

**Valérie Farquet  
Chiaki Nakajo  
Diana Olo  
Aurélien Lathuilière**

**Faculté de Médecine  
Université de Genève**

**Eté 2005**

**Rapport de stage d'Immersion en Communauté**

## **La tuberculose en Roumanie**

***La lutte contre une épidémie et sa prise en charge dans un système sanitaire en crise***

## **Table des matières**

<b><u>LE SYSTEME SANITAIRE ROUMAIN.....</u></b>	<b><u>9</u></b>
---	-----------------

## INTRODUCTION

Notre stage d'immersion en communauté s'est déroulé principalement à Bucarest. Afin de remplir les objectifs de notre stage, nous nous sommes intéressés, dans un premier temps, au système de santé roumain. Dans un deuxième temps, nous nous sommes focalisés sur le problème de la tuberculose en Roumanie en tentant de le traiter de la manière la plus complète possible.

Nos activités ont été de nature variée : pour pouvoir analyser le problème de la tuberculose, nous avons rencontré des personnes appartenant à chaque échelon du programme de lutte contre la tuberculose ainsi que de nombreux patients. Tout d'abord, nous avons pu nous entretenir avec plusieurs membres du comité du programme national de lutte contre la tuberculose qui s'occupent de l'élaboration du programme et de son application. Nous avons ensuite suivi une équipe médicale dans l'Institut Marius Nasta, ce qui nous a permis de nous faire une idée non seulement du fonctionnement d'un hôpital à Bucarest mais aussi de la prise en charge intensive d'un patient tuberculeux. A cette occasion, nous avons eu accès au pavillon consacré exclusivement aux malades porteurs d'une souche multirésistante



de la bactérie. Là aussi, nous avons mené notre petite enquête, masques à l'appui...

Puis, nous nous sommes rendus dans le dispensaire du secteur IV de Bucarest, où nous avons pu interroger certains patients qui étaient dans la phase ambulatoire du traitement ainsi que des médecins spécifiquement impliqués dans la prise en charge des patients tuberculeux. Pour cerner le problème de façon exhaustive, nous avons rencontré :

- l'équipe médicale responsable de la prise en charge des malades, dont des pneumologues et des pédiatres
- l'infirmier responsable de surveiller la prise régulière du traitement
- des infirmiers spécialisés qui effectuaient des enquêtes épidémiologiques
- une bénévole de la Croix-Rouge chargée de distribuer des coupons « récompenses » aux patients venus prendre leur traitement

Dans le cadre de la surveillance de la prise du traitement, nous avons également eu l'occasion de nous rendre au domicile de certains patients. Grâce à cette expérience, nous avons pu nous rendre compte de différentes conditions de vie des patients en particulier en dehors de la ville de Bucarest.

Nous avons aussi visité plusieurs laboratoires, dont un laboratoire de référence, ainsi qu'une salle de radiologie.

Dans le but de compléter notre vue du système de santé roumain, nous avons également suivi des médecins de famille dans leurs pratiques quotidiennes. De plus, nous avons eu le privilège de rencontrer M. le Professeur Dan Enachescu, ancien ministre de la santé qui a permis de clarifier notre vision du fonctionnement du

système de santé.

## LA ROUMANIE

### Présentation générale

La Roumanie, pays de l'Europe de l'Est, entourée par la Hongrie, la Yougoslavie, la Bulgarie, la Moldavie et l'Ukraine, est peuplée d'environ 22 millions d'habitants dont le dixième vit dans la capitale, Bucarest. Pays de contrastes, elle est reliée à

l'Occident par le Danube et à l'Orient par la Mer Noire. La langue officielle est le roumain, même si certains habitants parlent hongrois ou allemand dans quelques régions de la Transylvanie.

C'est le seul pays de l'Est européen dont la langue est d'origine latine et non slave, bien que de nombreux mots d'origine slave soient entrés dans la langue roumaine.



### Historique

Bien que des découvertes archéologiques démontrent que le début de l'histoire roumaine remonte à environ 600'000 ans, l'origine du peuple roumain est le peuple Dace. Au 1<sup>er</sup> siècle après J.-C., l'état dace était le plus important du Sud-Est de l'Europe et il s'opposa à l'expansion de l'Empire romain. Après deux guerres, Trajan a cependant transformé l'Etat Dace en une province romaine en 106. Le peuple dace fut petit à petit romanisé et adopta les valeurs de la civilisation romaine. Les Romains restèrent environ 170 ans sur le territoire dace (jusqu'en 275), ce qui permit de créer un mélange ethnique et linguistique de ce que sera plus tard le peuple roumain. Confronté à une grave crise interne, l'Empire Romain fut obligé de retirer son armée et son administration de la Dacie, tandis que les populations dace et romaine

restèrent. Plusieurs invasions suivirent : les Slaves au VII<sup>ème</sup> siècle, les Hongrois au IX<sup>ème</sup> siècle et les Tatars au XIII<sup>ème</sup> siècle. Même si de nombreux petits états roumains naquirent, c'est au XIV<sup>ème</sup> siècle seulement que les plus grands états virent le jour, à savoir la Moldavie et la Valachie, qui voulaient combattre l'Empire Ottoman. A cette époque, la Moldavie était dominée par la Pologne et la Valachie par la Hongrie. Chacun des deux Etats a compté de grands chefs : Mircea l'Ancien et Vlad Tepes, surnommé l'Empaleur (qui inspira le personnage de Dracula) en Valachie, Stefan cel Mare (Etienne le Grand) et Petru Rares en Moldavie. La Valachie dut reconnaître la suzeraineté ottomane (tout en conservant son autonomie interne) tandis que la Moldavie, grâce à Etienne le Grand (qui fut sanctifié pour ses exploits), réussit à repousser les Turcs. En 1600, et pour la première fois, les trois principautés roumaines (Transylvanie, Valachie et Moldavie) furent unifiées. En effet, Michel le Brave, prince de Valachie, conquiert la Transylvanie et la Moldavie. Cette union demeura cependant sans lendemain puisque Michel le Brave fut assassiné. Il faut attendre 1859 pour que les « pays » roumains soient définitivement unifiés, sous la conduite d'Alexandru Ioan Cuza. Deux ans plus tard, l'autonomie de la Roumanie est déclarée. En 1881, c'est la monarchie constitutionnelle qui est proclamée. La famille régnante était les Hohenzollern-Sigmaringen, princes allemands. Quand la première guerre mondiale éclata, la Roumanie déclara sa neutralité avant d'entrer en guerre en 1916 aux côtés de l'Entente. La victoire lui permit de reconquérir les territoires perdus bien auparavant (Bessarabie, Bucovine). La Grande Roumanie était née. L'entre deux guerres fut marqué par des luttes continues entre la démocratie et un régime autoritaire. Puis la deuxième guerre mondiale éclata. Sous la conduite du général Ion Antonescu, la Roumanie s'allia à l'Allemagne hitlérienne et nazie dont elle fut l'un des alliés les plus précieux. En 1944, Antonescu fut renversé et la Roumanie retourna ses armes contre ses anciens alliés. Elle combattit aux côtés des Alliés et contre l'Allemagne jusqu'à la fin de la guerre.

Le régime totalitaire communiste s'installa en 1944 déjà, bien que le roi Mihail Ier régnait encore. Ce dernier fut contraint d'abdiquer en 1947 et la « République populaire » fut déclarée. La Roumanie devint un satellite de Moscou malgré le fait que la résistance au régime communiste y fut la plus forte d'Europe. La Roumanie communiste fut conduite par deux chefs : Gheorghin Dej (1949-1964), surnommé le petit Staline, et Nicolae Ceausescu (1965-1989), le monarque sans couronne. Ceausescu a instauré une dictature personnelle, a supprimé les droits et libertés des citoyens, a installé un culte de la personnalité du chef d'Etat



*Maison du Peuple, Bucarest*

selon le modèle asiatique. Obsédé par le pouvoir, il fit construire à Bucarest le deuxième plus grand bâtiment du monde, « la Maison du Peuple ». Il a aussi fait détruire nombre de villages et d'églises et a tenté d'industrialiser de nombreuses villes.



En décembre 1989, la Révolution éclata à Timisoara avant de gagner Bucarest. Ceausescu et son épouse s'enfuirent mais furent retrouvés. Après un procès rapide, les époux Ceausescu furent accusés de génocide et condamnés à mort. Ils furent exécutés le 25 décembre 1989 à Targoviste.

Ion Iliescu, ancien membre du parti communiste, devint en 1990 le premier président élu démocratiquement. En 2004, la Roumanie a rejoint l'OTAN et espère maintenant entrer dans l'Union européenne en 2007 ou 2008.

## Religion

La religion majoritaire est la religion orthodoxe (85%) mais il y a aussi des catholiques romains (4%), des protestants (3%) et des gréco-catholiques (1%). Les Roumains orthodoxes sont souvent très croyants et pratiquants et il n'est pas rare de les voir se signer (de droite à gauche) lorsqu'ils passent à côté d'une église même dans la rue ou dans les transports publics. Après la chute de Ceausescu et du communisme, l'église et la religion ont repris une place importante dans la vie des Roumains. Le nombre d'églises en construction à travers le pays en témoigne.

## Population



Brasov, ville allemande

Parmi les 22 millions d'habitants, près de la moitié réside à la campagne où il est presque plus facile de vivre malgré des infrastructures plus précaires. En effet, chaque famille a quelques poules, vaches, oies, etc. ainsi qu'un petit jardin potager.

90% de la population se dit roumaine. Les 10% restants appartiennent à des minorités ethniques, dont les principales sont :

- **les Hongrois (7%)** ; ils vivent le long de la frontière avec la Hongrie ainsi qu'en Transylvanie. Dans les régions à forte présence hongroise, les panneaux et informations générales sont écrits en premier en hongrois et ensuite en roumain. Certains villages sont peuplés uniquement de Hongrois qui, souvent, ne parlent pas le roumain puisque l'école est donnée en hongrois.

- **les Allemands (0,2%)** ; ils sont aussi présents en Transylvanie dans les régions de Brasov et Sibiu.

- **les Roms (2,1%)** ; il y a environ 2,5 millions de Tsiganes en Roumanie. Ils sont souvent très mal perçus par le reste de la population. Ils vivent dans de petits villages ou dans certains quartiers des grandes agglomérations. On peut en croiser dans les villes, où ils mendient. Malgré tous les préjugés, nous n'avons rencontré aucun problème avec ces gens.

## Géographie

On peut séparer le pays en 3 parties : un tiers de montagnes (la chaîne des Carpates), un tiers de collines (Moldavie et Valachie) et un tiers de plaines (Banat, Valachie, Dobrogea). La Roumanie est aussi un pays où le tourisme balnéaire est en vogue grâce à son littoral sur la mer Noire (nous l'avons expérimenté un week-end...). Le Delta du Danube, qui se jette dans la mer Noire après avoir marqué la frontière entre la Roumanie et la Bulgarie, est aussi très prisé des touristes.

## Economie

Après le communisme et la nationalisation de l'économie, le pays se dirige maintenant vers la privatisation. Après la chute de Ceausescu en 1989, la Roumanie a essayé d'attirer des investisseurs étrangers. Ce sont l'Allemagne, les Pays-Bas, la Corée du Sud et la France qui ont le plus investi en Roumanie ces dernières années. Le prochain objectif est l'entrée dans l'Union Européenne, prévue normalement pour 2007, mais certainement repoussée en 2008, afin de pouvoir augmenter les échanges économiques avec l'Union Européenne. Ces échanges sont déjà bien présents car ils représentent 60% de tous les échanges effectués par la Roumanie.

Le salaire moyen est de 130 euros par mois. Certaines professions avec qualification importante, comme les médecins ou les professeurs, sont cependant très mal rémunérées. Il y a aussi un très gros écart entre les salaires les plus bas et les plus élevés, sans que les salaires moyens existent.

La Roumanie reste un pays agricole et rural. Environ 40% des emplois sont fournis par l'agriculture. Quant à l'industrie, elle fournit 25% des emplois. Pendant le régime communiste, l'industrialisation a été très importante. Aujourd'hui, beaucoup de ces industries sont fermées car elles n'étaient plus rentables. Dans certaines villes, on peut voir encore des industries abandonnées.

L'artisanat, qui varie selon les régions, est encore bien présent en Roumanie. On peut trouver, par exemple, des œufs peints de Bucovine, des couvertures de laine du Maramures, de la céramique, des nappes, napperons et blouses brodés, des icônes sur verre, des objets en bois, etc.

La Roumanie possède aussi quelques ressources naturelles : du pétrole dans la région de Ploiesti (mais elles s'épuisent), du gaz naturel, de l'argent, du charbon, du sel et du bois de construction.

Le secteur où le développement reste le plus important est le tourisme. Bien qu'il prenne petit à petit de l'importance dans nos pays, la Roumanie reste un pays largement méconnu dans nos contrées et c'est bien dommage puisqu'il y a de belles régions à découvrir. Le Nord (Maramures et Bucovine) ainsi que la côte de la mer Noire sont les plus renommés et les plus visités. Que se soit le ski, la mer, les sources thermales ou les balades en montagne, tout est possible en Roumanie.

## Politique

La Roumanie est une démocratie parlementaire qui comprend un président de la République, un Premier Ministre ainsi qu'un Parlement composé de la Chambre des Députés et du Sénat. Chaque minorité ethnique (17 sont officiellement recensées) a droit automatiquement à un siège de député. Les 343 députés et 143 sénateurs

représentent les 42 « judeti » (équivalent des départements en France) de la Roumanie. La Chambre des Députés, et prochainement le Sénat, siègent dans le Palais du Parlement, l'immense palais construit par Ceausescu. Le président actuel est Traian Basescu.

## BUCAREST, VILLE DE CONTRASTES

Bucarest, capitale de la Roumanie, est habitée par plus de deux millions de personnes. Située en Valachie, dans le sud du pays, c'est la plus grande ville roumaine. Son centre s'étend sur les rives de la Dâmbovita et autour du Palais du Parlement.

Pour découvrir notre ville d'accueil, nous n'avons pas hésité à parcourir quelques kilomètres à pieds et en métro. La présence de beaux bâtiments, églises ou palais, éparpillés parmi d'immenses blocs de béton ou de maisons à l'abandon, nous a frappé. Comme dans la plupart des villes roumaines, on ne retrouve pas un vieux centre historique bien conservé car beaucoup d'anciens bâtiments ont été détruits par le tremblement de terre de 1977 et surtout par le régime de



Ceausescu. Sur les ruines, ce dernier a fait construire des immeubles qui ressemblent à des blocs de béton, appelés en roumain, à juste titre, « blocuri ». C'est en se promenant et en flânant dans la ville qu'on peut le mieux découvrir les charmes cachés de la capitale roumaine. On se laisse surprendre par une petite église au coin d'une rue ou par un palais ancien.

C'est une ville de contrastes car on peut y trouver de vieilles maisons délabrées à côté de superbes bâtiments anciens ; on passe du brouhaha des grandes artères au calme et à la tranquillité dans un des nombreux parcs de la ville ; les quartiers les plus huppés côtoient la misère urbaine. Les mendiants, souvent des enfants ou des vieillards, sont très nombreux.

La ville est dominée par l'immense Palais du Parlement, anciennement Maison du Peuple, construit par et pour Ceausescu. Pour les visites, le monument est prisé des



touristes mais fui des Roumains car il reste le symbole de toutes les souffrances passées.

Bucarest n'a cependant pas échappé à l'occidentalisation : les fast-foods fleurissent, les publicités s'affichent en grand sur les immeubles, les centres commerciaux sont immenses et les magasins étrangers, tel Carrefour, sont bien présents. Ce qui nous a frappé, ce sont les prix exorbitants des habits de marque. Ces articles sont aussi chers que chez nous alors que les salaires roumains sont loin d'être comparables aux salaires suisses.

## **LE SYSTEME SANITAIRE ROUMAIN**

Un des objectifs de notre stage d'immersion en communauté était d'étudier le système de santé de notre pays de destination. Nous avons tenté de l'analyser de la manière la plus globale possible en cherchant à découvrir les points positifs et négatifs ainsi que les progrès qu'il reste à faire. Pour y parvenir, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons soumis à un certain nombre d'intervenants du système sanitaire : des médecins de différents niveaux hiérarchiques, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, des étudiants en médecine, du personnel infirmier, des représentants d'ONG comme La Croix Rouge. Nous avons non seulement beaucoup discuté avec des patients mais aussi avec des personnes en parfaite santé. Nous avons eu la chance de rencontrer le Professeur Dan Enachescu qui fut ministre de la santé après la chute du régime communiste et qui nous a reçu avec d'autres experts à l'Institut de Recherche et Développement du Système de Santé à Bucarest.

Nous avons par ailleurs pu nous rendre compte très concrètement du fonctionnement du système sanitaire puisque nous nous sommes penchés sur le problème de la tuberculose en Roumanie.

Pendant quarante ans de communisme, entre 1949 et 1989, le système sanitaire fut extrêmement centralisé. Son financement était entièrement assuré par le budget global de l'Etat. Relevant du service public, la totalité des prestations en matière de santé était très rigoureusement organisée.

En 1998, la Roumanie a adopté un système d'assurance sociale obligatoire. Depuis cette année, les rôles des principales institutions sanitaires ont changé. Le Ministère de la Santé et de la Famille est responsable de la politique de santé, de l'élaboration fonctionnelle et organisationnelle des bases dudit système et du développement de programmes sanitaires nationaux. Pour ce faire, le ministère est en partie décentralisé et représenté dans chacune des 42 régions du pays.

Certains statuts ont été modifiés au même moment. Ainsi, le médecin généraliste est devenu le « médecin de famille ». Sous le communisme, le médecin généraliste était un fonctionnaire chargé de dispatcher les patients vers ses collègues spécialistes ou vers les établissements hospitaliers. Il ne pratiquait généralement plus la médecine

de premier recours que les pouvoirs politiques ont souhaité promouvoir en créant le statut de médecin de famille. Nous reviendrons sur ce point en nous basant sur notre expérience personnelle dans des cabinets de médecins de famille chez lesquels nous avons passé plusieurs jours durant notre stage.

Le financement du système actuel est basé principalement sur des contributions payées par les employés à hauteur de 6,5% de leur salaire et par les employeurs à hauteur de 7%. Par ailleurs, le fond total d'assurance comprend également des contributions de l'Etat pour les chômeurs, les retraités et d'autres citoyens, comme les vétérans et les persécutés politiques.

Ce système couvre la totalité de la population. Les enfants et les retraités ont donc accès gratuitement aux soins.

La Caisse Nationale d'Assurance Sociale alloue son argent aux Fonds Régionaux en prenant en compte, entre autres, la population de la région et les besoins sanitaires des habitants.

Depuis 1998, les patients ont la possibilité de choisir librement leur médecin de famille ou le dispensaire de premier recours pour recevoir des soins primaires. Les médecins de famille sont indépendants mais sous contrat avec la Caisse Nationale d'Assurance Sociale (CNAS). Ces derniers tiennent des registres indiquant le nombre de patients traités ainsi que les nombreux gestes et les démarches réalisés. A la fin de chaque mois, le médecin présente ses registres à la CNAS qui le rémunère en fonction du travail accompli.

Le système fonctionne de la même façon pour les spécialistes qui travaillent en ambulatoire. La seule différence est que les patients doivent être adressés à un spécialiste par un médecin de famille. Autrement, les soins ne sont pas pris en charge.

Les médicaments sont remboursés par la CNAS selon un système complexe. La CNAS publie chaque trimestre des listes de médicaments. Il existe quatre régimes différents. Certains traitements sont remboursés à 100% : par exemple, les traitements des maladies chroniques tels le diabète ou l'hypertension. Certains sont remboursés à 90%, d'autres à 50% tandis que les derniers ne sont pas remboursés. Parallèlement à ces listes, les médecins, et surtout les médecins de famille, n'ont pas le droit de prescrire plus de deux médicaments remboursés totalement et de dépasser une certaine somme d'argent (7 millions de Lei = 200 euros) prescrite en médicaments au risque de devoir payer une amende conséquente à la CNAS.

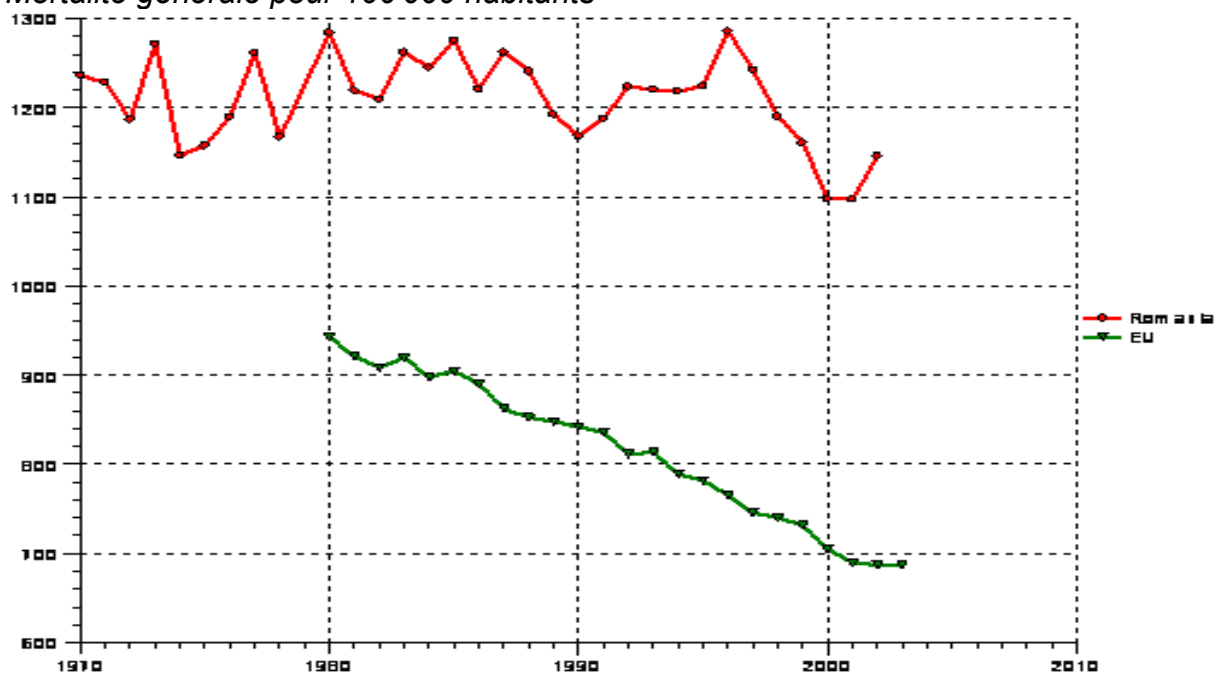
Les malades bénéficient d'un certain nombre de prestations gratuites, notamment la plupart des soins et traitements délivrés en milieu hospitalier. La majorité des hôpitaux sont publics et sous l'administration de l'Etat. Ils sont gérés par un conseil de médecins dirigé par un directeur général nommé par le Ministère de la Santé. L'entretien des hôpitaux, les salaires du personnel hospitalier ainsi que tous les traitements sont pris en charge par la CNAS.

La Roumanie possède un médecin praticien pour 580 personnes. Contrairement à la plupart des autres pays, ce nombre n'a pas évolué pendant les quinze dernières années et demeure en dessous des pays européens. Par ailleurs, le nombre d'infirmières est également inférieur. Néanmoins, un problème plus important est la très mauvaise répartition géographique des fournisseurs de soins.

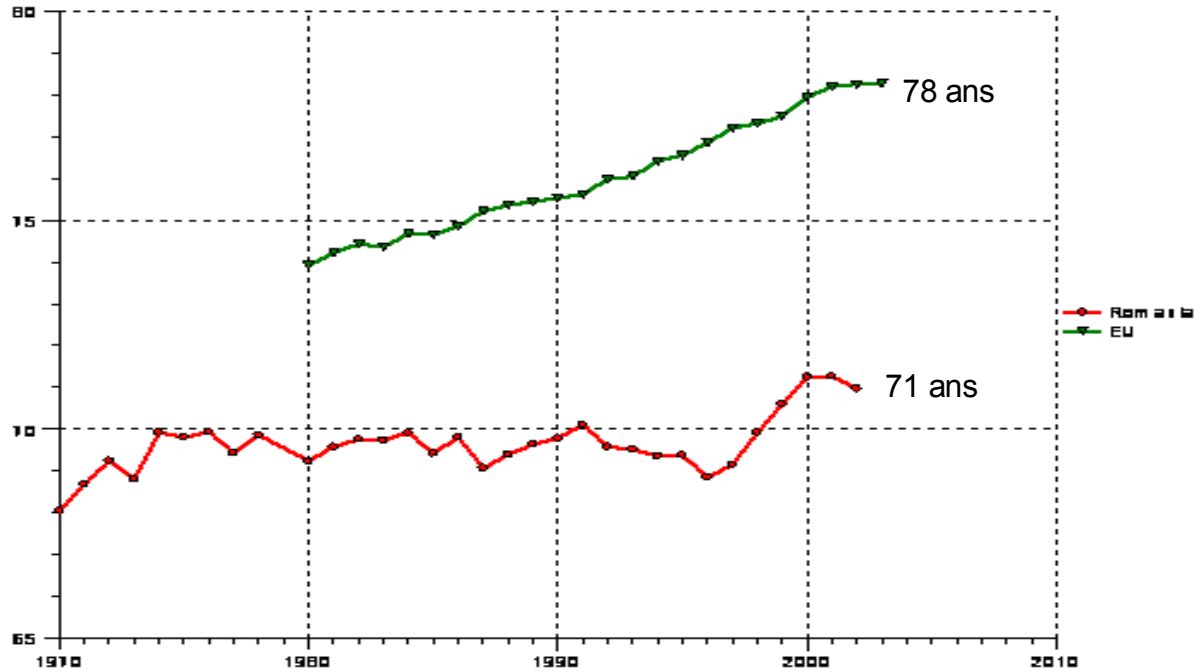
## La situation sanitaire actuelle, quelques données démographiques et épidémiologiques

Les graphiques suivants montrent en rouge les courbes pour la Roumanie et en vert celles des pays de l'Union Européenne.

*Mortalité générale pour 100'000 habitants*

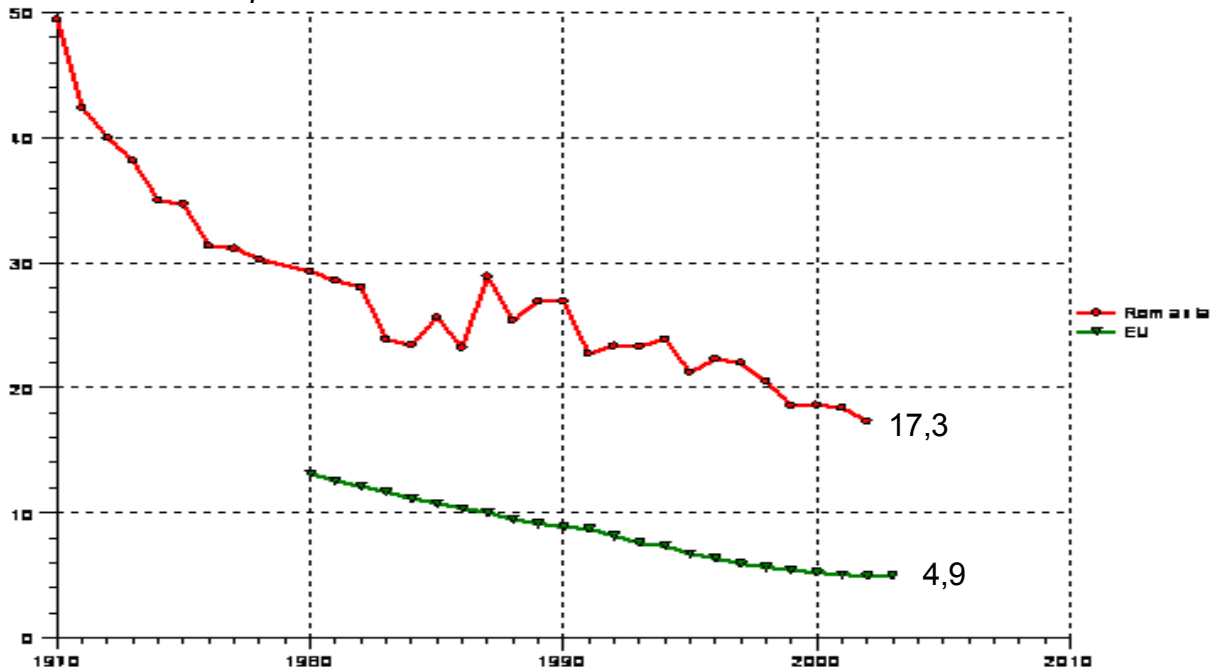


### Espérance de vie à la naissance

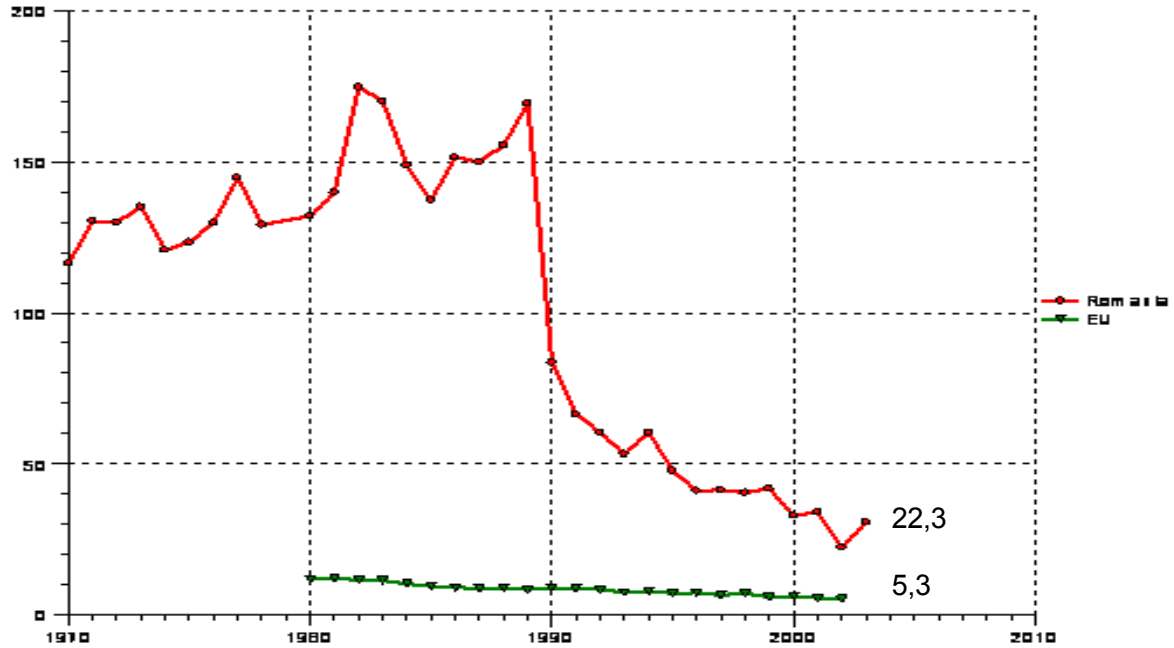


Contrairement aux pays industrialisés, l'espérance de vie a globalement stagné en Roumanie durant ces trente dernières années. Les causes principales, mentionnées par les experts, sont la pauvreté et la précarité des conditions de vie de la population en relation avec la situation politico-économique extrêmement difficile.

### Mortalité infantile pour 1'000 naissances

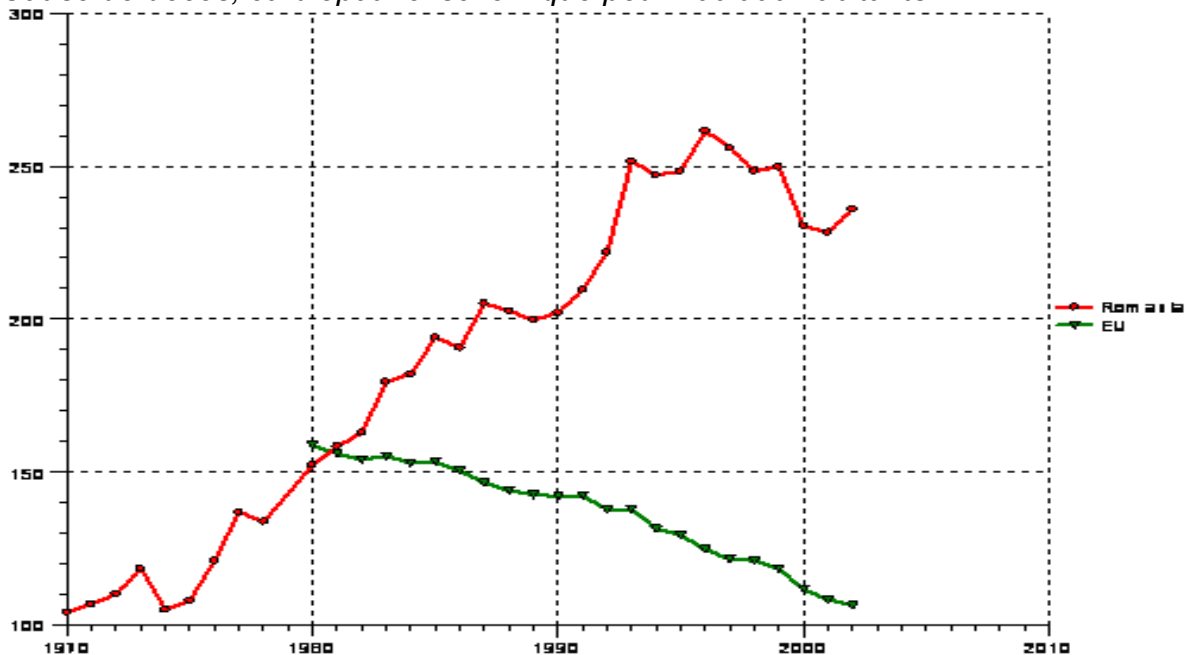


### Mortalité maternelle pour 100'000 naissances



La mortalité maternelle a très fortement diminué en 1990 grâce à la légalisation de l'avortement. La Roumanie possède actuellement le taux d'IVG le plus élevé d'Europe.

### Cause de décès, cardiopathie ischémique pour 100'000 habitants



La Roumanie se trouve dans une situation alarmante mais intéressante. Selon nous, de nombreux indices démographiques et épidémiologiques montrent des caractéristiques d'un pays en voie de développement. Nous pouvons citer, par exemple, le taux de mortalité élevé, la mortalité infantile ou maternelle plus élevée que dans les pays industrialisés. Toutefois, ce pays présente déjà les problèmes rencontrés dans les pays industrialisés. En effet, l'augmentation des maladies



cardiovasculaires est la cause la plus fréquente de décès, devant le cancer.

La tuberculose fait partie des problèmes sanitaires principaux en Roumanie. Nous développerons ce sujet plus loin.

L'incidence du VIH était relativement faible avant 1990 mais a très fortement augmenté par la suite à cause des transfusions de sang contaminé chez des enfants nés entre 1990 et 1997. 6'720 personnes malades du SIDA ont été recensées en 2000.

L'augmentation de la consommation de tabac est une catastrophe dans ce pays. Une étude de 1997 a montré que près de 50% des personnes âgées de plus de 18 ans sont des fumeurs réguliers. Sur place, nous avons eu des discussions avec de nombreux gros fumeurs ainsi qu'avec des médecins pneumologues. Il semble que le prix dérisoire du paquet de cigarettes (environ 80 centimes suisses) soit une des raisons de cette consommation croissante. Les taxes sur le tabac sont très faibles. Selon plusieurs sources non officielles, les entreprises productrices exercent une forte pression sur l'Etat pour maintenir des prix bas.

## **La crise actuelle**

De nombreuses personnes interrogées pensent que la Roumanie a vécu ces dernières années la crise la plus importante de son système de santé pour plusieurs raisons que nous tenterons d'éclaircir.

Pour comprendre la crise actuelle existante, nous pensons qu'il est important de revenir sur l'évolution du système depuis 1989 ainsi que sur les réformes entreprises.

1989 :                   Système centralisé sous l'autorité du Ministère de la Santé et financé par des taxations générales allouées directement aux fournisseurs de soins, selon des critères historiques, afin de couvrir les salaires du personnel et les frais généraux.  
Selon une loi sur la santé publique de 1978, il n'y a aucune restriction dans l'offre des soins disponibles théoriquement pour l'ensemble de la population.  
Les paiements informels sont largement répandus, notamment des dessous de table pour obtenir rapidement des médicaments.

1992 :                   Aucun investissement n'est fait dans les infrastructures, les bâtiments et les équipements. La qualité des soins se dégrade donc lentement. Le système centralisé est inscrit dans une société en profond changement. D'une économie socialiste planifiée, le pays se dirige vers une société démocratique basée sur une économie de marché. Une profonde crise prend place.

1993-1994 :           Modifications du financement du système par des sources qui proviennent de :  
- budget de l'Etat (impôts)  
- budgets locaux (impôts)  
- fond d'assurance (2% du salaire de l'employé, 2% versé par

l'employeur

- taxations spéciales sur l'alcool, etc...
- paiement direct des fournisseurs de soins

Dans 8 des 42 régions, un projet pilote prend place. Il vise à introduire un système d'assurance basé sur un modèle d'engagement des médecins avec un mélange de paiement en fonction du travail effectué et d'un salaire fixe.

L'investissement dans les infrastructures n'existe toujours pas.

Il y a une crise au niveau ambulatoire et hospitalier ; les salaires du personnel sont figés ; des disparités majeures entre les régions bénéficiant du projet pilote ou non existent.

1995-1997 : Le système d'assurance se prépare à être introduit, les sources de financement qui proviennent de l'Etat diminuent.  
L'investissement dans les infrastructures n'existe toujours pas.  
Les salaires sont toujours figés en ambulatoire et en hospitalier.

1998-2000 : La Caisse Nationale d'Assurance Sociale (CNAS), organisme autonome, est créée. Elle dirige des sous-unités dans chaque région. Le financement provient majoritairement des contributions des employés et employeurs (7-7%).

Allocation des fonds :

- 15% pour les soins primaires. Les médecins de premier recours privés sont sous contrat de 5 ans et sont rémunérés en fonction du nombre de patients suivis et des actes pratiqués.
- 19% pour les soins ambulatoires (dispensaires). Les infrastructures et équipement appartiennent à l'Etat, les salaires sont fixes pour le personnel médical.
- 60% pour les soins hospitaliers. Les tarifs par jour diffèrent selon les services et les hôpitaux. Les infrastructures et équipement appartiennent à l'Etat, les salaires sont fixes pour le personnel médical.
- 6% pour les soins dentaires.

Pour la première année, la CNAS s'attendait à un surplus d'argent, ce qui s'est produit. Cependant, le Ministère des Finances, qui avait le pouvoir légal final sur cet argent, ne l'a jamais transféré à la CNAS et l'a utilisé pour rembourser le déficit de la Caisse Nationale des Retraites.

Par conséquent, une profonde crise organisationnelle s'est installée. Elle concernait notamment les rôles de chaque intervenant du système et la gestion du financement. Ceci a abouti à la totale insatisfaction de la population qui a globalement diminué ses dépenses de santé officielles au profit de paiements de type dessous de table.

2001-2004 : Peu de changements sont opérés hormis l'établissement de listes plus larges de médicaments remboursés et de catalogues différents de prestations offertes.

Selon les dires des médecins et notre propre expérience, la situation en 2005 est désastreuse. Il semble que, en plus du manque d'argent, ce soit la mauvaise gestion qui soit en cause. En effet, le budget de la santé a doublé entre 1996 et 2004. De plus, selon les chiffres officiels, seul 1,8 milliard sur les 2,4 milliards d'euros de cotisations collectées par le Ministère des Finances en 2004 est allé à la santé.

Les conséquences sont multiples. Par exemple, les hôpitaux sont financés au compte-gouttes et ont accumulé plus de 110 millions d'euros de dettes auprès de leurs fournisseurs de médicaments et de matériel.

En 2005, les fonds alloués aux hôpitaux ont été réduits de près de 12% par rapport à 2004. Les dettes continuent donc de s'accumuler. La qualité des soins en pâtit : dans certains centres hospitaliers, surtout en campagne, les médecins et infirmières n'ont pas été payés depuis plusieurs mois. Ailleurs, certains patients doivent acheter eux-mêmes certains produits tels l'anesthésiant ou le sérum physiologique s'ils veulent être opérés. Il n'est pas rare aussi que deux patients partagent le même lit.

La crise touche aussi très largement le secteur des médicaments. L'Etat possède des dettes de près de 200 millions d'euros auprès des producteurs et distributeurs de médicaments. Après les premiers six mois de cette année, de nombreuses pharmacies ont déjà épuisé les fonds alloués pour 2005 pour le remboursement des médicaments. Certaines d'entre elles refusent donc de délivrer certains médicaments remboursés ce qui provoque la colère des malades. Ainsi, dans certaines régions, certains assurés ont été privés de leur traitement pendant plusieurs jours. Pour éviter de telles situations, le Ministère de la Santé revient en arrière et diminue de plus en plus le nombre de médicaments remboursés. Là encore, c'est la santé de la population qui est la première victime car beaucoup de personnes ne peuvent pas payer leur traitement.

A Bucarest, nous avons rencontré M. le Professeur Dan Enachescu qui fut ministre de la santé en 1990 et qui dirige actuellement l'Institut de Recherche et Développement du Système de Santé. Cet institut regroupe plusieurs experts dont des économistes, des sociologues et des médecins. Nous avons eu une discussion très enrichissante avec M. le Professeur Enachescu durant laquelle nous avons pu échanger nos points de vue sur le système roumain. Avant cet entretien, nous n'avions que très peu de connaissances théoriques. Par contre, nous avons déjà passés plusieurs semaines au cœur même du système dans des dispensaires, des hôpitaux, des cabinets ou auprès des malades. Nous avons donc une expérience vécue et des impressions que nous avons pu partager et sur lesquelles nous avons débattu. De ces quelques heures passées à l'Institut sont ressortis plusieurs éléments que nous exprimerons ici.

### *Aspects budgétaires et financiers*

L'élément le plus frappant est le « sous-financement » du secteur de la santé. La Roumanie dépense chaque année environ 2,8% de son PIB pour son système sanitaire alors que les pays de la Communauté Economique Européenne dépensent en moyenne 5,8% de leur PIB.

Pour tenter d'améliorer la situation, les pouvoirs roumains ont fait appel à des

experts internationaux. En 1993, ces derniers ont émis plusieurs recommandations. L'une d'elles visait le secteur hospitalier. En effet, en Roumanie, le nombre de malades hospitalisés est plus important que dans les autres pays européens. De plus, le temps d'hospitalisation est plus long. Ceci provoque donc des coûts importants qui pourraient être réduits. Malheureusement, la situation n'a pas changé. Nous pensons qu'il sera extrêmement difficile d'améliorer ce problème de financement du système. Le pays se trouve actuellement dans une situation politico-économique complexe qui ne permet pas de redresser la situation sanitaire rapidement.

Lors de nos différentes expériences sur le terrain, nous avons été très fortement sensibilisés à ces problèmes liés à l'argent. La plupart des patients nous ont expliqué devoir faire d'énormes sacrifices pour pouvoir s'offrir des médicaments non remboursés mais indispensables. La majorité des médecins ont déploré leurs conditions salariales (environ 150 euros par mois pour un jeune spécialiste). Ceci explique le fait que, selon des estimations, un jeune médecin sur quatre part s'installer dans un pays occidental où il gagne beaucoup plus. Le manque de moyens et de matériel ne permet pas d'assurer des conditions de vie décentes aux patients hospitalisés (chambres surpeuplées, précautions d'hygiène et d'asepsie insatisfaisantes...).

Par ailleurs, nous avons vu à Bucarest plusieurs cliniques privées flambant neuves. L'une d'elle, l'Euroclinic, financée par des capitaux allemands, a ouvert en juin 2005. Avec ses 25 salles d'opération et la place disponible pour accueillir 760 patients, elle offre des équipements à la pointe de la technologie mais affiche des tarifs exorbitants pour le pays : 15 euros la consultation la moins chère, 100 euros la nuit d'hospitalisation. Ces cliniques semblent être de plus en plus fréquentes et sont réservées uniquement à une élite. La majorité de la population actuelle ne pourra sans doute jamais accéder à ces soins. Ce système favorise de façon incontournable une médecine à deux vitesses.

### *Accès aux soins*

Outre les problèmes financiers de la population pour accéder aux soins, un des problèmes les plus importants est l'énorme déséquilibre dans la répartition des fournisseurs de soins entre le milieu rural et urbain. En effet, certaines régions rurales sont très défavorisées. Premièrement, on y trouve moins de médecins de premiers recours. Deuxièmement, les hôpitaux y sont rares et très mal entretenus car très peu financés. Nous avons visité des dispensaires en campagne. Ces derniers étaient parfois dans un état de délabrement très avancé. Là encore, nous mettons en cause le manque de moyens financiers.

### *Équité du système*

Durant tout notre stage d'immersion en communauté, nous avons pu constater que le système sanitaire roumain est globalement équitable. Nous n'avons jamais observé de discrimination dans l'offre des soins. De plus, aucun des patients interrogés, bien qu'issus de classes sociales ou d'horizons différents, ne s'est plaint d'injustices. Par ailleurs, ils sont généralement satisfaits de leurs médecins ainsi que de leur prise en charge.

La situation actuelle est donc extrêmement complexe. De nombreux éléments doivent être améliorés et des réformes profondes devraient être effectuées. Toutefois, la situation en matière de santé s'améliorera très difficilement tant que le pays n'aura pas une économie saine ou que des capitaux et des aides étrangères ne seront pas plus importants.

## LA TUBERCULOSE

### ***Mycobacterium tuberculosis***

La tuberculose est provoquée par la mycobactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Cette mycobactérie n'est ni Gram-positif, ni Gram-négatif. Elle est acido-alcool résistante et elle peut être mise en évidence par la coloration de Ziehl-Neelsen.

Contrairement à la majorité des autres bactéries, l'infection par *Mycobacterium tuberculosis* ne provoque pas immédiatement la maladie. On dit que c'est une tuberculose latente. Le patient est donc porteur sain du bacille. La mycobactérie peut rester plusieurs années sous forme latente car elle a la capacité de se cacher du système immunitaire de l'hôte. Lorsque l'immunité du sujet diminue, lors de cancers, du VIH, de grossesse etc, le bacille peut devenir actif et le patient devient alors malade. C'est ce qu'on appelle la tuberculose active primaire, qui se déclare dans les deux ans après l'infection et qui touche environ 10% des personnes infectées. Lorsque la tuberculose se déclare plusieurs années après l'infection, elle est appelée tuberculose post-primaire. Elle survient chez 10% des malades latents. Malgré les traitements, certaines personnes peuvent développer plusieurs fois la tuberculose.

Les symptômes principaux, qui peuvent durer plusieurs mois, sont une asthénie générale, une perte de poids avec anorexie, de la fièvre, une dyspnée et une toux persistante. C'est lorsque le patient commence à tousser que la mycobactérie peut être transmise par aérosols aux personnes en contact avec le malade. Cependant, ce contact doit être prolongé.

Les moyens de diagnostic sont tout d'abord le test Mantoux qui fournit une information seulement sur l'infection et non sur la maladie active (si le sujet a été vacciné, ce test n'a pas grande valeur). Les autres moyens diagnostics sont la radiographie thoracique, l'analyse des crachats et enfin la culture des mycobactéries provenant des crachats.

La localisation principale de la mycobactérie se situe au niveau des poumons même si elle peut atteindre tous les organes (tuberculose extra-pulmonaire) ou se disséminer dans l'organisme (tuberculose miliaire).

Le traitement est long, en général six mois, car *Mycobacterium tuberculosis* a un développement lent. Le traitement est toujours composé de plusieurs médicaments antituberculeux afin d'éviter l'apparition de souches résistantes. Les principaux antituberculeux sont la rifampicine, l'isoniazide, l'éthambutol et la pyrazinamide. Dans les pays à faible incidence, une prophylaxie peut être instaurée aux personnes dont le Mantoux a subi un virage suite à une exposition au bacille. Une telle pratique



n'est pas appliquée dans les pays à forte incidence où la population est en grande majorité porteuse saine, comme en Roumanie.

## Situation dans le monde

La tuberculose représente un problème important de santé publique au niveau mondial. En effet, le tiers de la population mondiale environ est porteur du bacille. C'est en Asie du Sud-Est que les cas sont les plus nombreux (33% de l'incidence mondiale) mais l'incidence par habitant est deux fois plus élevée en Afrique (350 cas pour 100 000 habitants). En 2003, dans le monde, 1,75 millions de personnes sont décédées de la tuberculose. C'est aussi en Asie du Sud-Est que les décès sont les plus nombreux. Le taux de mortalité par habitant est cependant plus élevé en Afrique car le VIH contribue à faire augmenter l'incidence de la tuberculose et le risque de succomber à cette maladie.

Estimations de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité par tuberculose, 2003						
Région de l'OMS	Nombre de cas (en milliers)		Cas pour 100 000 habitants		Décès par tuberculose (y compris chez les VIH-positifs)	
	Toutes formes (%)	Frottis positif	Toutes formes	Frottis positif	Nombre (en milliers)	Pour 100 000 habitants
Afrique	2372 (27)	1013	345	147	538	78
Amériques	370 (4)	165	43	19	54	6
Asie du Sud-Est	3062 (35)	1370	190	85	617	38
Europe	439 (5)	196	50	22	67	8
Méditerranée orientale	634 (7)	285	122	55	144	28
Pacifique occidental	1933 (22)	868	112	50	327	19
<b>Ensemble du monde</b>	<b>8810 (100)</b>	<b>3897</b>	<b>140</b>	<b>62</b>	<b>1747</b>	<b>28</b>

Avec la mise en place de la stratégie DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course* ou traitement sous supervision directe, chimiothérapie de courte durée), les pays à forte incidence de tuberculose ont une structure relativement efficace pour lutter contre cette maladie. Cependant, dans les pays industrialisés où la tuberculose est peu fréquente, la structure de lutte contre ce fléau est moindre.

## Situation en Roumanie

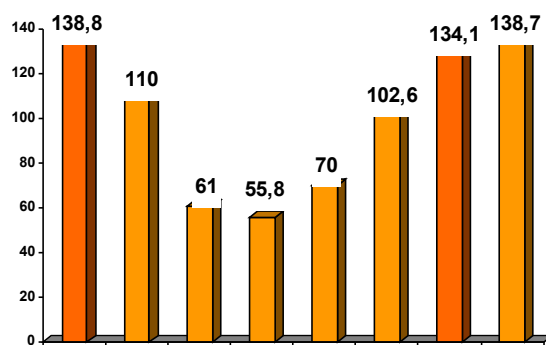
Les mauvaises conditions socio-économiques de la Roumanie après 1989 ont fortement influencé l'épidémiologie de la tuberculose. La Roumanie, ainsi que la Russie, l'Ukraine, l'Ouzbékistan et le Kazakhstan, se situe dans le top 5 des pays Est européens prioritaires aux yeux de l'OMS où de nouvelles activités doivent être mises en place et la stratégie DOTS étendue.

Si on compare l'incidence de la tuberculose en Roumanie et dans les pays voisins, on constate qu'elle affiche l'un des taux les plus élevés.

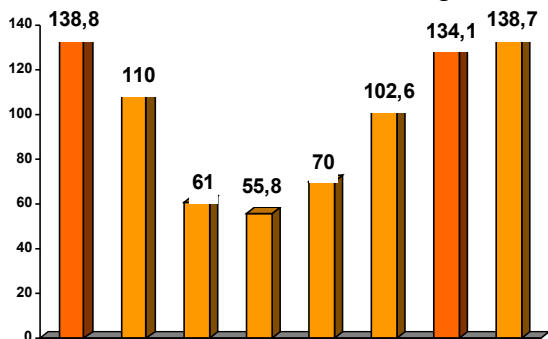
*Tuberculose dans les pays voisins, 2001*

Nombre de cas		Incidence ‰‰‰
<b>22438</b>	<b>Roumanie</b>	<b>128</b>
145491	Russie	92
4295	Moldavie	84
7949	Bulgarie	49
9968	Hongrie	29
38605	Pologne	26
10552	Yougoslavie	43

La tuberculose demeure un problème majeur pour le système de santé roumain. Relativement faible en 1985, l'incidence a presque triplé aujourd'hui.



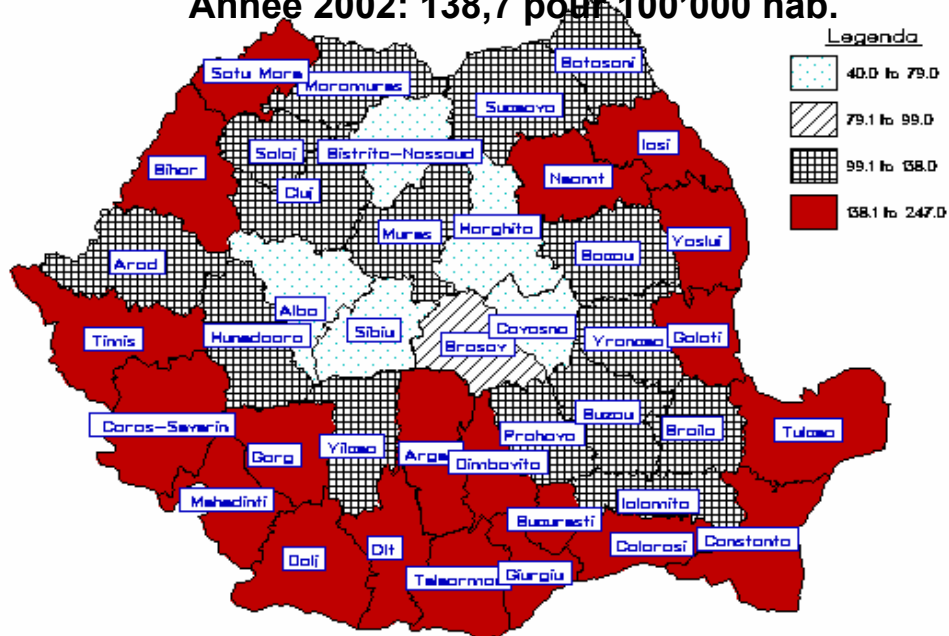
Les causes possibles de cette évolution défavorable sont le niveau socio-économique bas, un mauvais contrôle des sources d'infection et la grande densité des sources d'infection. Chaque jour, 82 nouveaux cas de tuberculose (dont 57 sont frottis positif donc contagieux) ainsi que 5 décès et 5 enfants diagnostiqués avec une tuberculose sont enregistrés.



122,2‰‰‰ habitants ce qui plaçait la Roumanie à la 29<sup>ème</sup> mondiale. Le nombre de cas enregistrés selon les régions du pays. Les taux les plus élevés se trouvent dans les régions où les problèmes socio-économiques, le chômage et les problèmes de santé sont les plus importants.

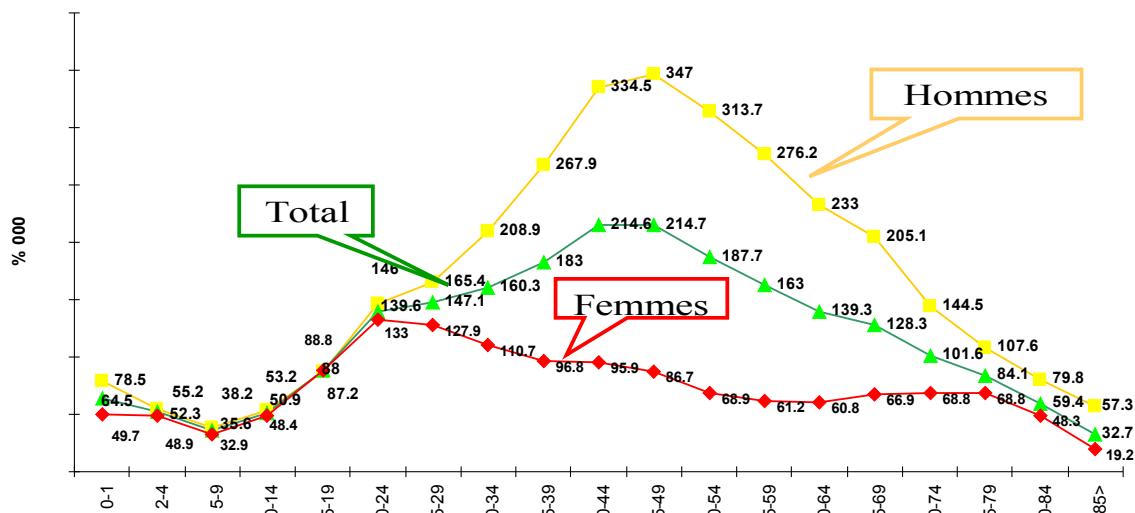
## Incidence globale de la tuberculose en Roumanie

Année 2002: 138,7 pour 100'000 hab.



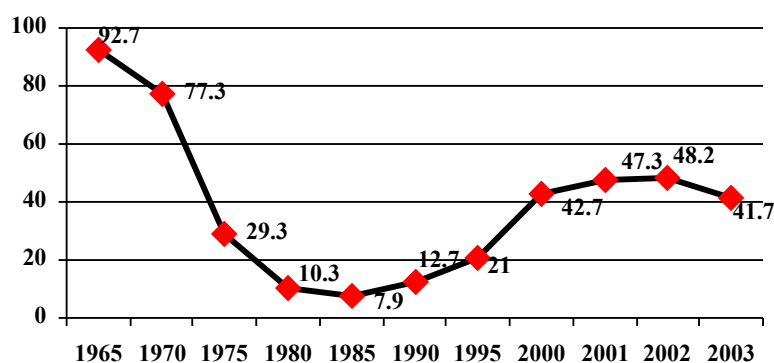
Le graphique suivant montre que les personnes les plus touchées sont les travailleurs âgés de 20 à 35 ans.

### Distribution de la tuberculose par âge



La tuberculose chez les enfants est un problème important. En effet, les cas recensés ont subi une forte augmentation ces dernières années. La Roumanie occupe d'ailleurs la première place européenne. L'incidence a augmenté de 3,8‰ en 1985 à 47,1‰ en 2001.

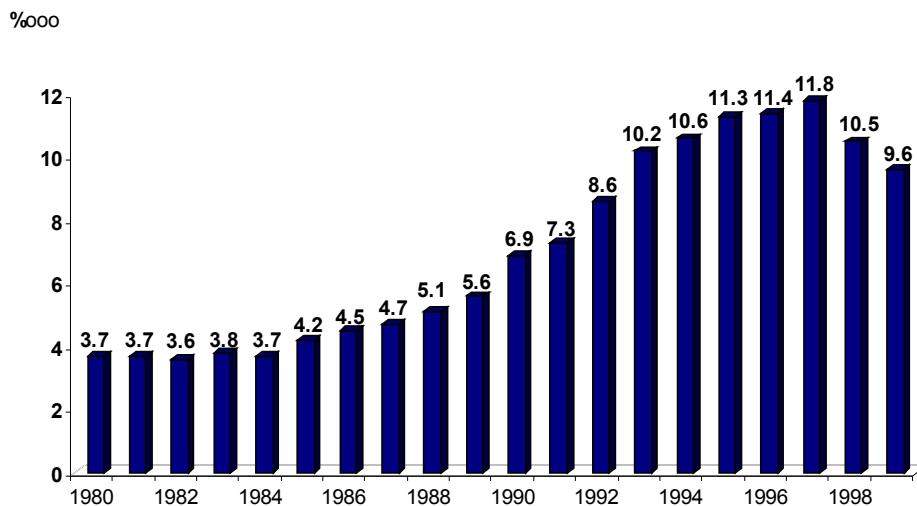
### Incidence de la tuberculose chez les enfants en Roumanie, 1965-2003



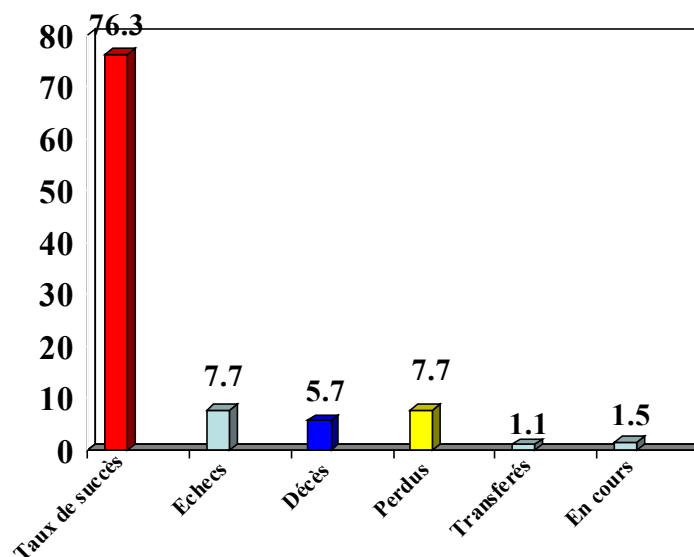
Le taux de mortalité a régulièrement augmenté de 1980 à 1997, date à laquelle il plafonnait à 11,8‰. Depuis, il a chuté à 9,6‰ en 2000, notamment grâce à l'application de la stratégie DOTS.

## Mortalité de la TB

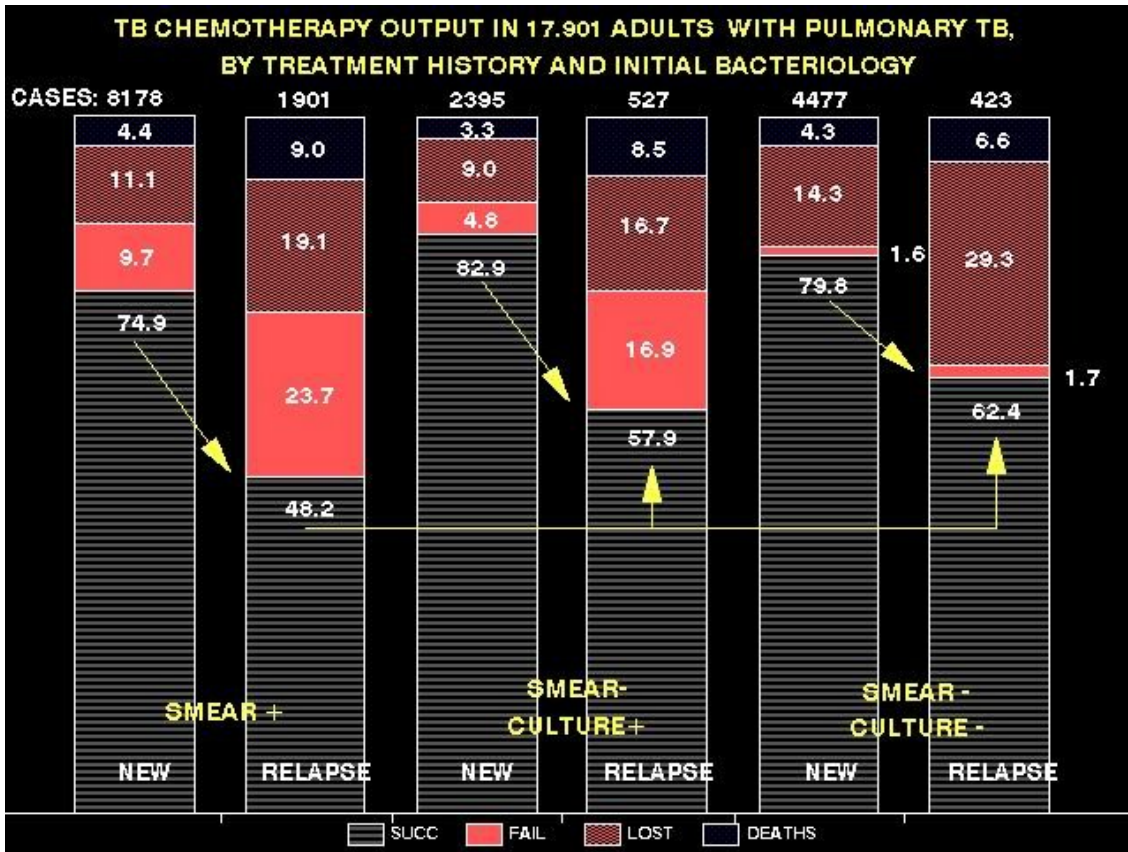
- 1980- 2000 -



Les statistiques montrent que, en 2000, plus de 76% des malades avec une tuberculose pulmonaire ont été guéris. Ce taux a augmenté ces dernières années. Cela reste toutefois en dessous des 85% fixé par le DOTS (cf. chapitre suivant).

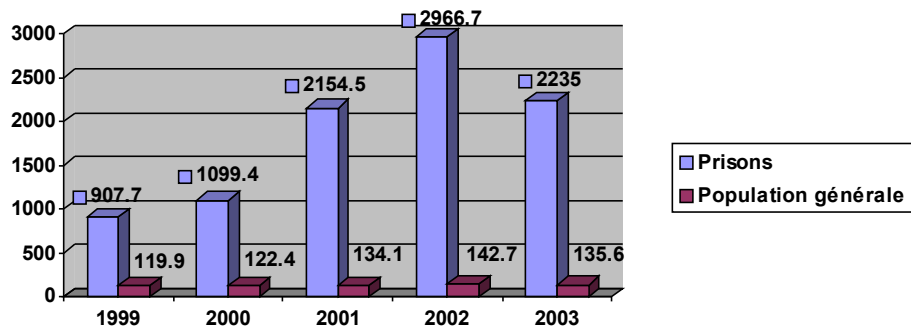






Enfin, ce dernier graphique montre que la population carcérale, à cause de la promiscuité entre les personnes, est plus sujette à développer la tuberculose.

*Tuberculose dans les prisons et dans la population générale entre 1999 et 2003*



## RECOMMANDATIONS DE L'OMS

En ce qui concerne la tuberculose, les objectifs de l'OMS sont les suivants : réduire la transmission de la maladie, diminuer la mortalité et la morbidité, limiter le développement de souches pharmacorésistantes. L'OMS veut également réussir à détecter 70% des nouveaux cas à frottis positif estimés et de guérir 85% des cas dépistés de patients avec un frottis positif. Pour atteindre ces buts, il faut garantir au patient l'accès au diagnostic et au traitement. Pour se faire l'OMS a mis en place la stratégie DOTS basée sur les 5 éléments suivants :

1. **L'engagement des pouvoirs publics** pour, premièrement, augmenter les ressources afin de développer un programme anti-tuberculeux qui recouvre tout le territoire et, deuxièmement, pour établir des partenariats locaux, nationaux et internationaux dans la lutte antituberculeuse. La lutte contre la tuberculose doit être liée à celle contre le VIH, surtout dans les pays où ce dernier a une grande incidence.
2. **Le dépistage de la tuberculose par examen microscopique des frottis** demeure la méthode recommandée pour tous les patients symptomatiques qui se présentent spontanément aux services de santé. Pour cela, il faut que les services de santé soient suffisamment nombreux et accessibles à l'ensemble de la population. Si les ressources sont suffisantes, d'autres mesures diagnostiques peuvent être mises en place, tels que radiographies, culture de *Mycobacterium tuberculosis* et tests de sensibilité aux médicaments antituberculeux pour surveiller l'apparition de pharmacorésistance.
3. **L'application d'un traitement standard et la surveillance de la prise des médicaments.** Le traitement antituberculeux doit être composé de différents médicaments afin d'éviter le développement de pharmacorésistance et doit être donné à tous les cas confirmés. Les patients doivent pouvoir accéder facilement au traitement via les centres de traitement.
4. **L'approvisionnement en médicaments antituberculeux** doit être régulier et ininterrompu. L'achat et la distribution des médicaments doivent être régis par un système fiable. Les patients devraient pouvoir avoir accès à ces médicaments gratuitement.
5. **Un système d'enregistrement et de notification des cas** doit être mis en place afin d'évaluer les résultats du programme. Il facilitera aussi la communication entre les différents acteurs de la lutte antituberculeuse et permet de suivre l'évolution de chaque patient. L'OMS a déterminé le mode d'enregistrement des patients selon la localisation de la tuberculose et selon le cas (nouveau... )

Une fois mise en place dans un pays, la stratégie DOTS a pour ultime objectif de couvrir l'ensemble du pays et des patients.

Avant d'établir une stratégie DOTS dans un pays donné, le pays en question doit déjà posséder ou doit mettre en place des activités de base dans la lutte antituberculeuse qui comprennent :

1. **un programme national de lutte antituberculeuse dirigé par une unité centrale**
2. **un plan de développement pour le programme national de lutte**

**antituberculeuse** ; si la prévalence du VIH est élevée, il faut coordonner la lutte contre ces deux maladies.

3. **un manuel du programme**
4. **un système standardisé d'enregistrement et de notification** qui mentionne le type de maladie et la catégorie du cas ainsi que des informations sur les résultats du traitement.
5. **un programme de formation** destiné à tout le personnel de la santé ainsi qu'aux techniciens des laboratoires qui participent au programme.
6. **un réseau de services d'examen au microscope** avec un laboratoire de référence et des laboratoires responsables du contrôle de qualité dans les différentes régions du pays.
7. **des services de traitement** où est prioritaire la prise de médicaments sous surveillance stricte.
8. **un approvisionnement régulier en médicaments et outils diagnostic**
9. **un plan de supervision des activités du programme.**

Dans le cas des souches chimiorésistantes, c'est-à-dire résistantes au minimum à l'isoniazide et à la rifampicine, l'OMS a mis en place la stratégie DOTS-Plus. Elle doit être appliquée aux régions où les bacilles multi-résistants sont fréquents. La stratégie DOTS reste la première mesure pour éviter l'apparition de tels bacilles. Le but de DOTS-Plus est d'empêcher l'extension de la tuberculose multi-résistante. Dans le traitement prévu par DOTS-Plus, les médicaments antituberculeux de deuxième génération sont utilisés.

## **PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (NTP)**

Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (NTP) a été créé parce que la Roumanie est un des pays d'Europe où l'incidence de la tuberculose est la plus forte. Il s'agit donc d'un problème important de santé publique. De plus, cette maladie a des répercussions sociales et économiques puisqu'elle affecte particulièrement la population en âge de travailler. Le NTP fait partie du programme de santé publique du Ministère de la Santé et de la Famille. Ce dernier a pour mission de suivre les recommandations formulées par le NTP afin d'atteindre les objectifs fixés.

### **Les objectifs du Programme**

Les différents objectifs sont : identifier et mettre à disposition toutes les ressources nécessaires afin d'obtenir une efficacité maximale des mesures de contrôle de la tuberculose qui ont un rapport coût/efficacité favorable ; s'assurer de l'utilisation optimale des ressources existantes. Les responsables de ce programme espèrent ainsi limiter aussi rapidement que possible la propagation de l'infection dans la

population. Pour ce faire, le NTP se base avant tout sur la régularité du traitement et du DOTS afin de guérir en priorité les cas de tuberculose hautement contagieux. Concrètement, les activités du NTP comprennent :

- au niveau du traitement :
  - la garantie de la mise en place rapide du traitement d'un cas de tuberculose confirmé
  - l'administration correcte et complète du traitement indiqué ainsi que l'extension au niveau national du DOTS
  - l'acquisition de médicaments de deuxième ligne à très bas prix pour le traitement de la tuberculose multi-résistante
  - l'administration du premier retraitement après un test de chimiosensibilité pour au moins 95% des cas de premier échec du traitement antituberculeux.

Ces mesures permettront à terme d'atteindre un taux de guérison de 85% pour les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire et de 75% des tuberculoses premièrement retraitées. Ces deux objectifs sont particulièrement importants car leur accomplissement représente la prophylaxie la plus efficace contre la propagation de la maladie dans la population.

- au niveau de la prévention et de la prophylaxie :
  - l'éducation de la population au sujet de cette maladie et l'obtention de sa collaboration en utilisant, par exemple, des médias tels que la télévision et la radio
  - la vaccination d'au minimum 95% des nouveaux-nés ainsi que l'organisation d'une étude pilote menée sur une période de dix ans pour identifier les avantages et les inconvénients de cette vaccination à la naissance
  - l'augmentation de mesures de protection pour le personnel soignant ainsi que l'installation de systèmes de ventilation appropriés
  - la réévaluation des groupes à risques qui nécessitent des médicaments prophylactiques (âge au moment du contact avec un tuberculeux contagieux, maladies immunosuppressives, insuffisance rénale chronique, diabète insulino-dépendant mal contrôlé, etc)

- au niveau de la détection des cas :
  - l'amélioration de la capacité du réseau de laboratoires qui diagnostiquent la tuberculose. Ceci comprend l'acquisition de nouveaux équipements, l'application du système de contrôle de la qualité et l'élaboration de guidelines.

- au niveau de l'accès au traitement:
  - l'amélioration du système de procurement et de distribution des médicaments

- au niveau du contrôle de la tuberculose dans la population à risque, c'est-à-dire les enfants, les gitans, les séropositifs et les prisonniers principalement :
  - augmenter les tests VIH pour les patients tuberculeux et la surveillance de la tuberculose chez les séropositifs
  - consolider le programme luttant contre la tuberculose dans les prisons et éduquer les prisonniers pour contrôler cette maladie dans ce milieu
  - l'élaboration d'un guide sur le traitement et le diagnostic chez

l'enfant

- augmenter la détection des cas dans la population tsigane et la sensibiliser aux problèmes majeurs de santé publique. De plus, un projet pour recruter des médiateurs médicaux se met en place. Ceci permettra d'améliorer la communication entre l'équipe médicale et la population tsigane.
- au niveau du réseau médical de lutte contre la tuberculose :
  - l'intégration des activités antituberculeuses dans le réseau de soins primaires sous la direction et le contrôle d'un centre de coordination spécial
  - la création de deux centres de traitement de la tuberculose multi-résistante
  - l'entraînement du personnel soignant et des membres du NTP, avec une attention particulière aux médecins de famille pour qu'ils appliquent la stratégie DOTS
  - le développement d'un système de supervision et de monitoring au niveau local et national afin d'évaluer le succès des activités menées par le NTP. Ceci comprend, par exemple, des visites des superviseurs du programme dans tout le pays et des véhicules mis à disposition pour la surveillance de l'application du NTP, pour les enquêtes épidémiologiques, pour le contrôle de la distribution de médicaments en milieu rural et pour le transport d'échantillons biologiques au laboratoire
  - l'augmentation de la capacité logistique du système de recueil et d'analyse d'informations épidémiologiques. Il faut donc augmenter le nombre d'ordinateurs mis à disposition, créer des registres nationaux pour les tuberculoses chroniques et multi-résistantes, améliorer le traitement des informations pour pouvoir en tirer de meilleures conclusions. De plus, de nouvelles catégories sous lesquelles les patients tuberculeux sont enregistrés ont été créées. Voici ces catégories :
    - *les nouveaux cas* : ce sont des patients qui n'ont pas reçu de traitement antituberculeux ou qui ont reçu un traitement moins d'un mois
    - *les rechutes* : ces patients ont reçu un traitement antituberculeux complet dans le passé et subissent actuellement un nouvel épisode de tuberculose
    - *les transferts* : ce sont des patients enregistrés qui sont envoyés dans une autre unité pour poursuivre leur traitement
    - *les échecs* : ces patients sont restés ou devenus positifs aux examens bactériologiques après quatre mois de traitement
    - *les abandons* : soit ces patients positifs aux examens bactériologiques sont perdus de vue au cours de leur traitement, soit ils recommencent un traitement après deux mois cumulés ou consécutifs sans traitement
    - *les cas chroniques* : ces patients sont restés ou devenus positifs à l'examen des crachats durant douze mois après le début du deuxième traitement.



## Les méthodes et techniques recommandées pour atteindre les objectifs du NTP

### La détection des cas

Il existe trois possibilités pour détecter des cas :

- la détection peut être passive, c'est-à-dire par un contrôle bactériologique ou histopathologique d'un patient venu dans une unité de soins pour des symptômes et des signes suggérant la tuberculose. Ces patients peuvent se présenter directement à un médecin spécialiste de la tuberculose sans avoir consulté auparavant un médecin de famille. Ceci est une exception car, en Roumanie, les patients doivent d'abord consulter un médecin de famille pour que ce dernier l'envoie chez un spécialiste. La raison de cette exception est bien évidemment l'urgence épidémiologique de la maladie, c'est-à-dire le risque de contaminer plusieurs personnes supplémentaires avant d'être pris en charge.
- la détection peut être active soit en contrôlant les contacts d'une personne tuberculeuse lors d'une enquête épidémiologique, soit en examinant les crachats dans les trois à six mois après un traitement ou un retraitement d'une tuberculose pulmonaire.
- des cas peuvent être trouvés par des actions spéciales dans des zones hautement endémiques. Par exemple, des détections radiologiques et/ou bactériologiques sont organisées dans les zones à haute incidence, auprès de la population carcérale et celle à haut risque tel que le personnel soignant, les patients immunodéficients, c'est-à-dire les malades souffrant de cancer, de diabète, de maladies respiratoires, les personnes infectées par le VIH, celles dialysées ainsi que les chômeurs ou les personnes assistées.

### Le diagnostic de la tuberculose

Le NTP insiste sur le fait que l'examen bactériologique doit être le premier examen réalisé dès qu'il existe une suspicion de tuberculose puisque l'examen radiologique n'a qu'une faible spécificité pour le diagnostic de la tuberculose. De plus, les patients qui se présentent aux consultations ont souvent des symptômes peu spécifiques ce qui rend le diagnostic différentiel difficile. C'est pourquoi la capacité d'une équipe médicale à identifier un cas de tuberculose est meilleure si cette dernière s'occupe également des autres maladies respiratoires.

### L'examen bactériologique

Cet examen tient un rôle essentiel dans la lutte contre la tuberculose. Il est recommandé pour tous les cas suspects de tuberculose afin d'établir le diagnostic, de même que pour tous les cas confirmés et traités pour surveiller la contagiosité. Trois à six échantillons doivent être examinés au microscope et trois prélèvements doivent être mis en culture pour chaque suspicion de tuberculose afin d'établir le diagnostic. Si deux résultats positifs sont obtenus sur les trois échantillons testés, trois nouvelles investigations sont effectuées. De même, l'examen bactériologique est l'outil principal de l'évaluation du succès du traitement en cours. C'est pourquoi le NTP a mis en place un calendrier de tests bactériologiques :

<b>Catégories des patients</b>	<b>Périodicité des contrôles</b>	<b>Examen microscopique</b>	<b>Culture</b>
--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	----------------

Nouveaux cas	A 2, 4, 6 et 10-12 mois à partir du début du traitement	2 échantillons	2 échantillons
Rechutes	A 3, 5, 8 et 10-12 mois à partir du début du traitement	2 échantillons	2 échantillons

Il faut donc un réseau de laboratoires de taille et de distribution territoriale optimale ainsi qu'un personnel entraîné afin de garantir la qualité des examens bactériologiques. A ce jour, un réseau de 188 laboratoires spécialisés est impliqué dans le programme de lutte contre la tuberculose. Etant donné l'incidence élevée de la tuberculose, plus de 300 examens sont effectués par jour. Les laboratoires sont regroupés en 3 régions : Iasi (qui en compte 28), Cluj (61) et Bucarest (88). Chacune d'elle possède un laboratoire national de référence. La coordination entre ces trois laboratoires est assurée par celui de Cluj. En plus des différents tests qu'ils réalisent pour détecter la mycobactérie, ceux-ci contrôlent tous les laboratoires de la région qui sont groupés en trois niveaux en fonction des examens qu'ils effectuent.

Le premier niveau est destiné à l'examen microscopique pour détecter le bacille. Il existe donc un de ces laboratoires près de chaque dispensaire sectoriel de pneumologie. De plus, ces laboratoires assurent aussi la convergence nationale des résultats d'analyse de toutes les personnes présentant des symptômes. Tous ces laboratoires doivent être accrédités et doivent collaborer avec des laboratoires de niveau supérieur.

Les laboratoires de deuxième niveau effectuent les cultures du bacille et les tests de sensibilité aux antibiotiques. Ils se situent près de chaque dispensaire ou hôpital de pneumologie et près des services médicaux qui ont des lits pour les patients tuberculeux (sanatoriums ou hôpitaux). Ces laboratoires de niveau deux assurent également la coordination et le contrôle de qualité des laboratoires de niveau inférieur.

Les laboratoires de troisième niveau réalisent des antibiogrammes dans le cadre d'une découverte de souches résistantes. Les trois laboratoires de référence en font partie. Ils doivent contrôler la qualité des analyses au niveau national et international et surveiller les chimiorésistances. Une fois qu'ils ont réalisé les examens nécessaires, les laboratoires d'une même région sont soumis à un contrôle de qualité effectué par le laboratoire principal. Celui-ci est à son tour contrôlé au moins une fois par an par le laboratoire supranational qui se trouve à Stockholm.

Le nombre de laboratoires de troisième niveau est très élevé. C'est pourquoi, certains ne sont pas soumis à ce contrôle. Des visites de surveillance sont faites par des membres du groupe d'observation des laboratoires qui joue le rôle de conseiller et qui appartient au Ministère de la Santé. Des check-lists sont remplies par les responsables puis transmises au laboratoire de référence concerné. Celles-ci renseignent sur le niveau d'activité et sur les résultats de diagnostic positifs collectés

chaque année. Ce système de contrôle a été mis en place depuis l'an 2000.

Pour atteindre les objectifs fixés, qui veulent faire de l'examen bactériologique l'outil de référence pour le diagnostic et la surveillance de la tuberculose, il faut encore trouver des solutions pour remédier aux déficiences du système actuel. Premièrement, il faut que des salles spéciales destinées à la récolte des crachats soient aménagées dans les unités et les salles de consultation de pneumologie ou près des laboratoires. Ces salles doivent avoir un système d'aération, une lampe UV ainsi qu'un aérosol provoquant la toux. Deuxièmement, le personnel doit être mieux entraîné. Troisièmement, il faut s'assurer que les laboratoires disposent du matériel nécessaire tels que les colorants et les milieux de culture et qu'il soit réparti adéquatement selon l'incidence des régions couvertes par les différents laboratoires. De plus, le matériel doit arriver à temps voulu. Par exemple, les milieux de culture pour les mycobactéries doivent arriver au minimum quatre semaines avant la date d'expiration pour que les tests puissent être effectués sur des milieux frais. Un guide d'utilisation des méthodes de diagnostic rapide doit être mis en place pour s'assurer de la bonne utilisation de ces tests puisque leurs coûts sont élevés. Ces investigations sont recommandées pour le diagnostic des cas qui ne peuvent pas être détectés par l'examen bactériologique classique, pour une confirmation rapide des rechutes et des suspicions des multi-résistances ainsi que pour les tests de sensibilité aux antibiotiques. L'utilisation des tests de sensibilité aux médicaments antituberculeux nécessite aussi des clarifications. Ces analyses sont recommandées pour les cas de retraitement, pour tous les nouveaux cas après trois mois de traitement et pour les patients qui viennent d'une région à haute incidence de tuberculose multi-résistante. Au niveau du contrôle de la qualité, les résistances primaires et secondaires identifiées doivent être envoyées à un laboratoire de référence pour être retestées et pour déterminer la souche de mycobactérie en cause. De plus, les contrôles de qualité sont effectués à tous les niveaux de laboratoires.

### **L'examen radiologique**

Etant donné sa faible spécificité, la radiographie thoracique n'est pas une bonne méthode pour établir le diagnostic de tuberculose même si cet examen est très utile dans la pratique clinique pour diagnostiquer certaines tuberculoses pulmonaires non confirmées par l'examen bactériologique. Cet examen devrait donc pouvoir être pratiqué dans tous les services de santé qui accueillent des patients avec suspicion de tuberculose. Le NTP prévoit de financer l'achat de nouveaux appareils afin de minimiser l'exposition aux radiations des patients et du personnel.

### **Les mesures pour augmenter l'efficacité du traitement**

Les trois régimes thérapeutiques décrits dans le chapitre de la prise en charge de la tuberculose ont pour base les recommandations de l'OMS. De plus, comme il a été mentionné dans les objectifs du NTP, une attention particulière est portée sur la régularité du traitement et de son administration complète sous surveillance (stratégie DOTS) jusqu'à l'obtention de la guérison. Afin de garantir l'application du DOTS pour tous les cas de tuberculose, même dans les régions rurales où la densité médicale est faible, le NTP étudie la possibilité de laisser la surveillance de la prise du traitement par d'autres personnes, qui seraient formées pour cette tâche, tels que les membres de la famille, les prêtres, les enseignants ou les facteurs. Dans tous les

cas, le traitement est actuellement administré par l'institution médicale la plus proche, sous surveillance des services de pneumologie territoriaux.

Certaines mesures sont prévues pour améliorer l'approvisionnement et la distribution des médicaments. La commande des médicaments va être effectuée centralement par le Ministère de la Santé et de la Famille grâce aux registres signés par le médecin traitant et le patient qui indiquent le nombre et le nom des médicaments nécessaires pour traiter tous les patients tuberculeux roumains. Le contrôle et la coordination de la distribution des médicaments seront aussi effectués centralement par l'Institut de pneumologie Marius Nasta. Ces médicaments seront ensuite distribués aux pharmacies. Pour éviter toute interruption de traitement, un stock de trois mois des médicaments requis sera établi. Jusqu'à ce que ce système soit fonctionnel, les médicaments seront livrés directement par le prestataire aux dispensaires ou aux médecins de famille pour que ces derniers les distribuent aux patients suivant les registres qui spécifient pour chaque patient la composition de son traitement. Dans les dispensaires, une personne est désignée comme responsable du DOTS ainsi que de la surveillance des registres et du stock de médicaments en réserve. De plus, afin de ne pas gaspiller de médicaments, ceux qui n'ont pas été consommés par les patients sont enregistrés et déduits de la commande pour le mois suivant. Les patients qui présentent des chimiorésistances devront recevoir leur traitement dans des services spéciaux pour éviter la dispersion des germes résistants. Jusqu'au moment où le nombre de ces services sera suffisamment élevé, les médicaments de ces patients leur seront distribués dans des unités de pneumologie équipées de laboratoires qui effectuent les tests de sensibilité des germes aux différents médicaments.

Il existe encore d'autres précautions pour améliorer l'utilisation et l'administration des médicaments antituberculeux. Par exemple, ces médicaments, et tout particulièrement la rifampicine, doivent être réservés uniquement au traitement de la tuberculose et ne doivent pas être utilisés pour soigner d'autres infections. Cette mesure permet d'éviter la sélection de germes résistants aux médicaments antituberculeux. Un autre souci du NTP concerne le lieu d'administration des médicaments. Ainsi, la densité des dispensaires doit permettre au patient d'avoir un accès facile à son traitement sans devoir parcourir de longues distances. De plus, il est considéré que le meilleur environnement de traitement pour le patient est son domicile. Les admissions dans les hôpitaux doivent donc être justifiées. Tel est le cas des patients contagieux pour éviter la dissémination de l'infection, mais aussi pour éviter l'apparition de germes mutants résistants et pour que le patient reçoive une éducation adéquate sur sa maladie. Toutefois, même en limitant l'hospitalisation au strict minimum, le nombre de lits est parfois insuffisant dans certaines régions de la Roumanie. Pour remédier à ce problème, une redistribution des places disponibles doit être mise en place et les patients qui présentent une suspicion de tuberculose doivent avoir la priorité. Les places dans les sanatoriums ne semblent actuellement pas être bien utilisées. Ces installations sont mal équipées et peu remplies. Le NTP prévoit d'en faire des centres d'assistance sociale ou des centres qui accueilleraient les malades respiratoires chroniques.

### **Les mesures pour augmenter l'efficacité fonctionnelle du NTP**

Voici ce que le NTP aimerait pour optimiser les ressources existantes et évaluer en permanence les résultats du traitement antituberculeux :

- tout traitement antituberculeux commencé ainsi que tout transfert

d'une unité à une autre doit être immédiatement annoncé au dispensaire pneumologique territorial correspondant

- tout examen de laboratoire ou histologique positif doit être communiqué au dispensaire pneumologique territorial du patient même si ce dernier est décédé

De même, pour augmenter les chances d'atteindre les objectifs, les points suivants sont pris en considération :

- si les finances du NTP le permettent, les acteurs locaux et centraux du programme reçoivent un salaire. Malgré l'absence de rémunération, des médecins très motivés prennent à cœur leur activité au sein du NTP. De plus, il existe une prime pour le personnel en contact avec les tuberculoses résistantes étant donné le risque qu'il encourt lors de son activité professionnelle
- des allocations sont attribuées aux patients tuberculeux qui suivent strictement leur traitement
- tous les services médicaux nécessaires durant le traitement et les contrôles sont gratuits

Afin de réduire les répercussions économiques dues à l'arrêt de l'activité professionnelle, les patients atteints de formes non contagieuses de tuberculose sont encouragés à suivre leur traitement tout en continuant à travailler. La réinsertion socioprofessionnelle des patients devenus non contagieux est également favorisée.

Etant donné la fréquence élevée de patients qui ne coopèrent pas et en considérant que cette attitude est responsable de la majorité des cas d'échecs du traitement, des moyens légaux de coercition sont infligés aux patients qui disséminent de façon consciente l'infection. La gestion de ces cas est particulièrement importante car la majeure partie des patients non compliants sont infectés par des germes résistants. C'est pourquoi les autorités locales sont prévenues par les dispensaires de pneumologie si des patients ne suivent pas leur traitement prescrit afin d'augmenter leur compliance. Dans le même but, le NTP prévoit de continuer la distribution de récompenses tels que des coupons échangeables contre de la nourriture pour encourager les patients compliants.

## **L'enregistrement des cas de tuberculose et la surveillance épidémiologique**

Les cas qui nécessitent un traitement sont les cas de tuberculose active. Ces cas sont enregistrés au dispensaire pneumologique territorial dont les registres sont ensuite envoyés au centre de coordination du NTP, au département de surveillance épidémiologique de l'Institut de pneumologie Marius Nasta ainsi qu'aux autorités sanitaires publiques. D'autres informations sont aussi transmises par les dispensaires : les guérisons, les traitements finis, les échecs thérapeutiques, les décès, les transferts, les abandons, les cas perdus, l'évolution des patients un an après le début de leur traitement. Ces informations permettent d'effectuer des analyses statistiques. Par exemple, la prévalence est calculée à partir du nombre total de patients en traitement ou qui ont besoin d'un traitement. L'incidence, quant à elle, est obtenue à partir du nombre de nouveaux patients et des rechutes. Le taux de succès du traitement ainsi que de bien d'autres indicateurs épidémiologiques sont également calculés.

Grâce aux données contenues dans les registres et à leur analyse, l'Institut Marius

Nasta, en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Famille, compare tous les trois mois et annuellement l'évolution des indicateurs épidémiologiques de chaque secteur ainsi qu'au niveau national. Ils portent une attention particulière aux régions qui ont une incidence élevée et aux communautés à risque telles que les prisonniers, les personnes âgées ou handicapées, le personnel qui travaille dans un service de pneumologie, les séropositifs et les immigrants. Un autre point de surveillance est le bon flux d'informations au niveau national nécessaire à l'analyse rapide des indicateurs épidémiologiques. Ce souci de transmission efficace des données explique pourquoi le NTP va financer l'informatisation de ces registres. De plus, le Ministère de la Santé et de la Famille et l'Académie de la Science Médicale va financer l'organisation d'un département à l'Institut Marius Nasta afin d'évaluer l'efficacité et le rapport coût/bénéfice des activités principales du NTP.

## **La structure et la coordination du programme**

Le programme de contrôle de la tuberculose a sa propre structure, que ce soit au niveau national ou régional. La prévention et le contrôle de la tuberculose représentent un problème de santé publique dont s'occupe un réseau spécialisé qui bénéficie de la participation obligatoire de toutes les unités de soins et de tout le staff médical, principalement des médecins de famille (en intégrant les actions anti-tuberculose dans leurs activités courantes). La participation obligatoire du réseau de santé primaire dans la surveillance de la tuberculose est d'importance majeure.

Cette réponse nationale est coordonnée par le Département de la Santé publique et la Commission Nationale de Pneumologie. Cette dernière est constituée de 22 membres hautement qualifiés et nommés par décision ministérielle qui se réunissent tous les six mois ou quand cela est nécessaire.

Le président de la Commission, le Professeur Stoicescu, est le manager du programme national contre la tuberculose (NTP) et le directeur de l'Unité centrale.

Cette unité centrale de contrôle et de coordination de la tuberculose se trouve à l'Institut Marius Nasta, à Bucarest, et est constituée de différentes unités: une unité de surveillance de la tuberculose, une unité de supervision et d'évaluation et une équipe de dix superviseurs qui contrôle la mise en place du programme au niveau des différents secteurs.

Le ministère de la santé approuve le budget et les activités du Programme avec l'assistance de la Commission de Pneumologie. Une équipe technique, chargée de la surveillance et de l'évaluation, est formée dans le but de mettre en pratique toutes ces activités. Elle est constituée de spécialistes et de chercheurs (épidémiologistes, cliniciens, bactériologistes, statisticiens, sociologues et économistes) issus principalement de l'Institut Marius Nasta.

Les responsabilités de cette équipe sont les suivantes:

- élaborer et veiller à l'exécution du Programme.



- établir les standards techniques d'application de tâches mentionnées dans le Programme.
- organiser l'éducation des personnes impliquées dans l'application du Programme au niveau régional.
- analyser les mesures prises en matière de contrôle de la tuberculose et vérifier qu'elles soient appliquées. Etudier aussi l'incidence, les particularités, la dynamique dans le territoire.
- estimer les ressources financières et le matériel nécessaires à l'implémentation du programme et élaborer le budget annuel.
- reporter périodiquement et annuellement l'évolution du Programme.
- donner des conseils et apporter une assistance technique aux équipes de managers régionaux.
- coordonner et orienter toute sorte de soutien offert par des agences internationales, support technique ou éducationnel de Programme.

Les médecins, qui sont censés surveiller la mise en place du programme à tous les niveaux, doivent visiter les territoires qui leur sont attribués en suivant une liste recommandée par la Commission de pneumologie.

Les frais de transport et d'accommodation pour les contrôles et la Commission sont assurés par le Ministère de la Santé.

Ce sont l'Institut Marius Nasta ainsi que les cliniques des centres universitaires qui s'occupent de l'éducation et de l'instruction des managers des différentes régions. En effet, dans chaque région, une commission de coordination est mise en place. Elle est composée du directeur des autorités de santé publique de la région, du directeur des programmes, d'épidémiologistes désignés et enfin du manager du programme régional.

Sur l'ensemble du territoire roumain, il y a 47 managers impliqués dans ce programme dont 41 managers au niveau des régions, 6 pour les six secteurs de Bucarest, ainsi qu'un manager dans les Ministères de la Justice, de la Défense et de l'Intérieur. Leurs travaux de description sont inclus dans le Programme de lutte 2001-2005.

Chaque secteur compte 3 à 6 dispensaires spécialisés dans le contrôle de la tuberculose ainsi que des autres maladies pulmonaires avec 1 à 5 pneumologues qui y travaillent. Au total, il y a 196 dispensaires, 76 hôpitaux et environ 800 spécialistes. Le dispensaire est l'unité périphérique spécialisée en tuberculose responsable de l'implémentation du NTP. Chaque dispensaire dessert un territoire d'environ 40'000 habitants. A ce niveau, le patient reçoit des diagnostics et traitements spécialisés. Le dispensaire est responsable des activités antiépidémiques ainsi que de la surveillance et suit les actions antituberculeuses développées par les médecins de famille.

Les généralistes participent également au NTP. Cette activité est réglementée par la législation roumaine. Ils doivent identifier tous les suspects de "leur territoire" et les envoyer au dispensaire concerné pour que ceux-ci participent à des enquêtes épidémiologiques pour assurer le suivi du traitement des patients en ambulatoire dans des lieux trop éloignés d'un dispensaire. Le réseau de laboratoires est également un maillon important du programme.

Le système pharmaceutique, en ce qui concerne les médicaments antituberculeux, est assez fermé: ceux-ci ne sont accessibles qu'au niveau du réseau NTP. 190 pharmacies se chargent de la distribution des médicaments aux dispensaires et hôpitaux spécialisés dans la tuberculose.

## **La recherche**

Dans le cadre du NTP, l'Académie des Sciences Médicales va financer des recherches afin d'établir le niveau de co-morbidité VIH / tuberculose et de tester des nouveaux médicaments et des nouveaux schémas thérapeutiques dans des études cliniques ou pilotes.

## **L'éducation continue du personnel**

Cette éducation, financée par le Ministère de la Santé et de la Famille, est essentielle au bon fonctionnement du NTP. Elle a lieu sur une période de un à cinq jours. Des séances séparées sont organisées pour les médecins, les infirmières et le personnel des laboratoires. Ces derniers sont formés par les spécialistes du programme de référence nationale.

## **Les collaborations**

Le NTP est basé sur la collaboration de plusieurs réseaux médicaux. Ainsi, les services de pneumologie travaillent avec le réseau de soins primaires et les services spécialisés dans le traitement et le diagnostic de la tuberculose. De même, le système médical privé, qui se développe actuellement en Roumanie, a pour obligation de se soumettre aux principes du NTP, comme pour la transmission des informations épidémiologiques de la même manière que le système public de santé. Ceci est aussi valable pour les Ministères qui ont leur propre réseau de santé tels que le Ministère de la Défense Nationale ou le Ministère des Affaires Internes. L'Agence Nationale des Médicaments participe elle aussi au bon fonctionnement du NTP puisqu'elle est responsable de la qualité des médicaments antituberculeux. Le Ministère de l'Education et de la Recherche apporte sa contribution au NTP en révisant le curriculum des étudiants en médecine roumains pour que ces derniers aient la compétence nécessaire au bon fonctionnement du NTP. Il est aussi prévu d'impliquer les médias dans la lutte contre la tuberculose. En effet, la radio, la télévision et la presse auront pour mission de mettre en place une grande campagne afin d'obtenir une coopération optimale de la population et d'informer cette dernière sur la tuberculose.

## **Les aspects économiques**

La réalisation des objectifs du NTP est conditionnée par l'apport financier et matériel de base adéquat. Le financement est assuré traditionnellement par les Ministères de la Santé et de la Famille, des Finances, du Travail et de la Protection Sociale. Toutefois, pour la réalisation et la mise en place du Programme de lutte 2002-2005, Le Fond Global contre le VIH, la malaria et la tuberculose a accordé, pour la lutte contre cette dernière, près de 20 millions de dollars.

## **Supervision**

L'OMS a mis au point un système de supervision afin de s'assurer que les ressources accordées sont utilisées de façon efficace. Outre les agents locaux, qui sont désignés par le secrétariat et qui contrôlent les données communiquées par le pays concerné sur l'évolution des finances et du programme, un comité de surveillance "rapprochée" est créé. C'est la Commission Nationale pour la mise en place du NTP dont les membres sont entraînés selon les recommandations de l'OMS.

Les membres de cette Commission forment des équipes de deux ou trois personnes qui visitent dans chaque région toutes les unités de soins pour la tuberculose, deux à trois fois par an. Ce sont des pneumologues qui ont une certaine expérience de la tuberculose, des managers de différents secteurs, des membres de l'Unité centrale de l'Institut Marius Nasta, des coordinateurs du programme dans les prisons ainsi que deux chefs des laboratoires de référence. Le Fond Global leur a fourni une cinquantaine de véhicules nécessaires à leurs visites.

A la fin de leur visite, ils remplissent des check-lists et un rapport de visite dans lesquels ils proposent des solutions aux problèmes qu'ils ont pu observer. Une synthèse des difficultés, des objectifs et des recommandations est alors envoyée au chef de l'Unité centrale de coordination du NTP puis à la direction du Ministère de la Santé et de la Famille. Les visites concernent les hôpitaux et dispensaires spécialisés mais aussi les laboratoires et les pharmacies. Une liste spécifique est remplie pour chacun. Tout y est analysé: l'état général du patient, le nombre de malades par chambre, les moyens de protection et de prévention, le matériel, etc.

Malheureusement, à cause d'un manque de temps et de personnel médical spécialisé, toutes les unités d'un secteur ne sont pas contrôlées.

Il faut noter que ce système de supervision inclus également les prisons.

## **PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE EN ROUMANIE**

Un des objectifs de notre stage d'immersion en communauté était d'étudier la gestion du problème de la tuberculose en Roumanie. Dans cette optique, nous nous sommes penchés dans un premier temps sur le Programme National de lutte contre la Tuberculose. Après discussion avec plusieurs membres du comité d'organisation du programme, nous nous sommes rendus sur le terrain pour analyser sa mise en application. Voici très concrètement la prise en charge de cette maladie telle que nous avons pu l'observer.

Du fait de la forte incidence de la tuberculose en Roumanie, la prise en charge commence dès la naissance. Ainsi, chaque nouveau-né est vacciné (BCG). Actuellement, cette mesure préventive n'est pas renouvelée plus tard dans la vie de l'enfant, alors que, il y a quelques années encore, des rappels étaient effectués aux âges de 7, 14 et 18 ans. Ces rappels ont été abandonnés en raison de leur mauvaise efficacité. Le but de cette vaccination est d'éviter les complications graves chez l'enfant telles que la méningite et la tuberculose miliaire.

Comme autres mesures de prévention, il existe un système rigoureux de dépistage. Une radiographie du thorax est effectuée, par exemple, chez :

- tous les enfants qui entrent à l'école
- les personnes qui commencent un nouveau travail
- les militaires qui entrent dans l'armée
- les enseignants et le personnel soignant, à raison d'une radiographie chaque année.

Le diagnostic de la tuberculose se fonde sur les signes radiologiques et l'analyse des crachats à trois reprises, ce qui consiste en l'examen direct au microscope ainsi qu'en la mise en culture des échantillons pour détecter la présence des bacilles *Mycobacterium tuberculosis*. Les résultats de l'examen microscopique sont obtenus après une semaine alors que, pour la culture, un à deux mois sont nécessaires. Lorsque l'examen des crachats est positif, un antibiogramme est effectué afin d'adapter la composition du traitement en fonction de résistances éventuelles. Etant donné la lenteur de la croissance des bactéries responsables de la tuberculose, le traitement est instauré dès l'apparition de BK en microscopie directe et donc bien avant que le résultat de l'antibiogramme ne soit disponible. (*en annexe 1, un formulaire d'examen bactériologique*)

Le laboratoire que nous avons pu visiter n'est autre que le laboratoire national responsable de la région bucarestois à laquelle nous nous sommes tout particulièrement intéressés. Nous avons appris que tous les résultats reportés pour ce contrôle de qualité sont le résultat de l'enthousiasme et du travail volontaire des chefs de ces laboratoires: il n'y a pas de personnel spécialement chargé de ces tâches. Cependant, ces trois dernières années, deux cours de formation sur les tests diagnostics pour la tuberculose ont été organisés avec les chefs et le personnel infirmier. Pour ce qui est des équipements, les laboratoires ont à disposition des thermostats, des centrifugeuses ainsi que quelques microscopes à fluorescence utiles pour la détection des bacilles *Mycobacterium tuberculosis*. La doctoresse qui s'est chargée de nous présenter les lieux nous a cependant avoué un manque certain de matériel. En ce qui concerne les moyens de protection, nous avons

remarqué que des lampes UV ainsi que des masques sont en nombre très réduit et rarement utilisés. Le budget mis à disposition des laboratoires est encore très insuffisant.

Dès que le diagnostic de tuberculose est confirmé, le patient est hospitalisé et enregistré : c'est la phase intensive de la prise en charge de la maladie qui peut avoir une durée variable. En effet, il existe plusieurs régimes de traitement suivant la gravité des lésions.

*Légende : H = isoniazide, R= rifampicine, Z = pyrazinamide, S = streptomycine par i.v., E = éthambutol.*

	<b>Régime 1</b>	<b>Régime 2</b>	<b>Régime 3</b>
<b>Indications</b>	<p><b>1.</b> Tuberculose pulmonaire contagieuse ou présumée contagieuse, c'est-à-dire qui présente des cavités ou des lésions étendues sur la radiographie ou une microscopie BAAR négatif.</p> <p><b>2.</b> Tuberculose extrapulmonaire avec un risque létal ou de complications sévères telles que la tuberculose miliaire, la péricardite ou la méningoencéphalite.</p>	<p>Les premiers traitements pour raison de rechute et abandon ou échec du traitement.</p> <p>Ce régime permet de guérir 80% des cas décrits ci-dessus.</p>	<p>Toutes les autres formes de tuberculose pulmonaire et non pulmonaire dues certainement à un nombre peu élevé de germes. Ceci comprend par exemple les cas de pleurésie et ceux qui présentent des lésions pulmonaires limitées.</p>
<p><b>Phase intensive</b>            Traitement administré quotidiennement, ce qui permet de donner de plus petites doses mieux tolérées par les patients.</p>	<p><b>2 mois de RHZE (S).</b></p> <p><b>Contrôle</b> après deux mois : le patient devrait être négatif à l'examen des crachats, dans quel cas il passe à la phase ambulatoire. Si le résultat des crachats est encore positif, le patient poursuit la phase intensive pendant un mois supplémentaire. Dans certains cas, le traitement peut même être prolongé jusqu'à huit mois ou plus.</p>	<p>Antibiogramme avant de commencer le traitement afin d'adapter le régime thérapeutique à la sensibilité des germes pathogènes.</p> <p><b>2 mois de RHZSE + 1 mois de RHZE.</b></p> <p><b>Contrôle</b> après 3 mois. Si l'examen des crachats est encore positif, un deuxième antibiogramme est effectué.</p>	<p><b>2 mois de RHZ.</b></p>
<p><b>Phase ambulatoire</b>            Traitement administré trois fois par semaine</p>	<p><b>4 mois de RH.</b>            Ce traitement dure 3 mois pour les patients encore positifs à l'examen des crachats après deux mois de phase intensive.</p>	<p><b>5 mois de RHE.</b></p>	<p><b>4 mois de RH.</b></p>

Lorsqu'une chimiorésistance est décelée, un traitement individuel qui comprend au moins trois médicaments est instauré en fonction des résultats de l'antibiogramme. Le choix des médicaments se fait suivant certains critères : le germe doit être sensible, le patient ne doit jamais l'avoir reçu auparavant et ils doivent appartenir à la liste suivante : aminoglycoside, tioamide, pirazinamide, quinolone, éthambutol, et ciclosérine. Si ces médicaments ne peuvent pas être utilisés et doivent être remplacés par d'autres médicaments moins efficaces (eux aussi listés), le traitement dure au minimum un an et des tests bactériologiques doivent être effectués tous les mois jusqu'à ce que le résultat de ces derniers devienne négatif, puis tous les quatre mois jusqu'au terme du traitement.

Malheureusement, il existe aussi des souches résistantes à tous les médicaments actuellement utilisés. Les patients atteints de tuberculose multi-résistante sont hospitalisés dans un pavillon spécial. Le traitement de ces cas dure au minimum deux ans et les injections de streptomycine sont poursuivies jusqu'à ce que les résultats des cultures et de la microscopie deviennent négatifs.

Nous avons pu visiter le pavillon qui reçoit provisoirement les patients atteints d'une tuberculose multi-résistante dans l'attente de la fin de la construction du pavillon définitif. L'établissement a deux étages : au rez-de-chaussée se trouvent les patients dont les examens des expectorations sont positifs et au premier étage, ceux dont les résultats sont négatifs. Nous avons cependant remarqué que même ces mesures sommaires d'isolation n'étaient pas rigoureusement respectées. Les conditions des patients dans ce pavillon sont meilleures que dans les autres services que nous avons visités. Les chambres sont plus spacieuses, plus propres et équipées de télévisions. De plus, il existe des chambres individuelles pour les malades qui doivent séjourner longtemps dans le pavillon. La salle de prélèvement des expectorations est aussi plus moderne : elle contient un système de ventilation ainsi qu'un espace encastré destiné à l'obtention du prélèvement. De plus, l'équipement qui vise à protéger le personnel soignant et les patients d'une infection par un germe résistant est plus élaboré que dans les autres services. Il comprend :

- des masques antituberculeux pour le personnel soignant, malheureusement réutilisés à plusieurs reprises en raison d'un manque de moyens. En effet, ils sont employés durant une semaine alors qu'ils sont conçus pour servir en général 12 heures. Le port du masque est obligatoire à l'entrée des chambres des patients contagieux.
- des lampes à rayons ultraviolets, mises en marche quotidiennement afin de tuer les mycobactéries,
- des purificateurs d'air, enclenchés eux aussi de façon régulière. De plus, les patients du premier étage ne peuvent pas recevoir de visite.

Après la phase intensive, qui se déroule à l'hôpital, les examens des crachats des patients devraient être négatifs. Ces malades peuvent alors quitter l'hôpital. Dès ce moment, la deuxième phase, ambulatoire, commence. C'est la prise en charge de la maladie. Il s'agit d'un programme de surveillance : le patient doit se présenter quotidiennement ou trois fois par semaine au dispensaire de son secteur pour prendre son traitement en présence d'un infirmier spécialisé. Les patients peuvent également se rendre chez leur médecin de famille. C'est souvent ce qui se passe en milieu rural car les dispensaires y sont moins nombreux et il est donc plus difficile pour le malade de s'y rendre. Ce programme suit rigoureusement les recommandations de l'OMS. Son but est d'augmenter la compliance des patients. En effet, comme le traitement est long, de nombreux patients ont tendance à arrêter la

prise des médicaments avant la fin du traitement, ce qui favorise les rechutes et donc l'apparition de chimiorésistance.

Dans les dispensaires, il existe une chambre de traitement dans laquelle un infirmier distribue quotidiennement les médicaments aux patients en appliquant la stratégie DOTS.

Depuis février 2005, un système de récompenses est à l'essai à Bucarest et à Constanta afin d'encourager les patients à venir prendre régulièrement leur traitement. S'il a pris complètement son traitement prescrit, chaque patient reçoit six tickets de 100'000 lei (env. 4 CHF) par mois valables uniquement pour l'achat de nourriture ou au restaurant. S'il ne se présente pas successivement à deux reprises, il est privé d'un coupon et ainsi de suite. C'est une jeune bénévole de la Croix-Rouge qui s'occupe de cette distribution. De nombreux patients nous ont avoué que ce système représente une motivation importante compte tenu de leur revenu bas. Cependant, il faut être attentif aux effets pervers que ce système de récompenses peut générer. En effet, certains malades de conditions très défavorisés pourraient voir un avantage à rester positif car ils prolongent la durée de leur traitement et profitent donc plus longtemps du système de récompense.

Dès que le diagnostic de la tuberculose est posé chez un malade, le cas est obligatoirement déclaré (*annexe 2*) et une enquête épidémiologique est mise en

place : le patient doit signer une décharge stipulant qu'il est conscient d'avoir une maladie contagieuse et que, selon la loi, il a l'obligation de prendre son traitement ainsi que de se présenter à tous les contrôles sous peine de sanctions. Il doit également déclarer tous

Dispensarul de pneumofiziologie .....
<b><u>ANGAJAMENT</u></b>
Subsemnatul .....legitimat cu B.I. Nr..... seria ..... Eliberat de Circa de Poliție..... la data de ...../...../..... având domiciliul real în București .....
..... am luat cunoștință de rigorile legii în cazul nerespectării prevenirii și combaterii bolilor transmisibile în cazul de față tuberculoza, fiind conștient că neefectuarea corespunzătoare a tratamentului antituberculos de către mine, mă face pasibil de sancțiuni, mergând de la amenzi până la acționarea mea de către organele sanitare în justiție (Legea nr. 98 / 1994 ). Mă oblig, de asemenea, să mă prezint la toate controalele medicale recomandate și să declar toate persoanele cu care am venit în contact și le-aș fi putut îmbolnăvi.
Data ..... Semnătura.....

les contacts qu'il a eus. Dans le cadre de cette enquête un certain nombre de renseignements sont demandés (*annexe 3*):

- âge, profession, ethnie, si le patient a été incarcéré
- conditions de vie, comme le nombre de personnes par chambre et plus précisément le revenu par personne dans le foyer du malade
- degré de liaison (collègue, voisin, membre de la famille...) avec les différents contacts mentionnés par le patient.

Finalement, pour parfaire l'enquête, l'infirmier spécialisé se rend au domicile du malade pour observer les conditions de vie et vérifier les informations acquises auprès du patient.

Selon le degré de liaison, les personnes qui ont été en contact avec le malade



subissent une radiographie thoracique de contrôle. Si celle-ci présente des signes radiologiques suspects, une analyse des crachats est effectuée.

Pour ce qui est des enfants, la prise en charge s'avère un peu différente. On fait tout d'abord un test Mantoux. Quant à la réaction produite, seule l'induration est significative d'une infection, l'érythème provenant du BCG. Lorsque le test s'avère négatif, il existe deux possibilités : soit l'enfant n'est pas infecté, soit il s'agit d'un faux-négatif. En effet, le test devient positif environ deux mois après l'infection. C'est pour cette raison qu'une radiographie est toujours effectuée même si le test Mantoux est négatif. S'il existe des signes radiologiques, l'enfant doit suivre un traitement préventif, à savoir une chimioprophylaxie de six mois. A trois mois, un contrôle est effectué afin de détecter un éventuel virage du Mantoux. Si celui-ci est négatif, le traitement est stoppé. Dans le cas contraire, le traitement est poursuivi jusqu'à son terme, c'est-à-dire jusqu'à six mois. De plus, une attention particulière est portée aux enfants qui ont été en contact prolongé avec un malade tuberculeux.

La deuxième possibilité est qu'une induration supérieure à 8 mm survienne après le premier test Mantoux ce qui signifie que ce dernier est positif. Dans ce cas, l'enfant doit suivre un traitement de six mois comme dans le cas précédent, avec une radiographie de contrôle à trois mois. Si elle ne révèle pas de signe, la prophylaxie est interrompue. Heureusement, le traitement antituberculeux est bien supporté par les enfants et il n'y a que peu d'effets secondaires. Le seul problème est le nombre important de médicaments à prendre. Quand un enfant est atteint de tuberculose, tous ses camarades de classe doivent faire un test Mantoux. Une chimioprophylaxie leur est prescrite lorsque le test est positif. Rien n'est entrepris si le test est négatif et que l'enfant ne présente pas de symptômes.

Jusqu'à cette année, la chimioprophylaxie était appliquée aux personnes âgées de moins de 35 ans. Toutefois, dans le nouveau programme de lutte contre la tuberculose, la limite d'âge a été (malheureusement !) abaissée à 5 ans. Pour les adultes, la prophylaxie n'est entreprise que pour les cas présentant des signes radiologiques et un virage du test d'intradermoréaction supérieur de 10 mm.

## PARCOURS D'UN PATIENT TUBERCULEUX

Afin de mieux comprendre comment le programme de lutte et la prise en charge sont appliqués concrètement, nous avons créé, d'après des situations vécues, le parcours d'un patient tuberculeux.

*Monsieur Tudor Stefanescu (patronyme fictif) marié et âgé de 52 ans a trois enfants. Avec sa famille et sa mère dont il a la charge, il vit dans un appartement de 30 mètres carrés dans le secteur IV de Bucarest. M. Stefanescu travaille sur des chantiers depuis plus de 35 ans et il a participé à la construction de la Maison du Peuple de Ceausescu. Ses journées sont extrêmement longues et épuisantes. Pour se donner du courage, avec plusieurs de ses collègues, il consomme une quantité significative d'alcool. Par ailleurs, il fume plus d'un paquet de cigarettes par jour. Depuis plusieurs mois, Tudor se sent fatigué. Il a l'impression d'avoir perdu du poids mais ne s'inquiète pas. En revanche, depuis deux semaines, il présente une toux répétée qui le dérange au travail et le pousse à consulter son médecin de famille. Ce dernier l'examine et suspecte une pneumonie. Il lui prescrit des antibiotiques et lui délivre un arrêt de travail.*

Nous avons passé plusieurs jours dans des cabinets de médecins de famille. Ce fut une expérience très enrichissante. Nous avons été profondément choqués par les différences qui existent entre l'activité des généralistes suisses et roumains. Nous avons relevé plusieurs points. Tout d'abord la quantité de papiers que les médecins



de famille doivent remplir. Chaque acte et chaque visite doivent être notés dans un registre, des bulletins de plusieurs pages sont rédigés à la main pour un arrêt de travail ou pour envoyer le patient chez un spécialiste. Tous les médecins de famille rencontrés ont une secrétaire pour les libérer un minimum de toutes ces pesanteurs administratives, sans quoi il leur serait impossible de pratiquer.

Ensuite, les médecins effectuent pendant leur consultation de nombreux calculs pour établir une ordonnance qui soit en adéquation avec les règles établies par la CNAS. Les coûts des médicaments inscrits sur une ordonnance ne doivent pas dépasser une certaine somme, les coûts des médicaments appartenant à chaque catégorie de remboursement ne doivent pas dépasser d'autres montants... Parfois, le médecin est obligé d'abandonner un traitement momentanément pour

Dr Maricica Avram dans son cabinet

traiter une pathologie plus urgente chez le patient. Dans d'autres cas, il doit prescrire un médicament moins efficace pour rester dans les montants remboursés. Ainsi, tous ces comptes leur prennent un temps fou. De plus, le catalogue édité par la CNAS, qui établit à quelle catégorie appartient tel ou tel médicament, est modifié très régulièrement ; les médecins n'ont donc pas le temps de tout retenir par cœur et sont obligés de perdre du temps à chercher la substance dans les différentes listes. Enfin, le nombre de représentants d'entreprises pharmaceutiques et leurs manières de faire nous ont étonnés. Ces derniers ont l'habitude d'entrer en pleine consultation pour exposer les avantages de leur dernier produit, ceci en présence du patient, contraint d'attendre parfois très longtemps que la discussion entre le médecin et le représentant prenne fin. Le médecin de famille n'a donc que très peu de temps pour s'occuper directement du patient. L'anamnèse, très souvent écourtée, est parcellaire et l'examen physique est très sommaire, voire inexistant. Cette pratique de la médecine nous a un peu déconcertés. Après discussion, aucun d'entre nous n'aurait entrepris des études de médecine si tel avait été notre travail dans le futur. Nous admirons les médecins roumains pour leur passion et leur patience et, tout comme eux, nous espérons que des changements dans le système et des réformes bien conçues leur permettront de pratiquer une médecine générale dans de meilleures conditions.

C.M.I. Dr. ....  
București Contract C.A.S.M.B Nr. ....  
Nr. fișă .....

**BILET DE TRIMITERE**

Către:.....  
Numele.....  
Prenumele..... Vârsta.....Sex M / F  
CNP [ ]  
Domiciliul: Localitatea.....  
Str..... nr.....  
Diagnostic prezumtiv.....  
Motivul trimiterii:.....

Investigații și tratamente.....  
.....  
.....  
.....

Data.....  
Semnătura și parafa medicului,

*La semaine suivante, le patient ne se sent pas mieux, bien au contraire. Il se rend en urgence chez son médecin car il a remarqué du sang dans ses crachats. Face à cette nouvelle situation, le médecin suspecte une tuberculose et rédige un billet en adressant le patient au dispensaire antituberculeux du secteur de la ville.*

*M. Stefanescu s'y rend le jour même et est examiné par un médecin pneumologue qui lui fait passer une radiographie du thorax.*

Nous avons visité le service de radiologie du dispensaire du secteur IV. Ce dernier est équipé d'un appareil de qualité depuis 5 ans. Par souci d'économie, ce service n'effectue pas le plus souvent des clichés standard, mais des photographies réduites de radioscopies. Ce service reçoit plus de 100 patients par jour ; souvent, certains malades doivent revenir le lendemain faute

de n'avoir pu être pris le jour même.

*Le cliché conforte le médecin dans sa suspicion de tuberculose ce qui le pousse à faire passer au patient des examens des expectorations*

Nous avons visité la chambre de prélèvement des crachats. Cette dernière est très vétuste. Elle ne possède pas de système de ventilation fonctionnel et l'inhalateur pour provoquer la toux est hors service.

*Les expectorations sont analysées dans un laboratoire qui se situe dans le*

dispensaire. L'examen direct montre la présence de *Mycobacterium tuberculosis*. Ces échantillons sont mis en culture pour établir un antibiogramme. Une fiche de déclaration de cas est établie, le patient est enregistré dans le registre des cas tenu par chaque dispensaire.

Tudor est alors immédiatement hospitalisé dans le pavillon des tuberculeux le plus proche.

Nous nous sommes rendus dans l'un de ces pavillons pour observer les conditions dans lesquelles sont traités les malades. Là, les patients sont placés dans des chambres de trois à six personnes possédant une salle de bain pour deux chambres. Aucun moyen d'isolement des patients contagieux n'est utilisé. Les patients se déplacent librement d'une chambre à l'autre. Aucun équipement de ventilation n'est présent dans les chambres. Ni les patients, ni le personnel médical ne portent de masque. Il semble que le nombre de médecins soit suffisant, alors que le personnel infirmier fait défaut. Dans ce secteur, un autre pavillon plus grand et mieux équipé est en construction. La date de fin des travaux n'est pas déterminée.

A la réception de la fiche de déclaration du nouveau cas, un infirmier spécialisé dans l'enquête épidémiologique se rend dans le pavillon pour interroger M. Stefanescu. Dans un premier temps, l'infirmier lui fait signer l'engagement affirmant qu'il est atteint d'une infection contagieuse. Il déclare l'ensemble des personnes ayant été en contact avec lui. Ensuite, un certain nombre de points sont éclaircis (le nombre de personnes vivant dans le domicile du malade ou l'éventuelle présence d'enfants).

Puis, l'enquête épidémiologique est effectuée par l'infirmier. Toutes les personnes mentionnées dans la liste des contacts sont convoquées au dispensaire du secteur où on effectue des investigations radiologiques. Si ces personnes sont malades, leur prise en charge débute suivant le même modèle.

La mère, la femme et les enfants de Tudor sont convoqués, de même que sa belle-sœur, qui vit en campagne mais qui vient de passer un mois de vacances chez les Stefanescu. La tuberculose a été diagnostiquée chez la femme et la belle-sœur. Elles sont toutes les deux hospitalisées. Bien que les enfants ne semblent pas être touchés, une chimioprophylaxie est tout de même mise en place.

Après environ deux mois de traitement directement surveillé dans le pavillon des tuberculeux ainsi que des analyses des expectorations régulièrement effectuées, M. Stefanescu n'est plus contagieux et peut donc regagner son domicile. Toutefois, il devra se rendre, chaque jour pendant la phase intensive du traitement, puis trois fois par semaine pendant les derniers mois, au dispensaire pour prendre ses médicaments en présence d'un membre du personnel médical.

Nous nous sommes rendus dans une chambre de traitement, le lieu où les patients viennent quotidiennement. Ici, un infirmier particulièrement ouvert et sympathique (choisi en partie pour sa bonne humeur) accueille les patients obligés par la loi de suivre leur traitement. La logistique est excellente. Chaque patient possède une enveloppe nominative contenant les



médicaments. Les enveloppes sont classées par médecin traitant. L'infirmier remplit très rigoureusement une feuille de traitement sur laquelle figure chaque prise de médicament et les éventuelles absences (*annexe 4*). Si un malade ne se présente pas deux fois de suite pour prendre ses comprimés, un infirmier se rend à son domicile afin de le convaincre de revenir au dispensaire et de poursuivre son traitement. Nous avons interrogé un certain nombre de patients. La plupart n'ont pas de problèmes pour venir au dispensaire (arrêt de travail et proximité). Il semble qu'ils n'aient jamais besoin d'attendre pour obtenir leur traitement. En revanche, la majorité n'est pas informée sur la maladie et ne connaît pas l'importance et les raisons de ce traitement de longue durée.

*A la campagne, la belle-sœur de Tudor vit à 40 km du dispensaire le plus proche. C'est donc chez son médecin de famille qu'elle se rend pour prendre son traitement supervisé.*

*Après environ cinq mois de traitement et pour la première fois, le couple Stefanescu ne se présente pas au dispensaire. La première absence est tolérée. Toutefois, l'infirmier chargé de l'enquête épidémiologique tente de les contacter par téléphone. Etant à nouveau absent la fois suivante, l'enquêteur se rend à leur domicile.*



Nous sommes partis avec un infirmier sur le terrain. Des véhicules tout neufs sont prévus pour ce genre de déplacement. Nous sommes allés chez plusieurs patients qui ne suivent pas leur traitement régulièrement. Nous nous sommes rendus dans des endroits vraiment très pauvres. Les gens sont entassés dans de petits immeubles délabrés et vivent dans des conditions extrêmement précaires. Après discussion avec l'infirmier, nous apprenons que la plupart des patients non compliants sont des alcooliques ou des gens très mal informés sur la nécessité de prendre leurs médicaments. Par ailleurs, un autre infirmier nous a avoué qu'il est très difficile de pousser les malades de la minorité tzigane à suivre leur traitement régulièrement. Souvent, ces gens ne sont pas insérés dans la société roumaine et ont un niveau d'étude très bas.



*Personne n'est présent au domicile des Stefanescu. Néanmoins, l'infirmier obtient des explications par leur voisine. La famille est partie précipitamment dans le nord du pays, en Bucovine, à cause du décès d'un de leur proche. Ils seront de retour très vite et pourront poursuivre leur traitement.*

*A la fin des six mois de traitement, tous les membres de la famille sont guéris et exempts de tout signe de tuberculose latente. Ils connaissent désormais mieux la maladie et espèrent éviter une contamination ultérieure.*

## **NOS OBSERVATIONS ET CRITIQUES**

Durant notre stage, nous avons remarqué quelques points intéressants et surprenants concernant le problème de la tuberculose.

Par exemple, concernant l'information connue et reçue par la population, nous avons constaté que les patients ont de nombreuses lacunes au sujet de cette maladie. Nous trouvons dommage qu'aucune campagne de prévention ne soit mise en place dans les médias. Pendant notre séjour en Roumanie, les seules affiches de prévention que nous avons vues se trouvaient dans les hôpitaux et dispensaires, là où elles ne nous semblent pas forcément les plus utiles. Nous avons discuté avec des instituteurs et avons remarqué qu'aucun d'eux ne connaissait bien la tuberculose et donc ne pouvait sensibiliser leurs élèves à ce problème. Cela nous a particulièrement surpris car nous savions que les enseignants doivent effectuer une radiologie préventive du thorax chaque année. Les médecins et plus particulièrement les médecins de famille devraient être soucieux de transmettre un message préventif

clair et efficace.

Lors de nos visites des différents sites de prise en charge des tuberculeux (hôpitaux, dispensaires, pavillons...) nous avons pu observer la précarité de certaines installations de base qui nous semblent essentielles pour juguler l'épidémie. Par exemple, la salle de prélèvement des expectorations était inadaptée, la ventilation filtrante des locaux était inexistante, les moyens de protection du personnel étaient insuffisants et l'isolation des patients contagieux approximative.

Il nous a également semblé que certains points théoriques énoncés dans le NTP ne sont pas toujours rigoureusement appliqués en pratique. Ainsi, certains cas sont perdus de vue sans que le maximum soit mis en œuvre pour les retrouver. Ceci nous paraît particulièrement grave puisque cela favorise la dissémination du germe et, à terme, l'apparition de souches résistantes.

Nous avons eu de longues discussions passionnées avec la majorité des médecins rencontrés à propos de la chimioprophylaxie et de l'interprétation d'un Mantoux positif. Selon les médecins roumains, une intradermoréaction positive ne nécessite pas de chimioprophylaxie car la personne ne présente pas de symptômes de la tuberculose. Leurs arguments sont les suivants : les coûts du traitement pour l'ensemble des personnes positives (près de 20 millions) seraient inenvisageables. De plus, cela favoriserait le développement de bactéries résistantes. Enfin le traitement prophylactique n'empêche pas une infection ultérieure. De notre point de vue, un test franchement positif, en absence de vaccination, atteste de la présence de la bactérie sous forme latente. Selon nous, la prophylaxie éviterait la contagion d'autres personnes au moment de l'activation de la maladie. Sans prophylaxie, la tuberculose ne pourra jamais être totalement sous contrôle. Toutefois, nous sommes conscients qu'il est impossible d'appliquer les mêmes régimes dans des pays à très forte ou à faible incidence de la maladie

# L'INSTITUT DE PNEUMOLOGIE MARIUS NASTA DE BUCAREST



Voici tout d'abord une brève description de l'Institut de Pneumologie Marius Nasta de Bucarest, où s'est déroulé une partie de notre stage. L'ensemble comprend plusieurs bâtiments: l'hôpital de pneumologie, des pavillons destinés aux tuberculeux, dont un est spécifique aux porteurs de souches multi-résistantes, le dispensaire du secteur IV. Le tout est entouré d'un parc et de verdure. Dans le bâtiment principal se trouvent les bureaux des différents professeurs, les bureaux des internes, le bloc opératoire, les salles pour les bronchoscopies et les examens fonctionnels ainsi qu'un petit amphithéâtre.

Lors de notre première semaine de stage, notre activité s'est concentrée dans l'aile de l'hôpital dirigée par le Professeur Miron Bogdan. Nous tenons à remercier tout le service pour son chaleureux accueil.

Nous vous livrons maintenant nos impressions et nos constatations sur l'hôpital et son fonctionnement. Commençons tout d'abord par quelques informations sur les couloirs de l'institut. Ils sont relativement bien entretenus. En effet, les murs sont recouverts de catelles blanches, ce qui donne une impression particulière. Ils sont également propres car ils sont nettoyés régulièrement, même pendant la journée. L'éclairage est modeste et par temps gris (nous avons eu beaucoup de jours pluvieux pendant notre séjour), les couloirs deviennent rapidement sombres.

Parlons maintenant des chambres des patients. Elles ne sont pas très grandes et il y a entre 3 et 5 lits, souvent presque collés l'un à l'autre. L'espace disponible pour chaque patient est ainsi très réduit. Lorsque tous les lits sont occupés, ce qui n'était pas le cas lorsque nous y étions, les patients doivent rapidement se sentir à l'étroit.

Les lits sont vieux, construits en fer, sur lesquels reposent des matelas vieux et mous qui ne sont pas toujours d'une propreté étincelante. Rien à voir avec les lits électriques de nos hôpitaux ! Pour chaque patient, une petite feuille est épinglée au-





dessus de son lit avec les médicaments qu'il prend. Vis-à-vis du secret médical, cela nous a beaucoup surpris. Sur la porte des chambres, il y a une pancarte qui indique si les patients sont tuberculeux ou non. Mais à notre grande surprise, les portes des chambres indiquées comme « patients TB » étaient ouvertes sont la moindre précaution. Nous avons appris par la suite que les indications sur les portes étaient fausses car il n'y avait pas de patients atteints de la tuberculose dans cette partie de l'hôpital.

L'été, on se sent vite étouffé car ce n'est pas bien aéré. Au niveau des équipements, nous avons constaté qu'il y a un négatoscope dans la salle des assistants et un dans le bureau du professeur. C'est donc quotidiennement le défilé des assistants dans le bureau du professeur pour voir les radiographies. Lorsque le professeur est en consultation ou que le bureau est fermé, les médecins regardent les radiographies à la fenêtre, devant un grillage.

Cependant, un de nos plus grands étonnements s'est produit lors de notre visite dans la salle des bronchoscopies où nous avons pu assister à quelques examens. Les patients qui doivent subir un examen, que cela soit une bronchoscopie, une radiographie ou une IRM, attendent dans le couloir. Il n'y a pas de salle d'attente. Les patients peuvent attendre plusieurs heures avant que n'arrive leur tour. Les bronchoscopes souples sont modernes. Dans la salle, qui n'est déjà pas grande, se trouvaient le médecin en charge des bronchoscopies, trois patients, deux aides-soignantes, une interne ainsi que nous quatre. Les patients qui viennent de subir un examen peuvent se reposer dans la salle sur des lits qui sont disposés à cet usage. Ils entendent donc tout ce que le médecin dit à propos du patient suivant (la raison d'une bronchoscopie, quelle est la suspicion de maladie, les résultats de l'examen...) . Après les différents cours que nous avons suivis sur le secret médical, cet aspect nous a quelque peu surpris. Cependant, c'est l'aspect des gants du médecin qui pratiquait les bronchoscopies qui nous a le plus choqué : ils étaient jaunes voire bruns. De plus, le médecin se baladait dans l'hôpital et touchait toutes sortes d'objets avec ses gants. Par exemple, il a pris de l'armoire des collections un bocal avec un petit poisson retiré de l'une des bronches d'un ancien patient, sans qu'il enlève ses gants. De plus, il examine un patient après l'autre avec les mêmes gants. Nous avons fait la remarque au médecin qui nous chapeautait. Elle nous a répondu qu'il n'y avait pas suffisamment de gants à disposition. Cela n'empêche pas de faire attention et de ne pas tout toucher avec les gants, sinon autant ne pas en mettre. Nous avons aussi vu des chirurgiens se promener avec leur blouse dans le parc. Changent-ils de vêtements avant de rentrer dans le bloc opératoire ? Tout le monde nous a dit qu'il n'y avait pas plus d'infections nosocomiales qu'ailleurs mais est-ce qu'elles sont toutes répertoriées et classées comme telles ?

En ce qui concerne l'isolement des tuberculeux, nous avons aussi eu droit à une petite surprise. Nous avons croisé des patients tuberculeux dans le parc devant l'hôpital. Ils pouvaient sortir et se promener librement. Lorsque nous avons fait part de notre étonnement aux médecins du dispensaire, on nous a répondu que les mycobactéries étaient tuées par les UV. Quelle différence avec l'isolement strict que nous appliquons dans les pays à faible incidence de tuberculose !

Nous avons aussi pu nous rendre dans la salle des archives où toutes les fiches des patients souffrant ou ayant souffert de tuberculose, répartis entre actifs et passifs, sont gardées et classées par année. Pour être francs, nous n'avons pas compris grand-chose au classement, tellement c'était mal organisé. C'est là que nous avons pu constater le manque d'ordinateurs et donc le manque d'informatisation des données à disposition. Toutes les informations sont sur des petits papiers qui peuvent se perdre facilement. Cela nous amène à parler de toute la « paperasse » que les médecins doivent remplir, que se soit à l'hôpital ou chez les médecins de

famille. Il y a des registres pour tout : la tuberculose, les grossesses, les décès, les affections chroniques classées par maladie, les consultations... Les dossiers sont de format A5 avec à l'intérieur tous les papiers du patient.

Lors de nos différentes activités, nous avons bien pu nous rendre compte du manque de moyens dans certains domaines. Pour certains secteurs, comme les médicaments antituberculeux, l'argent est cependant à disposition.

## ENQUETES

Lors de notre activité dans l'Institut Marius Nasta, dans le dispensaire du secteur IV de Bucarest ainsi qu'à domicile, nous avons eu l'occasion de collecter l'avis de nombreux patients au sujet du système de santé roumain et de la tuberculose.

Afin d'avoir un échantillon représentatif de la population roumaine, nous avons essayé d'interroger des malades de différentes classes sociales et d'âges variables, issus aussi bien du milieu urbain que rural.

Nous avons établi un questionnaire-type (voir ci-dessous) que nous leur avons proposé.

### Questionnaire soumis aux patients

Nom

Age

Profession

Salaire

Niveau d'étude

Personnes à charge

Quelle image avez-vous du médecin ?

Trouvez-vous que vous êtes bien couvert par le système de santé?

Devez-vous payer pour obtenir vos soins?

Que devez-vous payer, quelle somme?

Devez-vous vous priver d'autre chose pour être bien soigné?

Devez-vous attendre pour obtenir vos soins?

Existe-t-il, selon vous, des discriminations dans le système de santé?

Pensez-vous que l'accès aux médicaments, aux médecins (spécialistes) ainsi qu'aux examens complémentaire est aisé?

Que pensez-vous du système de santé roumain?

Avez-vous l'impression d'être bien soigné?

Avez-vous l'impression que les médecins sont compétents et efficaces?

Avez-vous l'impression que des moyens suffisants sont mis en œuvre pour vous traiter?

Pensez-vous que l'Etat soit déterminé à améliorer la situation sanitaire?

Selon vous, quels sont les points du système de santé à améliorer ?

Connaissez-vous la tuberculose ?  
Est-ce, selon vous, une maladie grave ?  
Que représente-t-elle à vos yeux ?  
Pensez-vous qu'elle soit fréquente en Roumanie ?  
Quels sont, selon vous, les modes de transmission ?  
D'après vous, comment se manifeste la maladie ?  
Avez-vous déjà contracté la tuberculose ?  
Si oui,  
- comment a-t-elle été dépistée ?  
- avez-vous été traité ?  
- avez-vous suivi le traitement ? si non, pourquoi ?  
D'après vous, où contracte-t-on la maladie ?  
Quelles sont, selon vous, les personnes touchées ?  
Avez-vous déjà entendu parler de campagne de prévention ?  
Si oui, par qui était-elle menée ?  
Avez-vous l'impression que l'Etat s'implique dans la lutte contre la tuberculose ?

Par soucis de clarté, nous avons effectué une synthèse des réponses récoltées. Concernant la tuberculose, nous avons séparé les patients en deux catégories: ceux qui ont eu la maladie et ceux qui ne l'ont jamais eue.

### *Système de santé*

D'une manière générale, les patients semblent relativement satisfaits par le système de santé. Leur contentement se porte en particulier sur la compétence du personnel soignant, sur le peu d'attente pour les examens, une prise en charge efficace des enfants ainsi que sur le bon remboursement des médicaments selon les pathologies. En ce qui concerne les améliorations à apporter, les points suivants reviennent régulièrement:

- trop grande disparité entre ville et campagne: la densité du matériel et du personnel médical est mal répartie sur le plan national. En effet, la concentration de médecins est très importante dans les villes contrairement à la campagne. Cette inégalité a d'autant plus de conséquences que près de 50% de la population roumaine vit dans un milieu rural, dans des conditions très précaires avec un accès plus que difficile aux structures médicales.

- inéquités socio-économiques: parmi les personnes défavorisées se trouvent les chômeurs, les travailleurs au noir et les employés avec un faible salaire. En effet, il leur est difficile de cotiser à la caisse nationale d'assurance. Les retraités ont une si petite pension qu'ils arrivent difficilement à payer leurs médicaments.

- implication insuffisante de l'Etat: les patients souhaiteraient que le budget alloué à la santé soit plus conséquent.

- augmentation du remboursement des médicaments.

Parmi les patients que nous avons interrogés, une infirmière à la retraite regrette l'absence d'avantages du personnel soignant dans les coûts des prestations médicales. En effet, il est courant en Roumanie d'avoir des réductions dans son domaine d'activité professionnelle. Ainsi les employés de la compagnie d'électricité bénéficient de rabais sur le prix de l'électricité.

### *Tuberculose*

Nous avons remarqué que les personnes questionnées ne sont pas au courant de

l'existence d'un programme de prévention, à l'exception de quelques patients qui ont entendu parler de la tuberculose par hasard, à la télévision lors de l'inauguration d'un centre spécialisé ou d'un dispensaire.

- Les patients qui ont eu la tuberculose:

Nous avons constaté qu'ils sont beaucoup mieux informés que les patients qui n'ont jamais contracté la maladie. Ils connaissent mieux les moyens de transmission, l'importance du traitement ainsi que l'incidence et les manifestations de la tuberculose.

- Les patients qui n'ont jamais eu la tuberculose:

Il y a un manque d'information certain de la population. La plupart des personnes interrogées savent que c'est une maladie fréquente en Roumanie.

En ce qui concerne les modes de transmission, ils en ont tous une vague idée. Quant aux symptômes, ils mentionnent la toux et les expectorations.

D'une manière générale, tous pensent que seules les classes défavorisées sont touchées par la tuberculose, ce qui n'est pas le cas.

Par ailleurs, une patiente nous a déclaré qu'elle pensait que cette maladie se contractait à l'hôpital! (ce qui nous paraît être une vérité au vu des observations que nous avons pu faire dans les institutions médicales bucarestoises)

Nous avons ensuite questionné les différents médecins que nous avons rencontrés (internes, généralistes, pneumologues ou professeurs).

Certains ont effectué des stages ou une partie de leur formation à l'étranger, notamment en France.

### Questionnaire soumis aux médecins et travailleurs de la santé

Age

Profession

Expérience

Concernant le système de santé :

- la couverture est-elle suffisante ?
- est-il accessible à tout le monde ?
- existe-t-il des discriminations ?
- selon vous, les patients sont-ils satisfaits ?
- êtes-vous satisfait du système ?
- quels sont les points à améliorer ?

Que pensez-vous de vos conditions de travail ? Et de votre salaire ?

Pensez-vous que le programme de lutte contre la tuberculose soit adéquat et efficace ?

Suit-il les recommandations de l'OMS ?

Vous sentez-vous impliqué dans la lutte contre la tuberculose ?

Trouvez-vous que les pouvoirs publics sont suffisamment impliqués ?

Pensez-vous que les moyens de protection sont suffisants : pour le personnel soignant ? pour les patients ?

### *Conditions de travail*

Les médecins sont satisfaits de leurs conditions de travail mais pas de leur salaire qui est de 5 à 6 millions de lei, moins de 200€, pour un spécialiste en début de carrière. Les internes, quant à eux, touchent environ 3.5 millions de lei (soit 100€).

Toutefois, leur salaire peut être triplé par les "pourboires". En effet, les Roumains semblent avoir gardé dans l'esprit qu'il est nécessaire de se présenter chez le médecin avec un "présent". Ils se sentent obligés d'offrir quelque chose, que ce soit un bouquet de fleurs, de l'argent, ou même une poule lorsqu'il s'agit de paysans. Chacun donne ce qu'il peut. Ainsi, nous avons pu voir avec étonnement un patient glisser un billet dans la poche du médecin qui s'occupait de sa bronchoscopie, alors que nous n'étions pas encore au courant de ces pratiques. De plus, les médecins se sentent obligés d'accepter, autrement les malades penseraient qu'ils refusent parce qu'ils ne peuvent plus les soigner et qu'ils vont mourir.

Ces habitudes constituent pourtant un système pervers car les malades qui n'ont pas les moyens d'offrir un cadeau au médecin n'osent pas aller consulter. D'autant plus que nous avons constaté que quelques médecins ne font rien pour briser cette "coutume".

En Roumanie, la hiérarchie est très développée et plus l'on gravit les échelons plus le salaire augmente. Certaines spécialités, selon le risque, bénéficient d'une compensation qui est de 100% pour les pneumologues, pour les médecins qui travaillent avec des maladies infectieuses, pour le personnel soignant en contact avec les malades VIH, et de 25% pour les radiologues par exemple.

Ce système concerne aussi bien les médecins que les infirmières.

La densité de patients par médecin semble correcte en ville: il n'y a pas de surcharge de travail.

### *Système de santé*

De l'avis général, le système de santé actuel est mauvais. Certains points à améliorer reviennent très fréquemment dans les discussions:

- l'éducation des patients: comme nous l'avons déjà remarqué en questionnant des malades, celle-ci est quasiment inexistante! Beaucoup de médecins suggèrent la mise en place de programmes éducatifs audiovisuels concernant les pathologies les plus fréquentes.

- la faible densité médicale en campagne: c'est un problème qui reste difficile à résoudre aussi bien en Roumanie que chez nous

- le budget insuffisant pour la santé

- les conditions d'hygiène insatisfaisantes

- l'augmentation du remboursement des médicaments ainsi que de certains examens, comme les produits de contraste pour l'imagerie que les patients doivent acheter eux-mêmes

### *Tuberculose*

Le programme de lutte contre la tuberculose suit les recommandations de l'OMS et il semble efficace malgré l'apparition de nouveaux cas. Le point critique est le suivi du patient à sa sortie de l'hôpital car il doit poursuivre le traitement en ambulatoire et c'est encore plus difficile en campagne.

Etonnamment, ils ne connaissent pas le niveau d'implication des pouvoirs publics mais le supposent insuffisant.

Les moyens de protection sont quant à eux clairement insuffisants aussi bien pour les médecins que pour les patients.

Nous avons été particulièrement marqués par le fait qu'il n'y a pas eu de différence majeure entre les réponses des médecins qui ont eu une expérience à l'étranger et les autres, en particulier en ce qui concerne les précautions d'hygiène : tous les médecins se rendent compte que celles-ci sont insuffisantes mais...

En effectuant notre stage, nous avons pu interroger et suivre quelques médecins et

certaines de leurs attitudes nous ont marqués:

-Tout d'abord, la notion de secret médical semble être très peu respectée. Cela nous a beaucoup surpris d'autant plus que nous venions d'étudier la relation médecin-malade! Ainsi, à plusieurs reprises, nous nous sommes trouvés dans une chambre, coincés avec une dizaine de pneumologues et internes, à écouter les antécédents personnels d'un patient, alors que ses compagnons de chambre entendent tout et nous dévisagent sans comprendre la raison de cet "atroupement". En effet, il n'y a pas de rideaux permettant de préserver quelque peu l'intimité de chaque malade.

De même, nous avons vu des médecins annoncer une mauvaise nouvelle à la femme d'un patient au milieu du couloir!

- En Roumanie, le docteur est toujours considéré comme un "dieu". Les patients n'osent pas le critiquer. Ils se trouvent dans une situation où ils ne sont pas demandeurs mais se contentent d'accepter ce que le médecin leur propose. Certains malades pouvaient attendre jusqu'à une heure que le professeur nous explique leur cas sans broncher. Cela leur paraît presque normal. Nous avons eu d'autres exemples: nous avons été chez une pédiatre du dispensaire qui nous a expliqué le programme de lutte contre la tuberculose mis en place pour les enfants pendant près d'une demi-heure. Nous étions assis sur le lit du patient et certains parents passaient timidement la tête pour savoir ce qui occasionnait tant de retard. Lorsque la doctoresse s'est enfin décidée à faire entrer une mère et ses deux enfants, ceux-ci ont dû rester debout durant toute la consultation, la pédiatre nous priant de rester assis.

Pourtant, pour les pneumologues surtout, l'écoute est très importante afin d'assurer une meilleure compliance dans le cas de tuberculeux en particulier.

## CONCLUSION

Nous avons trouvé cette expérience très enrichissante. Tout d'abord, cela nous a permis de découvrir un nouveau pays, différent du nôtre par bien des aspects : la langue, la grandeur du pays et de Bucarest, le mode de vie, la pauvreté, le niveau de vie, la mentalité... et la circulation chaotique, qui nous a causé quelques soucis... Nous avons été particulièrement frappés par les personnes âgées et les petits enfants qui mendient dans la rue et le métro ainsi que par les conditions extrêmement précaires de certaines personnes qui vivent en périphérie des grandes villes et à la campagne. Par exemple, nous nous sommes rendus chez une famille vivant à 20km de Bucarest. Ils étaient logés à 5 dans une maison délabrée de 25 m<sup>2</sup>, ne disposant pas d'eau courante. Les sanitaires se composaient uniquement d'un lavabo et des enfants devaient dormir dans une cuisine non équipée.

Durant notre stage, nous avons pu bénéficier de l'hospitalité roumaine. D'une manière générale, nous avons été très bien accueillis aussi bien par le personnel soignant que par les patients. En effet, lorsque nous demandions à rencontrer certaines personnes ou à assister à différentes tâches médicales, les médecins qui nous encadraient s'empressaient de nous organiser des rendez-vous. De plus, une pneumologue s'est particulièrement bien occupée de nous pendant l'ensemble de notre stage.

Ce stage nous a permis d'observer pour la première fois le fonctionnement général de divers établissements médicaux, tels que dispensaires, cabinets médicaux, hôpitaux. Bien que nous nous étions préparés à rencontrer des différences par rapport à notre expérience en Suisse, certains aspects nous ont particulièrement marqués.

De plus, ce stage nous a donné la possibilité de traiter une maladie de manière globale. Après deux années de théories médicales, nous avons eu un premier contact avec les patients. Nous avons pu discuter avec eux de leur maladie et de ses implications dans leur vie quotidienne. Nous avons aussi pu nous pencher sur le suivi du patient à sa sortie de l'hôpital. Notre intérêt s'est également porté sur les répercussions sociales et économiques d'un problème de santé publique.

Et pour finir, nous avons aussi expérimenté la vie à quatre ! Heureusement, tout s'est extrêmement bien passé !

*Nous remercions avant tout Dr Mona Sara Mitrache pour ses traductions, ses explications, ses visites, ses tours de lacs, son rire, ...**MERCI MONA !!!***

*MERCI au Prof. Miron Bogdan de nous avoir reçus, dirigés, aidés, ouvert tant de portes, appris tant de choses sur son fascinant pays.*

*MERCI aux médecins de famille qui nous ont reçus si chaleureusement dans leur cabinet.*

*MERCI au Dr Cristi Popa pour ses explications (très utiles!) et pour sa petite balade à la campagne...*

*MERCI au Prof. Enachescu de nous avoir consacré de son temps.*

*MERCI à Ste pour la découverte de la gastronomie roumaine, de Bucarest by night, des routes infernales.*

*MERCI à Matei et à sa famille pour les très bons moments passés ensemble, pour ses explications culturelles, géographiques, historiques et... très pratiques !*

*MERCI à Patricia Marta pour sa visite de Brasov et à sa maman pour son aide au dispensaire.*

*MERCI à toutes les personnes qui ont relu ce rapport.*

*MERCI aux étudiants en architecture d'avoir créé le Club  
A il y a bien longtemps !*



# ANNEXES

## Annexe 1

### FORMULAR PENTRU SOLICITARE/RAPORTARE EXAMEN BACTERIOLOGIC PENTRU TUBERCULOZA (MICROSCOPIE ȘI CULTURĂ)

Unitatea care solicită\* \_\_\_\_\_  
Dispensarul la care se declară \_\_\_\_\_ FN/L/AN\*\* \_\_\_\_\_ FO\*\* \_\_\_\_\_  
Nume pacient \_\_\_\_\_ Data nașterii \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sex (B/F) \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_ CNP □□□□□□□□□□□□□□  
Recoltat de \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nr. identificare produs \_\_\_\_\_  
Scopul examenului\*\*\* Diagnostic/Evaluare , respectiv T0; T2; T3; T4-T5; T6-T8; T10-12.  
Categoría de bolnav\*\*\* Caz Nou/Readmis/Eșec/ Abandon/Transfer/Cronic   
Alt produs decât sputa \_\_\_\_\_

#### REZULTATE MICROSCOPIE

Cod laborator \_\_\_\_\_ Nr. din registrul de laborator \_\_\_\_\_

Aspectul sputei: muco-purulentă  hemoptoică  salivă

Specimen	Rezultat	Pozitiv (grade)BAAR			
		+++	++	+	insuf.(<3)
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Examinat de (semnătura) \_\_\_\_\_



#### FORMULAR SOLICITARE CULTURĂ\*\*\*\*

Cod laborator \_\_\_\_\_ Nr. din registrul de laborator \_\_\_\_\_

Unitatea care solicită \_\_\_\_\_

Nume pacient \_\_\_\_\_ Vârsta \_\_\_\_\_ Sex (B/F) \_\_\_\_\_

#### REZULTAT CULTURĂ MYCOBACTERIUM

Nr.cultură \_\_\_\_\_

Nr.și rezultatul microscopiei: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Specimen	Rezultate	Pozitiv (grade)			
		+++	++	+	sub 10c/t #
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semnătura laborator \_\_\_\_\_

\* Spitalul /Sanatoriul/Dispensarul care face solicitarea.

\*\* FN/L/AN =nr. fișă/litera/an înregistrare; FO = nr. foi de observație pentru bolnavii internați în Spital /Sanatoriu.

\*\*\* Se notează litera îngroșată corespunzătoare.

\*\*\*\* Datele de identitate se înscriu și pe formularul pentru cultură numai dacă se solicită și acest examen.

# Sub 10 c/t se va nota exact numărul acestora.



**ANCHETA EPIDEMIOLOGICA**

CAZ NOU \_\_\_\_\_ (FOCAR \_\_\_\_\_)

CAZ READMIS \_\_\_\_\_

RETRATAMENT: \_\_\_\_\_

- ABANDON \_\_\_\_\_

- ESEC \_\_\_\_\_

NR. FISA \_\_\_\_\_ NR.DISPENSAR \_\_\_\_\_

NUME \_\_\_\_\_

PRENUME \_\_\_\_\_

DATA NASTERII \_\_\_\_\_

COD PERSONAL \_\_\_\_\_

**CONDITII SOCIO-ECONOMICE SI CULTURALE:**

- CETATENIE \_\_\_\_\_ ETNIE \_\_\_\_\_

- CAZIER : DA \_\_\_\_\_ NU \_\_\_\_\_

PARINTII: TATA \_\_\_\_\_ MAMA \_\_\_\_\_

MEDIC FAMILIE \_\_\_\_\_

ADRESA: STRADA \_\_\_\_\_ NR \_\_\_\_\_

BL \_\_\_\_\_ SC \_\_\_\_\_ ETAJ \_\_\_\_\_ AP \_\_\_\_\_ SECTOR \_\_\_\_\_

TELEFON: ACASA \_\_\_\_\_ SERVICI \_\_\_\_\_

OCUPATIA \_\_\_\_\_ COD \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIC \_\_\_\_\_

COD DIAGNOSTIC \_\_\_\_\_

EX. BACTERIOLOGIC: DATA \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

CONFIRMAT HP \_\_\_\_\_

ABG: DATA \_\_\_\_\_ (in caz de chimiorezistenta data aproximativa a instalarii:  
primara,secundara de cand?) \_\_\_\_\_

BOLI ASOCIATE \_\_\_\_\_

DATA INCEPERII TSS: \_\_\_\_\_ SCHEMA \_\_\_\_\_

LOCUL DEPISTARII \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

LOCUL INTERNARII \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

COD SPITAL \_\_\_\_\_ COD JUDET \_\_\_\_\_

INTERNARI ANTERIOARE DEPISTARII \_\_\_\_\_

SURSA PROBabila DE IMBOLNAVIRE \_\_\_\_\_  
(pentru copii si adolescenti)

LOCUINTA: Nr. camere locuit \_\_\_\_ Nr.membrii de familie \_\_\_\_ Adulti \_\_ Copii \_\_\_\_

NIVEL DE TRAI (salariati, nesalariati, eventual venituri) \_\_\_\_\_

Daca bolnavul sursa locuieste in aceeași camera cu alti membrii de familie:

- adulti \_\_\_\_\_ copii \_\_\_\_\_

#### 1. CONTACTI INTRDOMICILIARI

ADULTI	DATA	Ex. si rezultat
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

COPII	IDR (data, rezultat)	Rx (data, rezultat)
1.		
2.		
3.		
4.		

---

**2.CONTACTI EXTRADOMICILIARI**

<b>ADULTI</b>	<b>DATA</b>	<b>Ex. si rezultat</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

<b>COPII</b>	<b>DATA</b>	<b>Ex. si rezultat</b>
1.		
2.		
3.		
4.		

**MASURI IN FOCAR** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ISTORIC :**

**FIȘA DE TRATAMENT A TUBERCULOZEI**

Nume și prenume _____		Localizare _____		Caz nou <input type="checkbox"/> Readmis <input type="checkbox"/>	
Adresa _____		Pulmonară <input type="checkbox"/>		Transfer <input type="checkbox"/> Eșec <input type="checkbox"/>	
Sex M/F Vârsta _____ Greutate _____ CNP _____		Extrapulmonară <input type="checkbox"/>		Abandon <input type="checkbox"/> Cronic <input type="checkbox"/>	
Nr. CAS _____ Diagnostic _____		Disp. TB _____			
		Județ _____			

Regim 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Individualizat <input type="checkbox"/> Modificat pentru: Chimiorezistență <input type="checkbox"/>		Reacții adverse <input type="checkbox"/>	
Faza inițială: * <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>		Data ...../...../.....	
Faza de continuare: ** <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>		Ritm: 7/7 <input type="checkbox"/> 3/7 <input type="checkbox"/>	
H: Isoniazida R: Rifampicina Z: Pirazinamida E: Etambutol S: Streptomicina			

	Data	Nr. Lab.	Frotiu	Cultura	ABG
T0					
T2					
T3					
T4-T5					
T6-T8					
T10-12					

Data începerii tratamentului _____		Data încetării tratamentului _____	
------------------------------------	--	------------------------------------	--

Luna	Ziua																															Semnatura pacientului***			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

\* Se va nota cu "X" în dreptul zilei în care s-a administrat medicație strict supravegheată. "A" în cazul medicației auto-administrate și "-" în cazul în care s-a omis priza.  
 \*\* T3, T5, T8 sunt controale pentru recidive (vezi text program).  
 \*\*\* Semnatura pacientului pentru confirmarea primirii medicamentelor pe luna respectivă.