

La morbidité diagnostiquée en première ligne dans la région sanitaire de Sousse (Tunisie)*

Diagnosed morbidity in primary health care in the sanitary region of Sousse (Tunisia)

R. Gataa, T. Nabli Ajmi, I. Bougmiza et A. Mtiraoui

Département de Médecine Communautaire, Faculté de Médecine de Sousse, Tunisie

RESUME

La santé primaire constitue une pierre angulaire dans le système de soins tunisien, cependant nous ne disposons pas d'une information suffisante sur les caractéristiques de la pratique médicale ambulatoire ainsi que sur la morbidité la plus répandue en première ligne. Dans ce travail, nous nous sommes intéressés à la morbidité diagnostiquée en première ligne.

Les objectifs sont de déterminer les caractéristiques spécifiques de la morbidité en médecine générale et d'identifier et classer les diagnostics établis par les médecins généralistes. Il s'agit d'une étude descriptive de type transversale menée durant l'année 2002-2003 dans les centres de santé de la région de Sousse (Tunisie). L'information a été collectée auprès d'un échantillon représentatif de 16.271 consultations. Sur le plan méthodologique, nous avons procédé par un sondage à deux degrés : tirage au sort de 3 semaines par saison, et tirage systématique des patients consultants, en fixant un pas de sondage à 5. Le codage de la morbidité a été établi selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

Parmi les 16.271 consultations enregistrées, nous avons identifié 24.882 motifs de consultation ($1,9 \pm 0,8$ par rencontre), 18.079 diagnostics ($1,3 \pm 0,5$ par rencontre), et 40.190 procédures ($3,2 \pm 1,9$ par rencontre). Dans cet article, nous avons exploré uniquement les résultats de consultations se rapportant à la décision des médecins, c'est-à-dire la morbidité telle que diagnostiquée par le médecin généraliste.

La population qui consulte en première ligne est caractérisée par une prédominance féminine

ABSTRACT

Primary health care is one of the pillars of the Tunisian health care system. However, we have very little information about the specificities of general practice and the patterns of the morbidity encountered in this field. This study was interested on the diagnosed morbidity in primary health care settings.

We aimed to illustrate the patterns of morbidity in general practice and identify the main diagnoses which are established by the general practitioners (GPs).

The study design was descriptive and cross-sectional. 85 (out of 92) primary health centres of the province of Sousse (Tunisia) have been included during one year, from June 2002 to May 2003. We have targeted a representative sample of 16.271 encounters in these primary care settings. On the methodological plan, we proceeded by a poll to two degrees ; the first concerned the weeks within every season : 3 weeks were drawn out by lot ; the second interested the encounters, proceeding by a systematic pull and the step of poll was fixed to 5. The International Classification of Primary Care (ICPC) was used to code recorded data.

The main results of this study showed that among the 16.271 patient-doctor encounters we registered 24.882 reasons for encounter (RFE) ($1,9 \pm 0,8$ per encounter), 18.097 diagnoses ($1,3 \pm 0,5$ per encounter), and 40.190 procedures ($3,2 \pm 1,9$ per encounter). In this paper we have only explored the results of encounters related to the decision of general practitioners, i.e. the diagnosed morbidity.

With regard to sex distribution there was a predominance of females (62 %). The study population was relatively young as 50 % were aged less than 25 years. According to ICPC chapters,

* Cette étude a bénéficié du support de l'Unité de Recherche " PMA 01/UR/08-15 " - Département de médecine communautaire, Faculté de Médecine de Sousse.

(62 %) et une importante population de jeunes âgés de moins de 25 ans (environ 50 %). Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées en première ligne montrent une prédominance des affections respiratoires (43 %). Les autres pathologies qui suivent sont : les troubles digestifs (10,1 %) les problèmes articulaires (8,9 %), les maladies cardiovasculaires (8,7 %) et les pathologies de la peau (8,4 %).

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 471-80

we found that respiratory diseases were the main established diagnoses (43 %) followed by digestive (10.1 %), locomotive (8.9 %) cardiovascular affections (8.7 %) and skin diseases (8.4 %). These five affections constituted alone about 80 % of the total.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 471-80

Key words : general practice, diagnosed morbidity, International Classification of Primary Care (ICPC)

INTRODUCTION

La médecine générale (MG) tient son originalité à la fois dans son large champ d'action et dans son implication complexe dans le système de santé. Les bases générales de son activité ont été définies depuis la fin des années 70 ; date à laquelle la Tunisie a faite sienne la déclaration d'Alma Ata (Santé pour tous, O.M.S.), en réorganisant son système de santé (mise en place des soins de santé de base avec le généraliste comme un acteur central dans ce dispositif)¹.

L'organisation sanitaire du secteur public en Tunisie comporte trois niveaux de soins. Le premier niveau : le Centre de Santé Base (CSB) qui s'occupe principalement des problèmes de la population qu'il dessert, l'hôpital de circonscription (local) fait partie du premier niveau ; le deuxième niveau est constitué par l'hôpital régional représenté par les centres de diagnostic et de traitement spécialisés. Le troisième niveau est représenté par l'hôpital universitaire et les centres de diagnostic et de traitement hyper-spécialisés, ayant une mission de soins, d'enseignement et de recherche¹.

Par ailleurs, le système de santé tunisien a ses particularités. Il s'organise autour du libre choix du patient, de la possibilité des multiples entrées dans le système de soins. Il comprend en réalité deux secteurs (sous-système) : un secteur public et un secteur libéral. Presque un médecin clinicien sur deux est généraliste (5.136 généralistes / 10.119 médecins cliniciens en 2006). La médecine générale est presque à moitié libérale (2.358 médecins en octobre 2006) et à moitié publique (2.778 médecins en octobre 2006). Les libéraux exercent dans des cabinets médicaux qui sont en soi une petite entreprise indépendante. Les fonctionnaires exercent dans les centres de santé de base couvrant l'ensemble du territoire national et dont la densité est de 1 pour 4.800 habitants en 2006. Le secteur de première ligne, public, assure, en Tunisie, environ 50 % de l'ensemble des consultations médicales du pays et 10 % des hospitalisations. A côté de ces activités de type clinique, le MG joue un rôle important dans la prévention et la promotion de la santé de la population dont il a la charge².

Cependant, malgré la place qu'occupe le secteur

public dans les soins de santé primaire et l'importance de la pratique médicale ambulatoire dans les CSB, ainsi que la richesse retrouvée en termes de pathologies et de motifs de consultation rencontrés, très peu d'études portant sur la morbidité diagnostiquée en première ligne ont été menées.

Dans un but de mieux connaître la réalité de la pratique médicale ambulatoire, le département de médecine communautaire de la Faculté de Médecine de Sousse a mené, pour la première fois en Tunisie, une enquête de cette envergure dans les centres de santé de base de toute la région sanitaire de Sousse. Cette région comptait en 2002, 505.370 habitants, 2 hôpitaux universitaires, un hôpital régional, 5 hôpitaux locaux (hôpitaux de circonscription) et 92 CSB.

Nous avons jugé intéressant de mener ce travail en utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) qui est, de nos jours, la mieux adaptée pour décrire le profil de la morbidité en première ligne, ainsi que le champ d'activité du médecin généraliste³.

Cet article porte seulement sur les aspects de la **morbidité diagnostiquée** dans les CSB et a pour objectifs de : 1) identifier les affections morbides les plus fréquemment rencontrées en pratique médicale ambulatoire ; 2) déterminer le profil de la morbidité diagnostiquée en première ligne.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive de nature transversale. Elle s'est étendue sur une période de 12 mois, allant de juin 2002 à mai 2003, couvrant ainsi toutes les saisons de l'année. La population à l'étude est constituée d'un échantillon représentatif de consultations médicales au sein de chaque centre de santé de la région sanitaire de Sousse.

La région de Sousse est située au centre-est tunisien, au bord de la mer Méditerranée. Elle a un climat semi-aride et une superficie totale de 2.621 km², pour une population de 567.935 habitants en l'an 2006. Le taux d'urbanisation est de 82 %. Le nombre de consultations en médecine générale dans les CSB enregistré durant l'année 2003 était de 441.600 consultations.

Sur le plan méthodologique, nous avons procédé par un sondage à deux degrés : le premier concerne les semaines au sein de chaque saison (3 semaines par saison sont tirées au sort) ; le second concerne les fiches des patients consultants, en effectuant un tirage systématique avec un pas de sondage de 5. Le tirage des patients consultants s'est effectué le jour même de la consultation. Le premier patient consultant inclus dans l'enquête est tiré au hasard parmi les cinq premiers inscrits le jour de la consultation. Par ailleurs, il faut noter que certains patients peuvent être revus d'une saison à l'autre mais la méthode du tirage au sort que nous avons effectuée sur les patients a minimisé au maximum le nombre des patients inclus plus d'une fois dans l'enquête. En outre, nous nous sommes intéressés aux caractéristiques de la consultation (motif, diagnostic, procédures médico-techniques, etc.) plus qu'au patient lui-même.

La collecte des données s'est basée sur une fiche de renseignement permettant d'explorer trois aspects importants au cours du contact médecin-malade à savoir : le motif de contact ou demande de soins telle qu'exprimée par le malade, les résultats de la consultation tels que jugés par le médecin, ainsi que les procédures (prestations) diagnostiques, thérapeutiques et préventives entreprises dans le processus de soins. Cette fiche de collecte d'information est conçue selon la structure SOAP (les signes Subjectifs, les signes Objectifs, l'Assessment du médecin, et les Procédures préconisées) et remplie par le médecin après avoir fait son entretien avec le patient et son examen physique complet ou partiel.

Le codage de l'information a été réalisé selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2). La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'unité d'informatique du Département de Médecine Communautaire à la Faculté de Médecine de Sousse, par le logiciel SPSS 10. Le seuil de signification retenu dans l'analyse statistique est 5 % et les tests statistiques utilisés sont essentiellement le Chi², le test T de Student et le test ANOVA à un facteur.

Dans cet article nous avons exploré uniquement les résultats de consultations se rapportant à la décision des médecins à la fin de la consultation, c'est-à-dire la morbidité telle que diagnostiquée par le médecin traitant.

RESULTATS

Caractéristiques de la population d'étude

Cette étude, menée dans les centres de santé de base (CSB), a intéressé 85 CSB sur un total de 92 soit 92,4%. La raison pour laquelle 7 CSB n'ont pas participé à l'étude était le refus à la participation à l'enquête par les médecins qui pratiquent dans ces centres. L'échantillon étudié est formé de 16.271 consultations.

Les patients qui se sont présentés à la

consultation le jour de l'enquête sont à prédominance féminine (62,0 %) (figure 1). 74 % des patients sont issus d'un milieu urbain (figure 2). Cette distribution selon le milieu diffère statistiquement de la répartition dans la population générale (80 % vivent dans un milieu urbain) ($p < 0.05$). Par ailleurs, nous avons noté que les consultants dans les CSB sont relativement jeunes

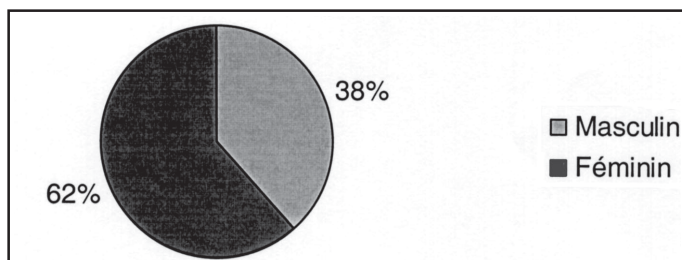


Figure 1 : Répartition selon le genre.

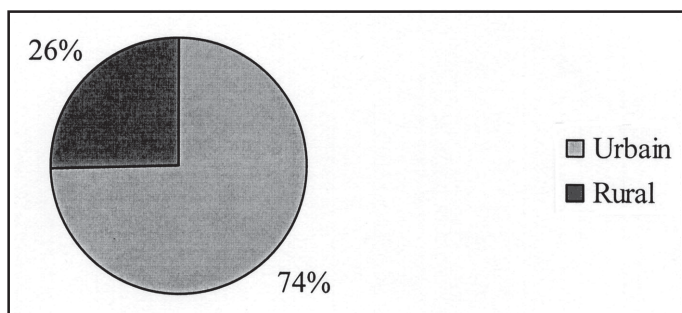


Figure 2 : Répartition selon le milieu (origine).

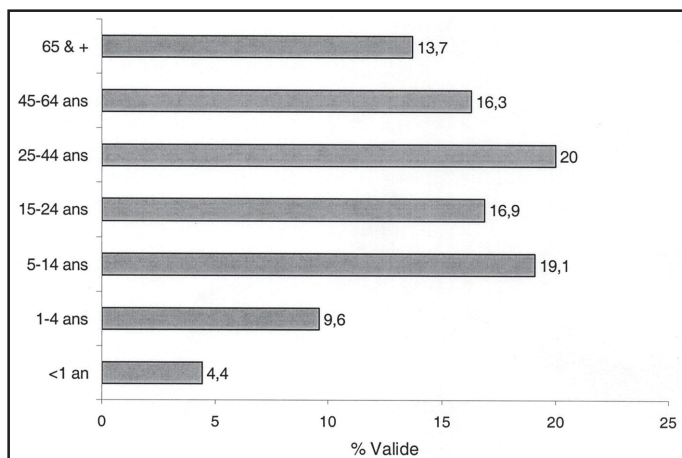


Figure 3 : Répartition par tranches d'âge.

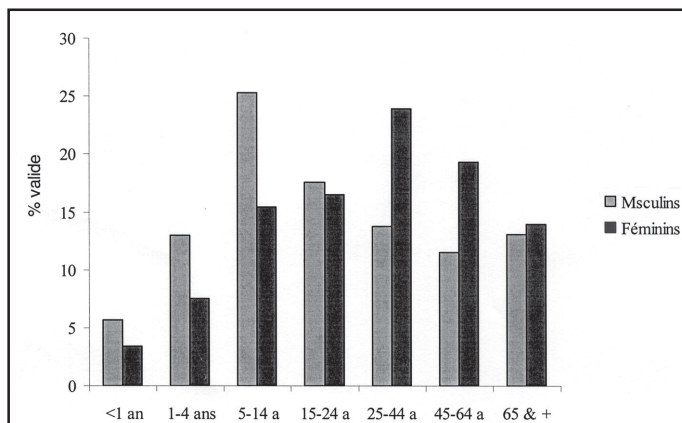


Figure 4 : Répartition en fonction du sexe et de l'âge.

avec un âge moyen et une déviation standard de $31,1 \pm 24,3$ ans et la médiane d'âge est de 24 ans (l'âge moyen dans la population générale de Sousse est de 28,2 ans). Les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 33,1 % dont 4,4 % sont âgés de moins d'un an. La population âgée de plus de 65 ans représente 13,7 % (figure 3).

La distribution de la population selon le genre et par tranche d'âge montre une prédominance masculine chez les enfants et les jeunes de moins de 25 ans. Cependant, une forte prédominance féminine est notée dans la population âgée de plus de 25 ans (figure 4).

Caractéristiques de la consultation en médecine générale

D'une façon générale, les patients tunisiens ne sont pas obligés actuellement de passer obligatoirement par leur médecin de famille. Ils ont le choix de consulter en secteur privé ou bien en secteur public et ont aussi la possibilité de changer de médecin traitant à n'importe quel moment. Cependant, il faut noter qu'une réforme d'assurance maladie est actuellement en cours de mise en place en Tunisie et le passage obligatoire par le médecin de famille sera choisi parmi l'un des 3 régimes proposés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) à partir du juillet 2008.

Malgré l'absence d'une réforme claire qui obligerait le patient à passer par son médecin traitant en cas de problème de santé, notre travail a montré que la grande majorité des patients (71 %) qui fréquentent les centres de santé de base sont régulièrement suivis par leur médecin généraliste. Dans 81 % des cas, ces patients consultent pour des pathologies aiguës constituant le premier épisode de soins, 13,5 % consultent pour des maladies chroniques et seulement 5,5 % des patients sont revenus pour des visites de suivi et de contrôle. Cependant, les cas jugés par le médecin généraliste comme une situation d'urgence sont estimés à 18 %.

Motifs de consultation, diagnostics et procédures de soins en médecine générale

En explorant les résultats des 16.271 consultations étudiées, nous avons enregistré 24.882 motifs de consultation ($1,9 \pm 0,8$ par consultation), 18.097 diagnostics établis ($1,3 \pm 0,5$ par consultation), et 40.190 procédures de soins ($3,2 \pm 1,9$ par consultation). Un seul motif de consultation est observé chez 55,4 % patients et un seul diagnostic a été établi dans 82,6 % des cas, alors qu'au moins deux prestations (procédures) par patient ont été établies dans 67,4 % des cas.

Mesures prises à la fin de la consultation

Dans 63 % des cas, le médecin généraliste décide que le patient ne nécessite pas de visite de suivi pour le problème de santé présenté. Seulement

31 % des patients sont convoqués pour des visites de contrôle et 5,5 % sont orientés vers les consultations spécialisées.

Durée de la consultation

La durée moyenne de la consultation par patient est de 6,8 minutes ($\pm 3,8$). Cette durée varie d'une minute à trente minutes et nous avons noté que la médiane était de 5 minutes.

La durée de la consultation varie en fonction du genre du patient consultant. Elle est de 6,59 minutes pour le sexe masculin et 6,90 minutes chez les femmes. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0.05$).

Nous avons noté aussi une différence statistiquement significative de la durée de la consultation en fonction de l'âge. Cette durée augmente pour les patients d'âges extrêmes : 7,22 minutes pour les enfants âgés de moins d'un an ; 7,49 minutes pour les patients âgés de 45 à 64 ans ; 7,54 minutes pour les patients âgés de 65 ans et plus.

Répartition des diagnostics en fonction des chapitres de la CISP

La liste des diagnostics en fonction des chapitres de la CISP a montré que les diagnostics les plus fréquents sont d'ordre respiratoire (43 %), suivis des pathologies digestives (10,1 %), ostéo-articulaires (8,9 %), cardiovasculaires (8,7 %) et cutanées (8,4 %). Ces cinq affections constituent à elles seules 80 % du total de la morbidité diagnostiquée en première ligne. Cependant, les problèmes génitaux masculins et féminins (1 %) ainsi que les problèmes psychologiques et sociaux (0,8 %) sont rarement identifiés par les médecins généralistes de la région (tableau 1).

Les diagnostics les plus fréquents

En utilisant toujours la CISP, les pathologies aiguës les plus fréquentes sont d'ordre respiratoire : angine aiguë (15,7 %), bronchite aiguë et bronchiolite (11,2 %), les infections aiguës des voies respiratoires supérieures (9,2 %) et la grippe (3,5 %). Les 20 premiers diagnostics sont illustrés au tableau 2. Les deux pathologies chroniques les plus fréquemment rencontrées dans les consultations de première ligne sont l'hypertension artérielle (6,2 %) et le diabète non-insulinodépendant (3,3 %). Cependant, l'asthme, qui paraît être une pathologie chronique fréquente en Tunisie, n'est diagnostiqué en première ligne que dans 0,6 % des cas.

Les top-5 des diagnostics par chapitre de la CISP

Nous avons pris en considération les 8 premiers chapitres qui incluent environ 90 % de toute la pathologie diagnostiquée en première ligne. Le tableau 3 montre les diagnostics les plus fréquents (top-5) dans chacun des chapitres.

Tableau 1 : Répartition des diagnostics selon les Chapitres de la CISP.

	Chapitres CISP	Fréquence	%
R	Respiratoire	7.788	43,0
D	Digestif	1.833	10,1
L	Ostéo-articulaire	1.611	8,9
K	Cardiovasculaire	1.574	8,7
S	Peau	1.515	8,4
T	Métabolique / nutrition / endocrinien	746	4,1
F	Œil	631	3,5
A	Général et non spécifié	547	3,0
U	Système Urinaire	479	2,6
H	Oreille	367	2,0
B	Sang syst. hématol. / Immunologie	356	2,0
N	Neurologique	312	1,7
X	Syst. génital féminin et sein	141	0,8
P	Psychologique	136	0,8
W	Grossesse accouchement et PF	31	0,2
Y	Syst. génital masculin et sein	22	0,1
Z	Social	8	0,0
	Total	18.097	100,0

Tableau 2 : Répartition des 20 premiers diagnostics établis en première ligne.

Code CISP	Rubrique CISP	Fréquence	%	Rang
R76	Angine aiguë	2.844	15,7	1
R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	2.032	11,2	2
R74	Infection aiguë voies respiratoires sup.	1.659	9,2	3
K86	Hypertension non compliquée	1.124	6,2	4
R80	Grippe	638	3,5	5
T90	Diabète non insulino-dépendant	589	3,3	6
D70	Infection gastro-intestinale	324	1,8	7
U71	Cystite / autre infection urinaire	285	1,6	8
F70	Conjonctivite infectieuse	276	1,5	9
L90	Gonarthrose	272	1,5	10
S76	Autre maladie infectieuse de la peau	252	1,4	11
B82	Autre anémie / indéterminé	232	1,3	12
L20	S/P d'une articulation NCA	221	1,2	13
H70	Otite externe	220	1,2	14
A97	Pas de maladie	218	1,2	15
S11	Infection post-traumat. de la peau	208	1,1	16
D96	Vers / autre parasite	195	1,1	17
D08	Flatulence / gaz / renvoi	193	1,1	18
L86	Syndr. dorso-lombaire et irradiation	188	1,0	19
L91	Autre arthrose	163	0,9	20
Tous les autres diagnostics		5.965	33,0	
	Total	18.075	100,0	

Tableau 3 : Les cinq premiers diagnostics par chapitre de la CISP.

Rang	Code CISP	Diagnostic	%
Chapitre respiratoire			
1	R76	Angine aiguë	36,5
2	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	26,1
3	R74	Infection aiguë voies respiratoires supérieures	21,3
4	R80	Grippe	8,2
5	R75	Sinusite aiguë / chronique	1,5
Chapitre digestif			
1	D70	Infection gastro-intestinale	17,7
2	D96	Vers / autre parasite	10,6
3	D08	Flatulence / gaz / renvoi	10,5
4	D87	Trouble de la fonction gastrique	8,5
5	D82	Maladies des dents / des gencives	7,5
Chapitre ostéo-articulaire			
1	L90	Gonarthrose	16,9
2	L20	S/P d'une articulation NCA	13,7
3	L86	Syndrome dorso-lombaire et irradiation	11,7
4	L91	Autre arthrose	10,1
5	L99	Autre maladie ostéo-articulaire	6,5
Chapitre cardiovasculaire			
1	K86	Hypertension non compliquée	71,4
2	K88	Hypotension orthostatique	7,6
3	K71	RAA / maladie cardiaque rhumatismale	4,3
4	K96	Hémorroïdes	3,7
5	K85	Pression sanguine élevée	1,9
Chapitre cutané			
1	S76	Autre maladie infectieuse de la peau	16,6
2	S11	Infection post-trauma de la peau	13,7
3	S98	Urticaire	6,9
4	S72	Gale / autre acariose	6,8
5	S97	Ulcère chronique de la peau	5,9
Chapitre métabolique endocrinien			
1	T90	Diabète non insulino-dépendant	79,0
2	T93	Trouble du métabolisme des lipides	5,5
3	T60	Résultats analyses / examens	2,9
4	T86	Hypothyroïdie / myxœdème	1,9
5	T87	Hypoglycémie	1,7
Chapitre œil			
1	F70	Conjonctivite infectieuse	43,7
2	F71	Conjonctivite allergique	16,2
3	F91	Défaut de réfraction	10,3
4	F72	Blépharite / orgelet / chalazion	9,0
5	F92	Cataracte	5,7
Chapitre général			
1	A97	Pas de maladie	39,9
2	A62	Contact administratif	10,8
3	A92	Allergie / réaction allergique NCA	9,0
4	A04	Fatigue / faiblesse générale	6,2
5	A72	Varicelle	5,1

Distribution de la morbidité diagnostiquée selon le genre

Les pathologies respiratoires viennent en premier lieu pour les deux sexes. Les pathologies de la peau, en deuxième position, sont plus fréquentes dans la population masculine alors que les problèmes digestifs sont plus fréquents dans la population féminine. Les affections génitales et les problèmes psychologiques et sociaux restent les pathologies les moins identifiées par nos médecins généralistes, aussi bien chez les femmes que les hommes.

Distribution de la morbidité diagnostiquée selon l'âge

La répartition des diagnostics est variable en fonction de l'âge (tableau 4). Jusqu'à l'âge de 24 ans, les trois premiers diagnostics sont représentés par des affections respiratoires : angine aiguë, infections des voies respiratoires supérieures et bronchite aiguë. Chez les enfants de moins de 5 ans, la fréquence des pathologies respiratoires dépasse les 60 % alors que les affections digestives, telles que la diarrhée, les infections gastro-intestinales, les vers et autres parasites, viennent en deuxième lieu (14 %). Chez les adultes âgés de 25 à 44 ans, les pathologies respiratoires sont toujours les plus fréquemment diagnostiquées (34 %), mais il est important de noter que l'hypertension artérielle se trouve parmi les 10 premiers diagnostics dans cette tranche d'âge avec 1,6 %.

Dans le groupe d'âge de 45-65 ans, l'hypertension artérielle constitue la pathologie la plus fréquemment diagnostiquée (14,2 %), suivie par le diabète (9,3 %), puis les bronchites aiguës (8,5 %). Dans cette population, les pathologies ostéo-articulaires sont fréquemment retrouvées et constituent ensemble 10,2 % de la pathologie diagnostiquée dans cette tranche d'âge.

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont caractérisées par la fréquence élevée des pathologies chroniques. L'hypertension artérielle est la pathologie la plus observée (22,4 %) et le diabète non-insulinodépendant occupe la troisième place (7,9 %). Par ailleurs, les pathologies respiratoires et ostéo-articulaires sont assez fréquentes et constituent ensemble 30 % de la morbidité diagnostiquée chez cette population.

DISCUSSION

Points forts et limites de l'étude

Cette étude est la plus large en Tunisie concernant la morbidité en première ligne, touchant un échantillon représentatif de la région sanitaire de Sousse de 16.271 consultations. Les résultats de ce travail nous ont permis d'identifier les principaux problèmes de santé rencontrés dans les consultations de première ligne de la région. Cependant, ces résultats

Tableau 4 : Répartition des 5 premiers diagnostics en fonction de l'âge.

Rang	Code CISP	Diagnostic	Fréquence	%
< 1 an				
1	R74	Infection aiguë voies respiratoires supérieures	236	31,8
2	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	154	20,8
3	R76	Angine aiguë	26	3,5
4	D70	Infection gastro-intestinale	25	3,4
5	H70	Otite externe	21	2,8
1 – 4 ans				
1	R74	Infection aiguë voies respiratoires supérieures	477	27,9
2	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	354	20,7
3	R76	Angine aiguë	246	14,4
4	D70	Infection gastro-intestinale	60	3,5
5	D96	Vers / autre parasite	36	2,1
5 – 14 ans				
1	R76	Angine aiguë	1.075	32,5
2	R74	Infection aiguë voies respiratoires supérieures	441	13,3
3	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	433	13,1
4	D96	Vers / autre parasite	119	3,6
5	R80	Grippe	93	2,8
15 – 24 ans				
1	R76	Angine aiguë	607	20,8
2	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	266	9,1
3	R74	Infection aiguë voies respiratoires supérieures	193	6,6
4	R80	Grippe	158	5,4
5	D70	Infection gastro-intestinale	82	2,8
25 – 44 ans				
1	R76	Angine aiguë	535	15,3
2	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	299	8,6
3	R80	Grippe	180	5,2
4	R74	Infection aiguë voies respiratoires supérieures	166	4,8
5	B82	Autre anémie / indéterminé	97	2,8
6	T90	Diabète non-insulinodépendant	74	2,1
45 – 64 ans				
1	K86	Hypertension non compliquée	428	14,2
2	T90	Diabète non-insulinodépendant	281	9,3
3	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	258	8,5
4	R76	Angine aiguë	226	7,5
5	L90	Gonarthrose	114	3,8
65 ans et plus				
1	K86	Hypertension non compliquée	604	22,4
2	R78	Bronchite aiguë, bronchiolite	247	9,2
3	T90	Diabète non-insulinodépendant	212	7,9
4	L90	Gonarthrose	127	4,7
5	R76	Angine aiguë	110	4,1

sont uniquement représentatifs de la morbidité dans les structures publiques de santé (centres de santé de base), puisque nous avons exclu les cabinets de libre pratique pour des motifs de faisabilité. Par ailleurs, nous n'avons pas pris en considération les activités préventives qui sont offertes dans ces structures de première ligne, telles que la vaccination, les soins prénatals et les services de planification familiale. Ces services sont réalisés par les infirmiers et les sages-femmes des centres sans avoir, le plus souvent, recours au médecin du centre.

Utilisation de la classification CISP

La classification CISP nous a été très utile et même très adaptée pour le codage des motifs de consultation et des diagnostics dans notre contexte tunisien de pratique médicale ambulatoire. Cependant, nous avons remarqué que quelques diagnostics ne pouvaient pas être classés et sont par conséquent mis sous la rubrique " autres ". Cette difficulté est rencontrée particulièrement dans les pathologies cutanées, digestives et ostéo-articulaires.

Distribution des patients selon le genre

62 % des consultants sont de sexe féminin. Cette prédominance féminine dans les consultations de médecine générale est universelle. Elle est rapportée par d'autres études tunisiennes et dans d'autres pays développés et en développement⁴⁻⁷. Cette caractéristique peut être expliquée par deux hypothèses : soit que la femme est plus vulnérable à la maladie du fait qu'il existe des situations auxquelles elle est plus sensible, telles que la période d'activité génitale, la grossesse et l'accouchement, le *postpartum* et la ménopause ; soit qu'elle est plus soucieuse de son état de santé et qu'elle est probablement plus disponible et supportant, plus que les hommes, l'attente dans le CSB^{4,5}.

Distribution des patients selon l'âge

La population des enfants âgés de moins de 15 ans constitue le tiers des consultants en première ligne. En ajoutant la population des jeunes âgés de 15-24 ans (17 %), on trouve que 50 % des consultants dans les centres de santé de base sont âgés de moins de 25 ans. Cette distribution, selon l'âge, est relativement similaire à celle dans la population générale de la région de Sousse (49,2 %). Par ailleurs, les consultants âgés de 60 ans et plus dans les centres de santé de base constituent 17,6 % alors que cette tranche d'âge dans la population générale ne dépasse pas les 8,9 % ($p < 0.05$). Des résultats similaires ont été retrouvés dans d'autres pays⁴.

Distribution des patients selon l'âge et le genre

Les consultants âgés de moins de 25 ans sont à prédominance masculine alors que la population d'adultes est plutôt à prédominance féminine. Cette prédominance masculine chez les enfants et les jeunes,

notamment ceux âgés de moins de 5 ans, a été notée dans d'autres études menées dans plusieurs pays d'Asie du Sud et du Maghreb. Ces études ont montré une discrimination envers les enfants de sexe féminin qui est due à plusieurs normes sociales et culturelles favorisant les enfants de sexe masculin dans certaines sociétés^{8,9}.

Les épisodes de soins

La grande majorité des consultants dans les centres de santé de base viennent pour leur premier épisode de soins (81 %) plutôt que pour des visites de suivi et de contrôle (5,5 %). Ces résultats indiquent que la demande des soins en médecine générale se fait essentiellement pour des problèmes aigus de santé, sachant que des résultats similaires ont été reportés dans d'autres études^{7,8}.

La durée des consultations

La durée moyenne d'une consultation de médecine générale dans les CSB de la région de Sousse est de 6,8 minutes ($\pm 3,8$) (médiane = 5 minutes). Notre étude a montré aussi que la durée de la consultation varie de manière significative en fonction de l'âge mais aussi en fonction du genre ($p < 0.05$). D'autres études ont montré qu'en Estonie par exemple, la durée moyenne d'une consultation est de 9,0 minutes ($\pm 4,9$). Cette durée varie en fonction du nombre et de la nature des problèmes évoqués par le patient, en fonction de l'âge mais ne semble pas être influencée par le genre du patient¹¹. En France, la durée d'une consultation en médecine générale varie entre 10 et 20 minutes. En outre, 95 % des consultations durent moins de 25 minutes, 37 % ne dépassent pas les 15 minutes et 23 % durent 10 minutes. Selon cette étude en France, la durée de la consultation augmente dans les cas de pathologies chroniques, chez les personnes âgées et avec les médecins féminins¹¹.

La prédominance des affections respiratoires

Les pathologies respiratoires sont les plus fréquemment retrouvées dans les consultations de médecine générale (43 %). Cette prédominance des affections respiratoires a été aussi enregistrée ailleurs^{4,6,7,12-14}, sauf en Chine où l'hypertension artérielle et l'athérosclérose viennent au premier rang⁶.

Ce taux élevé d'affections respiratoires doit nous pousser à se poser des questions sérieuses de type : comment sont prises en charge ces affections ? Quelle est la place de l'antibiothérapie dans cette prise en charge ? Faudrait-il se soucier des éventuelles résistances médicamenteuses ? D'autant plus que les médecins tunisiens ont souvent tendance à traiter les infections respiratoires par des antibiotiques en se basant sur des arguments cliniques ou simplement pour satisfaire les attentes de leurs patients¹⁵.

Il faut noter, par ailleurs, que la prévalence du tabagisme est très élevée en Tunisie aussi bien chez

les jeunes que chez les adultes (20-40 %) ¹⁶. Une étude faite à Sousse concernant l'attitude des médecins vis-à-vis de la consommation de tabac et la prévention du tabagisme, a conclu que l'intérêt porté par les médecins à l'éducation sanitaire dépend de l'implication du tabagisme dans le problème de santé en cours, et seulement 17 % des médecins réagissent spontanément pour donner des conseils de sevrage aux patients tabagiques ¹⁶.

Les pathologies les moins fréquemment diagnostiquées en première ligne

Le diagnostic des affections génitales et sexuelles, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, comme c'est le cas dans d'autres études ^{4,6,14}, se fait dans une proportion très faible qui ne dépasse pas 1 % dans notre étude. Cette faible fréquence de pathologie génitale diagnostiquée en première ligne peut être expliquée par la présence de sages-femmes dans presque tous les centres de santé de base. Il est possible que les femmes préfèrent avoir recours à la consultation de la sage-femme au lieu d'exposer son problème génital au médecin du centre. D'autres patients préfèrent avoir un recours direct à un spécialiste dans une structure privée ou dans un centre hospitalier ¹⁷. Par ailleurs, ce genre de plaintes est faiblement explicité par la population (timidité et obstacles culturels) et peu de médecins généralistes en première ligne font l'effort d'aller chercher au-delà du symptôme déclaré pour dévoiler les plaintes cachées. Il peut s'agir d'un problème lié à un manque de communication médecin-malade ou bien dû à la surcharge des consultations de médecine générale entravant, ainsi, la qualité de l'écoute.

Nous avons aussi noté que les médecins généralistes n'ont pas le réflexe de mettre en évidence les problèmes d'ordres psychologiques et sociaux qui représentent dans notre étude uniquement 0,8 % de l'ensemble des pathologies diagnostiquées. La durée moyenne de la consultation qui ne dépasse pas les 7 minutes par consultation pourrait témoigner de cette insuffisance chez les médecins généralistes qui ne prennent pas le temps qu'il faut pour mieux explorer ce type de problèmes. Cependant, des résultats similaires ont été confirmés dans d'autres études ^{4,6,14,17}. Nandani de Silva ⁴ a trouvé que les problèmes psychologiques ne dépassent pas 1,9 % en Sri Lanka et il en est de même dans l'étude de Hong Kong ¹⁸, alors qu'en Australie, les problèmes psychologiques représentent 5,9 % de la morbidité diagnostiquée ¹⁸. Plusieurs études sur la morbidité psychiatrique dans le monde ont montré que les problèmes psychologiques, dont la fréquence dépasse le tiers des pathologies rencontrées en médecine générale, sont souvent non diagnostiqués ⁴.

Il a été démontré, dans la littérature, que la principale cause de non détection des pathologies de nature psychologique se résume à la somatisation de la pathologie par le patient qui exprime des plaintes organiques peu spécifiques mais qui sont souvent

classées par le médecin généraliste dans les rubriques des affections organiques ^{4,19,20}.

La morbidité diagnostiquée selon l'âge

En pratique médicale ambulatoire, la morbidité diagnostiquée est variable en fonction de l'âge ^{4,21}. En effet, les enfants en bas âge, comme c'est le cas pour plusieurs autres études, souffrent le plus souvent d'affections d'ordre respiratoire à type d'infection des voies respiratoires supérieures, d'angine et de bronchiolite ^{8,9}. Cependant, quelques facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (FR-MCV), tels que l'hypertension artérielle et le diabète, sont découverts à un âge plus jeune. Dans la tranche d'âge 25-44 ans, ces deux pathologies chroniques représentent respectivement 1,6 % et 2,1 % alors que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la fréquence des FR-MCV se rapproche des chiffres dans les pays développés ^{6,10,21,22}. Ces résultats montrent que la population tunisienne passe par une période de transition épidémiologique où les FR-MCV commencent à toucher des populations jeunes et dont la prévalence ne cesse d'augmenter dans la population générale. Une étude sur l'évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires chez les enfants scolarisés en milieu urbain à Sousse (Tunisie), a montré que les enfants sont précocement exposés aux risques cardiovasculaires à type d'obésité (7,9 %) et de tabagisme (7,6 %). Chez cette population, l'hypertension artérielle et les troubles lipidiques augmentent avec le poids des enfants ²³.

Adéquation entre la réalité du terrain et les besoins de formation des médecins généralistes tunisiens

Notre étude a montré que la pratique de la médecine générale a ses spécificités et ses caractéristiques et que la pratique médicale ambulatoire en première ligne ne ressemble pas du tout à la pratique de la médecine hospitalo-universitaire. Ce constat doit nous pousser à engager une réflexion sérieuse sur un enseignement judicieux et une formation adaptée des futurs médecins généralistes.

Souvent calquée sur le modèle occidental, notre formation de médecins généralistes est assurée en milieu hospitalier, orientée essentiellement vers des malades hospitalisés et basée sur une conception strictement biomédicale de la maladie ²⁴. Dans cette conception, la maladie est au centre des préoccupations et conçue comme un problème organique qui doit être diagnostiqué et traité dans une approche à prédominance curative ; contrairement aux médecins généralistes qui pratiquent une médecine orientée vers le patient et s'intéressent plutôt aux affections les plus courantes.

De ce fait, l'importance accordée aux affections aiguës, complexes, et peu connues tend à marginaliser l'enseignement des problèmes de santé communautaire au cours des études médicales ^{25,26} et, par conséquent, le médecin généraliste se trouve dans une position

difficile pour répondre aux besoins spécifiques des individus, des familles et de la communauté dans son exercice de la médecine générale.

Par conséquent, une réflexion pédagogique sérieuse doit être menée sur les conditions d'une solide formation de base. La formation médicale doit être axée sur les affections morbides les plus fréquemment rencontrées en pratique médicale ambulatoire et sur les spécificités de la morbidité par tranches d'âge. Elle doit fournir au futur médecin généraliste, une compréhension globale de l'organisme humain avec une capacité d'intégration des aspects biologiques, psychologiques et sociaux dans la prise en charge des patients et de la communauté et lui donner les habilités nécessaires pour non seulement lui apprendre les soins curatifs mais aussi les soins préventifs et promotionnels^{25,26}.

CONCLUSION

Dans la pratique de première ligne, le recensement d'informations pertinentes présente une importance vitale pour la réévaluation des priorités en matière d'action sanitaire et d'édification d'un système adéquat de soins de santé. En effet, une telle information permet de connaître la réalité du terrain et de mieux répondre aux exigences des utilisateurs des services médicaux, ainsi qu'une orientation vers les priorités en matière d'enseignement au sein des Facultés de Médecine.

Le recueil de telles informations nécessite un instrument de codage adéquat à la spécificité de la pratique médicale ambulatoire. La Classification Internationale des Maladies (CIM), couramment utilisée en intra hospitalier et enseignée à l'échelle universitaire, s'avère inappropriée pour le codage de l'ensemble de l'activité en première ligne. En effet, le médecin généraliste, au cours de sa pratique, voit presque la totalité des problèmes de santé de la population, d'habitude à leur début d'apparition, sinon à un stade quelconque de leur évolution. Ce sont des pathologies très variées face auxquelles le médecin est obligé de prendre des décisions et d'entamer des procédures pour mieux gérer les cas. Pour décrire une telle démarche, la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) paraît la mieux adaptée. La CISP est basée sur la clinique orientée vers le patient et le problème de santé et convient bien aux études micro- et macro-épidémiologiques.

Les résultats de cette étude ont confirmé la diversité de la pratique médicale en première ligne. Cette entité médicale présente des caractéristiques très spécifiques qui concernent aussi bien la nature de la morbidité rencontrée que le type de la population qui consulte en première ligne. Cette réalité est différente de celle des milieux hospitaliers qui demeurent paradoxalement le lieu privilégié de la formation de tous les médecins tunisiens, y compris ceux qui choisissent la médecine générale pour leur carrière. Le médecin généraliste a plutôt besoin d'une formation

basée sur le modèle bio-psycho-social tout en renforçant ses connaissances et ses compétences sur les aspects préventifs et promotionnels dans la prise en charge de ses malades au sein de la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mtiraoui A : Système de santé de première ligne tunisien : organisation et fonctionnement. Formation continue FMOQ sous d'autres cieux. Tunisie, 13 au 23 mai 2007
2. Gataa R, Ajmi T, Mtiraoui A : La médecine générale en Tunisie : formation et pratique. Formation continue FMOQ sous d'autres cieux. Tunisie, 13 au 23 mai 2007
3. Jamouille M, Roland M : Classification Internationale des Soins Primaires. Lyon, Alexandre Lacassagne, 1992
4. Silva N, Mendis K : One day general practice morbidity survey in Sri Lanka. *Fam Pract* 1998 ; 15 : 323-31
5. Soltani MS, Letaief M, Ben Salem K *et al.* : Motifs de contacts au niveau de première ligne dans le Sahel tunisien. *Arch Public Health* 2002 ; 60 : 125-40
6. Wun YT, Lu XQ, Liang WN : The work by the developing primary care team in China : a survey in two cities. *Fam Pract* 2000 ; 17 : 10-5
7. Wun YT, Wong TW, Tam W, Yu TS : Patient characteristics of encounters in general practice. *The Hong Kong Pract* 2002 ; 24 : 59-65
8. Mennerat F, Lamberts H, Okkes I : Dossier de patient, structure en épisodes et analyse des données en médecine générale 2. Les perspectives en France. *Informatique et Santé* 1999 ; 11 : 225-30
9. Tursz A, Crost M, Kermani S : Etude épidémiologique du recours aux soins curatifs des enfants de moins de 5 ans en Algérie : quelles leçons pour le système de santé ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 1999 ; 47 : 2S18-37
10. Andrieu S, Grand A : Epidémiologie du vieillissement, un gain d'autonomie ? *Concours Médical* 2000 ; 122 : 5-8
11. Tahepold H, Maaroos HI, Kalda R, Van den Brink-Muinen A : Structure and duration of consultations in Estonia. *Scand J Print Health Care* 2003 ; 21 : 167-70
12. Campion PD, Gabriel J : Child consultation patterns in general practice comparing «high» and «low» consulting family. *BMJ* 1984 ; 288 : 1426-8
13. Dickinson JA, Chan CSY : Antibiotic use by practitioner in Hong Kong. *The Hong Kong Practitioner* 2002 ; 24 : 15
14. Pearson N, Jim OB, Huw T : Collecting morbidity data in general practice : the Somerest morbidity project. *BMJ* 1996 ; 312 : 1517-20
15. Britten N : Patients' demands for prescriptions in primary care. *BMJ* 1995 ; 310 : 1084-5
16. Mtiraoui A, Bougmiza I, Braham M *et al.* : Attitudes des médecins de la région de Sousse vis-à-vis de la lutte anti-tabac. *Microb Hyg Alim* 2003 ; 15 : 44
17. Goriaux JL : Pour une pratique psychothérapeutique en médecine générale. *Revue du Praticien Médecine Générale* 1998 ; 12 : 28-30
18. Cheung KY : «Tell me about your most loyal patients». Doctors perceptions on factors affecting the doctor-patients relationship. *The Hong Kong Practitioner* 2003 ; 25 : 15

19. Bleuez S : Ecouter derrière le symptôme.
Revue du Praticien Médecine Générale 2000 ; 14 : 48-9
20. O'toole B, Driver B, Britt H, Bridges WC : Using general practitioners to measure community morbidity.
Int J Epidemiol 1991 ; 20 : 1125-32
21. Chabrun-Robert C : Etat de santé et recours aux soins en 1995.
Concours Médical 1997 ; 119 : 480-2
22. Chaubrun-Robert C : Vieillesse de la population et dépenses de santé. Concours Médical 1998 ; 120 : 2335-6
23. Ghannem H, Darioli R, Limam K *et al.* : Epidemiology of cardiovascular risk factors among schoolchildren in Sousse, Tunisia. J Cardiovascular Risk 2001 ; 8 : 87-91
24. Draperi C : L'indispensable place des sciences humaines dans l'exercice de la médecine générale.
Revue du Praticien Médecine Générale 2002 ; 16 : 1438-9
25. Mtiraoui A : Les fonctions du médecin généraliste : évolution des concepts. Actes de la table ronde : La médecine générale en Tunisie : formation et exercice ; Monastir 1995
26. Menken M : Préparer les futurs médecins aux soins de santé primaires. Forum mondial de la santé 1991 ; 12 : 396-8

Correspondance et tirés à part :

R. GATAA
Faculté de Médecine de Sousse
Département de Médecine Communautaire
Rue Mohamed El Karoui
4000 Sousse
Tunisie
E-mail : ridhagataa@yahoo.com

Travail reçu le 15 avril 2007 ; accepté dans sa version définitive le 26 mai 2008.