

RAPPORT SUR LES POPULATIONS CLÉS



POPULATIONS RURALES

EN SITUATION DE PAUVRETÉ



L

es statistiques mondiales indiquent que le fardeau de la TB est plus aigu dans les zones urbaines. Cependant, dans les pays où une grande partie de la population vit en milieu rural et dans une extrême pauvreté, la TB est dominante chez les citadins. La pauvreté et l'accès limité aux services de santé et aux travailleurs de la santé diminuent de façon significative la capacité des personnes atteintes de TB qui résident dans les zones rurales à obtenir un diagnostic et un traitement à temps. La stigmatisation et la méconnaissance généralisées de la TB sont également plus courantes au sein des communautés rurales. De multiples stratégies pour surmonter ces obstacles existent et devraient être mises en œuvre à plus grande échelle. Ce guide donne un aperçu des défis spécifiques auxquels sont confrontés les habitants des zones rurales et la façon dont ces défis peuvent être relevés.

Plan Mondial pour éliminer la TB et populations clés

Le Plan Mondial pour éliminer la TB présente les objectifs suivants à atteindre d'ici 2020, ou 2025 au plus tard. Le Plan fait référence aux personnes qui sont vulnérables, mal desservies ou à haut risque de contamination par la TB («populations clés») et 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

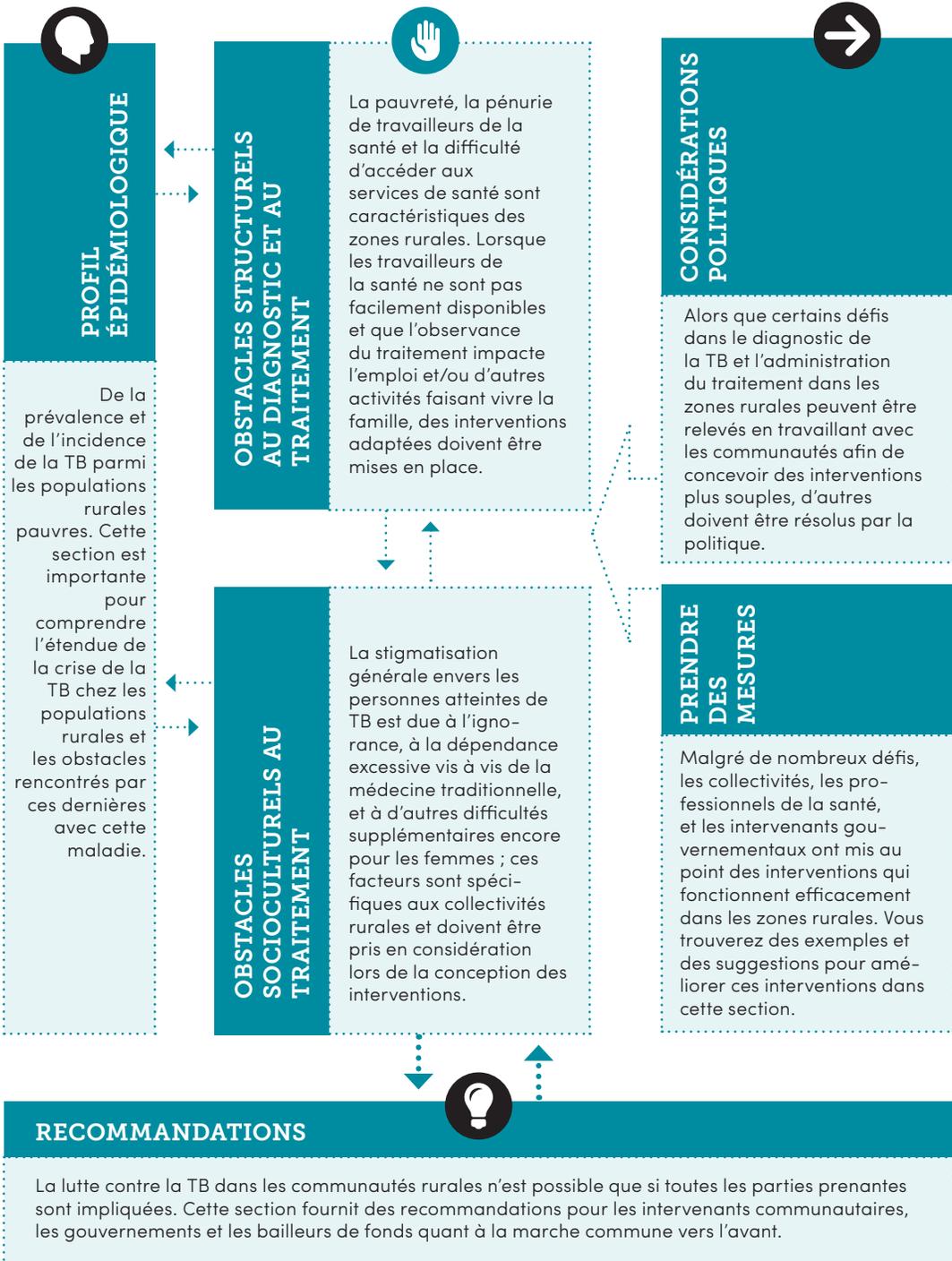


Identifient leurs populations clés aux niveaux national et infranational, selon les estimations des risques encourus, la taille de la population, et les obstacles particuliers, y compris les droits de l'homme, les obstacles liés au genre et à l'accès aux soins de la TB ;

- Définissent un objectif opérationnel visant à atteindre au moins 90 % des personnes issues des populations clés, grâce à l'amélioration de l'accès aux services, au dépistage systématique lorsque nécessaire, à l'amélioration des méthodes de dépistage des nouveaux cas 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 citées ci-dessus pour traiter des obstacles structurels à l'accès, ainsi que des solutions au niveau local pour les populations rurales atteintes de TB.

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



Profil épidémiologique



Globalement, la prévalence de la TB est beaucoup plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (1). Cependant, dans certains pays ces statistiques sont inversées, avec des personnes résidant dans les zones rurales ayant un risque beau-



coup plus élevé de contracter la maladie de la TB. Par exemple, en Chine, où 80 % de la population est située en milieu rural, la prévalence de la TB pulmonaire active dans les zones rurales est de 1,8 fois plus élevée que dans les zones urbaines (2). De même, dans d'autres pays en développement où une grande partie de la population est située en milieu rural, l'incidence de la TB dans les zones rurales est supérieure ou égale à celle observée dans les grandes localités urbaines (3,4). Dans d'autres contextes où la prévalence et l'incidence globale sont plus élevées dans les zones urbaines, certaines provinces rurales supportent un fardeau de TB encore plus lourd, mais elles reçoivent moins d'attention de la part des bailleurs de fonds et des décideurs (5).

Les retards dans un diagnostic correct et dans l'entame de la prise d'un traitement efficace contre la TB augmentent la morbidité et la mortalité, le risque de transmission, et le développement dans les communautés rurales, des formes de TB résistantes aux médicaments. L'accès au diagnostic et au traitement de la TB est retardée de façon significative pour les personnes atteintes qui résident dans les zones rurales (6). Ces retards et les taux d'observance et d'achèvement du traitement plus faibles chez les habitants des zones rurales sont dus à divers facteurs : les facteurs au niveau individuel, comme la confiance dans la médecine alternative, et les facteurs structurels et d'autres types, tels que l'incapacité à se rendre dans un établissement du fait de la distance, du manque ou du manque de transport ou de son coût, du prix du traitement, d'avoir à choisir entre le travail et le traitement, de la méfiance vis à vis des fournisseurs, etc. (7-9). Compte tenu de ces défis, ainsi que du statut socioéconomique des régions rurales souvent défavorable par rapport aux résidents urbains, la rareté des établissements de santé, et la stigmatisation de la TB en milieu rural, la maladie représente un risque important pour les habitants de ces zones.

Obstacles Structurels au diagnostic et au traitement

Pauvreté

En 2011, le Fond International de Développement Agricole a rapporté que parmi les 1,4 milliard de personnes extrêmement pauvres que compte le monde, 70 % d'entre elles vivent dans les zones rurales (10). Les conditions d'extrême pauvreté dans lesquelles la majorité des patients ruraux de TB vivent peuvent non seulement influencer la date d'émission du diagnostic et du traitement et la capacité à le poursuivre une fois diagnostiqué, mais aussi des aspects importants du traitement tels que l'accès à la nutrition et à une hygiène correcte. Les résidents ruraux qui pourraient être employés comme ouvriers saisonniers ou travailleraient loin de chez eux, pourraient être particulièrement désavantagés, puisque leurs options pour accéder au diagnostic et au traitement sont sévèrement limitées du fait de la mobilité qui leur est imposée par la recherche de revenus.



Disponibilité des agents et des établissements de santé

Selon l'OMS, près de 50 % de la population mondiale vit dans les zones rurales, mais moins de 38 % des infirmières et moins de 25 % des médecins travaillent dans ces endroits (11). Cette situation est plus prononcée dans les 57 pays que l'OMS a identifiés comme connaissant une pénurie absolue en termes de travailleurs de la santé (11). Sur les 22 pays du monde avec le fardeau de TB le plus élevé, 15 comptent parmi ceux qui connaissent de graves pénuries d'effectifs chez les travailleurs de la santé.¹ Le manque accablant d'agents de santé dans les zones rurales est un problème à l'échelle du monde qui impacte plus particulièrement les districts ruraux déjà pauvres, dans les pays en développement (12,13). Des participants à une étude avec des profils divers ont rapporté que, lorsqu'elles étaient accessibles, les cliniques de santé capables de fournir des soins pour lutter contre la TB avaient des horaires d'ouverture limités et imprévisibles, proposaient des délais d'attente interminables, et connaissaient un fort taux d'absentéisme (9). Certaines études ont également montré que, lorsque confronté à la mission de délivrer un traitement d'appoint couvrant toute leur circonscription, le personnel de la clinique, débordé, renonce parfois à ces responsabilités à cause d'une écrasante surcharge de patients ou d'autres contraintes (14). Il se peut que les populations rurales atteintes de TB présentant des diagnostics plus complexes ou des souches multirésistantes de la TB (MDR) ne puissent pas accéder à des établissements de santé là où ils vivent ; par conséquent, ils devront faire face à des difficultés importantes pour accéder au diagnostic, au traitement et aux soins dans les zones urbaines et périurbaines. En outre, il se peut que les cliniques rurales connaissent des ruptures de stock ou des pénuries de médicaments plus fréquentes que celles situées en milieux urbains (15–17).

¹ Voici la liste des pays : Afghanistan, Bangladesh, Cambodge, République Démocratique du Congo, Éthiopie, Inde, Indonésie, Kenya, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Pakistan, Ouganda, République Unie de Tanzanie et Zimbabwe.





Distance jusqu'aux établissements de santé

Dans les situations où la disponibilité des installations de soins de santé est réduite, le principal obstacle structurel pour de nombreuses populations rurales souffrant de TB réside tout d'abord en l'obtention du traitement puis ensuite en son suivi, à cause de la distance qu'elles doivent parcourir pour accéder au diagnostic et au traitement. Cette distance peut entraîner des retards importants dans le diagnostic et le démarrage du traitement, et entraver la capacité des personnes atteintes de TB à observer le traitement (9). Il se peut que les personnes atteintes de TB vivant dans les zones rurales aient à se rendre tous les jours dans un centre de santé pour recevoir le traitement, quel que soit leur état de santé et leurs horaires de travail. Cela fait que les résultats des traitements sont moins bons chez ces populations, et les taux de perte de suivi plus hauts (18). En outre, de plus longues distances impliquent des coûts de transport plus élevés, que les résidents ruraux déjà défavorisés pourraient ne pas être en mesure de payer. Dans les zones rurales, pour de nombreuses personnes atteintes de TB, la nécessité de recevoir un traitement au quotidien est en conflit direct avec le besoin plus urgent encore de gagner sa vie (9). Des conclusions récentes quant à l'efficacité du traitement autoadministré dans les régions éloignées ont été encourageantes, et un tel traitement doit être envisagé à plus grande échelle dans les zones rurales à travers le monde (19).

Coût du traitement

La rareté des établissements et des travailleurs de santé, additionnée au déclin généralisé des systèmes de santé en milieu rural se traduit souvent par de la corruption et une dépendance inhérente à des paiements additionnels informels ou autres(20). Des efforts visant à réduire les coûts des médicaments antituberculeux pour les patients ont été faits et continuent à être consentis. Mais même lorsque les pays ont adopté la gratuité du diagnostic de la TB et des politiques de traitement, d'autres activités associées au traitement tels que les examens médicaux (par exemple, la radio des poumons), les médicaments supplémentaires prescrits par les médecins pour accompagner les médicaments antituberculeux, les séjours à l'hôpital, et le temps pris sur son temps de travail impliquent souvent un coût catastrophique pour les patients (21). Cela est particulièrement vrai dans les zones rurales, où les travailleurs de la santé peuvent être encouragés à compléter leurs revenus par des honoraires supplémentaires (22,23). Des études menées dans différentes régions ont signalé des patients pouvant dépenser jusqu'à 40 % de leur revenu annuel dans les services de santé liés à la TB (24–26). En outre, les populations rurales atteintes de TB peuvent très bien ne pas être au courant des politiques liées au traitement de la TB au niveau national et elles ne sont donc pas en mesure d'exiger les services auxquels elles ont pourtant droit.



Obstacles socioculturels au traitement

Soins et services de santé alternatifs

Des études réalisées sur les conditions de santé ont montré que le recours à la médecine traditionnelle et alternative est généralement plus fréquent dans les zones rurales. Les personnes présentant des symptômes de la TB dans les zones rurales sont plus enclines à visiter d'abord un guérisseur traditionnel ou un herboriste et donc à retarder d'autant l'accès au diagnostic formel et le démarrage du traitement (27–30). Il se peut que les guérisseurs traditionnels et les fournisseurs de soins de santé alternatifs soient plus accessibles en termes de distance, de coût, de familiarité, de fiabilité et de rapport (31). Par exemple, en Afrique subsaharienne le rapport des guérisseurs traditionnels à la population est de 1 pour 500, alors que le ratio médecin-population est de 1 pour 40 000. De ce fait, il ne faut surtout pas sousestimer les avantages que procurerait l'implication des guérisseurs traditionnels dans un traitement formel de la TB (32). Preuve a été faite que, donner l'option d'avoir un traitement antituberculeux d'appoint fourni aux gens atteints de TB par les guérisseurs traditionnels, peut influencer positivement les résultats du traitement et d'autres aspects de l'expérience de traitement (33).



Stigmatisation et discrimination

L'association de la TB avec la pauvreté et la crainte vis à vis des formes résistantes de la TB, continuent d'alimenter la stigmatisation et la discrimination, qui à leur tour ont un impact négatif sur l'efficacité du traitement et son observance. En outre, cette stigmatisation peut avoir des conséquences socioéconomiques graves, en particulier pour les femmes (34,35). Les résidents ruraux sont confrontés à des niveaux plus élevés de stigmatisation et de discrimination que leurs homologues du milieu urbain et ils ont moins de connaissances quant aux modes de transmission, au diagnostic et au traitement, ce qui peut contribuer à boucler le cercle vicieux (34,36). En milieu rural, avec une prévalence accrue du VIH, la TB peut entraîner une stigmatisation supplémentaire, en tant que marqueur pour le VIH et pour les comportements pouvant être stigmatisés. Dans les communautés rurales très unies, la stigmatisation vis-à-vis de la TB peut entraîner les patients à refuser un traitement supervisé à domicile, car les visites des agents de santé seraient immédiatement remarquées par la communauté (34,37,38). L'autostigmatisation et l'autodiscrimination pourraient également contribuer à renforcer l'exclusion sociale des personnes atteintes de TB. Par exemple, en dépit de s'être vu réitéré à plusieurs reprises qu'ils n'étaient plus infectieux après les deux premières semaines de traitement, les personnes atteintes de TB au Népal présentaient des signes d'autostigmatisation tout au long de la durée de leur traitement (35). Certaines recherches menées sur les expériences vécues par les personnes atteintes de TB ont également signalé une discrimination de la part des travailleurs de la santé et du personnel de la clinique, ou des activités menées par les travailleurs de la santé qui propagent la stigmatisation comme la mise en garde excessive et le traitement des paillassons de la clinique avec des produits chimiques, entre autres (35,39).





Sexe

La santé des femmes est souvent reléguée au second plan au sein des familles, où la préférence est donnée à la santé des enfants et des hommes, qui sont également considérés comme les principaux soutiens de famille (40). Les femmes connaissent des délais supérieurs pour ce qui est de l'obtention d'un diagnostic de la TB dans de multiples contextes (6), ce qui pourrait être expliqué par leur rôle traditionnel au sein de la famille et de leur responsabilités vis-à-vis des soins. Dans de nombreux endroits, en raison de contraintes sociales et culturelles, les femmes rurales ont des difficultés pour se rendre dans les établissements de santé ; soit elles ont besoin d'une escorte masculine, soit elles ont besoin d'argent, auquel elles ont un accès limité (18,41,42). Ainsi, les préoccupations liées à la distance pour se rendre dans un établissement de santé sont encore plus centrales pour les femmes. Dans de multiples cas, les femmes ont rapporté craindre que le diagnostic de la TB limite leurs options pour le mariage, ou impacte leur relation avec leur conjoint actuel et sa famille, ce qui leur ferait courir le risque d'une plus grande stigmatisation sociale et d'une pénalisation économique (42). Les femmes d'Inde, de l'Ouganda, et bien d'autres lieux ont déclaré avoir été abandonnées par leur mari et excom-

muniées par leurs familles après avoir été diagnostiquées positives à la TB (42–44). D'autres rapports indiquent également que les femmes diagnostiquées positives, ou même celles en cours de traitement contre la TB, sont considérées comme impropres pour le mariage ou la maternité (45). En milieu rural, où les voisins et les familles peuvent être plus étroitement liés, ces comportements sont tragiques pour les femmes, car elles sont alors rejetées par leurs familles et par leurs communautés et n'ont absolument aucun endroit vers lequel se retourner pour être soutenues. Les études en milieu rural ont montré que les hommes connaissent mieux la TB que les femmes, ce qui peut également influencer à la fois le comportement vis-à-vis du recours aux soins, et l'observance du traitement (42). Dans certains pays, les femmes rurales ont démontré une plus grande prise de conscience vis-à-vis de la TB et / ou un meilleur taux de recours aux soins et d'observance du traitement ; dans les cas où les femmes rurales étaient étroitement familiarisées avec le système de santé et où les fournisseurs étaient de confiance (par un effort à l'échelle et en encourageant les visites de soins prénataux, etc.), elles étaient plus enclines à se présenter pour le diagnostic de la TB plus tôt (27).

Statut autochtone

Il est important de noter qu'une grande partie des populations autochtones du monde entier est située dans des zones rurales et que, globalement, ces populations sont touchées de manière disproportionnée par les infections et autres maladies, y compris la TB (46). En outre, lorsque les populations autochtones sont marginalisées et situées dans des endroits éloignés, il se peut que leur accès à un traitement antituberculeux et à des soins appropriés soit encore plus limité qu'il l'est généralement pour les populations rurales. Les données existantes montrent une prévalence de la TB beaucoup plus élevée parmi les groupes autochtones en Australie, au Canada et aux États-Unis (47). Un examen récent des données mondiales a mis en évidence des tendances similaires dans d'autres pays ; par exemple, dans les populations autochtones de l'Amazonie brésilienne, l'incidence de la TB est 20 fois plus élevée que dans la population moyenne du Brésil, et dans certains groupes tribaux de l'Inde, la prévalence de la TB a été jugée plus de 100 fois supérieure à la moyenne nationale (47). Les recherches sur la TB auprès des populations autochtones n'étant pas aisément disponibles, cela peut rendre la prestation de services adéquats pour ce groupe plus compliquée encore.

Considérations pour les lois et les politiques

Statut du migrant rural-urbain

Il est amplement prouvé que l'exode rural est commun à tous les milieux (48); ainsi, les préoccupations s'agissant de veiller à ce que les migrants vers les villes obtiennent des normes pertinentes de soins contre la TB sont universelles. Dans des pays comme la Chine, des études ont montré que les prix sont plus hauts et que les connaissances sur les politiques de remboursement sont plus réduites. Elles ont aussi mis en évidence le manque d'assurance maladie parmi les migrants ruraux vers les zones urbaines, les pertes d'emploi fréquentes associées à un diagnostic de la TB et la nécessité d'emprunter de l'argent à la famille et à des amis afin de recevoir un traitement (49,50). De meilleures politiques sont nécessaires afin d'inclure les migrants ruraux vers les villes dans les régimes d'assurance maladie financés au niveau national, et de veiller à la nondiscrimination des migrants et des autres populations vulnérables par les employeurs. Les contraintes qui pèsent sur la prévention de la TB et sur l'accès au traitement des migrants ruraux urbains sont traitées plus en détail dans le MiniGuide Halte à la TB traitant des migrants.



Discrimination persistante dans l'emploi et dans les droits de succession

En dépit de multiples lois interdisant la discrimination fondée sur la santé, à la fois à l'international (51) et dans la plupart des cadres juridiques nationaux (là où il y a des lois nationales sur la TB, par exemple (52), qui indiquent expressément que les personnes atteintes de la TB seront assurées de conserver leur emploi au cours du traitement), les personnes atteintes de TB subissent encore des discriminations en matière d'emploi et sont maintenues dans la crainte d'être licenciées ou mises à pied si leur état était découvert (34,35). Cela pourrait particulièrement impacter les ruraux pauvres dont l'emploi est instable ou saisonnier et / ou qui sont employés dans des conditions tout à fait défavorables. En outre, les lois ou les pratiques de nombreux pays qui interdisent aux femmes d'hériter des terres (53) impactent les veuves de personnes atteintes de TB et les femmes atteintes de TB, dans les communautés rurales où ces pratiques sont plus susceptibles de perdurer. Ces pratiques et politiques doivent être mises sous étroite surveillance afin d'éviter que les travailleurs et les femmes du monde rural soient encore plus victimes de discrimination.

Allocation rurale pour le maintien des travailleurs

Dans certains pays, les gouvernements ont commencé à mettre en place un système d'incitations pour améliorer le maintien de médecins et d'infirmières dans les zones rurales difficiles à atteindre (54,55). Bien que ces interventions aient été efficaces pour accroître le recrutement dans certains secteurs, elles ont aussi provoqué le mécontentement des employés subalternes, puisque les augmentations de salaire sont uniquement réservées au personnel de haut niveau, entre autres problèmes (55,56). Ainsi, les systèmes ruraux d'allocations doivent être étroitement surveillés afin d'assurer leur impact au long terme ainsi que leur durabilité.



Prendre des mesures



Modification des modalités de traitement – engager la communauté, les fournisseurs alternatifs de services de santé et la famille

- Le projet Axshya (sans TB) d'Inde engage des milliers de bénévoles issus d'organisations non gouvernementales locales (ONG) pour mener Samvad (dialogue en hindi). Les bénévoles utilisent du matériel facile à lire, de faible alphabétisation pour discuter de la TB dans les communautés afin de moins stigmatiser, de mieux identifier les symptômes, et de fournir des références fiables à l'établissement de diagnostic le plus proche. Les volontaires Samvad organisent également des tests d'expectorations pour ceux qui ne sont pas en mesure de se rendre à l'établissement, ils dirigent les procédures de diagnostic et de traitement, et font office de fournisseurs de traitement en soutien.
- Dans d'autres contextes, des interventions similaires ont été menées par les agents de santé communautaire (également connus sous différents nom, tels que les agents de promotion sanitaire, les agents de santé en milieu rural, etc.). Ce sont des personnes formées qui ne possèdent pas de bagage médical initial, mais qui sont respectées, ont la confiance de la communauté et peuvent servir d'assistants sociaux pour de multiples problèmes d'ordre sanitaire, y compris la TB. Les modèles d'agents de santé communautaires ont fait leurs preuves dans les communautés rurales depuis l'Éthiopie jusqu'à Haïti ; ils sont rentables et leur mise en œuvre est efficace (57). Au Mexique et dans d'autres pays d'Amérique latine, les travailleurs communautaires de la santé, également connus sous le nom de Promotoras(es), mêlent médecine traditionnelle et médecine formelle pour traiter et soutenir des patients souffrant de diverses maladies, y compris la TB (58).
- Dans de nombreux pays, collaborer avec les guérisseurs traditionnels et alternatifs dans les communautés rurales a donné des résultats positifs pour ce qui est de l'engagement dans le traitement et dans ses résultats. La confiance et le respect importants placés en les guérisseurs traditionnels dans les communautés rurales plaident en faveur d'un engagement plus grand de ces praticiens dans l'élimination de la stigmatisation, dans la promotion des interventions spécifiques, et dans la distribution d'un traitement d'appoint.
- Les membres de la famille peuvent avoir un intérêt particulier à encourager l'observance du traitement par leurs proches et ne peuvent pas nécessairement être aussi surchargés que les bénévoles de la communauté qui quant à eux se sont engagés à être un soutien (59,60).



Faire plus avec moins : mHealth et cliniques mobiles

- Les interventions de mHealth ont gagné en popularité dans de nombreux pays en développement, où l'accès aux téléphones mobiles a considérablement augmenté au cours des dernières années. Alors que la possession d'un téléphone mobile peut-être encore un luxe dans certaines communautés rurales, les agents de santé communautaires peuvent les utiliser pour interagir avec les diagnostics et les équipements permettant le traitement, faire des rapports sur les complications et sur les progrès de certains patients, et pour approfondir leur formation. Une étude a montré que lorsque les téléphones mobiles sont achetés et fournis aux travailleurs de la santé communautaires, ces derniers n'ont pas passer leur temps en déplacement de l'hôpital à village et inversement. Ils sont donc en mesure de fournir des rapports d'observance, de prendre des rendezvous pour les personnes atteintes de TB, et de faire des recherches pour les médecins sur le terrain, par SMS ou via des appels téléphoniques. En conséquence, la capacité du programme de traitement de la TB en milieu rural a été doublée et de l'argent a été économisée (61).



Mobiliser les personnes atteintes de TB : cercles TB

- Médecins Sans Frontières d es cliniques mobiles ont eu des résultats positifs en matière de suivi et de traitement des patients de la TB et d'autres maladies dans les communautés rurales d'Afrique du Sud. Les cliniques mobiles permettent un suivi régulier des patients et sont particulièrement pratiques pour les résidents ruraux qui comptent sur le travail saisonnier et sont eux-mêmes très mobiles.
- Les «Cercles de TB» groupes de soutien pour les patients atteints de TB sont censés être efficaces dans la lutte contre la stigmatisation en interne. La stigmatisation interne peut représenter un obstacle au traitement important chez les personnes atteintes de TB, qui pourraient éprouver de la fatigue et une diminution de l'estime de soi, du fait du prolongement du traitement. Ainsi, renforcer le soutien et étendre le réseau de support aux patients pourrait être extrêmement bénéfique pour les résultats du traitement (62).



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 de la TB, de traitement et de soins pour les pauvres des régions rurales.



Société Civile	Groupes de Populations Rurales atteints de TB	Gouvernements Nationaux et Systèmes de Santé	Donateurs/trices
<p>Préconiser une plus grande transparence et un meilleur accès à l'information sur la prestation des services de santé en milieu rural, au niveau local ;</p> <p>Créer des formations de pilotage de systèmes de santé pour tous les membres de la communauté et assurer des services de santé adéquats ;</p> <p>Créer des opportunités pour les personnes atteintes de TB pour s'organiser et se réunir afin d'élargir leurs réseaux de soutien et leurs connaissances sur le diagnostic et le traitement de la TB ;</p>	<p>Mettre en place des réseaux et des organisations informels entre personnes atteintes de TB, dans les communautés rurales ;</p> <p>Concevoir un programme de sensibilisation et travailler à élargir l'accès au diagnostic et au traitement de la TB ;</p> <p>Tenir les gouvernements pour responsables et réclamer de la transparence quant à la façon dont les services liés à la TB sont délivrés aux plus vulnérables ;</p>	<p>Assurer la transparence dans les établissements de santé en milieu rural ; l'expérience d'autres pays a montré que publier les listes des médicaments et des soins de santé que les patients peuvent recevoir gratuitement diminue la corruption et permet aux patients de plaider en leur nom propre ;</p> <p>Offrir aux réseaux communautaires locaux de personnes atteintes de TB la possibilité de surveiller et de faire des rapports quant à la prestation des services, puis de mettre en évidence les problèmes / solutions ;</p>	<p>Tenir le gouvernement pour responsable et réclamer la transparence s'agissant de la façon dont les services TB sont délivrés aux plus vulnérables ;</p> <p>Investir dans un programme communautaire qui vise à promouvoir l'auto-éducation et l'auto-défense des patients ;</p>
<p>Plaider aux côtés des dirigeants nationaux de la santé pour un accès à de la documentation facile à lire, à faible alphabétisation afin d'élargir la connaissance sur la TB, de combattre la stigmatisation dans les communautés rurales, en particulier chez les femmes, et de mettre en œuvre des interventions novatrices ;</p>	<p>Prendre des décisions quant aux meilleures stratégies à utiliser pour éduquer ses pairs sur la TB et sur l'importance de l'observance du traitement ;</p>	<p>Créer du matériel de communication traitant de la santé facile à comprendre et abordant les symptômes et le traitement de la TB chez les populations à faible alphabétisation, ceci dans le but d'accroître leur connaissance ; veiller à ce que cette documentation soit positives et encourageantes, et aider à combattre la stigmatisation ; consulter les intervenants communautaires sur les messages clés à faire passer via cette documentation ; s'assurer que les populations rurales les plus vulnérables (telles que les femmes) sont inclus à la fois comme public destinataire de ces messages mais aussi dans la conception des interventions ;</p>	<p>Promouvoir et investir dans de la documentation à faible alphabétisation pour les communautés rurales ;</p>



Société Civile	Groupes de Populations Rurales atteints de TB	Gouvernements Nationaux et Systèmes de Santé	Donateurs/trices
<p>Plaider pour l'engagement dans la conception d'interventions efficaces et rentables et adaptées au mieux aux besoins des communautés rurales ;</p>	<p>Se faire entendre s'agissant des besoins des populations rurales en relation avec la TB ; faire la promotion au niveau local et chercher des moyens de parler aux parties prenantes nationales ;</p>	<p>Étudier des moyens de prestation de soins de santé contre la TB novateurs et rentables à l'échelle du système, dans les collectivités rurales, tels que mHealth, les interventions des travailleurs de la communauté, les DOT avec le soutien de la famille, l'engagement des guérisseurs traditionnels, et la formation ;</p>	<p>Promouvoir les passerelles entre les professions et investir à l'échelle dans des interventions rentables qui peuvent améliorer l'accès au traitement chez les communautés rurales ;</p> <p>Travailler avec les leaders des communautés rurales pour aider à développer et à promouvoir ces interventions ;</p>
<p>Travailler avec les dirigeants communautaires pour éliminer la stigmatisation par l'éducation et le soutien ;</p> <p>Veiller à ce que les femmes et les enfants de la communauté aient accès à la connaissance et à l'éducation sur la TB ;</p> <p>Promouvoir des programmes spécifiques aux groupes autochtones ;</p> <p>Encourager les membres de la famille, les guérisseurs traditionnels, et la participation des travailleurs de la santé communautaire dans tous les aspects du diagnostic et de la mise à disposition de traitement contre la TB ;</p>	<p>Se concentrer sur la participation des groupes de population spécifiques qui peuvent être plus marginalisés encore parmi les populations rurales atteintes de TB (par exemple, les femmes, les travailleurs migrants) et veiller à ce que ces groupes soient correctement engagés dans le travail de promotion et de bénéficier de l'amélioration de l'accès au traitement ;</p> <p>Travailler avec les familles et les guérisseurs traditionnels pour encourager la cohérence et la synergie des programmes afin de surmonter la TB au sein de la communauté ;</p>	<p>Promouvoir l'engagement de toute la communauté dans la prévention, le traitement et les soins contre la TB ;</p> <p>S'engager avec les guérisseurs traditionnels et les agents de santé communautaires pour favoriser les programmes éducatifs leur étant dédiés, et créer des opportunités et des incitations pour ces groupes afin de participer à la prestation des soins de santé à l'adresse des communautés rurales ; veiller à ce que il y ait une programmation spécifique aux groupes autochtones ;</p>	<p>Soutenir des programmes holistiques qui profitent aux communautés entières et engagent les dirigeants, les guérisseurs traditionnels, et le patient et d'autres groupes de défense ;</p>
<p>Plaider pour de meilleurs cadres juridiques qui éliminent les obstacles pour les travailleurs et les femmes atteintes de TB ;</p>	<p>Surveiller et signaler les violations en termes d'emploi et dans l'accès aux biens et aux terres pour les femmes atteintes de TB / veuves de personnes atteintes de TB ;</p>	<p>Mettre en place des mécanismes d'examen des lois, des politiques et des pratiques qui pourraient avoir un impact négatif sur les personnes atteintes de TB ;</p>	<p>Soutenir l'examen juridique et politique des lois relatives au bien-être des personnes atteintes de TB ;</p>
<p>Travailler avec les syndicats et les coopératives de travailleurs de la santé pour combattre la stigmatisation parmi ces derniers et assurer des services de santé adéquats dans les zones rurales.</p>	<p>Surveiller et faire des rapports quant aux violations constatées dans le secteur de la santé et plaider pour un financement adéquat des hôpitaux ruraux et des systèmes de soins de santé, en particulier pour ce qui est de l'approvisionnement des services liés à la TB.</p>	<p>Créer des incitations pour les travailleurs de la santé à s'engager dans les zones rurales ; surveiller et améliorer les programmes d'incitation pour les travailleurs de la santé afin d'assurer la pérennité des services.</p>	<p>Soutenir et diffuser les meilleures pratiques d'incitation pour les travailleurs de la santé en milieu rural.</p>

Ressources

Axshya SAMVD : une stratégie innovante de dépistage de cas, de soins et de contrôle de la tuberculose. Santé. 2014 10 (http://www.researchgate.net/profile/Banuru_Prasad/publication/260434528_Axshya_SAMVAD_An_innovative_Case-Finding_Strategy_for_Tuberculosis_Care_and_Control/links/0f31753147d55b17bb000000.pdf).

Projet Axshya : initiative de la société civile pour renforcer les soins et le contrôle vis à vis de la TB en Inde, soutenue par le Fond Mondial. New Delhi : L'Union ; 2014 (<http://www.theunion.org/what-we-do/publications/body/Axshya-Activity-Report-2013-14.pdf>, Consulté Octobre 2015).

Les nouvelles racines de la santé rurale : défi lancé à l'accès inégal en Afrique du Sud. Le modèle de soins Musina. Johannesburg : Médecins Sans Frontières ; 2013.

Matériel d'alphabétisation faible : TB Smart Card (http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/TB_Smart_Card.pdf) et instructions de collecte des expectorations (http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/TB_Job_Aid_Poster.pdf).

ENGAGE-TB : formation des agents de santé et des bénévoles communautaires. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2015 (http://www.who.int/tb/publications/2015/engage_tb_training/en/).

Manuel des agents de santé communautaires. Seattle : PATH ; 2007 (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2110>).

Références

1. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, visité le 18 octobre 2015).
2. Yang Y, Li X, Zhou F, Jin Q, Gao L. Prevalence of drug-resistant tuberculosis in mainland China: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2011;6(6):e20343.
3. Hossain S, Quaiyum MA, Zaman K, Banu S, Husain MA, Islam MA, et al. Socioeconomic position in TB prevalence and access to services: results from a population prevalence survey and a facility-based survey in Bangladesh. *PLoS ONE*. 2012;7(9) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459948/>, visité le 18 octobre 2015).
4. Hoa NB, Sy DN, Nhung NV, Tiemersma EW, Borgdorff MW, Cobelens FG. National survey of tuberculosis prevalence in Viet Nam. *Bull World Health Organ*. 2010 Avr 1;88(4):273–80.
5. van't Hoog AH, Laserson KF, Githui WA, Meme HK, Agaya JA, Odeny LO, et al. High Prevalence of Pulmonary Tuberculosis and Inadequate Case Finding in Rural Western Kenya. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183(9):1245–53.
6. 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.
7. Sreeramareddy CT, Qin ZZ, Satyanarayana S, Subbaraman R, Pai M. Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in India: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(3):255–66.
8. Cai J, Wang X, Ma A, Wang Q, Han X, Li Y. Factors associated with patient and provider delays for tuberculosis diagnosis and treatment in Asia: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2015;10(3):e0120088.
9. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med*. 2007;4(7):e238.
10. Heinemann E, Prato B, Shepherd A. Rural poverty report 2011. International Fund for Agricultural Development; 2011 (<http://www.ifad.org/rpr2011/>).
11. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, visité le 18 octobre 2015).
12. Key messages 2013. Global Health Workforce Alliance; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/media/KeyMessages_3GF.pdf).

13. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:19.
14. Tao T, Zhao Q, Jiang S, Ma L, Wan L, Ma Y, et al. Motivating health workers for the provision of directly observed treatment to TB patients in rural China: does cash incentive work? A qualitative study. *Int J Health Plann Manage.* 2013;28(4):e310–24.
15. Stop stock-outs campaign. Stop Stock Outs Ensure Access to Essential Medicines for All (<http://stopstockouts.org/stop-stock-outs-campaign/>, visité le 15 octobre 2015).
16. Lopez Gonzaley L. Drug stock outs hit more than one in 10 health facilities. *Health-E News.* Le 11 juin 2015 (<http://www.health-e.org.za/2015/06/11/more-than-one-in-10-health-facilities-hit-by-drug-stock-outs/>, visité le 18 octobre 2015).
17. Skosana I. Drug shortages send rural patients back to home remedies. *Mail & Guardian Online.* Le 3 juillet 2015 (<http://mg.co.za/article/2015-07-02-drug-shortages-send-rural-patients-back-to-home-remedies/>, visité le 18 octobre 2015).
18. Khan MA, Walley JD, Witter SN, Shah SK, Javeed S. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. *Health Policy Plan.* 2005;20(6):354–65.
19. Das M, Isaakidis P, Shenoy R, Anicete R, Sharma HK, Ao I, et al. Self-administered tuberculosis Treatment outcomes in a tribal population on the Indo-Myanmar border, Nagaland, India. *PLoS ONE.* 2014;9(9):e108186.
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff Proj Hope.* 2007;26(4):984–97.
21. Ukwaja KN, Modebe O, Igwenyi C, Alobu I. The economic burden of tuberculosis care for patients and households in Africa: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(6):733–9.
22. McCoy D, Bennett S, Witter S, Pond B, Baker B, Gow J, et al. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 2008;371(9613):675–81.
23. Bloom G, Han L, Li X. How health workers earn a living in China. Brighton: Institute of Development Studies; 2000 (<http://www.hrresourcecenter.org/node/145>, visité le 5 janvier 2016).
24. Liu X, Thomson R, Gong Y, Zhao F, Squire SB, Tolhurst R, et al. How affordable are tuberculosis diagnosis and treatment in rural China? An analysis from community and tuberculosis patient perspectives. *Trop Med Int Health TM IH.* 2007;12(12):1464–71.
25. Sanou A, Dembele M, Theobald S, Macq J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(12):1479–83.
26. Ukwaja KN, Alobu I, Igwenyi C, Hopewell PC. The high cost of free tuberculosis services: patient and household costs associated with tuberculosis care in Ebonyi State, Nigeria. *PLoS ONE.* 2013;8(8) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3754914/>, visité le 6 janvier 2016).
27. Lienhardt C, Rowley J, Manneh K, Lahai G, Needham D, Milligan P, et al. Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(3):233–9.
28. Eastwood SV, Hill PC. A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(1):70–5.
29. Kassaye KD, Amberbir A, Getachew B, Mussema Y. A historical overview of traditional medicine practices and policy in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2006;20(2):127–34.
30. Bates I, Fenton C, Gruber J, Lalloo D, Lara AM, Squire SB, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infect Dis.* 2004;4(6):368–75.
31. Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, Osuga K, Shimouchi A, Ishikawa N, et al. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(1):24–31.
32. Karim Abdool S. Bridging the gap: potential for a health care partnership between South African traditional healers and biomedical personnel in South Africa. Centre for Epidemiological Research in Southern Africa; 1992.
33. Colvin M, Gumede L, Grimwade K, Maher D, Wilkinson D. Contribution of traditional healers to a rural tuberculosis control programme in Hlabisa, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7(9 Suppl 1):S86–91.
34. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2010;125 Suppl 4:34–42.
35. Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2007;7:211.
36. Mushtaq MU, Shahid U, Abdullah HM, Saeed A, Omer F, Shad MA, et al. Urban-rural inequities in knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Pakistan's Punjab province. *Int J Equity Health.* 2011;10(1):8.

37. Zolowere D, Manda K, Panulo B, Muula AS. Experiences of self-disclosure among tuberculosis patients in rural Southern Malawi. *Rural Remote Health*. 2008;8(4):1037.
38. Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, Saisorn S, Diwan V. Feasibility of home-based and health centre-based DOT: perspectives of TB care providers and clients in an HIV-endemic area of Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001;5(8):741-5.
39. Rundi C. Understanding tuberculosis: perspectives and experiences of the people of Sabah, East Malaysia. *J Health Popul Nutr*. 2010;28(2):114-23.
40. Gopalan SS, Durairaj V. Addressing women's non-maternal healthcare financing in developing countries: what can we learn from the experiences of rural Indian women? *PLoS ONE*. 2012;7(1) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3260165/>, visité le 18 octobre 2015).
41. Reilley B, Frank T, Prochnow T, Puertas G, Van Der Meer J. Provision of health care in rural Afghanistan: needs and challenges. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1686-8.
42. Yang W-T, Gounder CR, Akande T, De Neve J-W, McIntire KN, Chandrasekhar A, et al. Barriers and delays in tuberculosis diagnosis and treatment services: does gender matter? *Tuberc Res Treat*. 2014;2014:1-15.
43. Mathew AS, Takalkar AM. Living with tuberculosis: the myths and the stigma from the Indian perspective. *Clin Infect Dis*. 2007;45(9):1247.
44. Todrys KW, Howe E, Amon JJ. Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. *Public Health Action*. 2013;3(1):7-10.
45. On International Women's Day, The Union calls for urgent attention to TB as a women's health issue. New Delhi: The Union; 2015 (<http://www.theunion.org/news-centre/news/on-international-womens-day-the-union-calls-for-urgent-attention-to-tb-as-a-womens-health-issue>, visité le 18 octobre 2015).
46. The health of indigenous peoples. United Nations Inter-Agency Support Group (IASG) on Indigenous Issues; 2014 (<http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf>).
47. Tollefson D, Bloss E, Fanning A, Redd JT, Barker K, McCray E. Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(9):1139-50.
48. Saracoglu D, Roe T. Rural-urban migration and economic growth in developing countries. Society for Economic Dynamics Meeting Paper; 2004.
49. Hong Y, Li X, Stanton B, Lin D, Fang X, Rong M, et al. Too costly to be ill: health care access and health seeking behaviors among rural-to-urban migrants in China. *World Health Popul*. 2006;8(2):22-34.
50. Wei X, Chen J, Chen P, Newell JN, Li H, Sun C, et al. Barriers to TB care for rural-to-urban migrant TB patients in Shanghai: a qualitative study. *Trop Med Int Health*. 2009;14(7):754-60.
51. UN General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights/ resolution 2200A (XXI) du 16 décembre 1966. Refworld (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>, visité le 25 octobre 2015).
52. Federal law from 18 Juin 2011, N77, On preventing the spread of TB in Russian Federation (<http://www.rg.ru/2011/06/23/tuberkulez-dok.html>).
53. Kimani M. Women struggle to secure land rights. *AfricaRenewal*; 2008 (<http://www.un.org/africarenewal/magazine/april-2008/women-struggle-secure-land-rights>).
54. Kumar N. A.P. govt. gives boost to rural doctors. *The Hindu*. Le 17 novembre 2001 (<http://www.thehindu.com/2001/11/17/stories/0417201b.htm>, visité le 2 mars 2016).
55. Ditlopo P, Blaauw D, Bidwell P, Thomas S. Analyzing the implementation of the rural allowance in hospitals in North West Province, South Africa. *J Public Health Policy*. 2011;32(S1):S80-93.
56. Makapela NC, Ushotaneffe U. Rural allowance and the retention of health professionals in selected hospitals in the North West Province of South Africa. *J Hum Ecol*. 2013;44(2):129-38.
57. Yassin MA, Datiko DG, Tulloch O, Markos P, Aschalew M, Shargie EB, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in Southern Ethiopia. *PLoS ONE*. 2013;8(5):e63174.
58. Herce ME, Chapman JA, Castro A, García-Salyano G, Khoshnood K. A role for community health promoters in tuberculosis control in the state of Chiapas, Mexico. *J Community Health*. 2010;35(2):182-9.
59. Newell JN, Baral SC, Pande SB, Bam DS, Malla P. Family-member DOTS and community DOTS for tuberculosis control in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2006;367(9514):903-9.
60. Akkslip S, Rasmithat S, Maher D, Sawert H. Direct observation of tuberculosis treatment by supervised family members in Yasothorn Province, Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999;3(12):1061-5.
61. Mahmud N, Rodriguez J, Nesbit J. A text message-based intervention to bridge the healthcare communication gap in the rural developing world. *Technol Health Care*. 2010;18(2):137-44.
62. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P. Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: An intervention study in rural Nicaragua. *BMC Public Health*. 2008;8(1):154.

Remerciements

Le Partenariat Halte à la Tuberculose reconnaît avec gratitude la contribution de toutes les personnes ayant été impliquées dans ce document. Nous remercions chacun d'entre eux pour leurs commentaires enthousiastes ainsi que leur soutien et nous espérons mettre en œuvre ce guide ensemble.

Auteurs principaux FG Consulting Group

Partenariat Halte à la Tuberculose Colleen Daniels Jacob Creswell
Caoimhe Smyth James Ayre
Farihah Malik Lucica Ditiu

Collaborateurs - Les participants de l'atelier TB populations clés novembre 2015

Ailed Bencomo Alerm	Maggy Gama
Alberto Colorado	Manita Pandey
Arnold Mafukidze	Marciel Buen
Ashvini Vyasa	Marina Smelyanskaya
Austin Obiefuna	Melecio Mayta Ccota
Bishwa Rai	Mo Barry
Blessi Kumar	Moises Uamusse
Brianna Harrison	Nduru Gichamba
Chu Thái Sơn	Nonna Turusbekova
Cristina Brigaste	Patricia Odolo
Dean Lewis	Paul Moses Ndegwa Mutiga
Deepti Chavan	Pilar Ustero
Duncan Moeketse	Prabha Mahesh Shankar
Elchin Mukhtarli	Ramya Ananthakrishnan
Endalkachew Fekaduer	Rhonda Marama
Eva Limachi	Safar Naimov
Harry Hausler	Samuel Boy Kunene
Herve Isambert	Sophie Dilmitis
Imran Zafar	Stacie Stender
James Malar	Steph Topp
John Duncan	Steven John
Karabo Rafube	Thato Mosidi
Kate Thomson	Timur Abdullaev
Kevork Kara -Agopian	Valeriu Istrati
Kibibi Mbwavi	Vũ Manh Trí
Liesl PageShipp	Yana Morenets
Lisa Leenhouts-Martin	Yuki Takemoto
Loyce Maturu	

Layout and Design Miguel Bernal
Cover Nina Saouter

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