

FAIM DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Catherine Desmoulin
Pistes (Paris)

« Donner des antirétroviraux à des personnes qui ont faim aura peu d'effet » est une évidence à laquelle, semble-t-il, beaucoup de programmes VIH dans les pays d'Afrique ont accordé une place limitée. D'après le Programme alimentaire mondial, plus de 6 millions de personnes placées sous ARV en 2008 devront aussi bénéficier d'un support nutritionnel.

Selon les dernières estimations du Programme alimentaire mondial (PAM), 852 millions de personnes ont faim dans le monde ; et dans sept pays subsahariens (Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie, Zimbabwe) le nombre de personnes ne pouvant satisfaire leurs besoins alimentaires est passé de 3,5 millions en

2001 à 8,3 millions fin 2006. Dans ces mêmes pays, 25 millions de personnes vivent avec le VIH, principalement des femmes. *« Aussi évidente que soit la nécessité de nourrir les patients infectés par le VIH sous ARV, sur le terrain, les fonds attribués à l'aide nutritionnelle sont insuffisants »*, a déclaré à Toronto Sarah Simon de l'ONG américaine CARE. Le PAM estime qu'entre 3,8 et 6,4 millions de personnes infectées devront bénéficier d'une aide nutritionnelle durant la période 2006-2008. Ce qui, toujours selon les projections du PAM et de l'Onusida coûtera 0,66 dollar/jour pour un adulte et 0,31 dollar/jour pour un orphelin... somme à ajouter aux prix des ARV et des ressources humaines.

CERCLE VICIEUX

On connaît pourtant bien l'impact de l'insécurité alimentaire sur l'infection VIH et, réciproquement, celui de la maladie sur la pauvreté – en raison de l'impossibilité, pour les malades, de continuer à produire des ressources. La pauvreté est à l'origine d'un cercle vicieux : malnutrition / vulnérabilité au VIH / incapacité de subvenir à ses besoins alimentaires / baisse de productivité / aggravation de la pauvreté...

L'insécurité alimentaire augmente aussi les mouvements de population, exacerbe les inégalités des sexes, majore le risque d'infection et de transmission materno-fœtale. Au plan physiopathologique, on sait que les carences nutritionnelles

induisent un état d'immunodépression avec augmentation du stress oxydatif, d'où une multiplication accrue du VIH, une augmentation de la morbidité, et une progression de la maladie. Il en résulte une baisse de l'appétit, une malabsorption avec diarrhée chronique, une altération du métabolisme et des capacités de stockage de l'organisme, notamment des vitamines B, C, E.

Enfin, la transmission trans-générationnelle de la pauvreté accroît le risque de naissances prématurées et de petits poids de naissance. Ce qui compromet l'inté-

grité gastrointestinale des enfants, et augmente encore le risque de contamination par le VIH.

OBSERVANCE

Plusieurs études, présentées à Toronto, ont montré que la faim rend l'observance au traitement plus difficile, du fait d'une moindre acceptation des effets indésirables, d'où une moins bonne réponse immune et une majoration des infections. Un travail mené près de Kampala (Ouganda) rapporte ainsi une mortalité accrue suite à l'interruption des ARV liée au manque de nourriture.

L'enfant dénutri est particulièrement vulnérable. Une étude, menée au Malawi¹ a comparé les taux de mortalité d'enfants sévèrement dénutris, selon l'existence ou pas d'une infection par le VIH. Le travail porte sur 295 enfants admis dans trois centres de réalimentation thérapeutique. L'âge moyen à l'admission

était de 22 mois et 17 % des admissions concernaient des enfants séropositifs. A l'admission, tous les enfants étaient alimentés avec du lait F75/F100 et placés

sous antibiothérapie systémique et antipaludéens. A la sortie du centre, ils recevaient des rations alimentaires complémentaires durant 16 semaines. La période d'observation totale est de 10 mois.

Les résultats montrent un taux de mor-

LES CARENCES NUTRITIONNELLES INDUISENT UN ÉTAT D'IMMUNODÉPRESSION

LA FAIM REND L'OBSERVANCE PLUS DIFFICILE DU FAIT D'UNE MOINDRE ACCEPTATION DES EFFETS INDÉSIRABLES

talité considérablement majoré chez les enfants séropositifs. Ces derniers représentent la moitié des enfants décédés (15,9%) durant la période d'observation. 67% des séropositifs sont décédés durant la première phase de renutrition, contre 33% des séronégatifs. Après la phase précoce de renutrition, les investigateurs n'ont pas constaté de différence de mortalité.

Outre la mortalité, la durée moyenne du séjour était plus importante en cas d'infection VIH (20 jours *versus* 11,7 jours). 67% des enfants séropositifs étaient marasmiques, comparativement à 33% des séronégatifs.

La conclusion de ce travail est qu'il est nécessaire d'identifier précocement les enfants séropositifs admis dans des centres de renutrition, du fait d'un risque de décès précoce accru (RR = 3,45). D'autant qu'ils sont deux fois plus nombreux à l'admission que les autres enfants non infectés. Une réalimentation plus précoce et la mise sous traitement antirétroviraux s'imposent pour améliorer la survie de ces enfants.

COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS

Dans l'idée de prouver que des apports nutritionnels adéquats peuvent améliorer le bénéfice clinique et l'observance, une étude pilote chez des patients en état d'insécurité alimentaire a été menée dans 8 centres de soins nationaux à Lusaka (Zambie)².

Les patients, par ailleurs mis sous ARV, étaient randomisés en deux groupes, l'un avec une prise en charge classique, l'autre bénéficiant d'un apport nutritionnel complémentaire mensuel à domicile, sous la forme d'un mélange soja-maïs-micronutriments (préparation du PAM).

Les variations du poids et des CD4 étaient mesurées à 6 et 12 mois. L'observance était évaluée par le nombre de jours de retard par rapport à la date des visites programmées à la pharmacie.

A l'inclusion, les deux groupes de patients (375 supplémentés, 161 non supplémentés) étaient cohérents en termes de poids moyen, d'âge, de taux de

CD4, de stade sida, de taux d'hémoglobine et de sexe ratio.

En moyenne, sur un an, le nombre de rations distribuées a été de 9. Le délai moyen entre le début du traitement ARV et la première ration alimentaire est de 70 jours.

En matière de gain de poids, il n'est pas apparu de différence significative à six mois (+5,6 *versus* +5,0; P=0,48) et 12 mois (+6,2 *versus* +5,5; P=0,44) entre les patients supplémentés et non supplémentés. Mais les supplémentés présentaient une augmentation des CD4 plus importante à 12 mois (+185 *versus* +113; P=0,017). Et l'observance de ces patients était meilleure (+40%). A noter que l'augmentation de la réponse en CD4 et de l'observance était toujours significativement améliorée après ajustement sur l'âge, le sexe, le stade OMS et l'indice de masse corporelle à l'entrée dans l'étude.

Cet essai consistant à associer aux ARV un complément nutritionnel mensuel sous la forme d'une farine enrichie a permis d'augmenter l'observance et d'améliorer la réponse immunitaire à 12 mois. Des études à plus large échelle devraient certainement être menées, concluent les investigateurs.

SÉLÉNIMUM

Au Nigeria, c'est un essai de supplémentation en sélénium qui a été mené chez des patients placés sous HAART et à un stade avancé de la maladie³. L'idée de supplémenter les malades en antioxydants, et notamment avec du sélénium, répond logiquement aux carences en substances antioxydantes dont souffrent les malades à ce stade. De nombreux essais ont déjà été menés dans les pays du Nord.

L'étude a randomisé et suivi 340 malades, en dessous de 50 CD4/μL pour 60% d'entre eux. Un groupe prenait quotidiennement du sélénium en complément du traitement HAART, l'autre pas. Des conseils destinés à renforcer l'observance et à améliorer l'alimentation étaient donnés lors de chaque consultation. A l'issue de 64 semaines de suivi,

les investigateurs ont comparé l'évolution des variables cliniques et biologiques.

Les résultats sont assez étonnants. L'apport en sélénium a amélioré le gain de CD4 (+120/μL *versus* +50/μL; P=0,02) et l'hémoglobine (+3 g/dL *versus* +1 g/dL). Au plan clinique, on note moins d'hospitalisations pour infections opportunistes et une prise de poids augmentée de façon significative par rapport à l'autre groupe. En revanche, le délai moyen avant d'atteindre un seuil de charge virale indétectable est identique, avant ou sans supplémentation en sélénium.

Aussi modestes que soient ces études, leurs résultats encourageants confirment la nécessité de veiller à la qualité des apports nutritionnels des patients placés sous ARV dans les pays à ressources limitées. Comme l'a expliqué S. Gillespie lors d'un symposium satellite organisée par l'IFPRI (International Food Policy Research Institute), la recherche des liens entre sécurité alimentaire, nutrition et VIH/sida aura un rôle déterminant sur les politiques de prise en charge du VIH. L'IFPRI est à l'origine du réseau RENEWAL (Regional Network on HIV/AIDS, Rural Livelihoods and Food Security) destiné à mettre en commun les compétences des chercheurs, décideurs, organisations publiques et privées des régions subsahariennes pour faire avancer la question de la nutrition du patient VIH.

1 - Megazzini K. et al. « A pilot randomized trial of nutritional supplementation in food insecure patients receiving antiretroviral therapy (ART) in Zambia », MOAB0401

2 - Chinkhumba J. et al. « Impact of HIV status on patterns of mortality in HIV infected severely malnourished children, admitted to 3 nutrition rehabilitation units in the central region of Malawi », MOAB0405

3 - Oduukwe N.N. et al., « The role of selenium as adjunct to HAART among HIV infected individuals who are advanced in their disease », MOAB0403