

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