

# RAPPORT SUR LES POPULATIONS CLÉS



# MIGRANTS



# M

Malgré de nombreux traités et engagements internationaux pour protéger les droits de la santé des migrants, cette population reste confrontée à d'importants obstacles en termes d'accès aux soins contre la TB. La migration, qui est entraînée par un certain nombre de facteurs économiques, sociaux, politiques et environnementaux complexes, est un facteur déterminant de la mauvaise santé et les résultats de santé des migrants sont impactés par les diverses dimensions de ce processus. Les migrants arrivent souvent à destination avec un faible statut socio-économique, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux maladies telles que la TB. Lors de l'accès aux soins de santé, les migrants doivent composer avec les politiques et les pratiques discriminatoires, la faible disponibilité des services, les attitudes négatives de la part des travailleurs de la santé, les barrières linguistiques et la stigmatisation. La TB ne s'arrête pas aux frontières d'un pays, de fait, la politique visant à s'occuper de la TB au sein de cette population ne devrait pas être circonscrite à des problèmes politiques locaux. Il doit y avoir une plus grande coopération au niveau international pour améliorer la surveillance de la TB, l'orientation des malades et le traitement, à travers les systèmes de santé nationaux.

# 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

**90%**

**DES PERSONNES TOUCHÉES PAR LA TB** et leur fournir, selon leur besoin, des thérapies de première ligne, deuxième ligne et préventives.

Dans le cadre de cette approche, atteindre au moins

**(90)%**

**DES POPULATIONS CLÉS,** Les populations les plus vulnérables, mal desservies et à risque.

Atteindre un niveau d'au moins

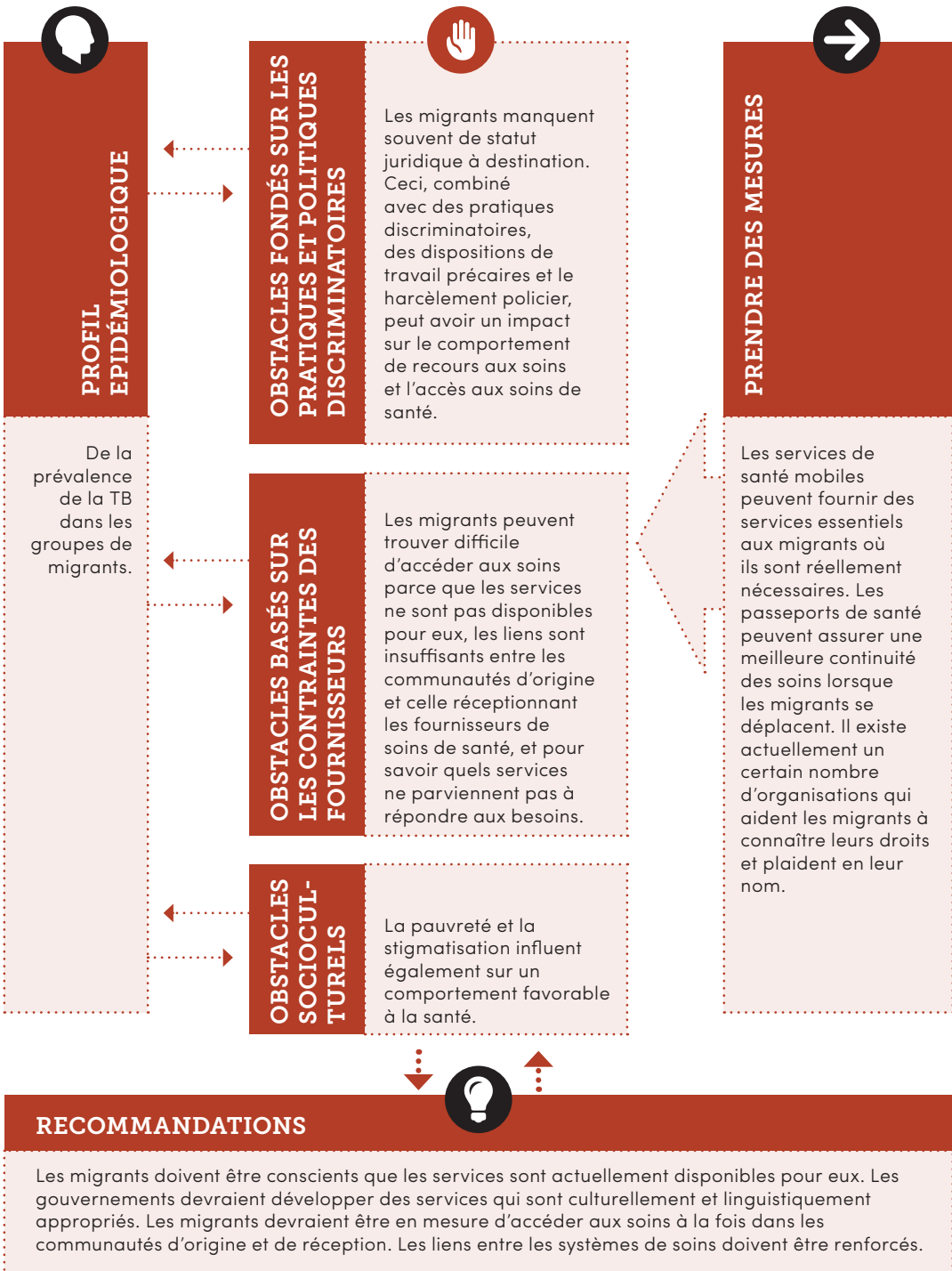
**90%**

**DE RÉUSSITE DE TRAITEMENT** pour toutes les personnes diagnostiquées grâce à des services de traitement abordables, une adhésion à des traitements complets et efficaces et une aide sociale.

- 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



La population du monde est devenue de plus en plus mobile, et on considère qu'il y a environ 1 milliard de migrants dans le monde à ce jour. Près des trois quarts des migrants sont des migrants internes, se déplaçant à l'intérieur des frontières nationales, la plupart du temps des zones rurales vers les zones urbaines (1, 2). Les migrants peuvent se déplacer volontairement à la recherche de meilleures opportunités économiques et sociales, ou ils peuvent être forcés de se déplacer en raison de facteurs tels que la guerre et la famine frappant leur lieu d'origine (3). Les inégalités sociales et économiques, les pratiques discriminatoires dans les politiques d'immigration et les marchés du travail servent à accroître la vulnérabilité à la TB des migrants pauvres et à alimenter l'épidémie parmi cette population clé (4, 5). L'acte de migration provoque souvent un stress excessif chez les migrants, et les défis auxquels ils sont confrontés pendant le transit et à destination (comme la perte de structures de soutien social, la discrimination et les barrières linguistiques) sont souvent exacerbés par la présence de la TB, la stigmatisation d'un diagnostic de la TB positive et les changements

probables dans le mode de vie, rendus nécessaires par le traitement et les soins contre la TB (6).

Les migrants forment une population hétérogène, englobant des personnes ayant différents statuts sociaux, légaux et économiques qui ont causé le déplacement ; tout cela fait qu'il est difficile de fournir une image fiable du fardeau que la TB pèse sur cette population (7, 8). Les données de surveillance varient également en termes de qualité et de fiabilité, les sans-papiers n'étant pas souvent inclus dans les rapports officiels sur la TB dans de nombreux pays (9). La plupart des recherches épidémiologiques sur la TB parmi les populations migrantes ont eu tendance à se concentrer sur la circulation des personnes depuis des pays à faible revenu vers d'autres à fort revenu, avec peu d'attention portée sur la migration entre les pays à faible revenu (10). Une étude menée à Sao Paulo, au Brésil, a montré que les cas de TB chez les migrants boliviens est passée de 10 % en 1998 à près de 55 % en 2008, ce qui démontre que la migration depuis des zones à forte incidence de TB peut encore avoir un impact majeur dans les milieux où l'incidence de la TB est déjà élevée (9).



La migration est une activité complexe qui prend de nombreuses formes. Certaines populations migrantes, comme les éleveurs nomades, sont plus mobiles que les migrants internes, qui se déplacent généralement des zones rurales vers les zones urbaines à la recherche d'opportunités d'emploi, et qui restent dans leurs communautés d'accueil pour de longues périodes de temps. Bon nombre des obstacles auxquels les groupes de migrants sont confrontés dans l'accès aux soins communs et représentent une expérience partagée par tous. Cependant, certains obstacles peuvent être ressentis plus vivement par un groupe par rapport à un autre. Ce guide utilise les recherches existantes pour présenter une image globale de l'impact qu'a la migration sur l'accès aux services de lutte contre la TB, et précise les défis auxquels sont confrontés des groupes spécifiques, dans les zones où de l'information sur ces difficultés et sur ces mêmes groupes est disponible.

# Obstacles basés sur les pratiques et politiques discriminatoires

## Statut juridique des migrants à destination

Le statut juridique des migrants à destination a un impact significatif sur leur comportement de recours aux soins. De nombreuses études menées chez les immigrants latino-américains sans papiers aux États-Unis ont montré que la crainte d'être découvert par les fonctionnaires du gouvernement a diminué la probabilité que les migrants cherchent des soins pour tout un éventail de maladies, y compris la TB (11–13). Dans de nombreux pays, l'accès aux soins est souvent lié au statut de résidence. Par exemple, la fourniture de soins de santé en Inde est souvent tributaire de la présentation d'une preuve de citoyenneté, normalement un certificat de naissance (14). Toutefois, pour les migrants saisonniers des états ruraux, où les taux d'enregist-

rement des naissances sont faibles, il se peut que le certificat de naissance n'ait pas été délivré, ce qui rend difficile pour eux d'avoir accès à une couverture médicale à destination (14). Bien que les soins contre la TB en Inde soient disponibles gratuitement grâce aux services de santé du gouvernement, le manque de documentation appropriée, associé à un éventuel manque de connaissances sur les services disponibles, peut servir comme un obstacle à la recherche de santé (14). Les politiques d'enregistrement telles que Hukou en Chine et Propiska en Russie, qui font le lien entre l'accès des populations aux services et leur preuve de résidence dans une région particulière, peuvent aussi avoir de sérieuses conséquences pour la recherche de santé et pour la santé tout court parmi les populations migrantes (15, 16).

### PROFIL DU PAYS : CHINE

En Chine, Hukou, le système d'enregistrement des ménages introduit dans les années 1950, fait le lien entre l'accès des populations aux services gouvernementaux et leur statut résidentiel. Alors que la population de la Chine est de plus en plus mobile, ce système signifie que des millions de ruraux migrant vers les villes du pays ne sont pas admissibles aux programmes publics d'assurance et d'assistance médicale à destination. Au lieu de cela, ils sont obligés de payer de leur poche pour les frais médicaux. Bien que les personnes atteintes de TB active reçoivent des soins gratuits grâce au gouvernement, les coûts directs et indirects de l'obtention d'un diagnostic de la TB incombe à l'individu. Ces coûts peuvent soit retarder les migrants dans leur recherche de santé, soit les forcer à retourner vers les zones rurales où ils peuvent accéder à des soins de santé publique (avec également des coûts élevés associés) et à des structures de soutien social. Il se peut que les migrants revenant de la ville vers les zones rurales rapportent aussi la TB. Bien qu'il y ait eu des initiatives pour réformer Hukou, les critiques avertissent que des millions de migrants vont passer entre les mailles du filet.

## Politiques discriminatoires

De nombreux gouvernements, en particulier ceux à faible fardeau de TB et revenu élevé, continuent d'appliquer des politiques telles que la détention, la déportation, et les restrictions en termes de déplacement ou de travail à l'encontre des migrants atteints de maladies pouvant être traitées, telles que la TB (17). Ces politiques servent à saper la confiance liant les fournisseurs de soins de santé et les personnes atteintes de TB qu'elles soient diagnostiquées ou non, et peuvent faire que les migrants vont retarder ou éviter la recherche de soins et de bonne santé (7). La crainte d'être expulsé, ressentie par les migrants atteints de TB non confirmées et leurs familles, peut conduire les personnes soignées soit à refuser de donner leur adresse soit d'en fournir une mauvaise, ce qui rend la recherche des contacts – élément clé de la lutte anti TB – très difficile à mettre en œuvre (18–20). L'expulsion peut également augmenter le risque d'interruption de traitement, qui à son tour augmente la probabilité de TB résistantes aux médicaments (7). Le tableau ci-dessous présente quelques-uns des risques supplémentaires associés à l'expulsion et à la TB.





## EXPULSION ET TB :

LES RISQUES (HELDAL, KUYVENHOVEN ET AL. 2008, OMS 2014)

- Il est difficile d'assurer la continuité des soins dans le pays où la personne atteinte de TB se fait expulser. Il est peu probable que les autorités sanitaires du pays d'accueil admettent avoir un programme de lutte contre la TB de qualité inférieure par rapport aux standards et l'individu atteint de TB puisse faire face à des obstacles même dans les pays avec des programmes très performants.
- Les médicaments anti TB qui peuvent être envoyés avec la personne atteinte de TB sont souvent pris sans surveillance, ce qui signifie qu'il n'y a aucune garantie que le traitement sera complété.
- Les lois de confidentialité peuvent empêcher que des informations médicales concernant la personne atteinte de TB soient partagées entre les différents systèmes de santé.
- Le voyage en avion peut être reporté en raison des réglementations internationales.
- Les migrants en attente d'expulsion peuvent être détenus dans des centres de détention surpeuplés, insalubres et mal aérés où des maladies comme la TB peuvent facilement se propager. Il se peut que le traitement contre la TB ne soit pas disponible dans ces contextes.
- Il se peut que les personnes déportées retournent illégalement dans le même pays ultérieurement. Un traitement incomplet pourrait signifier qu'ils rentrent dans leur pays d'origine avec la TB ou des formes encore plus résistantes de la TB.

### Accords sur le travail précaires

La migration interne dans les pays à faible revenu est très largement influencée par des facteurs économiques (10). Les migrants, qu'ils soient internationaux ou internes, trouvent souvent du travail dans le secteur informel urbain à destination (21). Ces emplois sont peu qualifiés, mal rémunérés, et généralement caractérisés par un manque de contrats écrits et d'accords exécutoires liés à des prestations telles que l'assurance maladie (14). L'offre de travail a souvent tendance à être inégale et précaire dans ce secteur (14). Parce qu'ils manquent de toute forme de recours juridique et peuvent n'avoir aucun statut juridique à destination, les migrants sont également vulnérables aux employeurs prédateurs (10, 22). Tous ces facteurs ont plusieurs conséquences importantes pour le comportement de recours aux soins et vis à vis de l'observance du traitement chez les populations migrantes pauvres.

Un faible revenu est significativement corrélé avec un retard en termes de recherche de santé (23). Les accords fragiles sur le travail auxquels de nombreux migrants sont soumis ont aussi des effets sur le recours aux soins et sur l'observance du traitement, avec une fréquente

perte d'emploi après un diagnostic positif de la TB (24). Même si la personne atteinte de TB est en mesure de continuer à travailler, le traitement interfère souvent avec les horaires de travail imprévisibles (24). La perte de revenus suite à un diagnostic positif de la TB est aggravée par des dépenses supplémentaires que l'individu peut avoir à consentir, comme les frais de transport vers et depuis les installations de traitement (24). Les travailleurs migrants du secteur informel qui sont en mesure d'accéder aux soins contre la TB sont particulièrement vulnérables à un abandon du traitement en raison des pressions pour retourner au travail une fois qu'une amélioration de leur santé se fait sentir (25).

### Harcèlement policier

La migration rurale-urbaine a contribué dans de nombreux pays à faible revenu, à la congestion urbaine et à la pénurie de logements (14). Cela peut souvent conduire à des conflits entre les populations locales et les groupes de migrants, avec les locaux considérant que les migrants pèsent sur les services public, les équipements locaux et sur la concurrence du marché du travail (14). Bien que la migration puisse apporter de nombreux avantages, tant au pays hôte qu'au pays d'origine des migrants, elle est souvent as-



similée à un problème pour les autorités locales et la police (14). Les migrants sont particulièrement vulnérables au harcèlement de la police en raison d'un statut socio-économique précaire et d'un manque de statut juridique une fois dans

la société d'accueil (14). L'accès aux services de base peut souvent dépendre de la police locale, les migrants devant souvent soudoyer des fonctionnaires corrompus, afin de recevoir des soins de santé et un logement (14).

## Obstacles basés sur les contraintes des fournisseurs

### Disponibilité des services de santé

L'accès aux soins de santé, y compris les services de diagnostic et de traitement de la TB, est généralement plus faible parmi les populations migrantes que dans les populations d'accueil (26). Les migrants à destination de pays à faible revenu se déplacent pour des raisons économiques et vivent souvent dans des bidonvilles et autres quartiers déshérités. La disponibilité des soins de santé publique est souvent faible dans ces milieux (27). Le manque de sensibilisation quant aux services de diagnostic et de traitement gratuits, l'idée reçue selon laquelle les soins sont de mauvaise qualité dans les centres gouvernementaux, le coût du trajet, la perte de rémunération, la langue et la stigmatisation constituent également des obstacles à l'utilisation des services fournis par le gouvernement (28, 29). Les migrants peuvent aussi avoir un sentiment d'aliénation vis à vis des systèmes de santé publique dans leurs communautés d'accueil, ce qui pourrait également constituer un obstacle à l'utilisation des services disponibles (30). Le secteur privé informel à but lucratif est le premier point de contact pour la plupart des habitants des bidonvilles qui présentent des symptômes de la TB (28, 29, 31). Le diagnostic, le traitement et les soins de la TB sont souvent

suboptimaux dans ce secteur, ce qui contribue à un risque accru d'infections résistantes aux médicaments, telles que la TB multi résistante (MDR-TB) (32).

La population nomade mobile est un groupe important souvent négligé dans les efforts de prévention contre la TB. Des facteurs tels que l'élevage, la consommation de lait non pasteurisé, la malnutrition, la mauvaise ventilation et le surpeuplement des logements, tout converge pour augmenter le risque de transmission de la TB chez les pasteurs nomades (33, 34). On pense que le comportement favorable à la bonne santé est particulièrement marginal parmi cette population, les personnes présentant des symptômes de la TB cherchant souvent des soins auprès des guérisseurs traditionnels avant de se présenter aux établissements de santé publique (34, 35). Une étude menée auprès des éleveurs nomades en Éthiopie a montré que les personnes atteintes de TB ont un retard pouvant aller jusqu'à deux ans s'agissant de la recherche de soins (35). La connaissance limitée de la TB et la distance par rapport au centre de santé le plus proche se sont révélés être les principaux obstacles à la recherche de santé et à l'accès aux soins pour cette population (35, 36).

### ATTEINDRE LES NOMADES D'ADAMAOUA, AU NIGERIA

Un programme a été lancé pour les éleveurs nomades au Nigeria, axé sur des activités de sensibilisation, telles que des spots radio et un dépistage actif des cas, afin d'obtenir une augmentation de 112 % du nombre de personnes se présentant aux tests anti TB et une augmentation de près de 50 % de nouveaux avis positifs via le crachat (34).





## Continuité des soins

La continuité des soins est particulièrement problématique pour les populations très mobiles, qui peuvent commencer le traitement à un endroit et doivent le continuer ailleurs. La migration saisonnière, par lequel un migrant s'éloigne pendant une courte période de temps – souvent pour le travail – avant de revenir à la maison, réduit l'observance du traitement, et contribue ainsi au développement de la TB-MR et à la propagation de la maladie dans les régions rurales qui fournissent la main-d'œuvre (22). En Inde, la migration est considérée comme responsable d'un quart des interruptions et de pertes de suivi du traitement de la TB (22). La situation est sans doute plus prononcée chez les mineurs migrants en Afrique australe. Les travailleurs des mines en Afrique du Sud ont les taux de TB les plus élevés au monde (37). Bien que les mineurs peuvent avoir accès à des soins contre la TB dans les grands mines, la continuité des soins, le soutien à l'observance et l'accès aux installations de diagnostic pourraient ne pas être disponibles une fois qu'ils rentrent chez eux, dans les milieux ruraux à faibles ressources (38). Souvent, les mineurs reçoivent aussi de multiples épisodes de traitement avec une thérapie inappropriée et des taux de défaillance élevés, ce qui peut entraîner une augmentation de la résistance aux médicaments (38). Les faibles liens et le partage d'informations insuffisant entre les services de santé des différents endroits peuvent également avoir un impact sur l'observance du traitement (7).

La continuité des soins peut être particulièrement problématique auprès des populations mobiles telles que les réfugiés et les personnes déplacées internes (PDI), qui sont déplacées de force à la



suite d'un désastre environnemental, du fait de l'insécurité politique et des conflits armés (39). La plupart des réfugiés et des personnes déplacées internes fuient et rejoignent des pays à haut fardeau de TB (40). Un certain nombre de facteurs de risque associés à la crise, tels que la malnutrition, la surpopulation dans les camps de réfugiés et autres colonies, l'interruption du traitement et l'accès aux soins de santé, peuvent influencer sur la propagation de la TB parmi ces populations (39, 40). Les interruptions de traitement de la TB vécues par les réfugiés et les personnes déplacées peuvent augmenter le risque de résistance aux médicaments et le développement de la TB-MR (40). Les contraintes de financement imposées par les organismes donateurs internationaux peuvent signifier que les communautés d'accueil sont incapables d'offrir un traitement anti TB aux réfugiés entrants qui franchissent les frontières nationales, sans impacter négativement leurs propres budgets futurs de lutte anti TB (39).

## Attitudes des travailleurs de la santé

Il est prouvé que les stéréotypes et les préjugés chez les travailleurs de la santé à l'égard des populations migrantes, influencent le comportement du patient et le processus de prise de décision médicale, en particulier en termes de diagnostic et d'options de traitement (20, 41). Les migrants qui ont accès aux services de santé perçoivent ces attitudes négatives, qui peuvent avoir une incidence sur leur niveau de satisfaction par rapport aux services reçus. Cela peut conduire à une mauvaise observance du traitement et à un retard dans la recherche de soins (41). Il est prouvé qu'avoir une relation positive avec les professionnels des soins de santé peut être un élément important de la réussite du traitement contre la TB (42).

## Obstacles linguistiques et culturels des cadres de soins de santé

La maîtrise de la langue locale peut également influencer sur la probabilité de recours aux soins, sur la qualité de soins reçus par les migrants, et sur l'observance et la réussite du traitement (43, 44). Les migrants qui ne maîtrisent pas la langue locale peuvent trouver compliqué d'ex-

pliquer complètement leurs problèmes de santé aux professionnels médicaux (44). À leur tour, les professionnels de la santé prennent parfois des notes médicales moins détaillées et ignorent les maladies sous-jacentes complexes à cause de ces barrières linguistiques (45, 46). Une étude au Canada a montré que les migrants qui ne parlaient pas anglais étaient souvent mal à l'aise en utilisant les transports en commun, ce qui les rend moins susceptibles de chercher des soins si ils doivent faire le trajet pour y accéder (44). Les migrants ayant une maîtrise limitée de la langue locale ont souvent rapporté des niveaux inférieurs de satisfaction à l'égard des soins qu'ils reçoivent ainsi qu'une compréhension plus limitée de leur état médical (43). L'adhésion au

traitement peut également être affectée par les barrières linguistiques, ainsi, les instructions sur la posologie, le calendrier et les effets secondaires peuvent être omis (43). Les services de santé situés dans des contextes de ressources moins limités peuvent souvent se permettre d'employer des traducteurs, mais même l'utilisation de ce service dans les soins contre la TB peut être problématique en raison de la sensibilité et de la stigmatisation qui entoure la maladie (19). Les croyances culturelles varient entre les différentes populations migrantes et peuvent influencer le comportement de recherche de soins chez les gens et sur leur manière d'interagir avec les services de santé (47).

## Obstacles socioculturels au traitement

### Pauvreté

L'«hypothèse du migrant en bonne santé», affirme que les migrants arrivent souvent dans une meilleure santé que la population de l'endroit de destination (48). Quand elle n'est pas forcée, la migration est généralement auto-sélective, car les migrants doivent être suffisamment en bonne santé pour faire face aux différentes contraintes et exigences physiques de trajet (48). Les migrants sont parfois aussi contrôlés pour diverses maladies infectieuses comme condition de l'octroi d'un statut juridique à destination (48). Cependant, on pense que la santé des migrants se détériore à l'arrivée, en particulier dans les milieux urbains pauvres (49, 50) Bien que les déterminants sociaux et économiques de la TB ne soient pas exclusifs aux environnements urbains, la pauvreté et la surpopulation qui caractérisent la croissance urbaine rapide dans de nombreuses régions du monde, ont un impact sur l'incidence de la TB (51). La santé des migrants est particulièrement préoccupante dans les villes parce que les conditions dans lesquelles de nombreux migrants vivent, voyagent et travaillent, les exposent à des maladies telles que la TB (1). Comme déjà expliqué, une caractéristique clé de la pauvreté urbaine est un revenu faible et instable, ce qui peut avoir un impact sur la recherche et l'observance de soins et de traitement, en particulier si les dépenses de soins

directs et indirects doivent être payées par les migrants (52–54). Un diagnostic positif de la TB a souvent des conséquences de grande envergure, tels que la perte de revenu et l'expulsion, ce qui peut conduire à une plus grande marginalisation socio-économique (55, 56).

### Stigmate

Les migrants, en particulier ceux qui se déplacent depuis des pays à faible revenu vers des pays à revenu élevé, sont souvent décrits comme un foyer d'infection pour les populations locales et comme pesant sur les systèmes de soins de santé locaux (57). Ceci est une représentation politiquement opportune, mais quelque peu trompeuse. La TB affecte de manière disproportionnée les groupes vulnérables, tels que les immigrants provenant de pays où l'incidence de la TB est élevée, et les taux d'incidence ont tendance à être significativement plus élevée chez ces populations nées à l'étranger que dans les populations locales d'origine (6, 51, 58, 59). Dans les milieux à faible fardeau, la transmission au-delà des communautés d'immigrants vers les populations locales d'origine est rare (6, 57). La stigmatisation, la xénophobie et le racisme ressentis par de nombreux migrants servent à augmenter leur marginalisation et font diminuer la probabilité de les voir utiliser des services de santé disponibles (18).

# Prendre des mesures



L'Assemblée Mondiale pour la Santé de 2013 a défini quatre domaines prioritaires autour desquels elle a exhorté les pays membres à se mobiliser (8, 17) : un meilleur suivi de la santé des migrants par la collecte de meilleures données de surveillance ; l'élaboration de politiques et de cadres juridiques qui incluent les secteurs non sanitaires ; le développement de systèmes de santé à destination des migrants ; et la mise en place de réseaux et de partenariats transfrontaliers. Le respect de ces objectifs est essentiel pour améliorer la santé des populations migrantes partout dans le monde, cependant il existe des initiatives au niveau local plus utiles à envisager :

## Services de santé mobiles

Pour les populations mobiles qui manquent souvent d'accès aux services de santé, les cliniques mobiles peuvent offrir un moyen efficace de fournir des soins contre la TB. Des cliniques mobiles peuvent être utilisées pour accéder populations difficiles à atteindre, comme les réfugiés, les éleveurs nomades et les habitants des bidonvilles (60). Les stations mobiles de diagnostic TB peuvent également réduire la durée entre le dépistage et le diagnostic, ce qui signifie que les populations vulnérables peuvent commencer le traitement contre la TB plus tôt. Les cliniques de vaccination mobiles et les services offrant des soins prénataux et postnataux offrent également d'excellentes occasions de faire participer les femmes et les enfants, qui sont souvent des populations vulnérables au sein de populations déjà vulnérables (61).

## Passeports santé

Les populations très mobiles, telles que les nomades et les travailleurs saisonniers, sortent souvent des radars si elles ne peuvent pas ac-

céder à des soins dans leur région d'origine ou de destination. Des liens faibles et le manque de partage des informations entre les différents établissements de santé, souvent dans le même pays, peuvent avoir un impact sur l'adhésion et l'observance du traitement. La technologie mHealth peut être utilisée pour mieux partager l'information (62). Toutefois, ces technologies sont parfois indisponibles dans les installations à faibles ressources où l'approvisionnement en électricité est instable et où les sources alternatives d'électricité peuvent s'avérer très coûteuses (62). Certains établissements où des gens atteints de TB suivent des soins, par exemple les éleveurs nomades, sont hors de portée d'Internet ou non couvert par les réseaux cellulaires (62). Les passeports de santé physique permettent au migrant de porter avec lui des informations sur son traitement et permettent aux cliniciens de poursuivre le traitement approprié. Les passeports santé peuvent également être émis conjointement avec des séances de conseil et d'orientation pour les personnes atteintes de TB quant à l'endroit où se rendre pour bénéficier d'un traitement dans leurs communautés d'accueil et vis-à-vis des possibles changements de leurs régimes de traitement. Les passeports santé ont été mis en œuvre avec succès pour les migrants vivant avec le VIH / sida et ayant accès à une thérapie antirétrovirale (ART) et ils pourraient être adaptés aux personnes atteintes de TB (63).

## Services sociaux et régimes de protection sociale pour les migrants

Les migrants arrivent souvent à destination avec une protection sociale de base insuffisante. Aajeevika, une organisation non gou-





vernementale (ONG) d'Inde, opère dans les centres sans rendez-vous dans les deux communautés d'origine et de destination, en fournissant un soutien de base aux migrants. Par exemple, les migrants bénéficient d'une aide pour s'assurer qu'ils aient la documentation correcte nécessaire pour accéder aux services de soins de santé à destination.

### Syndicalisation des travailleurs migrants

PRAYAS, une ONG intervenant dans le monde du travail en Inde, a collaboré avec différents groupes de travailleurs migrants (dans la construction, les fabricants de briques) pour les aider à se syndiquer et réclamer une augmentation de salaire à leurs employeurs. La syndicalisation peut aussi aider les travailleurs migrants à plaider pour un accès élargi aux services de santé, aux jours de congé pour poursuivre le traitement, et à d'autres avantages. Le Réseau des Droits des travailleurs migrants (MWRN) est un groupe de défense des droits du travail auprès des travailleurs migrants du Myanmar en Thaïlande. Le groupe est impliqué dans la promotion de l'accès à la justice, la sensibilisation sur les droits des migrants, il fournit un soutien à ces derniers dans les conflits au travail et plaide pour un changement de politique au niveau national.

### Les transferts monétaires conditionnels et les incitations financières pour encourager un comportement favorable à la santé

La TB est une maladie liée à la pauvreté, et un diagnostic positif peut encore en exacerber les effets. Les transferts monétaires conditionnels peuvent atténuer le choc économique d'un diagnostic positif de la TB, peuvent améliorer la santé, un comportement favorable à cette dernière et l'observance du traitement (64–67). Une étude menée en Chine a également montré que l'utilisation d'incitations financières a eu un impact positif sur l'adhésion au traitement de la TB parmi les ruraux migrants vers les villes (67).

### Eduquer et le plaidoyer contre les politiques punitives

Les organisations de la société civile, de la protection et des droits des migrants peuvent également plaider en faveur d'un accès adéquat aux soins de santé pour les populations migrantes, mener des campagnes d'éducation à la TB parmi les migrants, et une autre visant à abroger les pratiques néfastes telles que la détention avant l'expulsion; le tout sans accès au traitement. Les communautés d'accueil ont besoin d'être éduquées sur les avantages que les migrants peuvent apporter à l'économie locale.

# 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	Les migrants vivant avec la TB	Gouvernements Nationaux / Régionaux	Communauté Donatrice
Contribuer à la promotion des services offerts aux migrants ; tenir les gouvernements et les divers organismes gouvernementaux nécessaires pour mettre en œuvre ce système (immigration, travail) pour responsables afin d'assurer que les données partagées restent confidentielles et ne soient pas utilisées pour discriminer les groupes de migrants ;	Documenter les cas de discrimination et poursuivre en justice avec l'aide de groupes de défense civile ;	Créer un système de référence unifié pour les migrants qui permet d'améliorer la recherche des contacts et la continuité des soins ;	Faciliter le dialogue entre les gouvernements nationaux et régionaux ; mettre en œuvre des normes et des lignes directrices pour un système unifié ;
Aider à l'élaboration de services appropriés en consultation avec les groupes de migrants ; contribuer à la sensibilisation vis à vis des services offerts aux migrants ;	Argumenter sur la nécessité de l'existence de tels services et aider à identifier les failles des systèmes actuels pour les migrants atteints de TB ;	Assurer la prestation des services de santé qui sont linguistiquement et culturellement appropriés ;	Mettre la pression sur les gouvernements nationaux pour assurer que les services fournis soient linguistiquement et culturellement appropriés ;
Aider les gouvernements nationaux à identifier les groupes de migrants, et travailler avec des organisations dans d'autres pays pour améliorer la collaboration transfrontalière s'agissant des migrants ;	Effectuer la cartographie des services, et aider à recueillir et à partager les informations sur les services qui sont disponibles ;	Améliorer les données de surveillance de la TB parmi les populations migrantes ; veiller à ce que ces données soient partagées avec d'autres gouvernements nationaux ;	Faciliter la coordination entre les gouvernements nationaux ; fournir des fonds pour veiller à ce que les données soient recueillies à tous les niveaux des systèmes de santé nationaux ;



Société Civile	Les migrants vivant avec la TB	Gouvernements Nationaux / Régionaux	Communauté Donatrice
<p>Mettre la pression sur les gouvernements pour éliminer les politiques discriminatoires à travers le plaidoyer ciblé, la documentation des cas de discrimination contre les migrants, les impacts négatifs des politiques sur la santé des migrants et les résultats généraux de la santé publique;</p>	<p>Documenter les cas de discrimination et poursuivre en justice avec l'aide de groupes de défense civile ;</p>	<p>Retirer les pratiques discriminatoires et autres obstacles qui empêchent la recherche d'une bonne santé parmi les populations migrantes, telles que les exigences de ne recevoir qu'un seul traitement dans la région ou le pays d'origine; réviser les politiques qui favorisent l'expulsion et la détention lors de la découverte du statut illégal et / ou de la TB ;</p>	<p>Mettre la pression sur les gouvernements pour éliminer les politiques discriminatoires ; financer la documentation et plaider de manière ciblée pour la santé des migrants ;</p>
<p>Contribuer à la sensibilisation vis à vis des services offerts aux migrants ; faire pression sur les organisations internationales donatrices afin qu'elles revoient les modèles de financement ;</p>	<p>Exercer une pression sur les organisations pour changer les modèles de financement existants ;</p>	<p>Fournir des soins contre la TB à tous, indépendamment du statut juridique ;</p>	<p>Prévoir des mécanismes de financement plus souples afin de permettre les PNT pour traiter les migrants et les réfugiés sans nuire aux budgets nationaux de la TB ;</p>
<p>Faire pression sur les gouvernements pour recueillir de meilleures données sur les différents groupes de migrants.</p>	<p>Travailler avec les gouvernements pour aider à identifier les différents groupes de migrants et les populations mobiles.</p>	<p>Améliorer les données sur les différents groupes de migrants et les populations mobiles ; améliorer la surveillance de la TB au sein de ces groupes.</p>	<p>Faire pression sur les gouvernements pour recueillir de meilleures données sur différents groupes de migrants ; financer les efforts de collecte de données.</p>

# Références

1. Schultz C. Migration, health and urbanization: interrelated challenges. Geneva: International Organization for Migration; 2014 ([https://www.iom.int/sites/default/files/our\\_work/ICP/MPR/WMR-2015-Background-Paper-CSchultz.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/MPR/WMR-2015-Background-Paper-CSchultz.pdf), visité le 28 octobre 2015).
2. Tuberculosis prevention and care for migrants. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM\\_TBmigration.pdf](http://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf), visité le 28 octobre 2015).
3. Chowdhury IA, Haque N, Kamal MM, Islam T, Khan MM, Islam MN, et al. Internal migration and socio-economic status of migrants: a study in Sylhet City, Bangladesh. *American Journal of Human Ecology*. 2012;1(4):123–33.
4. Long Q, Li Y, Wang Y, Yue Y, Tang C, Tang S, et al. Barriers to accessing TB diagnosis for rural-to-urban migrants with chronic cough in Chongqing, China: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):202.
5. Migration and tuberculosis: a pressing issue. Geneva: International Organization for Migration; 2013 (<http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/What-We-Do/docs/Migration-Tuberculosis-A-Pressing-Issue.pdf2013b>, visité le 29 octobre 2015).
6. Abarca Tomás B, Pell C, Bueno Cavanillas A, Guillén Solvas J, Pool R, Roura M. Tuberculosis in migrant populations: a systematic review of the qualitative literature. *PLoS One*. 2013;8(12):e82440.
7. Heldal E, Kuyvenhoven J, Wares F, Migliori G, Ditiu L, Fernandez De La Hoz K, et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low-or intermediate-incidence countries [Workshop report]. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(8):878–8.
8. Dhavan P, Mosca D. Tuberculosis and migration: a post-2015 call for action. *Migration Policy Practice*. 2014;4(1):17–23.
9. Martinez VN, Komatsu NK, De Figueredo SM, Waldman EA. Equity in health: tuberculosis in the Bolivian immigrant community of São Paulo, Brazil. *Trop Med Int Health*. 2012;17(11):1417–24.
10. Schaaf HS, Zumla A. Tuberculosis: a comprehensive clinical reference. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2009.
11. Asch S, Leake B, Gelberg L. Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? *West J Med*. 1994;161(4):373–6.
12. Berk ML, Schur CL. The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *J Immigr Health*. 2001;3(3):151–6.
13. Nandi A, Galea S, Lopez G, Nandi V, Strongarone S, Ompad DC. Access to and use of health services among undocumented Mexican immigrants in a US urban area. *Am J Public Health*. 2008;98(11):2011.
14. Abbas R, Varma D. Internal labor migration in India raises integration challenges for migrants. Washington, DC: Migration Policy Institute (MPI); 2014.
15. Hu X, Cook S, Salazar MA. Internal migration and health in China. *Lancet*. 2008;372(9651):1717–9.
16. Bovt G. The Propiska sends russia back to the U.S.S.R. *The Moscow Times*. 17 January 2013.
17. Mosca D, Rikks B, Schultz C. Health in the post-2015 development agenda: the importance of migrants' health for sustainable and equitable development. In: Laczko FL, Lars Jo-han, editors. *Migration and the United Nations Post-2015 Development Agenda*. Geneva: International Organization for Migration; 2013.
18. Coreil J, Lauzardo M, Heurtelou M. Cultural feasibility assessment of tuberculosis prevention among persons of Haitian origin in South Florida. *J Immigr Health*. 2004;6(2):63–9.
19. Kulane A, Ahlberg BM, Berggren I. "It is more than the issue of taking tablets": the interplay between migration policies and TB control in Sweden. *Health Policy*. 2010;97(1):26–31.
20. Huffman SA, Veen J, Hennink MM, McFarland DA. Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. *Soc Sci Med*. 2012;74(6):864–72.
21. Mishra P, Agrawal P. Urban poverty as a spillover of rural poverty: an empirical study with special reference to migration and job opportunities. *Int J Multidiscipl Res*. 2012;2(3):105–32.
22. Borhade A. Migrants' (denied) access to health care in India. *Human Development in India*; 2012.
23. 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.
24. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2008;8:11.
25. Yaccino S. Fighting tuberculosis in India's slums. Chicago: The University of Chicago; 2014 (<http://harris.uchicago.edu/news-and-events/features/alumni-profile/fighting-tuberculosis-in-dias-slums>, visité le 29 octobre 2015).

26. Zammarchi L, Bartalesi F, Bartoloni A. Tuberculosis in tropical areas and immigrants. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014;6(1):e2014043.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Borhade A. Health of internal labour migrants in India: some reflections on the current situation and way forward. *Asia Europe Journal*. 2011;8(4):457–60.
31. 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.
32. TB in India 2014. TB-Facts.org; 2014 (<http://www.tbfacts.org/tb-india/>, visité le 30 octobre 2015, visité le 28 octobre 2015).
33. TB REACH spotlight: Nomadic tribe in Nigeria makes significant gains in TB case detection. Geneva: Stop TB; 2014 ([http://www.stoptb.org/news/stories/2014/ns14\\_056.asp](http://www.stoptb.org/news/stories/2014/ns14_056.asp), visité le 30 octobre 2015).
34. John S, Gidado M, Dahiru T, Fanning A, Codlin A, Creswell J. Tuberculosis among nomads in Adamawa, Nigeria: outcomes from two years of active case finding. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015;19(4):463–8.
35. Gele AA, Bjune G, Abebe F. Pastoralism and delay in diagnosis of TB in Ethiopia. *BMC Public Health*. 2009;9(1):5.
36. Legesse M, Ameni G, Mamo G, Medhin G, Shawel D, Bjune G, et al. Knowledge and perception of pulmonary tuberculosis in pastoral communities in the middle and Lower Awash Valley of Afar region, Ethiopia. *BMC Public Health*. 2010;10(1):187.
37. Tuberculosis in South Africa's gold mines: a united call to action. London: Results; 2013.
38. Stuckler D, Basu S, McKee M, Lurie M. Mining and risk of tuberculosis in Sub-Saharan Africa. *Am J Public Health*. 2011;101(3):524.
39. Cain KP, Marano N, Kamene M, Sitienei J, Mukherjee S, Galev A, et al. The movement of multidrug-resistant tuberculosis across borders in East Africa needs a regional and global solution. *PLoS Med*. 2015;12(2):e1001791–e.
40. Kimbrough W, Saliba V, Dahab M, Haskew C, Checchi F. The burden of tuberculosis in crisis-affected populations: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(12):950–65.
41. Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins MO. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Hum Resour Health*. 2012;10(14).
42. McEwen MM. Mexican immigrants' explanatory model of latent tuberculosis infection. *J Transcult Nurs*. 2005;16(4):347–55.
43. Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs*. 2007;26(5):1258–68.
44. Asanin J, Wilson K. "I spent nine years looking for a doctor": exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Soc Sci Med*. 2008;66(6):1271–83.
45. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Francoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. 2003;57(3):503–12.
46. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):390.
47. van der Oest C, Chenhall R, Hood D, Kelly P. Talking about TB: multicultural diversity and tuberculosis services in Waikato, New Zealand. *NZ Med J*. 2005;118:1216.
48. Lu Y. Test of the 'healthy migrant hypothesis': a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Soc Sci Med*. 2008;67(8):1331–9.
49. Experiences of Gomda in Sweden: exclusion from health care for immigrants living without legal status. Stockholm: Médecins Sans Frontières; 2005.
50. Hesketh T, Jun YX, Lu L, Mei WH. Health status and access to health care of migrant workers in China. *Public Health Reports*. 2008;123(2):189.
51. Van Hest N, Aldridge R, De Vries G, Sandgren A, Hauer B, Hayward A, et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. *Euro Surveill*. 2014;19(9):pii=20728.



52. 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.
53. Zuñiga JA. Medication adherence in Hispanics to latent tuberculosis treatment: a literature review. *J Immigr Minor Health.* 2012;14(1):23–9.
54. Tacoli C, McGranahan G, Satterthwaite D. Urbanisation, rural-urban migration and urban poverty. International Institute for Environment and Development; 2014 (<http://pubs.iied.org/10725IIED.html>, visité le 29 octobre 2015).
55. Ho M-J. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of im-migrant tuberculosis. *Soc Sci Med.* 2004;59(4):753–62.
56. Kirwan DE, Nicholson BD, Baral SC, Newell JN. The social reality of migrant men with tuberculosis in Kathmandu: implications for DOT in practice. *Trop Med Int Health.* 2009;14(12):1442–7.
57. Littleton J, Park J, Thornley C, Anderson A, Lawrence J. Migrants and tuberculosis: analysing epidemiological data with ethnography. *Aust N Z J Public Health.* 2008;32(2):142–9.
58. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, De Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J.* 2015;45(4):928–52.
59. Odone A, Tillmann T, Sandgren A, Williams G, Rechel B, Ingleby D, et al. Tuberculosis among migrant populations in the European Union and the European Economic Area. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):506–12.
60. Mobile clinics to extend the reach of tuberculosis care. Geneva: The Global Fund; 2013.
61. Outside the hospital walls: mobile clinics in Kabul, Afghanistan. Geneva: Médecins Sans Frontières; 2013.
62. mHealth to improve TB care. Geneva: Stop TB; 2012.
63. Providing antiretroviral therapy for mobile populations: lessons learned from a cross border ARV program in Musina, South Africa. Cape Town. Geneva: Médecins Sans Frontières; 2012.
64. Attanasio O, Gómez LC, Heredia P, Vera-Hernández M. The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. Report summary: Familias. 2005;3.
65. Fenwick TB. Avoiding governors: the success of Bolsa Familia. *Latin American Research Review.* 2009;44(1):102–31.
66. 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.
67. Wei X, Zou G, Yin J, Walley J, Yang H, Kliner M, et al. Providing financial incentives to rural-to-urban tuberculosis migrants in Shanghai: an intervention study. *Infect Dis Poverty.* 2012;1:9.

# 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

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

<b>Collaborateurs - Les participants de l'atelier TB populations clés novembre 2015</b>	Ailed Bencomo Alerm	Maggy Gama
	Alberto Colorado	Manita Pandey
	Arnold Mafukidze	Marciel Buen
	Ashvini Vyas	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	

<b>Layout and Design</b>	Miguel Bernal
<b>Cover</b>	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](http://www.stoptb.org)