a analysé diverses études menées auprès de personnes séropositives, ainsi que les moyens utilisés pour estimer l'espérance de vie. Lors d'une récente analyse, elle a confirmé les conclusions de nombreuses études menées dans les pays à revenu élevé, à savoir que la mortalité liée au sida a baissé de façon marquée parmi les patients sous multithérapie depuis 1996.

Facteurs non liés au VIH

Approfondissant son étude des données, la professeure Sabin a trouvé que des facteurs *non liés* au VIH pouvaient avoir un impact important sur la survie à l'époque actuelle, y compris les suivants :

- tabagisme (augmentation significative des risques de maladies cardiovasculaires, de cancer et de diabète)
- consommation excessive d'alcool
- consommation de drogues

Des études ont révélé que ces facteurs étaient plus courants chez certaines personnes séropositives que chez les personnes séronégatives. De plus, il est possible que l'impact du tabagisme sur la survie soit tellement grand qu'il écourte davantage l'espérance de vie des patients sous multithérapie que le VIH lui-même.

L'étude par observation ART-CC s'est déroulée auprès de 70 000 participants séropositifs en Europe et en Amérique du Nord. Aux fins d'une analyse de données de santé, les chercheurs affiliés à l'ART-CC ont examiné l'espérance de vie et constaté que les patients sous multithérapie avaient

une espérance de vie semblable à celle des personnes séronégatives dans les proportions suivantes :

- 46 % des HARSAH
- 42 % des hétérosexuels
- 0 % des UDI

Effectuant leur analyse sous un autre angle, les chercheurs ont constaté la répartition suivante des participants courant le plus grand risque de mortalité :

- 4 % des HARSAH
- 14 % des hétérosexuels
- 47 % des UDI

Lors d'une étude danoise ayant examiné les événements cliniques survenus entre 1995 et 2008, les chercheurs ont constaté que le nombre de décès non liés au sida avait baissé considérablement chez les personnes ne s'injectant pas de drogues, alors qu'il avait augmenté au cours de la même période chez les UDI.

Ces résultats confirment les effets graves de la consommation de drogues injectables — surdoses, accidents et exposition à des microbes susceptibles d'entraîner de graves conséquences, telles les infections bactériennes et virales causant l'hépatite et, en définitive, l'insuffisance hépatique et le cancer du foie.

La professeure Sabin souligne aussi les résultats d'une autre étude menée dans l'état d'Alabama. Lors de celle-ci, les patients qui ne se présentaient pas à des rendez-vous à la clinique pendant la première année d'une multithérapie « affichaient un taux de [mortalité] à long terme plus de deux fois plus élevé que les patients qui se présentaient à tous les rendez-vous fixés... »

Facteurs liés au VIH :

Diagnostic tardif

Des études menées au Brésil, en Europe occidentale et en Amérique du Nord laissent croire qu'un diagnostic posé lors d'un stade avancé de l'infection au VIH est un facteur de risque de mortalité. Ce risque se produit parce que l'organisme et le système immunitaire se sont déjà gravement affaiblis.

Objectif : 500 cellules CD4+

Lors d'une étude européenne appelée COHERE, menée auprès de plus de 80 000 participants séropositifs, les chercheurs ont constaté que le risque de mortalité chutait spectaculairement

chez les hommes dont le compte de CD4+ montait à 500 cellules après l'introduction d'une multithérapie, de sorte qu'il approchait le niveau de risque observé chez les hommes séronégatifs. Toutefois, les femmes n'ont pas connu les mêmes résultats, même si elles parvenaient à maintenir un compte de CD4+ de 500 cellules ou plus pendant plus de cinq ans. Parmi les raisons possibles de cette différence, mentionnons que les femmes séropositives sont plus susceptibles que les femmes séronégatives de fumer du tabac et d'avoir des antécédents de consommation de drogues injectables.

Lorsque les chercheurs ont porté leur analyse de la survie sur les femmes qui n'étaient pas des UDI, la survie après trois ans de maintien d'un compte de CD4+ de 500 cellules ou plus ressemblait davantage à celle des femmes séronégatives.

Parmi les UDI qui ont vu leur compte de CD4+ atteindre la barre des 500 cellules, le taux de mortalité était plus élevé que celui des non-UDI séronégatifs et ce, « même après avoir maintenu un compte de CD4+ [d'au moins 500 cellules] pendant cinq ans », ont signalé les chercheurs de l'étude COHERE.

L'équipe COHERE a exploré la survie des personnes plus âgées sous multithérapie. Chez les patients âgés de 60 ans ou plus qui avaient un compte de CD4+ d'au moins 500 cellules, le risque de mortalité des hommes et des femmes se comparait à celui des personnes séronégatives. Selon les chercheurs, ce résultat était attribuable à au moins les deux facteurs suivants :

- les UDI sont moins nombreux parmi les personnes séropositives âgées
- le risque de mortalité augmente chez les personnes séronégatives de ce groupe d'âge

Les quartiers seraient-ils un facteur?

Une étude menée en Colombie-Britannique a permis de constater des différences entre les taux de mortalité des personnes séropositives selon le quartier où elles vivaient. Les chercheurs ont comparé un quartier comptant une concentration relativement élevée de personnes s'injectant des drogues à un autre quartier habité par un nombre relativement élevé d'hommes gais. « Nous avons constaté des différences importantes entre les patients des deux quartiers pour toutes les variables socioéconomiques. Les patients dans le quartier comptant une concentration élevée de personnes

s'injectant des drogues étaient plus susceptibles d'être des femmes, de s'être injecté des drogues, d'avoir un médecin ayant moins d'expérience en matière de VIH et de suivre moins fidèlement leur traitement, » ont souligné les chercheurs. De plus, même parmi les personnes sous multithérapie, le risque de mortalité des UDI dans ce quartier était trois fois plus élevé que celui des hommes gais sous multithérapie habitant un autre quartier.

Faire les comparaisons pertinentes

Peu importe le statut VIH, les différences de survie selon le quartier peuvent varier d'une ville à l'autre, d'une région à l'autre ou même au sein d'un pays. Par exemple, la professeure Sabin a affirmé que l'espérance de vie masculine à la naissance entre les années 2007 et 2009 se situait à 84 ans environ dans certains secteurs de Londres, comparativement à 73 ans chez les hommes vivant dans certains quartiers de Glasgow. Selon la chercheuse, cette différence et d'autres entre l'espérance de vie des personnes séronégatives s'expliquent par « des différences entre les caractéristiques des personnes vivant dans différentes régions, particulièrement la situation socioéconomique, les facteurs de mode de vie et les facteurs alimentaires ». Alors, soutient-elle, avant de comparer l'ensemble des personnes séronégatives et séropositives, il est sans doute utile de comparer chaque personne séropositive à une personne séronégative présentant des « caractéristiques de mode de vie et de comportement » semblables afin que l'on puisse estimer l'espérance de vie de façon plus précise.

Lors d'une étude menée il y a plusieurs années aux États-Unis qui a comparé des personnes séropositives et séronégatives, les chercheurs ont constaté que l'espérance de vie de la personne séronégative moyenne était de 76 ans environ. Lorsque les chercheurs ont recalculé l'espérance de vie en comparant des personnes séronégatives ayant des comportements et des caractéristiques semblables à ceux de leur population séropositive, l'espérance de vie moyenne de ce groupe de personnes séronégatives a baissé jusqu'à 68 ans. L'ajustement des estimations de l'espérance de vie — compte tenu de facteurs comme la consommation d'alcool, le tabagisme, la consommation de drogues, les conséquences des infections transmissibles sexuellement (ITS) — est un point important qu'il faut prendre en considération. Lorsque les chercheurs américains ont tenu compte de ces facteurs afin d'estimer

l'espérance de vie de leur population séropositive, ils en sont arrivés au chiffre de 56 ans environ.

Prolonger l'espérance de vie des personnes séropositives

Les études dont nous rendons compte dans ce numéro de *TraitementSida* laissent croire qu'il reste beaucoup de travail à faire pour améliorer l'espérance de vie des populations clés touchées par le VIH. Les interventions en question devront être axées sur les soins et le traitement de problèmes dont la plupart *ne sont pas liés* au VIH, comme les suivants, entre autres :

- dépistage de l'anxiété, de la dépression, du trouble de stress post-traumatique et de la schizophrénie
- traitement des dépendances et de la consommation de drogues/alcool
- parmi les personnes co-infectées par l'hépatite B ou l'hépatite C, il est particulièrement important de réduire la consommation d'alcool pour préserver la santé du foie
- aides et soutien à la cessation du tabagisme
- maintien d'un poids santé
- suivi et soutien à l'observance thérapeutique
- dépistage et traitement du VHC et d'autres co-infections
- dépistage, prévention et traitement des maladies cardiovasculaires et rénales et le diabète
- vaccinations contre les infections courantes
- dépistage régulier et traitement du cancer
- dépistage et traitement des ITS et vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH)

Tant et aussi longtemps que ces mesures ne seront pas chose courante partout en Amérique du Nord pour *tous* les groupes durement touchés par le VIH, les différences de survie entre les populations mentionnées dans ces études et d'autres persisteront.

RÉFÉRENCES :

1. Sabin CA. Do people with HIV infection have a normal life expectancy in the era of combination antiretroviral therapy? *BMC Medicine*. 2013 Nov 27;11:251.
2. Tavernise S. List of smoking-related illnesses grows significantly in U.S. report. *New York Times*. 17 January, 2014. Available at: http://www.nytimes.com/2014/01/17/health/list-of-smoking-related-illnesses-grows-significantly-in-us-report.html?ref=health&_r=0 [subscription may be required]

3. Marin B, Thiébaud R, Bucher HC, et al. Non-AIDS-defining deaths and immunodeficiency in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS*. 2009 Aug 24;23(13):1743-53.
4. Losina E, Schackman BR, Sadownik SN, et al. Racial and sex disparities in life expectancy losses among HIV-infected persons in the United States: Impact of risk behavior, late initiation, and early discontinuation of antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*. 2009 Nov 15;49(10):1570-8.
5. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, et al. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clinical Infectious Diseases*. 2013 Mar;56(5):727-34.
6. Lewden C, Chene G, Morlat P, et al. HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2007 Sep 1;46(1):72-7.
7. Krentz HB, Kliewer G, Gill MJ. Changing mortality rates and causes of death for HIV-infected individuals living in Southern Alberta, Canada from 1984 to 2003. *HIV Medicine*. 2005 Mar;6(2):99-106.
8. Druyts EF, Rachlis BS, Lima VD, et al. Mortality is influenced by locality in a major HIV/AIDS epidemic. *HIV Medicine*. 2009 May;10(5):274-81.
9. Cohen MH, French AL, Benning L, et al. Causes of death among women with human immunodeficiency virus infection in the era of combination antiretroviral therapy. *American Journal of Medicine*. 2002 Aug 1;113(2):91-8.
10. Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in EuroCoord, et al. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 \geq 500/mm³ compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. *International Journal of Epidemiology*. 2012 Apr;41(2):433-45.
11. Samji H, Cescon A, Hogg RS, et al. Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 2013 Dec 18;8(12):e81355.

C. Raisons pour lesquelles certaines personnes ne veulent pas commencer de traitement contre le VIH

Lorsque la multithérapie a été introduite au Canada et dans les autres pays à revenu élevé en 1996, les régimes étaient complexes; les patients devaient respecter des consignes spécifiques quant à la nourriture et l'eau, prendre de nombreuses pilules jusqu'à trois fois par jour en suivant les instructions à la lettre et endurer de nombreux effets secondaires.

Des sondages réalisés auprès des personnes séropositives à cette époque-là ont permis de

reconnaître les barrières suivantes à la mise en traitement, entre autres :

- peur des effets secondaires
- désir de ne pas prendre de nombreuses pilules plusieurs fois par jour
- difficulté à intégrer la prise de pilules dans sa vie quotidienne

De nos jours, près de 20 ans après l'arrivée de la multithérapie, le traitement est beaucoup plus simple (de nombreuses personnes ne prennent des médicaments qu'une seule fois par jour, et il existe des combinaisons entières sous forme d'une seule pilule), mais aussi plus sécuritaire et plus efficace. Malgré ces progrès et les bienfaits que l'on connaît en commençant tôt le traitement, certaines personnes séropositives ne veulent toujours pas commencer de multithérapie. Chez l'individu, l'introduction précoce de la multithérapie peut réduire la quantité de VIH dans le corps. Cette réduction aide à atténuer les dommages infligés au système immunitaire, au cerveau, au cœur, aux poumons, aux reins et à d'autres organes et systèmes vitaux. À l'échelle d'une ville ou région comptant des centaines de milliers de personnes (« à l'échelle de la population » dans le langage des chercheurs), le fait de prendre fidèlement sa multithérapie tous les jours et de passer régulièrement des dépistages d'infections transmissibles sexuellement aide à réduire considérablement le risque de transmettre le VIH. Voilà un bienfait important pour la collectivité.

Des chercheurs de l'Union européenne et d'Australie ont sondé des patients séropositifs et leurs médecins au sujet des barrières perçues qui les empêchaient de commencer une multithérapie. L'analyse des résultats porte à croire qu'il existe toujours des barrières à la mise en traitement de nos jours, mais elles sont différentes de celles de la fin des années 1990. Parmi les principales barrières actuelles, notons que certaines personnes séropositives ne se sentent pas suffisamment malades ou n'éprouvent pas de symptômes graves qui les pousseraient à commencer plus tôt le traitement. Quant aux principales raisons évoquées par les médecins pour reporter l'introduction de la multithérapie, elles incluent la perception que les patients souffrent de dépression, qu'ils consomment activement de la drogue ou de l'alcool et qu'ils ne comprennent pas l'importance de l'observance thérapeutique.

Détails de l'étude

Entre novembre 2011 et octobre 2012, les chercheurs ont recruté 508 patients séropositifs ayant le profil moyen suivant :

- âge – 37 ans
- 84 % d'hommes, 16 % de femmes
- période écoulée depuis le diagnostic de VIH – entre un et quatre ans

Voici la répartition des patients selon la voie de transmission :

- 67 % d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH)
- 6 % de personnes ayant partagé du matériel d'injection de drogues (UDI)
- 25 % d'hétérosexuels
- 2 % de personnes classées comme « autres » par les chercheurs, sans plus de précisions
- charge virale en VIH – 10 000 copies/ml
- compte de CD4+ – 568 cellules

La majorité des participants n'avaient aucun symptôme ou bien simplement des symptômes très légers de l'infection au VIH et leurs comptes de CD4+ étaient les suivants :

- moins de 350 cellules – 8 % des participants
- entre 350 et 499 cellules – 27 %
- 500 cellules ou plus – 65 %

Au cours de la même période, 114 médecins ont été recrutés, dont 60 % avaient au moins 10 ans d'expérience en traitement des personnes vivant avec le VIH.

Tous les participants ont rempli un sondage exhaustif sur les barrières perçues à l'introduction de la multithérapie.

Résultats — personnes séropositives

La principale raison donnée par les personnes séropositives pour reporter le début de la multithérapie se résume comme suit :

- « Je me fie à mon corps pour me dire quand je devrais commencer. »

Cette raison était relativement courante, sans égard au compte de CD4+.

D'autres participants ont répondu qu'ils reporteraient la multithérapie jusqu'à l'apparition de symptômes.

Chose intéressante, 47 % des répondants ont affirmé qu'ils ne voulaient pas commencer la thérapie parce qu'ils ne voulaient pas se faire rappeler leur séropositivité. Cette raison était relativement courante aussi, peu importe le compte de CD4+.

Quand commencer?

De plus en plus, les lignes directrices thérapeutiques recommandent de commencer la multithérapie peu de temps après le diagnostic de VIH, peu importe le compte de CD4+. En réponse aux questions sur leur attitude à l'idée de commencer la multithérapie, les participants ont répondu comme suit :

- 50 % des participants ayant un compte de CD4+ inférieur à 500 cellules n'étaient pas prêts à commencer
- 30 % des participants ayant un compte de CD4+ inférieur à 500 cellules étaient « ambivalents » à l'idée de commencer

Médecins

Selon la plupart des médecins (93 %), les recommandations des lignes directrices concernant l'introduction de la multithérapie convenaient à leurs patients. Or, lorsque les chercheurs leur ont demandé si les patients ayant moins de 350 cellules CD4+ devraient commencer le traitement, 46 % des médecins ont répondu « non ». Cette réponse a étonné les chercheurs car toutes les lignes directrices des pays à revenu élevé recommandent de commencer la multithérapie dès que le compte de CD4+ passe sous ce seuil. Soucieux d'y voir plus clair, les chercheurs ont interrogé les médecins à propos de leur hésitation à prescrire la multithérapie en fonction du compte de CD4+ des patients. Voici ce qu'ils ont pu apprendre :

Moins de 350 cellules CD4+

- le patient est trop déprimé pour commencer
- le patient ne comprend pas les enjeux clés liés au traitement du VIH
- le patient consomme des substances nocives

Compte de CD4+ entre 350 et 499 cellules

- je ne connais pas le patient depuis assez longtemps
- le patient est trop déprimé
- le patient ne comprend pas les enjeux clés liés au traitement du VIH

Compte de CD4+ de 500 cellules ou plus

- je ne connais pas le patient depuis assez longtemps
- les proches du patient ignorent qu'il est séropositif
- son travail empêche une bonne observance thérapeutique

Les chercheurs se sont étonnés de l'hésitation de certains médecins à traiter les personnes utilisant des drogues puisque, à en croire les études, il est possible d'assurer la transition de ces personnes vers un traitement de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine) grâce à une intervention appropriée et à l'apport du soutien nécessaire. De plus, moyennant un soutien psychosocial et de l'éducation, ces personnes peuvent réussir à suivre fidèlement une multithérapie et à se rétablir d'une dépendance aux drogues de façon durable.

Limitations et forces

La proportion de répondants à ce sondage ayant un compte de CD4+ de moins de 350 cellules était relativement faible. Ce problème pourrait être attribuable au fait que la multithérapie commence souvent de nos jours lorsque les CD4+ sont plus nombreuses. De plus, les chercheurs n'ont pas recueilli de données sur les différences culturelles qui pourraient exister en matière de médecine et de santé dans différents pays.

Soulignons toutefois que ce sondage est l'un des plus importants à avoir abordé ces thèmes dans les pays à revenu élevé.

Vers l'avenir

Les résultats de ce sondage sont importants et fournissent des indices précieux de comment certains médecins et patients perçoivent les barrières à l'introduction de la multithérapie. Les enjeux soulevés dans ce sondage surgiront de plus en plus à mesure que les programmes visant à élargir l'accès au dépistage du VIH, au counseling et au traitement seront mis sur pied non seulement pour améliorer la santé des personnes séropositives, mais aussi pour réduire la propagation générale du VIH. Si l'on souhaite que la multithérapie soit utilisée plus largement, il sera essentiel d'aborder les enjeux soulevés par ce sondage.

Pour faire suite à ce genre de recherche, on pourrait envisager de réaliser des entrevues ciblées auprès d'un petit groupe de patients afin de connaître leurs sentiments à l'idée de commencer la multithérapie. Une telle démarche pourrait découvrir des enjeux psychosociaux plus profonds et peut-être plus significatifs qui expliqueraient l'hésitation et l'ambivalence qu'éprouvent certains patients à l'idée de commencer la thérapie.

RÉFÉRENCES :

1. Fehr J, Nicca D, Goffard JC, et al. Reasons for not starting ART: a multinational survey among patients and their physicians—the bART study (barriers to ART). In: Program and abstracts of the *14th European AIDS Conference*, 16–19 October 2013, Brussels, Belgium. Abstract PS 11/1.
 2. McNairy ML, El-Sadr WM. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV transmission: What will it take? *Clinical Infectious Diseases*. 2014; *in press*.
-

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait *toujours* se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE (Le Réseau canadien d'info-traitements sida) fournit, de bonne foi, des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos clients à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos clients à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

Nous ne pouvons garantir l'exactitude ou l'intégralité des renseignements publiés ou diffusés par CATIE, ni de ceux auxquels CATIE permet l'accès. Toute personne mettant en application ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE, ni l'Agence de la santé publique du Canada, ni le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, sont celles des auteurs et ne reflètent pas les politiques ou les opinions de CATIE ou les points de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ou du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ontarien.

L'information sur l'usage plus sécuritaire de drogues par injection est offerte comme service de santé publique pour aider les personnes à prendre de meilleures décisions de santé et ainsi réduire la propagation de l'hépatite C et du VIH. Cette information n'a pas pour but d'encourager ni de promouvoir l'utilisation ou la possession de substances illicites.

La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à info@catie.ca.*

Crédits

Auteur Sean Hosein
Révision RonniLyn Pustil
Traduction Alain Boutilier

© CATIE, vol. 26, n°1
janvier 2014

ISSN 1181-7194 (imprimé)
ISSN 1927-8926 (en ligne)
Numéro de catalogue du Centre de distribution de CATIE
ATI-60214F
(also available in English, ATI-60214E)

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Que fait CATIE ?

CATIE est la source d'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Notre but est de partager les connaissances, les ressources et l'expertise avec les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C, les communautés à risque, les fournisseurs de soins de santé et les organismes communautaires afin de diminuer la transmission des virus et d'améliorer la qualité de vie.

Depuis plus de 20 ans, CATIE travaille à fournir de l'information qui permet aux personnes de faire des choix avisés concernant leur santé et aide les fournisseurs de soins de santé et autres organismes de première ligne à répondre aux besoins de leurs clients.

CATIE fournit de l'information par le biais d'un site Web complet (www.catie.ca), de ressources électroniques et imprimées, de webinaires et d'autre apprentissage en ligne, d'une bibliothèque nationale de référence, de conférences régionales, d'abonnements à des bulletins électroniques et d'une ligne de renseignements sans frais confidentielle.

Les publications de CATIE

TraitementSida

La publication scientifique vedette de CATIE traitant des récentes percées de la recherche et des traitements sur le VIH/sida et l'hépatite C. Abonnez-vous à *TraitementSida* et recevez automatiquement un courriel vous avisant dès qu'un nouveau numéro est disponible en ligne ou contactez CATIE à 1.800.263.1638 pour recevoir votre abonnement par la poste.

Nouvelles CATIE

Nouvelles concises de CATIE sur le VIH et l'hépatite C.

Actualités infobépatiteC

Bulletin électronique de CATIE qui paraît toutes les deux semaines et met l'accent sur de l'information importante en matière de prévention, traitement et épidémiologie de l'hépatite C.

Un guide pratique du traitement antirétroviral

Cet ouvrage présente les dernières connaissances en matière de traitement, ainsi qu'une description du virus et du système immunitaire, des stades de l'infection au VIH, des tests utilisés pour évaluer l'état de santé et des médicaments anti-VIH.

Un guide pratique des effets secondaires des médicaments anti-VIH

Cet ouvrage fait le point sur les effets secondaires des traitements. En plus de décrire une gamme de problèmes allant de la perte de l'appétit aux troubles sexuels, le guide offre des conseils pour combattre et prévenir les effets secondaires.

Magazine Vision positive

Renseignements et opinions holistiques écrits par et pour des personnes vivant avec le VIH.

Feuillets d'information

Ces documents offrent un aperçu concis des troubles, des symptômes, des médicaments, des effets secondaires, des thérapies complémentaires, des vitamines et des plantes médicinales, entres autres.

Communiquez avec nous

Par courrier : info@catie.ca
Via le Web : www.catie.ca
Par téléphone : 416.203.7122
(sans frais) 1.800.263.1638
Par télécopieur : 416.203.8284
Via les médias sociaux : www.facebook.com/CATIEInfo;
www.twitter.com/CATIEInfo

par la poste : 555, rue Richmond Ouest,
bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1
Canada