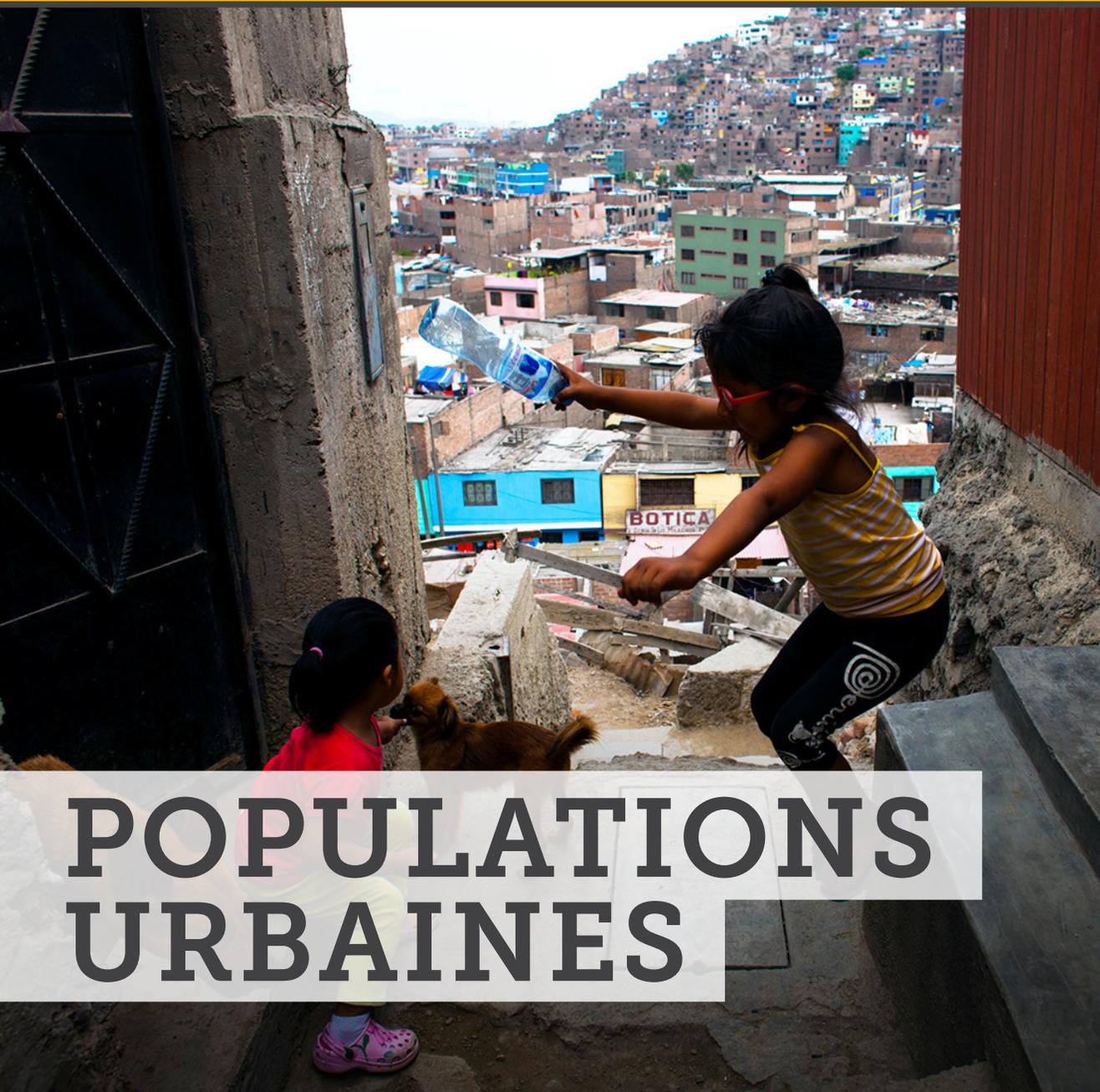


RAPPORT SUR LES POPULATIONS CLÉS



POPULATIONS URBAINES

G

lobalement, la prévalence de la TB est beaucoup plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Environ 54 % de la population mondiale vit aujourd'hui dans les villes, les taux d'urbanisation les plus rapides sont observés dans les pays en développement. Dans le monde développé, l'urbanisation a conduit à une amélioration globale de la santé, mais cette tendance n'a pas été reflétée dans les régions les moins développées du monde. Dans ces contextes, les déterminants sociaux et économiques clés de la TB convergent sur les populations les plus pauvres. L'incapacité des services publics de soins de santé à faire face à la croissance massive de la population des centres urbains a conduit à une expansion du secteur des soins de santé informels privé et à but lucratif. Ces prestataires privés sont en mesure de répondre aux demandes de leurs clients en offrant des services qui ont été négligés par le secteur formel de la santé, avec des horaires d'ouverture plus larges, des options de paiement plus souples et des emplacements plus pratiques. Cependant, l'absence de réglementation dans ce secteur a conduit à une mauvaise qualité des soins contre la TB, ainsi que des schémas inadéquats et une gestion des traitements inappropriée, qui ensemble contribuent à l'augmentation de la résistance aux médicaments et à la perte de suivi. Les prestataires privés peuvent également exploiter la faible sensibilisation et les piètres connaissances quant aux services anti TB disponibles. Les facteurs sociaux, comme la pauvreté, la stigmatisation, le sexe et la surpopulation, contribuent à la propagation de la TB et au fait que la population urbaine pauvre se préoccupe peu de sa santé. Le secteur des soins de santé informel devrait être reconnu comme un acteur essentiel qui doit être engagé dans le cadre de tout effort de lutte contre la TB parmi les populations urbaines pauvres. Des données de surveillance améliorées, les plans de régénération urbaine et les initiatives de protection sociale sont également importants. En outre, comme avec d'autres populations stigmatisées touchées par la TB, les personnes atteintes de TB résidant dans les zones urbaines doivent être responsabilisées afin de mieux comprendre leurs droits.



Plan Mondial pour éliminer la TB et populations clés

Le Plan mondial pour éliminer la TB présente un certain nombre d'objectifs clés à atteindre d'ici 2020 ou 2025 au plus tard. Le plan se destine aux personnes qui sont vulnérables, mal desservies ou à haut risque de contamination par la TB, les «populations clés», et il fournit des modèles pour les formules d'investissement qui permettront aux différents pays d'atteindre les objectifs 90-(90)-90. Le Plan suggère aussi que tous les pays :

Atteindre au moins



Dans le cadre de cette
approche, atteindre au moins



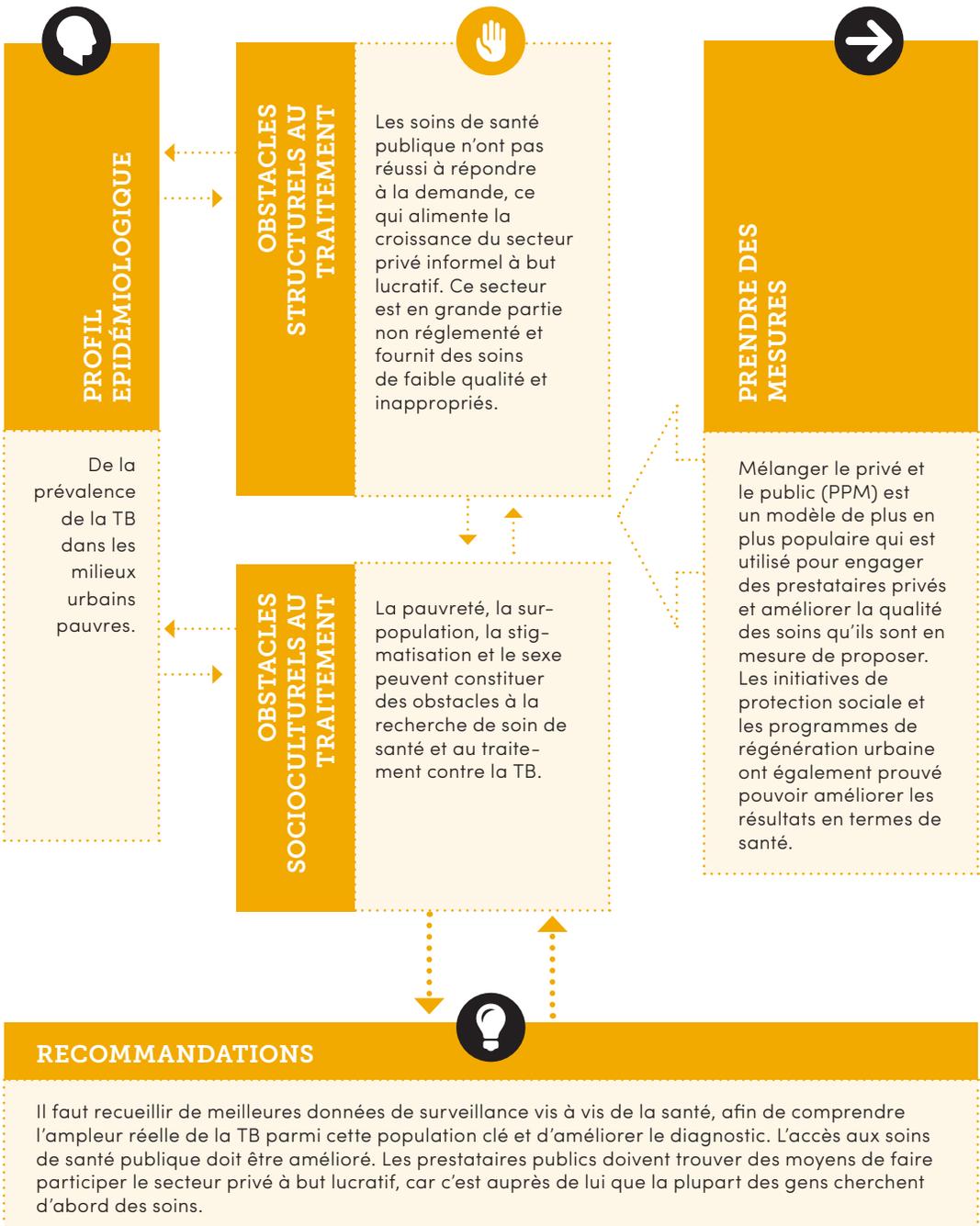
Atteindre un niveau d'au moins



- Identifient leurs populations clés aux niveaux national et infranational, selon les estimations des risques encourus, la taille de la population, et les obstacles particuliers, y compris les droits de l'homme, les obstacles liés au genre et à l'accès aux soins de la TB ;
- Définissent un objectif opérationnel d'atteindre au moins 90 % des personnes dans les populations clés grâce à l'amélioration de l'accès aux services, au dépistage systématique si nécessaire, à de nouvelles méthodes de dépistage et à l'approvisionnement d'un traitement efficace et abordable pour toutes les personnes dans le besoin ;
- Établissent des rapports sur les progrès accomplis en ce qui concerne la TB en utilisant des données propres à chaque population clé ;
- Assurent la participation active des populations clés dans le développement, la prestation des services et la mise à disposition de soins anti TB dans des environnements salubres et dignes.

Ce guide utilise les recommandations présentées ci-dessus afin de définir les risques et les obstacles à l'accès des soins, discuter des stratégies pour l'améliorer, et de mettre en évidence les possibilités de participation des populations rurales pauvres, à tous les stades de l'élaboration des programmes et des prestations de services.

Qu'y-a-t-il dans ce guide ?



Profil épidémiologique



En général, les taux de TB sont plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales (1). Le monde connaît la plus grande vague de croissance urbaine, avec plus de la moitié de la population mondiale vivant désormais dans les villes (2). L'urbanisation la plus rapide est observée dans les régions les moins développées du monde, et les populations urbaines de l'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne devraient doubler au cours des deux prochaines décennies (3, 4). Les risques pour la santé liés à l'expansion urbaine incontrôlée sont disproportionnellement supportés par les citoyens pauvres (5). On estime qu'un quart de la population urbaine mondiale vit aujourd'hui dans des bidonvilles, qui fournissent les conditions idéales pour la propagation des maladies transmissibles, comme la TB. Par conséquent, ces bidonvilles servent à la fois comme des incubateurs et des réservoirs pour les épidémies potentielles (3, 4, 6). Dans ces zones, la surpopulation, la pauvreté, la malnutrition et l'accès insuffisant aux soins convergent pour définir l'exposition individuelle et la vulnérabilité à la TB (3, 6–8). Depuis les bidonvilles et les autres quartiers déshérités, la TB est capable de se propager à d'autres parties de l'environnement urbain, aux zones rurales et à travers les frontières nationales (3). Les habitants des bidonvilles travaillent souvent dans d'autres parties de la ville, et la mobilité rurale-urbaine et transfrontalière est fréquente chez les populations migrantes pauvres qui ont tendance à constituer une proportion importante des taudis urbains (3).

Les données de santé sont souvent recueillies au niveau de la ville, ce qui complique les tentatives pour identifier les disparités en matière de santé existant au sein des districts spécifiques, tels que les bidonvilles, et rend aussi difficile l'établissement d'un profil épidémiologique précis de la TB dans ces endroits (9). Cependant, les études existantes ont démontré que la prévalence de la TB est plus élevée dans les bidonvilles que dans les autres zones urbaines et rurales. Une étude de trois bidonvilles du sud-est du Nigeria

a constaté que 6,4 % de la population dépistée avait la TB (10). Une autre étude récente menée à Dhaka, au Bangladesh, a révélé que la prévalence de la TB était quatre fois plus élevée dans les zones de taudis qu'elle ne l'est dans la population urbaine globale (11). En Ouganda, la prévalence globale de la TB dans un bidonville de Kampala a été chiffrée à sept fois la prévalence nationale (12).



Obstacles Structurels au Traitement

Sous-exploitation des services publics

Dans les bidonvilles, l'utilisation des services de santé publique tend à être faible, avec des personnes cherchant majoritairement des soins de santé auprès du secteur privé informel à but lucratif, même si cela représente une dépense exorbitante (5, 13–19). En Inde, par exemple, on estime que 80 % des premiers contacts en termes de soins de santé et près de 50 % des soins anti TB sont effectués par le secteur privé (20). Un modèle familial en trois étapes du comportement de recours aux soins peut être observé chez les populations urbaines pauvres présentant les symptômes de la TB (21). La première étape consiste à une première consultation auprès d'un pharmacien, qui souvent s'accompagne d'un achat de médicaments contre la toux ou d'antibiotiques à large spectre sans ordonnance (21). Elle est suivie par une ou plusieurs consultations auprès d'un fournisseur privé. Après un long retard, la personne atteinte de TB peut enfin accéder au diagnostic et au traitement dans le secteur public (21).

La sous-exploitation initiale des services gouvernementaux gratuits pourrait être due à un certain nombre de facteurs. Bien que l'on cite souvent la distance jusqu'à l'établissement de soins de santé le plus proche comme une barrière pour les populations rurales pauvres, le coût du trajet peut également constituer un obstacle à l'accès pour les citoyens pauvres (17, 19, 22). Souvent, les services publics sont également indisponibles dans les bidonvilles et autres milieux urbains déshérités. Par exemple, une enquête menée dans trois bidonvilles de Nairobi, au Kenya a montré que, des 503 établissements de santé utilisés par les habitants des bidonvilles, seulement 6 (soit 1 %) étaient publics, alors que 83 % étaient privés et à but lucratif (23). Le manque de sensibilisation des services de diagnostic et de traitement gratuits, l'idée reçue que les centres gouvernementaux proposent des soins de mauvaise qualité, les horaires de fonctionnement inopportuns, et la



stigmatisation pourraient également constituer des obstacles empêchant l'utilisation des services publics (13–15).

Absence de réglementation dans le secteur informel privé à but lucratif

La croissance du secteur privé à but lucratif des soins de santé informels dans les milieux urbains pauvres est arrivée comme une réponse à l'échec des services publics face à la demande accrue (15). Ces prestataires privés à but lucratif sont en mesure de répondre aux demandes de leurs clients en offrant des services qui ont été négligés par le secteur formel de la santé, avec des horaires d'ouverture plus larges, des options de paiement plus souples et des emplacements plus pratiques (5, 16, 19, 24).

Malgré l'importance croissante du secteur des soins de santé privé, de nombreux pays ont été incapables de répondre à cette croissance rapide avec des cadres réglementaires appropriés, ce qui influe sur la qualité des soins que les consommateurs reçoivent (16). Dans les pays en développement, une part importante du





secteur privé se compose d'un éventail de différents praticiens, tels que les commerçants, les guérisseurs traditionnels, les pharmaciens et les médecins non agréés, sans formation médicale formelle (18).

Des traitements inadéquats et inappropriés prescrits par ces praticiens peuvent contribuer à la propagation et à la progression des maladies facilement évitables, et comportent un risque accru d'infections résistantes aux médicaments, telles que la TB multirésistante (MDR-TB) (9, 18). Le traitement de la TB dans le secteur privé est souvent de mauvaise qualité et ne respecte pas les diagnostics recommandés ; en outre, les régimes thérapeutiques prescrits varient d'un fournisseur à un autre (21). Une étude à Bombay, en Inde, a révélé que 106 fournisseurs avaient prescrit 63 régimes différents (25). L'absence de systèmes de gestion de traitement appropriés augmente également de façon significative le risque de perte lors du suivi (21). En outre, afin de maximiser les revenus et de maintenir leur base de clients, les prestataires privés peuvent exploiter le manque de connaissances et de sensibilisation des consommateurs quant aux services disponibles gratuitement et ce qui constitue des soins de qualité (5, 21).

Les professionnels de soins de santé formés sont souvent engagés dans une double pratique (21). Les salaires du secteur public sont généralement faibles, et donc les médecins et les pharmaciens partagent leur temps entre le secteur public et leurs pratiques privées. Un tel système peut signifier que lorsque les médecins travaillent dans le secteur public, ils sont faiblement incités à offrir des soins complets en raison de la nécessité d'augmenter la part de leurs pratiques privées (21). En outre, lorsque le médecin ou le pharmacien travaille dans le secteur public, leur entreprise privée est susceptible d'être tenue par les membres de la famille ou les employés qui peuvent ne pas être formés pour administrer des médicaments et offrir des conseils médicaux (21). De même, la

capacité du système de soins de santé publique est affaiblie lorsque les professionnels formés sont consacrés à leur travail privé.

Faible dépistage de cas

Dans un grand nombre de contextes à haut fardeau de TB et à faible ressource, le dépistage passif de cas constitue la base de la lutte anti TB (6, 11, 12). Le dépistage passif impose la charge de la recherche de traitement à la personne présentant les symptômes de la TB. Le comportement de recours aux soins de l'individu éventuellement atteint de TB est influencée par la stigmatisation et la discrimination qui entourent la maladie ainsi que d'autres obstacles, y compris la distance pour se rendre à l'établissement de santé le plus proche, les coûts et les retards dans l'obtention d'un diagnostic (10, 11). Bien que le succès du dépistage passif de cas ait été démontré dans certains milieux à faibles ressources (26), il est souvent incapable de suivre le rythme de la propagation rapide de la TB dans les zones urbaines. Un contrôle efficace de la TB nécessite une détection précoce et le démarrage immédiat du traitement. Cependant, les gens qui sont désavantagés et marginalisés, tels que les citadins pauvres, sont plus susceptibles de retarder la recherche de soins, ce qui contribue à la propagation de la TB (27).

Un dépistage actif peut réussir à améliorer le dépistage des cas dans les zones urbaines pauvres (10-12, 28). Une étude menée au Cap, en Afrique du Sud, a montré que les résultats du traitement étaient les mêmes pour les cas de TB détectés activement et passivement, mais que les cas détectés activement ont connu un taux initial plus élevé de perte de suivi dans leur traitement (28). Cette constatation pourrait être expliquée soit par le fait que les gens identifiés par dépistage actif des cas ont moins de motivation à adhérer au traitement en raison de l'absence de symptômes de la TB, soit parce qu'il y a eu des retards pour obtenir un traitement auprès d'un praticien (28).

Obstacles socioculturels au traitement



Pauvreté

Les populations pauvres sont vulnérables à de nombreux facteurs qui se superposent aux risques associés à la TB (29). La TB impacte les pauvres de manière disproportionnée, et les coûts catastrophiques souvent associés à la maladie peuvent servir à creuser la pauvreté (8). Un diagnostic positif de la TB peut conduire à une perte d'emploi, de logement, et peut menacer la sécurité alimentaire. La pauvreté réduit également les investissements des ménages en termes de santé, d'éducation et de nutrition, ce qui pérennise le cycle de la pauvreté au fil des générations. Une étude à Bombay, en Inde a révélé que les ménages urbains pauvres perdaient 30 % à 60 % de leur revenu après un diagnostic positif de la TB, avec les pertes les plus importantes signalées lorsque la personne atteinte de TB se trouvait également être la principale source de revenu (30).

Surpopulation

La mauvaise ventilation et la surpopulation des foyers, des lieux de travail, dans les transport et les zones de loisirs accroît la probabilité que des personnes non infectées soient exposées à la TB (8). Les habitations des bidonvilles sont souvent caractérisées par des pièces tous-usages, où les gens cuisinent, dorment et vivent (9). La surpopulation, combinée à la fumée des combustibles de cuisson, fait courir aux habitants un fort risque de maladies respiratoires, les rendant vulnérables à la TB (9). Une étude menée à Manille, aux Philippines, a montré que les enfants vivant dans des squats urbains à haute densité étaient neuf fois plus susceptibles de contracter la TB que les enfants ne vivant pas dans de tels environnements (31).

Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation de la TB impacte les comportements favorables à la santé et l'observance du traitement, indépendamment du contexte. Les croyances obsolètes concernant la TB, la

peur de l'infection, les attitudes négatives du personnel de santé, l'auto-stigmatisation par des personnes atteintes, et la honte et la culpabilité ressenties de personnes atteintes de TB contribuent à la stigmatisation et nourrissent la discrimination (32). Cette stigmatisation peut servir à pousser les membres déjà défavorisés de la société, tels que les citoyens pauvres, à se marginaliser davantage.

Sexe

Il y a très peu de données ventilées par sexe sur la TB dans les bidonvilles et autres quartiers déshérités. Une étude sur le comportement favorable à la santé menée à Dhaka, au Bangladesh, a montré que, bien que la TB était plus fréquente chez les populations masculines, les femmes des bidonvilles urbains attendaient plus longtemps pour obtenir des soins une fois les symptômes de la TB déclarés (11). Bien qu'un certain nombre de facteurs, tels que les coûts et la distance jusqu'au centre de santé le plus proche, servent à réduire la demande de soins de santé, les hommes sont généralement confrontés à moins de contraintes que les femmes (33). Les barrières d'accès aux soins de santé sont plus élevées pour les femmes dans les zones d'endémie de la TB en raison de plusieurs facteurs concurrentiels, tels la désresponsabilisation socioculturelle, la stigmatisation et le manque de ressources financières (34). L'inégalité des sexes peut servir à renforcer la vulnérabilité des femmes à la stigmatisation, qui influe à son tour sur leur comportement favorable à la recherche de santé (35). Les femmes sont également plus enclines au risque de contracter la TB, car elles sont souvent les soutiens naturels pour les autres membres de la famille atteints de TB (36). Les femmes des zones urbaines pourraient relever des défis supplémentaires pour les déplacements vers les établissements de santé publics via les transports publics et pour l'éducation des enfants alors que les hommes sont au travail.

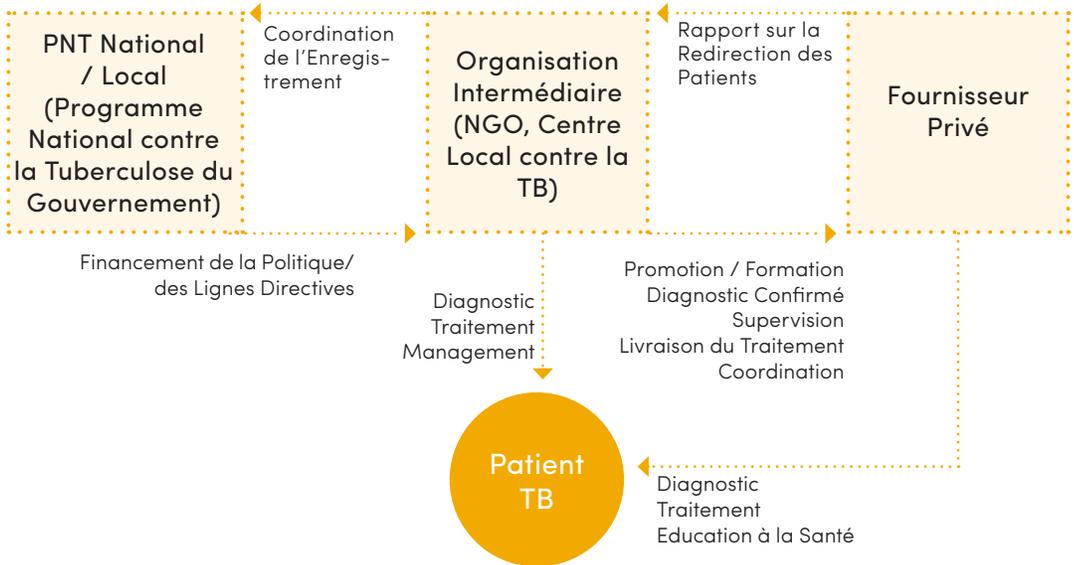
Prendre des mesures



Participation du secteur privé informel : promotion du modèle mélangé public-privé

Le secteur des soins de santé privé informel est profondément ancré dans les systèmes de soins de santé de nombreux bidonvilles et ne doit pas être ignoré dans tout effort visant à accroître la couverture des soins de santé dans ces endroits (5). Surtout pour ce qui est du diagnostic et du traitement de la TB, les différentes parties prenantes travaillant dans les soins contre la TB ont reconnu la nécessité de s'impliquer dans ce secteur afin de remplacer les soins de faible qualité ou inappropriés par un diagnostic, un traitement et des systèmes de surveillance plus abordables et plus précis, grâce à une meilleure formation et à la réglementation (21, 24). Le mélange public-privé (PPM) fournit un cadre à travers lequel réaliser cet engagement, d'abord en identifiant quelles activités peuvent être exercées par des prestataires privés et ensuite en identifiant les organisations pouvant servir d'intermédiaires entre les secteurs public et privé (21). Tous les programmes PPM tendent à adopter certains points communs. Premièrement, les gouvernements établissent les politiques et les lignes directrices et financent l'approvisionnement en médicaments et des installations anti-TB et pour couvrir d'autres coûts. Les prestataires privés, à titre de premiers points de contact, identifient les cas potentiels de TB et notifient les programmes nationaux de lutte contre la TB (PNT) ou installations PNT affiliées. Les cas dépistés sont ensuite reçus par les établissements de santé publique pour la confirmation du diagnostic et le début du traitement. Le traitement et la gestion peuvent alors être poursuivis par le secteur public ou privé (24). Les organisations intermédiaires mobilisent et coordonnent les différents partenaires de la santé et peuvent parfois être impliquées dans la gestion du traitement (24). Ces organisations intermédiaires peuvent également être impliquées dans l'éducation et la formation des programmes axés sur les prestataires privés. Les technologies mHealth peuvent être utilisées pour normaliser le partage d'informations entre les différentes parties prenantes du mélange public-privé, et pour maintenir plus efficacement le suivi des données de traitement pour les personnes atteintes de TB. mHealth pourrait également être déployé pour améliorer l'accès aux soins aux personnes atteintes de TB.

IMAGE 1. MODÈLE D'UNE INITIATIVE PPM GÉNÉRIQUE (ADAPTÉ DE LEI ET AL.)



MPP ont montré leur efficacité pour améliorer le dépistage des cas, les résultats du traitement et de l'accès au traitement de la TB (24). Les dépenses individuelles sont également réduites lorsque de tels systèmes sont mis en œuvre avec succès (24). Cependant, la faiblesse de la réglementation et de la gouvernance des partenaires impliqués dans l'intervention, ainsi que le manque de communication entre les différentes parties prenantes dans le mélange public-privé, peuvent influencer sur le succès de ces initiatives (24).

Des exemples de MPP comprennent des partenariats avec des médecins non autorisés dans les établissements de bidonvilles et la mise en place de petites incitations financières pour référer les personnes présentant des symptômes de la TB dans les centres de TB locaux pour le diagnostic (37). Cependant, les incitations financières ne sont pas toujours nécessaires. D'autres initiatives ont mis en place des programmes de formation pour les pharmaciens afin de reconnaître les symptômes de la TB et de distribuer des médicaments anti-TB. Être considéré par la communauté comme une entreprise de bonne réputation en mesure de dispenser des médicaments de qualité et de diagnostiquer la TB, renforce la réputation des pharmaciens et les aide à maintenir leur base de clients existante ; elle leur permet aussi de lutter contre la concurrence des distributeurs de médicaments moins recommandables (16). Les interventions PPM trouvent également les moyens d'informer et de responsabiliser les consommateurs quant à leurs droits, quant aux services mis à leur disposition et quant au niveau de soins qu'ils devraient exiger (18).

Initiatives de protection sociale

Les initiatives de protection sociale, tels que les transferts d'argent, ont prouvé leur efficacité pour aider les ménages à sortir de la pauvreté en diminuant l'impact des chocs économiques et en permettant aux individus et aux communautés de renforcer leurs finances, leurs installations matérielles et humaines (8). Les projets de transfert d'argent aux familles sont mis en place en échange de certaines exigences, comme la garantie que les enfants fréquentent l'école, que la famille accède aux services de santé pour les contrôles prénataux et le suivi de la croissance

(8, 38). Ces initiatives de transfert de fonds ont fait leurs preuves et améliorent la sécurité alimentaire, augmentent la consommation des ménages et améliorent le comportement de recours aux soins (8, 39, 40). Les transferts monétaires pourraient être appliqués pour atténuer l'impact de la TB en réduisant certains des obstacles financiers au diagnostic et au traitement. Les transferts de fonds pourraient également être fournis en échange d'adhésion au traitement et proposés aux contacts des personnes atteintes de TB qui se présentent pour le dépistage. Les transferts de fonds pourraient également être fournis en échange d'une participation à des programmes d'éducation à la santé et à la TB (8).

Renouvellement urbain

L'urbanisation rapide, du type de celle observée en Asie et en Afrique, représente l'un des obstacles les plus importants à la mise en œuvre d'un contrôle efficace de la TB. La surpopulation et une mauvaise ventilation permettent la transmission et la couverture des soins de santé inadaptée dans les bidonvilles décourageant la recherche de la santé (8). Les projets de régénération urbaine peuvent aider à freiner la transmission de la TB par l'amélioration du parc de logements, ce qui réduit le surpeuplement et améliore la ventilation. L'amélioration des petites infrastructures dans les bidonvilles, comme l'électricité et l'eau, peuvent servir à stimuler la productivité dans l'économie locale et améliorer les résultats de santé. Cependant, les bidonvilles doivent être reconnus comme des entités hétérogènes, et tout projet de régénération doit être mis au point en consultation avec les populations locales afin d'identifier les problèmes les plus urgents (9).

Amélioration des données de surveillance

Les données de surveillance de la santé sont souvent recueillies au niveau de la ville, masquant ainsi les disparités effectives des différents contextes urbains. Il y a donc besoin de données de surveillance de la santé qui prennent en compte le contexte dans lequel les maladies frappent et de meilleures méthodes de collecte de données sur la charge de morbidité connue par les taudis (9). Des systèmes plus efficaces de rapport de la TB aux installations PNT sont essentiels et l'utilisation de MPP pourrait aider à atteindre cet objectif.

Recommandations

Bien que ces recommandations constituent les grandes lignes d'action pour tout un éventail d'intervenants clés, d'autres, y compris les Agences de l'ONU et les coopératives locales et mondiales de travailleurs de la santé, devraient prendre note et évaluer leur potentiel en termes d'amélioration de la prévention, du traitement et des soins anti TB pour les pauvres des régions rurales.

Société Civile	Populations urbaines vivant avec la TB	Systèmes de Santé Nationaux	Communauté Donatrice
Travailler avec les gouvernements nationaux et les populations pauvres des zones urbaines afin d'identifier les obstacles à l'accès aux soins dans des contextes particuliers ; sensibiliser les services déjà disponibles et négocier des partenariats public-privé avec les ONG ;	Documenter les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins de santé ;	Améliorer l'accès aux soins de santé dans les zones urbaines pauvres en régulant les fournisseurs de soins de santé privés et en facilitant les partenariats public-privé qui impliquent aussi la communauté ;	Les interventions du financement (comme les MPP) pourraient conduire à une meilleure utilisation des soins de santé et à un meilleur accès aux soins pour les populations pauvres des zones urbaines ;
Promouvoir les services disponibles et la transmission du socle de connaissances de base s'agissant de la TB. Plus de personnes ayant accès aux services publics permettra d'obtenir de meilleures données ;	Fournir des données dans lesquels les méthodes de sensibilisation et le socle de connaissances impacteront le plus positivement possible les populations urbaines vivant avec la TB ;	Améliorer les données de surveillance de la santé en mettant l'accent spécifique sur les zones urbaines pauvres ;	Soutenir les gouvernements nationaux avec des moyens novateurs pour suivre et surveiller les maladies chez les populations urbaines difficiles à atteindre ;
Promouvoir des campagnes de sensibilisation des services existants et mener des études sur l'importance de l'observance du traitement ;	Cartographier la couverture des services dans les zones urbaines et distribuer de l'information facile pour y accéder afin d'aider à l'observance du traitement ;	Travailler avec et former les fournisseurs de soins de santé déjà installés dans les milieux urbains pauvres afin d'améliorer la prestation des services et le contrôle de l'infection ;	Financer les programmes pour lesquels les partenaires et les fournisseurs de soins de santé travaillent déjà dans les zones urbaines pauvres ;
Mener des campagnes pour informer sur les droits liés à l'accès au traitement de la TB dans les zones urbaines et défendre les différents régimes qui peuvent fournir de l'aide aux habitants des bidonvilles urbains dans leur lutte contre la TB ;	Travailler avec des collectifs d'avocats et de défenseurs de la santé pour améliorer l'éducation aux droits s'agissant d'accès au traitement de la TB et la protection en matière de refus de soins ;	Promouvoir les institutions de santé publique et faciliter l'accès au traitement et au diagnostic de la TB ; faire des concessions et inciter les habitants des bidonvilles atteints de TB, via des lignes de bus gratuites par exemple ; développer d'autres initiatives qui peuvent favoriser l'adhésion et l'observance ;	Soutenir des programmes novateurs, y compris mHealth et d'autres incitations et méthodes, qui favorisent une plus grande adhésion au traitement chez les citoyens atteints de TB ;
Favoriser la création de communautés de la TB dans les bidonvilles urbains, qui peuvent responsabiliser, se soutenir mutuellement et éduquer les autres.	Organiser un meilleur accès aux soins de la TB.	Travailler avec les personnes atteintes de TB dans les bidonvilles pour améliorer l'observance du traitement.	Soutenir les communautés de personnes atteintes de TB et les organisations qui travaillent avec eux dans les zones urbaines.

Références

1. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Urbanization. New York: United Nations Population Fund; 2015 (<http://www.unfpa.org/urbanization>, visité le 26 octobre 2015).
3. Alirali E, Getaz L, Stoll B, Chappuis F, Loutan L. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *Lancet Infect Dis.* 2011;11(2):131–41.
4. World Habitat Day: Background paper. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2014.
5. Adams AM, Islam R, Ahmed T. Who serves the urban poor? A geospatial and descriptive analysis of health services in slum settlements in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy Plan.* 2015;30(Suppl 1):i32–i45.
6. Oppong JR, Mayer J, Oren E. The global health threat of African urban slums: the example of urban tuberculosis. *African Geographical Review.* 2015;34(2):182–95.
7. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. *J Urban Health.* 2007;84(Suppl 1):16–26.
8. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter J. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health.* 2011;101(4):654–62.
9. Unger A, Riley LW. Slum health: from understanding to action. *PLoS Med.* 2007;4(10):1561–6.
10. Ogbudebe CL, Chukwu JN, Nwafor CC, Meka AO, Ekeke N, Madichie NO, et al. Reaching the underserved: active tuberculosis case finding in urban slums in southeastern Nigeria. *Int J Mycobacteriol.* 2015;4(1):18–24.
11. Banu S, Rahman MT, Uddin MKM, Khatun R, Ahmed T, Rahman MM, et al. Epidemiology of tuberculosis in an urban slum of Dhaka City, Bangladesh. *PLoS One.* 2013;8(10):e77721.
12. Sekandi J, Neuhauser D, Smyth K, Whalen C. Active case finding of undetected tuberculosis among chronic coughers in a slum setting in Kampala, Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(4):508.
13. Sharma N, Taneja D, Pagare D, Saha R, Vashist R, Ingle G. The impact of an IEC campaign on tuberculosis awareness and health seeking behaviour in Delhi, India. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9(11):1259–65.
14. Suganthi P, Chadha V, Ahmed J, Umadevi G, Kumar P, Srivastava R, et al. Health seeking and knowledge about tuberculosis among persons with pulmonary symptoms and tuberculosis cases in Bangalore slums. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008;12(11):1268–73.
15. Saw S, Manderson L, Bandyopadhyay M, Sein TT, Mon MM, Maung W. Public and/or private health care: Tuberculosis patients' perspectives in Myanmar. *Health Res Policy Syst.* 2009;7(1):19.
16. Bloom G, Standing H, Lucas H, Bhuiya A, Oladepo O, Peters DH. Making health markets work better for poor people: the case of informal providers. *Health Policy Plan.* 2011;26(Suppl 1):i45–i52.
17. Mili D. Migration and healthcare: access to healthcare services by migrants settled in Shivaji Nagar Slum of Mumbai, India. *The Health.* 2011;2(3):82–5.
18. Shah NM, Brieger WR, Peters DH. Can interventions improve health services from informal private providers in low and middle-income countries? A comprehensive review of the literature. *Health Policy Plan.* 2011;26(4):275–87.
19. Jahan NA, Howlader SR, Sultana N, Ishaq F, Sikder ZH, Rahman T. Health care seeking behavior of slum-dwellers in Dhaka City. Report prepared for Health Economics Unit of MoHFW and World Health Organization; 2015.
20. Satyanarayana S, Subbaraman R, Shete P, Gore G, Das J, Cattamanchi A, et al. Quality of tuberculosis care in India: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015;19(7):751–63.
21. Wells WA, Uplekar M, Pai M. Achieving systemic and scalable private sector engagement in tuberculosis care and prevention in Asia. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001842.
22. Goli S, Arokiasamy P, Chattopadhyay A. Living and health conditions of selected cities in India: setting priorities for the National Urban Health Mission. *Cities.* 2011;28(5):461–9.
23. Fotso JC, Mukiira C. Perceived quality of and access to care among poor urban women in Kenya and their utilization of delivery care: harnessing the potential of private clinics? *Health Policy Plan.* 2012;27(6):505–15.
24. Lei X, Liu Q, Escobar E, Philogene J, Zhu H, Wang Y, et al. Public-private mix for tuberculosis care and control: a systematic review. *Int J Infect Dis.* 2015;34:20–32.
25. Udawadia ZF, Pinto L, Uplekar M. Tuberculosis management by private practitioners in Mumbai, India: has anything changed in two decades? *PLoS One.* 2010;5:e12023.
26. Shargie EB, Lindtjorn B. DOTS improves treatment outcomes and service coverage for tuberculosis in South Ethiopia: a retrospective trend analysis. *BMC Public Health.* 2005;5(1):62.
27. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health.* 2008;8(1):15.
28. Den Boon S, Verver S, Lombard C, Bateman E, Iruksen E, Enarson D, et al. Comparison of symptoms and treatment outcomes between actively and passively detected tuberculosis cases: the additional value of active case finding. *Epidemiol Infect.* 2008;136(10):1342–9.

29. Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty: why are the poor at greater risk in India? *PLoS One*. 2012;7(11):e47533.
30. Fighting TB in the slums of Mumbai. IFPMA; 2013 (<http://partnerships.ifpma.org/partnership/fighting-tb-in-the-slums-of-mumbai>, visité le 29 octobre 2014).
31. Fry S, Cousins B, Olivola K. Health of children living in urban slums in Asia and the near east: Review of existing literature and data. Washington, DC: Environmental Health Project, US Agency for International Development; 2002.
32. Dodor E, Neal K, Kelly S. An exploration of the causes of tuberculosis stigma in an urban district in Ghana. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(9):1048–54.
33. Muriithi MK. The determinants of health-seeking behavior in a Nairobi Slum, Kenya. *European Scientific Journal*. 2013;9(8).
34. Marais BJ, Gupta A, Starke JR, El Sony A. Tuberculosis in women and children. *Lancet*. 2010;375(9731):2057–9.
35. Cremers AL, de Laat MM, Kapata N, Gerrets R, Klipstein-Grobusch K, Grobusch MP. Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia. *PLoS One*. 2015;10(3):e0119861.
36. Buregyeya E, Kulane A, Colebunders R, Wajja A, Kiguli J, Mayanja H, et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and health-seeking behaviour in rural Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(7):938–42.
37. Yaccino S. Fighting tuberculosis in India's slums. Chicago: University of Chicago; 2014 (<http://harris.uchicago.edu/news-and-events/features/alumni-profile/fighting-tuberculosis-indias-slums>, visité le 29 octobre 2015).
38. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009;4(4):CD008137.
39. Attanasio O, Gómez LC, Heredia P, Vera-Hernandez M. The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. Report summary: *Familias*. 2005;3.
40. Fenwick TB. Avoiding governors: the success of Bolsa Familia. *Latin American Research Review*. 2009;44(1):102–31.



Stop TB Partnership

The Stop TB Partnership
acknowledges with gratitude the financial
and technical support received from
the Global Fund to Fight AIDS, TB & Malaria.

hosted by
 **UNOPS**

 **END
TB**

Chemin de Blandonnet 2,
1241 Vernier
Geneva, Switzerland
www.stoptb.org