



# VIH et espérance de vie

par le D<sup>r</sup> Robert Hogg

**« Pendant longtemps, il m'a semblé que la vie allait commencer, la vraie vie. Mais il y avait toujours un obstacle, des choses à régler, du temps qui manque, une dette à rembourser. C'est après cela que la vie allait enfin commencer. Puis, un jour, j'ai enfin compris que ces obstacles, c'était ma vie. »**  
— Père Alfred D. Souza

En 1996, on a cru pendant quelques mois qu'on allait guérir le VIH. On traitait désormais la maladie au moyen de la trithérapie et un modèle mathématique qui avait fait couler beaucoup d'encre laissait croire que trois années de traitement viendraient à bout du virus chez une personne vivant avec le VIH (PVVIH). Ce n'était qu'une question de temps avant qu'on trouve une cure, mais le temps n'est jamais venu. Quelques années plus tard, un nouveau modèle mathématique, publié par le même groupe de chercheurs, annonçait qu'il faudrait plutôt un traitement d'une soixantaine d'années pour se débarrasser du virus. À ce jour, personne n'a encore été guéri et nous constatons, comme le père Alfred D. Souza, que le VIH est ici pour de bon.

## Combien de temps ?

Alors, combien de temps une PVVIH vit-elle ? Cette question a été posée dernièrement au D<sup>r</sup> Peiperl, éditeur et responsable du site HIV InSite, par un homme gai dont le partenaire venait d'être diagnostiqué (voir <http://hivinsite.ucsf.edu/insite?page=ask-06-02-007>). Or, sa réponse et la mienne sont semblables : on ne le sait pas. Mais on sait par contre que l'espérance de vie a progressé depuis l'arrivée des pharmacothérapies.

Les meilleures données que l'on possède concernant l'incidence du VIH sur l'espérance de vie proviennent de l'histoire naturelle d'hommes et de femmes dont on connaît la date de contamination, à savoir la séroconversion. Ces personnes ont été suivies à partir du moment de l'infection jusqu'au décès, et les résultats laissent croire qu'avant la disponibilité généralisée des traitements antirétroviraux (ARV), la durée médiane de vie des PVVIH après le diagnostic était de 12 ans, c'est-à-dire que la moitié d'entre elles seraient décédées avant ce laps de temps, et l'autre moitié après. La plupart seraient décédées 20 ans après avoir été infectées.

Le D<sup>r</sup> Robert Hogg, MD, est professeur au département des soins de santé et d'épidémiologie de l'Université de Colombie-Britannique, et directeur du programme de santé de la population au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS.

## L'observance du traitement, c'est-à-dire prendre les bonnes doses aux bons moments et ne pas sauter de doses, améliore nettement les chances de vivre plus longtemps

L'évolution naturelle du VIH a pris une toute autre tournure avec l'apparition des traitements. Les PVVIH vivent beaucoup plus longtemps qu'avant. Au départ, la monothérapie ARV (AZT, ddl ou ddC) avait un effet limité sur le taux de survie et la bithérapie n'est devenue efficace qu'avec l'apport de composés plus puissants, comme le 3TC et la ddl. Les données publiées à cette époque mentionnent que les PVVIH qui prenaient deux nucléosides vivaient environ deux fois plus longtemps que celles qui n'en prenaient qu'un.

Au milieu des années 1990, avec l'arrivée des multithérapies, soit trois médicaments ou plus, l'espérance de vie a fait un grand bond en avant. En Colombie-Britannique, on constatait des taux de mortalité trois fois moins élevés. Des résultats semblables ont été observés dans tous les pays qui avaient accès à ces médicaments.

Cependant, les taux de mortalité pouvaient varier considérablement en fonction de l'âge, de la numération des CD4 et de la charge virale au moment du diagnostic. D'autres facteurs interviennent également dans l'espérance de vie, dont le statut socioéconomique (richesse ou pauvreté, logement stable ou sans-abrisme, etc.) et la présence d'autres maladies, par exemple l'hépatite B ou C, une cardiopathie et le diabète.

On ne peut modifier certains facteurs, mais on peut agir sur d'autres. Il a été démontré que le fait de se faire soigner par un médecin expérimenté dans le traitement du VIH augmente l'espérance de vie. De même, l'observance du traitement, c'est-à-dire prendre les bonnes doses aux bons moments et ne pas sauter de doses, améliore nettement les chances de vivre plus longtemps, comme l'ont montré de nombreuses études. Par contre, l'utilisation de drogues injectables peut réduire l'espérance de vie chez les PVVIH. Et, enfin, le tabagisme ainsi que la consommation abusive de drogues récréatives et d'alcool nuisent à la santé de tout le monde, pas seulement à celle des PVVIH, et agressent le système d'une personne qui combat déjà les effets du VIH.

### Perspectives actuelles

L'espérance de vie des PVVIH peut être assez élevée, mais pas autant que chez les personnes

non infectées. La meilleure estimation, fondée sur les données et les modèles démographiques actuels, indique qu'une personne âgée de 20 ans vivra environ 30 ans à partir du moment où elle entreprend un traitement ARV. Mais il s'agit d'une hypothèse éclairée, extrapolée à partir des données actuelles, et non d'une certitude car aucune PVVIH traitée par ARV n'a encore vécu aussi longtemps.

L'espérance de vie d'une PVVIH âgée de 20 ans qui commence un traitement ARV est passée de 12 ans à 30 ans, entre l'époque des mono et bithérapies et l'arrivée des multithérapies. L'espérance de vie d'une personne de 20 ans qui n'est pas infectée par le VIH est de 57 ans pour les hommes et de 62 ans pour les femmes, environ le double de celle d'une PVVIH qui amorce une multithérapie\*. Cependant, les personnes qui commencent la multithérapie sans attendre (p. ex., numération des CD4 supérieure à 200 cellules/ $\mu$ L), observent le traitement à la lettre et ne consomment pas de drogues injectables vont probablement vivre plus longtemps. Chez ces personnes, l'espérance de vie est la même pour les hommes et les femmes.

### Perspectives

Pour l'avenir, il est fort probable que les PVVIH vivront encore plus longtemps grâce à l'amélioration des traitements et à une meilleure prise en charge de l'infection. Mais il n'y a aucune garantie, et les modèles peuvent donner de faux résultats s'ils s'appuient sur de fausses hypothèses. Aussi, il faut reconnaître qu'il s'agit d'évaluations généralisées reposant sur un ensemble de personnes et que de nombreux facteurs peuvent influencer sur les résultats individuels. Voilà pourquoi il est peut-être préférable d'agir comme l'a recommandé le Mahatma Gandhi : « Vis comme si tu devais mourir demain. Apprends comme si tu devais vivre toujours. »

(suite à la page 6)



\*Les données canadiennes d'espérance de vie sont tirées du site de l'Organisation mondiale de la santé (par pays) et celles d'espérance de vie pour les PVVIH sont tirées de données non publiées du **BC Centre for Excellence in HIV/AIDS**.

## La survie depuis les multithérapies

Quelques grandes initiatives internationales étudient la survie et les facteurs s'y rapportant chez les PVVIH ayant accès aux multithérapies. Le projet CASCADE (Concerted Action on Seroconversion to AIDS and Death in Europe) rassemble les données de nombreuses études européennes.

Également, l'Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, qui regroupe des études européennes et nord-américaines, fait le suivi de PVVIH qui entreprennent une multithérapie. En 2006, le groupe a publié des résultats reposant sur des études réalisées auprès de 22 217 personnes qui ont commencé une multithérapie entre 1995 et 2003.

Les caractéristiques de la population ont beaucoup changé au cours de cette période, le nombre de femmes infectées par contact hétérosexuel ayant doublé tandis que le nombre d'hommes infectés par des relations sexuelles avec des hommes et le nombre de personnes infectées en raison de l'utilisation de drogues injectables a reculé. Les médicaments utilisés comme traitement de premier recours ont également évolué : en 1995, 95 % des PVVIH recevaient d'abord un inhibiteur de protéase (IP), mais en 2003, cette proportion était de 45 %, les IP ayant été remplacés par les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI). Les chercheurs essaient de comprendre l'incidence de différents facteurs sur les résultats et la survie.

Voici les tendances qui ressortent des deux études mentionnées ci-dessus :

- La multithérapie a surtout amélioré la réponse virologique chez les hommes infectés par contact sexuel avec d'autres hommes. L'amélioration était moins marquée chez les personnes infectées par contact hétérosexuel. Quant aux personnes ayant consommé des drogues injectables, la réponse virologique initiale était bonne, mais elle se dégradait au fil des ans.

- Le risque de progression de la maladie et de décès à long terme est plus grand chez les PVVIH qui entreprennent le traitement lorsque la numération des CD4 est inférieure à 200 cellules/ $\mu$ L que chez les PVVIH qui entreprennent le traitement lorsque la numération des CD4 est plus élevée.

- Avant la multithérapie, la progression de la maladie et la mortalité dans les pays développés étaient principalement fonction de l'âge à la séroconversion et de la durée de l'infection.

Le taux de survie médian à partir de la séroconversion était de 12,5 ans pour les personnes âgées de 15 à 24 ans, contre 7,99 ans seulement pour les 45 à 54 ans; 60 % des PVVIH avaient une espérance de vie de 10 ans après la séroconversion. Mais depuis la multithérapie, l'âge à la séroconversion est désormais un facteur moins important dans l'évolution de la maladie. Avant 1997, le risque de sida était plus élevé chez les personnes ayant 45 ans et plus à la séroconversion que chez les 16-24 ans, mais entre 1999 et 2001, le risque en fonction de l'âge ne présentait plus de réelle différence.

- Entre 1999 et 2001, chez les personnes âgées de 16 à 24 ans au moment de la séroconversion, 96 % des hommes ayant des contacts sexuels avec d'autres hommes et 83 % des utilisateurs de drogues injectables avaient une espérance de vie d'au moins 10 ans.

- À l'heure actuelle, il semble que les utilisateurs de drogues injectables aient une espérance de vie beaucoup plus courte après la séroconversion que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Les maladies du foie liées à l'hépatite C sont en partie responsables. De même, les questions d'accès à la multithérapie et d'observance du traitement dans ce groupe sont peut-être en cause. 