

accès=la vie

# VIHActualités

## Sommaire

- 1 La co-infection du VIH et de la tuberculose
- 2 La tuberculose – une menace à la riposte mondiale au SIDA qui peut être évitée
- 2 Renforcer la couverture médiatique de la tuberculose
- 3 Éviter la co-infection: mesures concrètes

- 3 Quelques réflexions personnelles
- 4 Les gens à IPPF : Fahmi Arizal
- 4 Signatures IPPF
- 4 Evènements et dates clés
- 4 Ressources internet



# La co-infection du VIH et de la tuberculose

Au moins un tiers des 33 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont également susceptibles d'avoir la tuberculose (TB). La tuberculose est la première cause de décès chez les PVVIH en Afrique et elle est responsable de 13% au moins de tous les décès chez les PVVIH au plan mondial. La Journée mondiale de la tuberculose, le 24 mars, permettra de rappeler que notre riposte globale au VIH doit prendre en compte les questions liées à la tuberculose.

**La menace de la co-infection tuberculose/VIH** est bien documentée. Pendant les années 1990, l'incapacité à détecter et à traiter l'infection à VIH a provoqué une forte poussée de la tuberculose en Afrique subsaharienne, notamment dans les pays à forte prévalence de VIH. Cependant, cette « épidémie double » de la tuberculose et du VIH peut être évitée. La tuberculose est guérissable et facile à prévenir, ce qui fait que la menace de la co-infection tuberculose/VIH peut être évitée – Alasdair Reed nous en parle plus en profondeur dans l'article phare de ce numéro de VIH Actualités (voir la page 2).

Nombre des facteurs sociaux déterminants de l'infection à VIH contribuent aussi à l'infection de la tuberculose – la pauvreté, l'inégalité et la stigmatisation – et il existe une opportunité unique de partager certaines de ces connaissances

en vue de renforcer les ripostes à la co-infection tuberculose/VIH. Certains aspects des programmes d'observance de la tuberculose tels que les traitements directement observés, de courte période (DOTS) pourraient être appliqués afin de promouvoir une meilleure observance des anti-rétroviraux. De même, la riposte du plaidoyer mondial au VIH pourrait aider à galvaniser une reconnaissance accrue de l'importance d'une bonne prévention et d'une bonne prise en charge de la tuberculose.

Winstone Zulu, un combattant international de la tuberculose/VIH propose une perspective sur les problèmes que rencontrent les personnes vivant avec le VIH qui sont également infectées par la tuberculose (voir la page 3). Il est clair que de nombreux PVVIH se cachent encore derrière le diagnostic de la tuberculose – ils ont trop peur de révéler leur statut sérologique.

*L'index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH* contribuera à notre compréhension de cette interaction complexe entre ces deux grandes infections.

Réduire la co-infection de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ne doit pas être coûteux ni relever de la seule responsabilité des programmes anti-tuberculeux. De nombreuses interventions peuvent être mises en oeuvre et certaines mesures concrètes peuvent être prises au niveau de la prestation des services et du plaidoyer en vue de contribuer à une lutte efficace contre la double épidémie de la tuberculose et du VIH (voir la page 3). Pour faire face à la co-épidémie tuberculose/VIH, nous avons besoin de nouveaux outils. Il s'agit notamment de tests diagnostiques rapides et précis, de traitements plus courts et plus

puissants compatibles avec les médicaments anti-rétroviraux et d'un vaccin sans risque. L'IPPF doit joindre sa voix à celle d'initiatives comme le Partenariat Stop TB qui plaide pour le développement de ces nouveaux outils. Pour inverser cette « double épidémie » – en particulier dans les pays où sévit une épidémie de VIH généralisée – nous devons tous être conscients de la tuberculose et l'inclure dans notre travail en développant des partenariats stratégiques avec les organisations locales de lutte contre la tuberculose.

Bien à vous  
Kevin  
Conseiller principal VIH



# La tuberculose – une menace à la riposte mondiale au SIDA qui peut être évitée

La tuberculose est causée par l'infection due à la bactérie **Mycobacterium tuberculosis**. Elle se transmet, comme le simple rhume, par une personne infectieuse qui tousse ou qui éternue.

par Alasdair Reid, Conseiller ONUSIDA en TB/VIH

Un tiers de la population mondiale est infecté par la tuberculose ; toutefois, la plupart des personnes infectées par la tuberculose ne développent jamais la maladie de la tuberculose car les bactéries sont dormantes dans les poumons (on appelle cela l'infection latente de la tuberculose). Seules 5 à 10% des personnes effectivement infectées développeront la maladie de la tuberculose au cours de leur vie, mais ce risque s'accroît avec l'affaiblissement du système immunitaire de l'organisme par la malnutrition ou le VIH, par exemple. Chez les personnes vivant avec l'infection latente de la tuberculose et le VIH, le risque de développer la forme active de la tuberculose est de 10% par an.

La maladie de la tuberculose présente généralement des symptômes comme une toux persistante sur plus de 2 à 3 semaines, la perte de poids, la fièvre, les sueurs nocturnes et le fait de cracher du sang. La maladie de la tuberculose affecte généralement les poumons mais peut aussi affecter toute autre partie de l'organisme.

L'on peut à la fois traiter et prévenir la tuberculose. La maladie de la tuberculose se traite grâce à un protocole de quatre antibiotiques suivi pendant six mois au moins. Les taux de guérison sont aussi élevés chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui vont jusqu'au bout de leur traitement que chez les personnes qui n'ont pas le VIH ; toutefois, les taux de mortalité sont plus élevés chez les PVVIH. Une rapide progression de la tuberculose, la recherche tardive de soins et les difficultés à faire le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH accroissent le taux de décès.

Le principal outil diagnostique de la tuberculose est une analyse au microscope d'expectorations qui ont été spécialement colorées. La tuberculose est diagnostiquée lorsque les bactéries sont visibles et l'on dit que le patient a un test de tuberculose positif par l'examen d'expectorations. Ce test est vieux de plus de 100 ans, il est long à faire et demande une formation considérable. En outre, il n'est pas aussi efficace pour diagnostiquer la tuberculose chez les PVVIH parce que la tuberculose des poumons est souvent négative au test des expectorations et la maladie de la tuberculose se développe souvent à l'extérieur des poumons (tuberculose extra-pulmonaire). L'on a un besoin urgent de nouveaux outils pour l'amélioration du diagnostic et du traitement de la tuberculose chez les PVVIH.

La plupart des cas de tuberculose pourraient être prévenus si l'on faisait en sorte que tous les cas de tuberculose infectieuse soient rapidement détectés, traités et guéris. Chaque cas de tuberculose infectieuse est susceptible d'infecter un groupe d'autres personnes estimées à 18, avant d'être détecté et guéri. La tuberculose peut se propager rapidement en particulier chez les groupes vulnérables de PVVIH lorsqu'ils se retrouvent ensemble, comme dans les centres de santé de VIH, les prisons, les centres de services de réduction du risque et les lieux de travail dans les milieux à forte prévalence de VIH. De simples pratiques de lutte contre l'infection peuvent fortement réduire le risque de la propagation de la tuberculose dans ces milieux.

Les communautés peuvent jouer un rôle majeur dans la prévention de la transmission de la tuberculose en promouvant l'hygiène liée à la toux (se couvrir la bouche en toussant ou en éternuant), en encourageant toute personne présentant une toux qui dure plus de 2 à 3 semaines à faire le test de la tuberculose et en soutenant les personnes sous traitement anti-tuberculeux à suivre leur traitement jusqu'au bout.

Une thérapie antirétrovirale (TAR) efficace réduira le risque de la tuberculose chez les PVVIH, mais le risque des PVVIH de contracter la tuberculose même avec la TAR sera tout de même plus élevé que pour une personne non infectée par le VIH. Un dépistage régulier de la tuberculose chez les populations exposées au risque de la tuberculose, comme les PVVIH, peut permettre de détecter et de traiter tôt la maladie de la tuberculose, permettant ainsi de sauver des vies et de réduire la propagation. Les adultes et les enfants vivant avec le VIH qui n'ont pas développé la maladie de la tuberculose mais ont une infection latente de la tuberculose peuvent être traités par un traitement préventif à l'isoniazide (INH) sur six mois, ce qui réduit fortement le risque de développer la maladie. Le vaccin qui existe actuellement contre la tuberculose est très efficace pour réduire le risque de la forme grave de la tuberculose chez les enfants. La recherche pour un nouveau vaccin de la tuberculose qui soit également efficace pour les adultes, est une priorité.

L'émergence de la tuberculose ultra-résistante (XDR-TB) – une forme de la tuberculose très difficile à traiter qui occasionne des taux de décès très élevés chez les PVVIH – démontre des conséquences qui peuvent être graves pour les PVVIH, s'ils n'ont pas un accès adéquat à des services de haute qualité de prévention, de diagnostic et de traitement efficace.

En attendant le développement de diagnostics, de traitements et de vaccins plus efficaces pour la tuberculose, il est vital que les PVVIH puissent tous avoir accès aux services de prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose afin de réduire le fardeau superflu de la maladie de la tuberculose et des décès dus à la tuberculose. Une action coordonnée et une collaboration entre les programmes anti-tuberculeux et les programmes de VIH sont essentielles pour faire en sorte que plus aucun PVVIH ne meure sans raison valable de la tuberculose.

Pour des orientations de politiques ou pour de plus amples informations sur la collaboration tuberculose/VIH, vous pouvez visiter le site web de l'OMS sur la tuberculose/VIH : <http://www.who.int/tb/hiv/en/>

Pour en savoir plus sur le XDR-TB et le VIH et la tuberculose résistante aux médicaments en général, vous pouvez visiter le site : <http://www.who.int/tb/xdr/en/index.html>

Le réseau du Partenariat « Stop TB » offre des informations générales sur la riposte mondiale à la tuberculose : <http://www.stoptb.org/>

Les informations sur le groupe de travail tuberculose/VIH du Partenariat Stop TB sont disponibles sur le site : [http://www.stoptb.org/wg/tb\\_hiv/](http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/)

## Renforcer la couverture médiatique de la tuberculose

Le fait que la tuberculose continue à tuer des millions de personnes alors qu'il existe un remède, indique clairement le besoin d'avoir des stratégies de communication renforcées.

par Anushree Mishra, Directeur du Global AIDS Programme (GAP) de Panos

Le travail sur le VIH et d'autres questions de développement a montré qu'il est important de dépasser la sensibilisation pour aller au renforcement des communautés et des sociétés à travers des processus de dialogue et de discussion.

Une des étapes serait de développer une masse critique de personnes, en particulier les journalistes, qui comprennent la tuberculose comme problème de développement et ses causes profondes au niveau des inégalités sociales.

Le Global AIDS Programme (GAP) de Panos a travaillé avec les médias sur les questions de tuberculose au cours des six dernières années, pour obtenir que les praticiens de la santé, les défenseurs de cette cause et les personnes qui ont déjà eu la tuberculose s'engagent de manière plus efficace auprès des médias. En outre, Panos renforce les capacités des journalistes, des rédacteurs en chef et des professionnels des médias pour couvrir la

tuberculose dans les situations de vie réelles qui empêchent généralement de déclarer une bonne santé. Au Forum des partenaires Stop TB, à Rio de Janeiro (du 23 au 25 mars), le GAP de Panos facilite la participation de dix journalistes issus de pays présentant un lourd fardeau. Les journalistes recevront une formation sur les questions cliniques, épidémiologiques et sociales liées à la tuberculose ainsi que sur les questions sensibles concernant les reportages sur la tuberculose. Panos produira aussi un bulletin quotidien, *Panoscope*, en portugais et en anglais, présentant les derniers développements du Forum.

# Eviter la co-infection: mesures concrètes

Il existe un certain nombre d'activités simples, mais essentielles, que peuvent entreprendre toutes les AM en vue de réduire la co-infection tuberculose/VIH.

**La prévention, la détection et le traitement de la tuberculose** sont essentiels pour stopper le développement de la co-infection tuberculose/VIH. Trois activités essentielles que peuvent mettre en oeuvre tous les programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour protéger les personnes atteintes de VIH de l'infection de la tuberculose sont désignées ici sous le nom des « trois I »<sup>1</sup>. Il s'agit notamment de :

- **La lutte contre l'Infection** – Les mesures de prévention pour réduire le risque de transmission de la tuberculose.
- **L'intensification de la recherche des cas** – Détection de la tuberculose par le dépistage systématique de la tuberculose ou la référence des PVVIH.
- **La thérapie préventive de l'Isoniazide** – Le traitement pour les personnes présentant une infection de la tuberculose latente – les PVVIH en particulier – par un antibiotique qui réduit grandement le risque de développer une tuberculose active.

1 OMS (2004) – *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. Disponible sur le site [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who\\_htm\\_tb\\_2004.330.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_htm_tb_2004.330.pdf)

On compte, dans le cadre de ces trois domaines, un certain nombre d'activités simples que les Associations membres peuvent inclure dans leurs programmes de SSR et de VIH. Il s'agit, entre autres, de :

- 1 L'Information, l'Education et la Communication (IEC) :** Demandez au programme antituberculeux national du matériel éducatif simple pour aider les gens à se protéger contre la tuberculose. Par exemple, des affiches à coller dans des points de prestation de services sur les règles d'étiquette de la toux et des informations sur les services locaux de dépistage et de traitement de la tuberculose.
- 2 La ventilation du centre de santé :** Les recherches initiales ont démontré que l'un des premiers endroits où les PVVIH attrapent la tuberculose, c'est la salle d'attente d'un centre de soins du VIH. Ce risque peut être réduit par de meilleures installations de ventilation, en adoptant par exemple la politique qui consiste à toujours garder les fenêtres ouvertes ou à installer des chaudières de ventilation sur le toit.
- 3 Le tri :** Dans un centre de santé, faites passer les patients symptomatiques en début de rang au niveau des services qu'ils recherchent,

s'ils ont une toux aiguë ou présentent l'un des autres symptômes de la tuberculose. Ceci réduira la probabilité d'infection dans la salle d'attente.

- 4 La formation des prestataires de santé :** Améliorez la formation des agents de santé pour la reconnaissance des symptômes de la tuberculose. Un agent de santé peut simplement demander au patient s'il suit actuellement un traitement contre la tuberculose et, si ce n'est pas le cas, utiliser une simple liste de vérification pour vérifier s'il présente l'un des principaux symptômes de la tuberculose : toux, essoufflement, fièvre, suees nocturnes ou perte de poids récente non voulue. Toute réponse positive indique que la personne pourrait avoir la tuberculose et devrait faire le test.
- 5 Le dépistage et les références :** Commencez le dépistage et le traitement systématiques de la tuberculose chez les PVVIH. Si cela n'est pas possible, associez-vous aux organisations locales de lutte contre la tuberculose et référez les PVVIH pour un dépistage et un traitement de la tuberculose.

Pour de plus amples informations sur l'une ou l'autre de ces activités, et pour d'autres suggestions simples, veuillez vous référer à « Think TB in people with HIV » <http://www.aidsmap.com/cms1191146.asp>

## Quelques réflexions personnelles

Le VIH et la tuberculose sont étroitement liés. La tuberculose est la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique – y compris mon pays, la Zambie – et une cause importante de décès partout ailleurs. Et pourtant, en 2006, moins de 1% des personnes vivant avec le VIH ont fait le test de la tuberculose.

par Winstone Zulu

**Je vis avec le VIH** et je suis tombé malade de la tuberculose en 1997. J'ai reconnu les symptômes parce que j'avais vu des membres de ma famille malades de la tuberculose. Quand je suis allé faire une radio et un test du crachat, les outils diagnostiques les plus courants de la tuberculose, mes résultats étaient négatifs.

Peu convaincu des résultats, j'ai pris les médicaments anti-tuberculeux de mon frère et, au bout de trois jours, j'ai commencé à me sentir mieux. Je suis allé refaire le test et j'ai continué à suivre le protocole complet des antibiotiques. Quatre mois plus tard, on a diagnostiqué la tuberculose chez moi. Je pourrais être mort actuellement si j'avais attendu qu'on diagnostique la tuberculose.

Je n'accuse pas les médecins d'avoir fait un mauvais diagnostic. La vérité, c'est que l'examen du



crachat au microscope a été développé il y a plus de 100 ans et qu'il ne peut détecter, au mieux, que la moitié des cas actifs de tuberculose. La tuberculose est souvent détectée chez les patients après des semaines ou des mois d'attente, temps pendant lequel ils transmettent la maladie et peuvent même en mourir.

Même les patients qui sont diagnostiqués et ont accès au traitement, ne sont pas assurés de guérir. Aujourd'hui, les médicaments anti-tuberculeux de première intention ont plus de 40 ans et doivent être pris pendant six à neuf mois. Si le traitement n'est pas correctement suivi jusqu'au bout, le bacille de la tuberculose peut muter et devenir

résistant à ces médicaments de première intention – tuberculose résistante aux antibiotiques (MDR-TB). Il faut généralement 18 à 24 mois pour traiter la MDR-TB et la probabilité de guérison est plus faible. La tuberculose très résistante aux antibiotiques (XDR-TB) est encore plus dangereuse car elle est fatale dans 90% des cas étant donné qu'il n'existe aucun remède.

Il y a de l'espoir. Un effort international ambitieux appelé le Global Plan to Stop TB pourrait sauver 14 millions de vie si l'on améliorait le dépistage systématique de la tuberculose et si l'on développait des tests et des vaccins antituberculeux plus efficaces. Traduire ces nouveaux outils dans la réalité demandera de la persévérance et une volonté politique. Mais l'initiative actuelle est terriblement sous-financée. Il incombe aux gouvernements du monde entier de mettre fin à la tuberculose et d'apporter un nouvel espoir à ceux d'entre nous qui vivent avec le VIH.

Winstone Zulu est un combattant international de la tuberculose/VIH et membre du Conseil consultatif de AIDS-Free World. Il bénéficie actuellement d'une bourse de recherche à l'École de journalisme de l'Université de Ryerson, Toronto, au Canada. Pour visionner une brève vidéo présentant son histoire, vous pouvez visiter le site : [www.stoptb.org/assets/video/wm9/hi/tbcd\\_zulu.wmv](http://www.stoptb.org/assets/video/wm9/hi/tbcd_zulu.wmv)

Les gens à IPPF



# Fahmi Arizal

Chargé du Programme VIH de Indonesian Planned Parenthood Association (IPPA)

**Je travaille pour l'IPPA** depuis 1999 et je suis chargé de la planification, la coordination, la mise en oeuvre, et le suivi et évaluation des Programmes des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

Mon désir d'aider les personnes vivant avec le VIH a commencé quand j'ai vu une famille entière souffrant de stigmatisation et de discrimination simplement parce qu'un de leurs membres était séropositif. Mon cœur m'a poussé vers eux et, depuis lors, j'ai essayé d'aider de toutes les manières possibles à améliorer l'accès

des personnes vivant avec le VIH aux informations et aux services. J'ai été agent de sensibilisation, conseiller, compagnon, facilitateur et je suis maintenant chargé de programme.

Un autre de mes intérêts particuliers est de permettre aux communautés de s'engager davantage dans la riposte au VIH. J'ai récemment aidé l'IPPA à devenir bénéficiaire principal au titre de la société civile pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Notre rôle principal est de renforcer le système communautaire qui inclut la

prévention, les soins et soutien, les capacités institutionnelles, la mise en réseau et la durabilité.

Je continue à avoir cette passion en tant que chargé de programme du VIH parce que, quand je regarde mes amis et ma famille, je pense qu'eux aussi pourraient facilement être affectés par le VIH. Notre travail n'est pas encore terminé – en particulier sur la stigmatisation et la discrimination et l'accès aux informations et aux services de prévention.

## Signatures IPPF

### Comblent le déficit de financement du Fonds mondial

**L'IPPF a signé une lettre ouverte** aux Ministres des finances du G7 qui se sont réunis à Rome, en Italie, le 14 février 2009. La lettre exhorte les nations du G7 à jouer un rôle majeur en engageant de nouveaux fonds dans le Fonds mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme qui enregistre un déficit de 5 milliards de dollars dans son financement pour 2009 et 2010. Si elles ne sont pas soutenues par les programmes de santé du Fonds mondial, certaines des populations les plus vulnérables au monde ressentiront deux ou trois fois plus l'impact de cette crise économie internationale.

## Evènements et dates clés

### Journée mondiale de la tuberculose

24 mars  
[www.stoptb.org/events/world\\_tb\\_day/2009](http://www.stoptb.org/events/world_tb_day/2009)

### AIDS 2011 – Atelier de mobilisation du capital social

30 mars – 1<sup>er</sup> avril  
Salzburg, Autriche

### 20<sup>ème</sup> Conférence internationale sur la réduction des risques

19-23 avril  
Bangkok, Thaïlande  
[www.ihra.net/Thailand/](http://www.ihra.net/Thailand/)

### FORO 2009: Le 5<sup>ème</sup> Forum latino-américain et caribéen sur le VIH/SIDA

22-26 juin  
Lima, Pérou  
[www.forovih2009.org.pe](http://www.forovih2009.org.pe)

### Atelier sur les compétences face au VIH

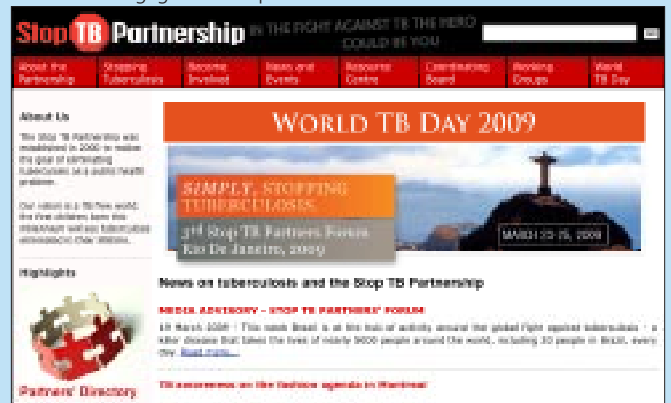
7-10 juillet  
Mumbai, Inde

## Ressources internet

### Le Partenariat Stop TB

[www.stoptb.org](http://www.stoptb.org)

**Le Partenariat Stop TB** a été créé en 2000 en vue de réaliser l'objectif de l'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé publique. Le site web contient de nombreuses informations et ressources sur l'élimination de la tuberculose, les informations, la Journée mondiale de la tuberculose et comment s'engager dans le partenariat.



### Initiative de Recherche Paulo Longo

<http://plri.wordpress.com>

**L'initiative de recherche Paulo Longo (PLRI)** est une collaboration de différents spécialistes, analystes de politiques et professionnel(s) du sexe. Il vise à développer et consolider des bourses inter-disciplinaires, éthiques sur le commerce du sexe afin d'encourager des politiques qui permettent d'améliorer la vie des hommes, des femmes et des transgendéristes qui vendent ou achètent du sexe. Le blog explique ce qu'est la PLRI et ce qu'elle espère réaliser. Il contient aussi des photos, des diaporamas, des bibliographies, des liens et d'autres ressources sur les politiques et la recherche concernant le commerce du sexe.

### Coordonnées de l'Equipe VIH/SIDA

Kevin Osborne  
Ale Trossero  
Dieneke ter Huurne  
Lucy Stackpool-Moore  
Adam Garner  
Jon Hopkins

Conseiller principal VIH  
Responsable principal VIH : Lien entre SRR et VIH  
Responsable VIH : Prévention, traitement et soins  
Responsable VIH : Stigmatisation  
Responsable VIH : Jeunes  
Recherche VIH & Assistant administratif

[kosborne@ippf.org](mailto:kosborne@ippf.org)  
[atrossero@ippf.org](mailto:atrossero@ippf.org)  
[dthuurne@ippf.org](mailto:dthuurne@ippf.org)  
[lstackpoolmoore@ippf.org](mailto:lstackpoolmoore@ippf.org)  
[agarner@ippf.org](mailto:agarner@ippf.org)  
[jhopskins@ippf.org](mailto:jhopskins@ippf.org)

**International Planned Parenthood Federation**  
4 Newhams Row, London SE1 3UZ  
United Kingdom  
tel +44 (0) 20 7939 8200  
fax +44 (0) 20 7939 8300  
email [HIVinfo@ippf.org](mailto:HIVinfo@ippf.org)  
web [www.ippf.org](http://www.ippf.org)