

# Motifs de contacts au niveau de la première ligne dans le sahel tunisien

by

Soltani MS.<sup>1</sup>, Letaief M.<sup>1</sup>, Ben Salem K.<sup>1</sup>, Mandhouj O.<sup>1</sup>,  
Gacem H.<sup>2</sup>, Belghith Z.<sup>2</sup>, Nourira R.<sup>2</sup>, Bchir A.<sup>1</sup>

---

## Summary

*The knowledge of the ambulatory morbidity is necessary to estimate health of the populations and to follow its evolution. In this frame that we forward-looking a prospective study, which carries of the motives for contact in the first line of Monastir's governorate during one year (november 1996 October 1997). The Population of study consists of the population served by the centers of basic health. From the point of view of the methodology, we proceeded by a sampling to two degrees. The first sounding concerns the weeks and retained the first week of every month; the second concerns the consultants and retaining the 1/5 at the level of every CSB. This study is based on a questionnaire beforehand tested, which investigates besides identification, the motives for contact, the utilization of the services of care and the diagnosis retained by the doctor. In the term of this study, we collected 6372 consultants among who 2/3 are female and 30% are children less than 15 years. The symptoms and the complaints are the motive most usually expressed with 66% of the cases, the therapeutic*

---

Adresse pour la correspondance: Docteur Soltani Mohamed, Faculté de Médecine, 5019 Monastir, Tunisie.

<sup>1</sup> Département de Médecine Communautaire – Faculté de Médecine de Monastir.

<sup>2</sup> Service Régional des soins de santé de base de Monastir.

*procedures in 9,9% of the cases, the procedures of screening and prevention in 7,3% of the cases, the diagnoses and the diseases in 6,9% of the cases. The results of exams and administrative motives represent respectively 5,8% and 3,4%. The average number of motives by contact is 1,2 by contact.*

*Besides in 83% of our consultants expressed a unique motive for contact. The diseases of the respiratory system dominated the ambulatory pathology at the 1-st line level with 43,5%, followed by the diseases of the circulatory system and the cutaneous diseases. The main pathologies are dominated by tonsillitis and the bronchitis.*

## Résumé

La connaissance de la morbidité ambulatoire est nécessaire pour évaluer l'état de santé des populations et suivre son évolution. C'est dans ce cadre que nous avons entrepris une étude prospective, qui porte sur l'étude des motifs de contact au niveau de la première ligne du gouvernorat de Monastir durant une année (novembre 1996 – octobre 1997). La Population d'étude est composée de la population desservie par les centres de santé de base. Sur le plan de la méthodologie, nous avons procédé par un échantillonnage à deux degrés. Le premier sondage porte sur les semaines et a retenu la première semaine de chaque mois, le second porte sur les consultants en retenant le 1/5 et cela au niveau de chaque CSB. L'étude s'est basée sur un questionnaire préalablement pré testé, qui explore en plus de l'identification, les motifs de contact, la fréquentation des services de soins et le diagnostic retenu par le médecin.

Au terme de cette étude, nous avons colligé 6372 consultants dont 2/3 sont de sexe féminin et 30% sont des enfants de moins de 15 ans. Les symptômes et plaintes sont le motif le plus couramment exprimé avec 66% des cas, les procédures thérapeutiques dans 9,9% des cas, les procédures de dépistage et prévention dans 7,3% des cas, les diagnostics et maladies dans 6,9% des cas. Les résultats d'examens, les motifs administratifs représentent respectivement 5,8% et 3,4%. Le nombre moyen de motifs par contact est de 1,2 par contact. Par ailleurs 83% de nos consultants ont exprimé un motif de contact unique.

Les maladies de l'appareil respiratoire dominent largement la pathologie ambulatoire au niveau de la 1<sup>ère</sup> ligne avec 43,5%, suivies par les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de la peau. Quant aux principales pathologies, elles sont dominées par l'amygdalite aiguë et la bronchite chronique.

## Mots Clès

Motif de Contact, 1<sup>ère</sup> ligne, Tunisie.

## **Introduction**

La connaissance de la morbidité ambulatoire est nécessaire pour évaluer l'état de santé des populations et suivre son évolution. De même l'analyse des données à travers un système d'information permet également l'étude des motifs de contact, ainsi que la fréquentation des services de soins de santé primaire. Ceci constitue une base utile pour la planification, l'administration et l'évaluation des services sanitaires et également pour la recherche médicale et épidémiologique.

C'est dans ce cadre que nous avons entrepris ce travail, dont l'objectif est d'étudier les motifs de contact et la morbidité ambulatoire chez la population de la région sanitaire de Monastir ainsi que l'utilisation des services de soins de santé primaire au niveau de cette région.

## **Objectifs de l'étude**

Notre travail a pour objectif d'étudier les motifs de recours et de contacts au niveau de la 1<sup>ère</sup> ligne. De façon spécifique, il vise à :

- Dresser les caractéristiques socio-démographiques des consultants en première ligne.
- Identifier les motifs de contact des patients au niveau de la 1<sup>ère</sup> ligne.
- Evaluer la prise en charge, le suivi des patients, la fréquentation des services de soins de Santé primaire.

## **Matériel et méthodes**

### *1) Population d'étude*

Elle est composée de la population desservie par les centres de santé de base, les centres de protection maternelle et infantile suivants :

- Centres de santé de base et de protection maternelle et infantile de la ville de Monastir (Stah Jabeur, Bassatine, C2, Rbat, Skanes, R6 et PMI).
- Centres de santé de base de Khniss, Ksibet Médiouni, Bouhjar, Sahline, Ouardanine et Bembla.

## 2) Région de l'étude

Notre étude s'est déroulée au niveau du gouvernorat de Monastir qui se situe dans la région côtière du centre tunisien. En 1996, la population du gouvernorat compte 378.600 habitants, soit 4,1% de la population tunisienne. En 1995 le taux de natalité est de 21,4‰ le taux de mortalité est de 5,6‰ le taux de mortalité infantile est de 30‰ et le taux d'accroissement démographique est de 1,66‰ (1).

Tout le gouvernorat est considéré comme région urbaine, le taux d'électrification est de 98,2%, le taux de disponibilité d'eau potable est de 95,9% et le taux de connexion au réseau d'assainissement est de 51% (1).

Sur le plan sanitaire, la région est dotée d'un hôpital universitaire, de deux hôpitaux régionaux, d'un hôpital périphérique, de 10 maternités, d'une clinique dentaire, de 76 CSB, 5 PMI et 5 salles de soins.

En terme de couverture sanitaire, le ratio habitant par médecin est de 1510 et le nombre de lits d'hospitalisation est de 2,4 par 1000 habitants en 1996 (2).

## 3) Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective, qui porte sur l'étude des contacts au niveau de la première ligne du gouvernorat de Monastir et leurs motifs durant une année, à partir de novembre 1996 et jusqu'à octobre 1997.

Sur le plan de la méthodologie, nous avons procédé par un échantillonnage à deux degrés. Le premier sondage sur les semaines a retenu la première semaine de chaque mois. Ensuite, pour les jours retenus, nous avons considéré le 1/5 des consultants et cela au niveau de chaque CSB.

Cette étude était basée sur un questionnaire préalablement pré testé dans le but de vérifier la faisabilité de l'étude et de détecter ses éventuelles limites.

Nous avons administré auprès des patients retenus au sort le questionnaire, qui explore les renseignements suivants.

- Identification caractéristiques socio-démographiques des consultants (âge, sexe, niveau d'étude, origine, résidence, profession du consultant ou des parents et/ou du conjoint).

- Motif de contact (symptômes et plaintes, procédures de prévention et dépistage, procédures thérapeutiques, résultats d'examen, motif administratif, référence et autres motifs, diagnostic et maladie).
- Fréquentation des services de soins (contact antérieur, nombre, lieu).
- Diagnostic retenu par le médecin.

Les données collectées suite à l'entrevue structurée, ont été acheminées pour vérification codification et saisie sur matériel informatique, pour analyse.

Les diagnostics ont été regroupés en catégories majeures de diagnostics (CMD) et codés selon la 10<sup>ème</sup> classification internationale des maladies de l'OMS. Les motifs de contact ont été codés selon le premier axe de la CISP, moyennant un codage plus simple (1, 2, 4, 8, 16, 32, 64).

L'analyse des données a été faite par logiciel EPIINFO en utilisant les tests statistiques appropriés (Chi carrée ( $X^2$ ), ANOVA.), Au seuil de signification de 5%.

## Resultats

### 1) Caractéristiques de la population d'étude

Durant l'année 1996-1997, nous avons colligé 6372 consultants dont 2/3 sont de sexe féminin, 30% sont des enfants de moins de 15 ans et

TABLE 1  
*Caractéristiques de la population étudiée*

Age	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 1an	160	2,5
De 1 à 5 ans	726	11,5
De 6 à 14 ans	992	15,7
De 15 à 44 ans	2918	46
De 45 à 64 ans	992	15,7
65 ans et plus	544	8,6
<b>Sexe</b>		
Féminin	3 982	62,5
Masculin	2 390	37,2
<b>Instruction</b>		
Illtrés	1 758	27,6
Primaire	2 663	41,8
Secondaire	1 777	27,4
Supérieure	204	3,2

8,6% sont des personnes âgées. Le niveau d'instruction moyen est de  $5,1 \pm 4,3$  années d'étude, répartis en 27,6% d'illettrés, 41,8% de niveau primaire et 27,4% de niveau secondaire (Tableau I).

## 2) Frequentation des services

L'étude de la fréquentation des services (Tableau II) montre des variations allant de 10,2% pour le CSB de K. Médiouni à 3,3% pour celui de R6. La prédominance féminine est retrouvée pour tous les centres sauf pour la PMI. Ce dernier se distingue aussi par une moyenne d'âge très inférieure aux autres (4 ans) due à sa spécialisation pédiatrique.

La fréquentation est aussi liée aux saisons. Elle varie entre 22,5% en hiver et 26,7% au printemps.

## 3) Modalités et raisons de recours

Pour les 6372 consultants colligés durant la période de l'étude, nous avons noté 7715 motifs de contact, soit, une moyenne de 1,21 motifs par contact.

Dans 83% des cas nos consultants ont exprimé un motif de contact unique, dans 14% des cas 2 motifs et dans seulement 3% des cas plus de 2 motifs.

TABLE 2  
Répartition par centre de santé de base

CSB	Mas	Féminin	Total	%
Ksibet Médiouni	40,2	59,8	653	10,2
Bembla	38	62	643	10,1
PMI	50,2	49,2	616	9,7
Sahline	34,2	65,8	611	9,6
Ouardanine	35,5	64,5	563	8,8
Stah Jabeur	34,3	65,7	526	8,3
Bassatine	35,8	64,2	524	8,2
C2	37,4	62,6	493	7,3
Khmiss	38,9	61,1	463	7,3
Bouhjar	35,7	63,4	415	6,5
Rbat	34,6	63,4	407	6,4
Skanes	26	74	250	3,9
R6	39,4	60,6	208	3,3
Total			6372	100

( $X^2 = 246,66$ ,  $P < 10^{-8}$ )

Les symptômes et plaintes sont le motif le plus couramment exprimé avec 66% des cas, les procédures thérapeutiques dans 9,9% des cas, les procédures de dépistage et prévention dans 7,3% des cas, les diagnostics et maladies dans 6,9% des cas. Les résultats d'examens, les motifs administratifs et la référence ne représentent respectivement que 5,8%, 3,4% et 0,7% des cas (Tableau III).

Ces motifs de recours sont liés au sexe (Tableau III) et à l'âge (Tableau IV), en se sens qu'il y a une prédominance féminine surtout marquée pour les motifs, procédures thérapeutiques (69,6%) et les motifs administratifs (68,7%), et que par rapport à l'âge, les symptômes et plaintes sont plus fréquents chez la population âgée de moins de 45 ans

TABLE 3  
Répartition des motifs de contact par sexe

Motifs	Masculin	Féminin	Total	%
Symptômes et plaintes	38,5	61,5	5077	66
Procédures de dépistage et prévention	37,2	62,8	560	7,3
Procédures thérapeutiques	30,4	69,6	762	9,9
Résultats d'examens	32,8	67,2	451	5,8
Motifs administratifs	31,3	68,7	262	3,4
Références et autres motifs	36,5	63,5	52	0,7
Diagnostics et maladies	39,7	60,3	524	6,9
Total	36,9	63,1	7688	100%

( $p < 10^{-8} X^2 = 97,52$ )

TABLE 4  
Répartition des motifs de contact selon l'âge

Motifs	Age(ans)		< 1		1-5		6-14		15-44		45-64		> 64		Total
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	
Symptômes et plaintes	138	70,7	617	70,3	871	76	2460	69,4	642	49,8	335	46,1	5063		
Procédures de dépistage ...	27	13,8	91	10,4	80	7	298	8,4	106	8,2	65	8,9	561		
Procédures thérapeutiques	7	3,6	31	3,5	47	4,2	201	5,7	287	22,3	186	25,7	759		
Résultats d'examens	4	2,1	20	2,3	45	3,9	142	4	153	11,9	86	11,9	450		
Motifs administratifs	2	1	24	2,7	10	0,8	197	5,6	23	1,8	6	0,9	262		
Références et autres motifs	3	1,5	6	0,7	6	0,5	22	0,6	12	1	4	0,5	52		
Diagnostics et maladies	14	7,3	89	10,1	87	7,6	224	6,3	65	5	44	6	523		
Total	195	100	878	100	1146	100	3544	100	1288	100	726	100	7670		

( $P < 10^{-8} X^2 = 1461,99$ )

(environ 70% des motifs contre moins de 50% chez les plus de 45 ans). Par contre, les procédures thérapeutiques et les résultats d'examens sont plus fréquents après l'âge de 45 ans.

Par rapport au début des plaintes, 61% des patients ont consulté dans un délai inférieur ou égal à 3 jours.

#### 4) Utilisation des services

L'étude de l'utilisation des services montre qu'un seul contact permet de résoudre 75,5% des épisodes de soins, seul 24,5% des consultants ont eu recours à un ou plusieurs contacts antérieurs pour le même épisode de soins. Ces contacts antérieurs sont uniques dans 42,7% des cas et au nombre de 2 dans 21,5% des cas. Ils ont eu lieu dans 86,3% des cas dans une structure sanitaire publique et principalement au niveau de la première ligne (82,7%). Les contacts antérieurs au secteur privé (13,4%) ont eu lieu dans des cabinets de médecine générale dans 73,6% des cas.

#### 5) Etude de la morbidité

La catégorie des maladies de l'appareil respiratoire domine largement la pathologie ambulatoire au niveau de la 1<sup>ère</sup> ligne avec 43,5%

TABLE 5  
Catégories majeures de diagnostic

Catégories majeures de diagnostics	Fréquence	Pourcentage
Maladies de l'appareil respiratoire	2772	43,5
Maladies de l'appareil circulatoire	495	7,8
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	438	6,9
Maladies de l'appareil digestif	330	5,2
Symptômes, signes et résultats anormaux	319	5
Maladies du système ostéo-articulaire	317	5
Maladies de l'œil et de l'oreille	294	4,6
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	264	4,1
Maladies infectieuses et parasitaires	257	4,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	222	3,5
Facteurs influençants sur l'état de santé et autres motifs	221	3,5
Autres	443	6,8
Total	6372	100

(Tableau V). Cette catégorie est suivie par les maladies de l'appareil circulatoire (7,8%), les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané (6,9%), les maladies de l'appareil digestif (5,2%), les maladies du système ostéo-articulaire et les signes et résultats anormaux viennent au 5<sup>ème</sup> rang avec 5% des cas. Ces 6 CMD totalisent environ  $\frac{3}{4}$  des cas.

Par ailleurs, les principales pathologies rencontrées au niveau de la première ligne (Tableau VI) sont par ordre de fréquence décroissante, l'amygdalite aiguë avec 21,6% des cas, la bronchite aiguë avec 7,2% des cas et l'HTA essentielle avec 6,2% des cas, la grippe avec 5,5% des cas, le diabète avec 3,9% des cas. Les contacts pour des fins administratives viennent en 7<sup>ème</sup> position avec 2,1% des cas.

Les maladies de l'appareil respiratoire la principale CMD de la première ligne, est dominée par la pathologie touchant les voies respiratoires supérieures (angine, pharyngite, rhinite, grippe, sinusite, laryngite, ...).

#### *Répartition des motifs par CMD sexe et age*

L'étude de la répartition des motifs de contact par CMD (tableau VII) montre des variations assez significatives ( $p < 10^{-8}$ ,  $\chi^2 = 6614,54$ ). En effet les symptômes et plaintes représentent le motif le plus fréquent pour la majorité des CMD (entre 58,6% et 83,2%) sauf pour les maladies endocriniennes 11,9%, les maladies circulatoires 25% et les prises de contact pour des fins administratives 30,5%.

Concernant les pathologies endocriniennes et circulatoires on note des pourcentages supérieurs à la moyenne pour les procédures thérapeutiques et les résultats d'examens. Pour les maladies de l'œil et de l'oreille et les maladies infectieuses, on remarque une augmentation des

TABLE 6  
*Répartition des principaux diagnostics*

Principaux diagnostics	Fréquence	Pourcentage
Amygdalite aiguë	1377	21,6
Bronchite aiguë	464	7,2
HTA essentielle	397	6,2
Grippe	346	5,5
Diabète	252	3,9
Rhino-pharyngite aiguë	181	2,9
Motifs administratifs	129	2,1
Autres	3226	50,6
Total	6372	100%

TABLE 7  
Répartition des motifs de contact selon les CMD

CMD	Motifs								Total	Pourcentage du total
	Symptômes et plaintes	Procédures, dépistage et prévention	Procédures thérapeutiques	Résultats d'examens	Motifs administratifs	Références et autres motifs	Diagnostics et maladies			
Maladies respiratoires	76,8	7	4,7	1,4	1,4	0,3	8,4	3303	43,8	
Maladies circulatoires	25	5,6	45	14	0,9	0,8	8,7	644	8,6	
Maladies de la peau	75	6,8	3,7	2,1	1,4	1,4	9,5	513	6,8	
Maladies digestives	75,3	8,2	6,5	4	2,7	0,3	3	401	5,3	
Symptômes, signes et résultats	72	8,2	4,8	6,2	4	0,8	4	400	5,3	
Maladies ostéo-articulaires	75,6	6,8	4,5	5,7	2,6	0,3	4,5	381	5	
Maladies de l'œil et de l'oreille	71,5	10,7	4,5	2,4	4	1,3	5,6	375	4,9	
Maladies endocriniennes	11,9	5,8	44,2	31,2	1,6	0,9	4,4	362	4,8	
Maladies infectieuses	70,5	8,8	3,2	6,5	1,3	1,1	5,5	308	4	
Maladies génito-urinaires	68,3	7,5	4,8	12,2	3	0,4	3,8	262	3,5	
Autres motifs	30,5	8,6	4,3	8,2	45,7	1,9	0,8	256	3,4	
Traumatismes, empoisonnement	80,4	4,6	4,6	3,2	1,9	0,7	4,6	153	2,2	
Maladies du système nerveux	71,2	4,5	7,6	4,5	1,6	0	10,6	66	0,8	
Maladies du sang	58,6	8,6	1,7	19	6,9	0	5,2	58	0,7	
Troubles mentaux	71,2	9,7	7,7	3,8	3,8	3,8	0	52	0,6	
Autres	83,2	0	0	5,6	5,6	0	5,6	18	0,3	
Total	5003	544	754	426	258	48	519	7552	—	
Pourcentage du total	66,2	7,3	10	5,6	3,4	0,6	6,9	—	100%	

procédures de dépistage et de prévention. Les prises de contact pour des fins administratives (autres motifs) sont retrouvées dans 45,7% des cas chez les consultants pour motifs administratifs. Le reste des motifs de contact ne montre pas de variation très nette en fonction des CMD.

La répartition par CMD et sexe montre qu'il existe des variations statistiquement significatives des CMD selon le sexe ( $p < 10^{-8}$ ). En effet, nous notons que les maladies de l'appareil respiratoire représentent 48,6% de la pathologie ambulatoire masculine, alors qu'elle n'est que de 40,5% chez le sexe féminin. Ceci est valable aussi pour les maladies de la peau (8,5%) de la pathologie ambulatoire masculine par rapport à 5,9% de la pathologie ambulatoire féminine. Par ailleurs, l'inverse est retrouvé pour les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies du système ostéo-articulaire et pour les maladies de l'appareil génito-urinaire avec une fréquence plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

TABLE 8  
 Nombre moyen de motif par contact selon les auteurs

Auteurs	Moyenne de motif par contact	Nombre de consultants	Nombre des motifs
LAMBERTS [6]	1,36	66542	90497
Marquet [11]	2,19	720	1577
VAn der horst [10]	1,51	10046	15195
Veitch [9]	1,41	2195	3106
De silva [5]	1,66	2068	3448
Bentsen [4]	1,4	8337	11865
Monastir	1,21	6372	7715

De même, nous remarquons qu'il existe des variations significatives des CMD selon les tranches. En effet, les maladies de l'appareil respiratoire décrivent une courbe nettement décroissante allant des catégories d'âge les plus jeunes vers les plus âgées.

Pour les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies endocriniennes et les maladies ostéo-articulaires, elles augmentent avec l'âge. Les maladies de la peau évoluent en forme de cloche décalée vers les âges les plus jeunes.

## Discussion

Cette étude, qui a porté sur 6372 consultations au niveau de 13 centres de santé de base de la circonscription sanitaire de Monastir, durant l'année 1996-1997, a montré concernant les caractéristiques de population d'étude, une prédominance des consultants de sexe féminin. Cette prédominance féminine retrouvée dans notre série (62,5% de sexe féminin contre 37,5% de sexe masculin) a été rapportée par nombreux auteurs (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Cette prédominance est elle due à une plus grande vulnérabilité du sexe féminin face à la maladie? ou parce que les femmes ont tendance à consulter plus que les hommes par manque de contraintes professionnelles ou pour des raisons culturelles?

Les variations des consultations selon l'âge que nous avons retrouvé sont également rapportées en Tunisie, en effet la moyenne d'âge de notre série est de  $29 \pm 21$  ans, celle de B. OTHMEN (3) est de 22 ans dans la

région du Sahel en 1987 et celle de MNIF de l'enquête nationale de 1991 est de  $34 \pm 23,6$  ans ( $p < 10^{-6}$ ).

La répartition des consultations par âge et sexe montre une égalité entre les sexes face à la maladie pour les catégories d'âge inférieures à 20 ans. Une prédominance féminine est nettement retrouvée à partir de l'âge adulte, témoignant soit d'une vulnérabilité particulière des femmes, soit d'un changement de leur comportement (socio- psychologique) face à la maladie. Ce phénomène est moins marqué pour la population âgée de plus de 60 ans.

Par rapport à l'étude des motifs de contact, dans notre enquête nous avons enregistré un total de 7715 motifs de contact pour les 6372 consultants, soit une moyenne de 1,21 motifs par contact. Lamberts (6), Bentsen (4) et Veitch (9), rapportent des moyennes de motif par contact allant de 1,36 à 1,41, alors que les chiffres rapportés par Van der horst (10), De selva (5) et Marquet (11) sont plus élevés (de 1,51 à 2,19)

La répartition selon le nombre de motifs par contact montre, que 83% des consultants viennent aux centres de santé primaire avec un seul motif, ceux avec deux motifs représentent 14% et ceux avec trois motifs de contact 2,2%. Veitch (9) rapporte la prédominance des motifs uniques, mais dans des proportions moindres (68%). Par contre il trouve des résultats supérieur aux nôtres concernant les consultations avec deux et trois motifs. Ces constatations expliquent la moyenne du nombre de motif par contact supérieure à la notre (1,41 contre 1,21).

La répartition par type de motif a été retrouvée dans la majorité des études qui ont utilisé la CISP et/ou la RFEC comme classification pour coder les motifs de contact.

TABLE 9  
*Répartition selon les types de motif dans la littérature*

Motif de contact	LAMBERTS [6] 1985	BENTSEN [4] 1991	VEITCH [9] 1991	MONASTIR
Symptômes et plaintes	59	65,3	14,1	66
Procédure, dépistage, prévention	10,3	8,4	10,1	7,3
Procédures thérapeutiques	8,8	5,2	8,7	9,9
Résultats d'examen	2,6	2,5	0,3	5,8
Motifs administratifs	2,6	3,4	0,3	3,4
Références	4	2,7	2,2	0,7
Diagnostic, maladies	12,7	12,5	64,3	6,9
Total	100	100	100	100

En effet, le 2ème axe de classification que nous avons utilisé dans notre série était inspiré de la CISP, avec ses 7 sous-groupes. Parmi ces derniers, les symptômes et plaintes sont les motifs les plus couramment rencontrés dans notre série au niveau de la 1<sup>ère</sup> ligne et ceci dans environ 2/3 des cas (tableau IX).

Ces résultats concordent avec ceux de LAMBERT (6) en 1985 et ceux de Bentsen. (4) en 1991. Ces deux auteurs confirment la prédominance des symptômes et plaintes

(respectivement 59 et 65,3%), alors que le deuxième rang au point de vue fréquence est occupé par les diagnostics et maladies (12,7 et 12,5%).

Dans son étude de 1991, Veitch (9) trouve au contraire, une prédominance des diagnostics et maladies avec 64,3% des cas. Les symptômes et plaintes sont au deuxième rang avec 14,1% des cas.

Cette même répartition selon les motifs de contact montre, en prenant en compte la variable sexe, des variations dénotant d'une prédominance féminine plus marquée pour les motifs: procédures thérapeutiques et motifs administratifs (69,6% et 68,7%). Par contre Lamberts (6) rapporte une prédominance féminine plus marquée pour les motifs: procédure de dépistage et prévention (66,7%) et procédures thérapeutiques (60,9%), alors qu'il n'a noté qu'une légère prédominance féminine pour les motifs administratifs (52,6%).

En ce qui concerne la répartition des motifs de contact selon l'âge, nous avons trouvé que les consultations pour symptômes et plaintes varient entre 69,4% et 76% pour les moins de 45 ans, alors qu'elle ne dépasse pas les 50% au-delà de cet âge. Nous avons aussi remarqué une élévation notable des consultations pour procédures thérapeutiques au-delà de cette limite d'âge. Cette dernière constatation a été notée par Lamberts (6) en ce qui concerne les symptômes et plaintes et les procédures thérapeutiques (respectivement de 46,2 à 52,9% et de 13,7 à 16,4%).

L'étude des contacts antérieurs pour le même épisode de soins, montre que plus des 3/4 des consultants (75,5%) n'ont pas eu de recours antérieurs à une structure sanitaire.

Des chiffres similaires aux nôtres ont été rapportés par De selva (5) au Sri-lanka en 1996. Veitch dans une étude menée au Queensland (Australie) en 1991 (9) a rapporté 59,5% de 1<sup>er</sup> contact contre 40,5% de consultation de contrôle, alors que Rokstad dans sa série de 1989 réalisée au Norvège, ne rapporte que 40% de 1<sup>er</sup> contact (8). Ceci est probablement dû aux consultations de contrôle pour les maladies chroniques et au vieillissement.

En ce qui a trait à l'étude de la morbidité, les CMD les plus fréquentes dans notre série sont les maladies de l'appareil respiratoire avec 43,5% des cas, les maladies de l'appareil circulatoire avec 7,8% des cas, les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané avec 6,9% des cas, les maladies de l'appareil digestif avec 5,2% des cas, les signes et résultats anormaux et les maladies du système ostéo-articulaire avec 5% des cas chacune.

Ces résultats corroborent avec ceux de l'enquête nationale de 1991 (7) qui a retrouvé les mêmes CMD les plus fréquentes. L'étude réalisée dans la région du Sahel en 1987 (4) a rapporté la prédominance des pathologies de l'appareil respiratoire avec 43,45% des cas, alors que les maladies de l'appareil circulatoire ne sont qu'au 8<sup>ème</sup> rang avec 3,56% des cas.

Ces chiffres nous amènent à dire, que par rapport aux résultats de B. Othman (3) et de Mnif (7), nous notons une stabilisation de la fréquence des pathologies de l'appareil respiratoire, une augmentation des pathologies circulatoires et endocriniennes et une diminution des pathologies dermatologiques. Ce profil semble s'expliquer par le vieillissement de la population et les changements des habitudes de vie, tel que la sédentarité et les changements des habitudes alimentaires et l'amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène.

L'étude des principaux diagnostics dans notre enquête montre que les étiologies les plus fréquentes sont par ordre décroissant, l'amygdalite aiguë (21,6%), la bronchite aiguë (7,2%), l'HTA essentielle (6,2%). La grippe (5%), le diabète avec 3,9% des cas.

Ces résultats concordent avec les études antérieures tunisiennes portant sur la morbidité ambulatoire, qui rapportaient les mêmes principaux diagnostics avec en général le même ordre d'importance pour l'amygdalite aiguë (1<sup>er</sup> motif) (16,14% pour B. Othman (3)).

Concernant les pathologies chroniques, l'HTA essentielle et le diabète sont les deux pathologies chroniques les plus fréquentes, mais nous notons une augmentation des fréquences par rapport aux études antérieures (HTA essentielle: 3,3% et diabète 1,7% pour JABNOUN (12)). Par ailleurs, nous constatons une diminution très nette de la diarrhée. Cette pathologie est passée de 4,84% en 1987 (3) à 0,7% en 1997. Ceci semble être lié à la transition épidémiologique de notre pays, où les maladies infectieuses régressent au profit des maladies chroniques.

L'étude de la distribution des CMD montre que celle-ci est variable en fonction du sexe, de l'âge, du motif de contact et de la saison.

En effet, certaines CMD prédominent chez le sexe masculin, comme les maladies respiratoires (48,6% chez l'homme, contre 40,5% chez la femme) et les maladies dermatologiques avec 8,5% contre 5,1%.

D'autres CMD touchent surtout le sexe féminin, comme les maladies de l'appareil circulatoire (9,5% contre 4,8%), les maladies ostéo-articulaires (6% des femmes / 3,3% des hommes) et les maladies génito-urinaires (4,2% de femmes contre 2,4% d'hommes).

Par rapport à l'âge, nous constatons 3 catégories de CMD: celles qui diminuent avec l'âge, tel que les maladies respiratoires et dermatologiques, celles qui augmentent avec l'âge, tel que les maladies circulatoires, endocriniennes et ostéo-articulaires, et des CMD sur lesquelles l'âge n'a que peu ou pas d'influence, comme les pathologies digestives.

Par rapport à la répartition des motifs de contact par CMD, on note que les symptômes et plaintes sont les motifs les plus fréquents pour la majorité des CMD (entre 58,6% et 83,2%) en-dehors des maladies endocriniennes, des maladies circulatoires et des contacts pour des fins administratives. Les motifs procédures thérapeutiques et résultats d'examens sont plus fréquents au cours des maladies endocriniennes et circulatoires, les procédures de dépistage et prévention au cours des maladies de l'œil et de l'oreille et des maladies infectieuses, et les motifs administratifs au cours des prises de contact pour des fins administratives (autres motifs).

## References

1. Ministère de la Santé Publique. Direction régionale de la santé publique, service régional de soins de santé de Base de Monastir. MSP; Rapport Annuel, 1995.
2. Ministère de la Santé Publique. Infrastructure sanitaire et activités hospitalières de Monastir. DRSSB; Rapport Annuel, 1995-1996.
3. BEN OTHMEN H. Essai d'identification des motifs de consultation en première ligne dans la région du Sahel. Thèse en Médecine, Sousse, n° 374/1987.
4. BENTSEN BG, HJORTDAHL P. Why do people contact physicians? Tidsskr nor Løgeforen 1991; 111: 2867-2870.
5. DE SILVA N, MENDIS K. One-day general practice morbidity survey in Srilanka. Family Practice 1998; 15: 323-331.
6. LAMBERTS H, MEADS S, WOOD M. Results of the international field trial with the reason for encounter classification. Sozial-und Präventivmedizin 1985; 30: 80-87.
7. MNIF T. Les motifs de recours aux soins ambulatoires. A propos d'une enquête nationale en 1991. Thèse en Médecine, Tunis, n° 184/1992.
8. ROKSTAD K, STRAAND J, SANDVIK H. Patient encounters in general practice. An epidemiological survey in More and Romsdal. Tidsskr Nor Løgeforen 1997; 117: 659-664.

9. VEITCH PC. A comparison of patient-reported reasons for encounter and provider-reported diagnoses. *Family Practice* 1995; 12: 408-412.
10. VAN DER HORST F, METSEMAKERS J, VISSERS F, SAENGER G, DE GEUS C. The reason-for-encounter mode of the ICPC: reliable, adequate, and feasible. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7: 99-103.
11. MARQUET S. La CISP: Un instrument pour la médecine générale, 1996. <http://www.upml.fr/dr46/cisp.htm>
12. JABNOUNE S. Consommation de soins de morbidité ressentie dans le gouvernorat de Nabeul à propos d'un échantillon de 1461 personnes. Thèse en Médecine, Tunis, 129/1990.