



Independent observer
of the Global Fund

Questions de genre dans la lutte contre la tuberculose

Si le champ de la lutte contre tuberculose se targue d'être très bien documenté, il y a un secteur où des inégalités avérées persistent depuis des années sans susciter beaucoup de réflexion ou d'ajustement. Les discours dominants continuent à occulter les inégalités hommes-femmes qui gênent et nuisent aux efforts de lutte contre la tuberculose.

Pour comprendre le dilemme dans lequel nous sommes, il est nécessaire de faire un retour en arrière. Pendant des années, le ratio des hommes et des femmes affectés par la tuberculose a été de 1,7 homme pour chaque patiente diagnostiquée. Il a été de notoriété publique que la plupart des patients atteints de tuberculose sont des hommes et que la plupart des décès les concernent. [1-2] Cette 'vérité' est si indisputable que la qualité des systèmes de surveillance de la tuberculose est souvent évaluée en fonction de la régularité avec laquelle ces taux restent disproportionnés au fil du temps.

La disparité de genre liée à la tuberculose a été reléguée en arrière-plan pendant des années, sans qu'on lui porte attention au-delà de quelques études occasionnelles. Alors que certains l'ont expliquée par le fait que les femmes n'ont pas le même accès aux soins, d'autres y ont vu le simple fait que les hommes s'adonnent plus à la cigarette, à l'alcool, aux activités criminalisées et à l'exploitation minière. Certains ont même exploré l'hypothèse que la disparité s'expliquerait par une différence biologique.

L'absence de consensus sur les causes de cette disparité a entravé les efforts visant à y remédier. De temps en temps, un pragmatiste intrépide oserait proposer une solution pour alléger les effets inégaux de la maladie pour les hommes, auquel on répondrait aussitôt en brandissant les statistiques du système de surveillance afghan (M: F: 0,62), seul endroit sur terre où le taux de tuberculose des femmes dépasse régulièrement celui des hommes.

Le domaine de la tuberculose ne s'est que récemment doté d'une « perspective de genre », presque à la

même époque où les bailleurs de fonds ont exigé l'amélioration de l'accès des femmes et des filles aux services de santé. Avec ces nouvelles exigences, de grands efforts ont été déployés pour mettre soigneusement en évidence l'exposition accrue des femmes. Mais même la rédaction d'une simple fiche technique sur la tuberculose des femmes a posé des difficultés parce que, dans de nombreux endroits, l'accès des femmes aux soins pour la tuberculose dépasse celui des hommes et les données à l'appui de la charge supplémentaire de morbidité de la tuberculose chez les femmes sont introuvables.

Au contraire, des preuves toujours plus convaincantes de la vulnérabilité disproportionnée des hommes continuent de s'accumuler à la suite de grandes enquêtes auprès des ménages dans les pays durement touchés par la maladie. Les rapports des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose financées par le Fonds mondial à hauteur de plusieurs millions de dollars en Indonésie, au Vietnam, au Nigeria, en Éthiopie, au Rwanda et en Tanzanie sont révélateurs des inégalités hommes-femmes, bien plus importantes que précédemment reconnu [2-6].

En Afrique subsaharienne, du Kenya au Zimbabwe en passant par la Zambie et ailleurs, où la féminisation du VIH devrait entraîner la féminisation de la tuberculose, des enquêtes bien menées ne trouvent aucune charge supplémentaire chez les femmes [7-9].

Même là où les femmes vivent dans des conditions très difficiles, dans des pays comme le Pakistan, on ne trouve pas de référence constante à une charge plus grande de tuberculose chez les femmes [3].

Ces études s'éloignent de l'idée selon laquelle la plus faible morbidité chez elles reflète un manque d'accès aux services de santé. Et cette gênante inégalité hommes-femmes ne porte pas uniquement sur la morbidité plus élevée chez les hommes, mais également sur le traitement qui leur est réservé une fois diagnostiqués. Une revue systématique de la littérature sur le genre et la tuberculose permet de conclure que :

1. Les hommes tardent généralement à se faire soigner par rapport aux femmes, lorsque les symptômes de la tuberculose apparaissent [10].
2. Les patients masculins atteints de tuberculose sont plus susceptibles d'abandonner le traitement et de ne plus être suivis.
3. Les hommes sont plus susceptibles de mourir pendant le traitement de la tuberculose

Même si la justification épidémiologique de mettre l'accent sur les hommes est largement reconnue, les politiques de santé ne suivent pas.

Cataloguer les hommes comme un groupe vulnérable est une entreprise risquée et très gênante. Non seulement cela semble contraire à la logique, mais cette idée va aussi à l'encontre des préférences explicites du Fonds mondial et du gouvernement des États-Unis concernant les stratégies visant à autonomiser les femmes et les filles.

L'objectif de l'égalité prônée par les principaux bailleurs de fonds a été presque exclusivement orienté vers la catégorisation des femmes en groupe à risque pour la tuberculose. Cette préférence est bien comprise par les gestionnaires de programmes. Pour preuve, la suggestion que les hommes adultes soient considérés comme une population vulnérable clé a provoqué des rires et des sourires au cours d'une réunion technique récente de l'OMS. Peu d'acteurs de la lutte contre la tuberculose espèrent une quelconque augmentation des ressources au profit des hommes qui en sont privés, indépendamment de ce que disent les données.

Est-il possible que les bailleurs de fonds considèrent le taux élevé d'incarcération des hommes pauvres comme une forme de violence institutionnelle fondée sur le genre? La société civile peut-elle les aider à considérer la marchandisation du corps des hommes dans les mines d'Afrique australe comme une

question de genre, et non seulement un problème de droits de l'homme ?

L'accent mis sur les inégalités signifie-t-il que les ressources qui sont accordées à un genre doivent être retirées à l'autre ? Ceux qui défendent les besoins non satisfaits des hommes devront user de prudence et se retenir de véhiculer l'idée selon laquelle peu de femmes succombent à la tuberculose. Nul ne conteste que les femmes et les filles nécessitent des stratégies de lutte contre la tuberculose qui leur sont adaptées.

Heureusement, des signes présagent peut-être un grand changement. De nouvelles discussions sur une programmation sensible au genre dans la lutte contre la tuberculose commenceraient à avoir lieu au Rwanda, au Malawi et au Nigeria.

Le Fonds mondial a lancé un appel le 30 septembre aux groupes de la société civile pour qu'ils apportent une assistance technique afin de s'assurer qu'ils évaluent les questions de genre dans le cadre de l'examen des programmes de lutte contre la tuberculose. La semaine suivante, USAID s'est dit intéressé à inclure le dépistage de la tuberculose dans le cadre de la circoncision masculine médicalisée et volontaire.

Beaucoup de travail de terrain reste nécessaire pour mieux comprendre les forces culturelles, biologiques et structurelles qui rendent la tuberculose si dangereuse pour nous tous. Il est à espérer que le soutien du Fonds mondial et de l'USAID à cette fin apporte un nouvel éclairage et des solutions à un problème séculaire.

Ellen Mitchell est épidémiologiste principale à la Fondation KNCV TB. Tous les avis exprimés dans ce texte sont les siens.

Références

1. Murray, C.J., et al., Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2014. 384(9947): p. 1005-70.
2. World Health Organization, ed. *Global tuberculosis report 2014*. 2014, World Health Organization: Geneva.
3. Qadeer, R., F., Tahseen, S., Samad, Z., Kalisvaart, N, Tiemersma, E., Straetemans, M. , Prevalence of pulmonary tuberculosis among the adult population of Pakistan 2010-2011, N.T. Program, Editor. 2013: Pakistan.
4. Kebede, A.H., et al., The first population-based national tuberculosis prevalence survey in Ethiopia, 2010-2011. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2014. 18(6): p. 635-9.
5. Hoa, N., Ngoc Sy, N., Viet Nhung, N., Tiemersma, E. Borgdorff, M., and F. Cobelen, National survey of tuberculosis prevalence in Viet Nam. *Bull World Health Organ*, 2010. 88: p. 273-280.
6. United Republic of Tanzania National Tuberculosis and Leprosy programme, *The First National Tuberculosis Prevalence Survey in the United Republic of Tanzania Final Report*, N.T.a.L. programme, Editor. 2013, The Government of the United Republic of Tanzania: Dar es Salaam.
7. Ayles, H., et al., Prevalence of tuberculosis, HIV and respiratory symptoms in two Zambian communities: Implications for tuberculosis control in the era of HIV. *Plos One*, 2009. 4(5).
8. Corbett, E.L., et al., Prevalent infectious tuberculosis in Harare, Zimbabwe: burden, risk factors and implications for control. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2009. 13: p. 1231-7.
9. Van't Hoog, A.H., et al., High prevalence of pulmonary tuberculosis and inadequate case finding in rural Western Kenya. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2011. 183(9): p. 1245-1253.
10. van den Hof, S., Antillon Najlis, C., Bloss, E., Straetemans, M. A systematic review on the role of gender in tuberculosis control 2010 [cited 2014 October 27.]; Available from: http://www.tbcare1.org/publications/toolbox/tools/access/Role_of_Gender_in_TB_Control.pdf

[Read More](#)
