

## La Morbidité diagnostiquée en première ligne chez les personnes âgées dans la région sanitaire de Sousse

Chekib Zedini, Thouraya Nabli Ajmi, Iheb Bougmiza, Mariem El Ghardallou, Manal Mallouli, Manal Limam, Ali Mtiraoui.

Département de Médecine Familiale et Communautaire. Unité de Recherche « PMA 01/UR/08-15 ». Faculté de Médecine Ibn El Jazzar de Sousse - Université de Sousse.

C. Zedini, T. N. Ajmi, I. Bougmiza, M. El Ghardallou, M. Mallouli, M. Limam, A. Mtiraoui.

C. Zedini, T. N. Ajmi, I. Bougmiza, M. El Ghardallou, M. Mallouli, M. Limam, A. Mtiraoui.

La Morbidité diagnostiquée en première ligne chez les personnes âgées dans la région sanitaire de Sousse

The morbidity diagnosed among the elderly in primary care at the sanitary region of Sousse

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°02) : 128-134

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°02) : 128-134

### R É S U M É

**Prérequis :** De nos jours, le vieillissement de la population est devenu un problème sociétal fréquent partout dans le monde. En Tunisie, la part des personnes âgées de 60 ans et plus est estimée à 17,7% en 2029. Ce vieillissement est à l'origine d'importants problèmes de santé, notamment l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques.

**But :** Identifier les caractéristiques sociodémographiques des consultants âgés de 65 ans et plus, et décrire la morbidité diagnostiquée auprès de cette tranche d'âge dans les centres de santé de base de la région sanitaire de Sousse.

**Méthodes :** Etude descriptive de nature transversale dans 86 centres de santé de base à Sousse durant une année (2002-2003), en procédant par tirage au sort des fiches médicales durant trois semaines par saison. Le codage des diagnostics a été fait selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

**Résultats :** 2198 consultations ont été collectées, une personne âgée présente en moyenne 1,22 ( $\pm 0,55$ ) états morbides par consultation. Les principales pathologies relevées sont d'ordre cardio-vasculaire dans 26,2% des cas, respiratoire dans 20,8% des cas, ostéo-articulaire dans 14,8% des cas. Les troubles d'ordre psychologique et social n'ont représenté que 0,4% des cas. Les affections les plus fréquentes ont été l'hypertension artérielle non compliquée (22,4%), la bronchite aiguë/bronchiolite (9,2%), le diabète type 2 (7,9%) et la gonarthrose (4,7%).

**Conclusion :** Ces résultats ont une importance capitale à la fois pour répondre aux besoins des consultants et surtout pour mieux adapter la formation à la pratique du terrain.

### S U M M A R Y

**Background:** Nowadays, the ageing of the population became a societal frequent problem throughout the world. In Tunisia, the part of the elderly of 60 years old and over is estimated at 17,7 % in 2029. This ageing is at the origin of important health problems, in particular the increase of the frequency of the chronic diseases.

**Aim :** To identify the Sociodemographic characteristics of the consultants of 65 years old and over, and to describe the morbidity diagnosed in this age group in the primary health care centers of the sanitary region of Sousse.

**Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study in 86 primary health care centers in Sousse over 1 year (2002–2003). Medical records for 3 weeks per season were randomly selected. The International Classification of Primary Care (ICPC) was used to code recorded data.

**Results:** 2198 consultations were collected, elderly person presents on average 1,22 ( $\pm 0,55$ ) morbid states by consultation. The main diseases identified in order were cardiovascular (26,2%), breathing (20,8%), osteo-articular (14,8%). Psychological and social disorders accounted for only 0,4% of cases. The major health problems were uncomplicated hypertension (22,4%), acute bronchitis / bronchiolitis (9,2%), diabetes mellitus type 2 (7,9%) and osteoarthritis of knee (4,7%).

**Conclusion:** These results are important both to meet the needs of consultants and especially to better adapt the training to practice field.

### Mots-clés

Personnes âgées, morbidité, prévalence, médecine générale, CISP.

### Key-words

Elderly, morbidity, prevalence, primary health care, ICPC.

الحالة المرضية عند المسنين في الخط الأول بجهة سوسة

الباحثون : س. زديني - ت. نبيل - إ. بوقمينة - م. القردلو - م. ملولي - م. لمام - أ. مطيراوي  
الكلمات الأساسية : المسن. انتشار. اعتلال. طب عام. التصنيف الدولي للرعاية الأولية لترميز المعطيات المسجلة.

Le vieillissement de la population est devenu de nos jours un problème sociétal fréquent, c'est un des plus importants phénomènes sociaux de notre époque. La population mondiale des personnes âgées croît au rythme de 2,6% par an (2009). Cet accroissement annuel atteindra 2,8 % en 2025-2030 [1, 2].

Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 7% en 1950, à plus de 16% d'ici à 2050 [1, 3]. Au début du XXI<sup>e</sup> siècle (2000), On comptait, au niveau mondial, 600 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus, soit trois fois plus qu'il y a 50 ans et on prévoit qu'il y en aura deux milliards d'ici à 2050, soit, là encore, une multiplication par trois en 50 ans [1]. Ce vieillissement sociétal est la conséquence d'une transition démographique correspondant en premier lieu à une baisse considérable des taux de fécondité suivie d'une baisse de la mortalité, notamment aux âges élevés [4, 5]. Or, cette augmentation de la longévité génère des craintes quant à son effet sur le système de santé, en raison d'une part, de l'augmentation de l'incidence des pathologies dépendantes de l'âge représentées essentiellement par les maladies chroniques et de leurs effets invalidants dans la vieillesse et d'autre part, de l'augmentation de l'utilisation des services de soins.

Selon l'étude de Rotermann, en 2003 (Canada), la plupart (88%) des personnes âgées avaient consulté un médecin ou un omnipraticien au moins une fois l'année précédente [6].

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et en dehors des prothèses dentaires et des troubles de la vue, deux groupes de pathologies prédominent. Le premier est celui des maladies cardio-vasculaires qui se voient dans 70% des cas [7], dans ce groupe ont trouve en premier les cardiopathies, notamment les cardiopathies ischémiques (syndrome coronariens aigus et infarctus du myocarde) qui ont une prévalence allant de 13 et 15% chez les femmes, et de 21 à 25% chez les hommes. Vient en suite, l'hypertension artérielle qui concerne plus d'une personne âgée sur trois, et enfin les autres maladies de l'appareil circulatoire (dont des problèmes veineux) qui touchent 18,3 % des personnes âgées de 65 à 79 ans et 24,5 % des personnes de 80 ans et plus [8]. Le deuxième grand groupe est celui des problèmes ostéo-articulaires avec une prévalence de 54% [7].

En Tunisie, le vieillissement de la population est plus accéléré que celui des pays européens. La part des personnes de plus de 60 ans représentait respectivement 4,1%; 7,6%, 9,8% et 17,7% en 1956, 1992, 2009 et 2029 et qu'environ une personne sur cinq sera âgée de plus de 60 ans en 2039 [9]. Cependant les connaissances sur les raisons de consultation et les pathologies présentées par la population âgée de 65 ans et plus sont limitées. L'objectif de notre étude est d'identifier la morbidité diagnostiquée chez les personnes âgées au niveau des Centres de Santé de Base (CSB) de la région sanitaire de Sousse.

---

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

---

Il s'agissait d'une étude descriptive de nature transversale effectuée durant une année (juin 2002 à mai 2003) dans les CSB de Sousse. Au cours de chaque saison de l'année, trois semaines successives ont été choisies au hasard, durant lesquelles s'est

effectuée la collecte de données. Un échantillon aléatoire systématique (pas de sondage de 5) des consultants au sein de chaque structure de santé participante a été constitué. Le choix des participants à l'enquête s'est effectué selon l'ordre d'inscription au registre du centre, le jour même de la consultation.

La définition de la personne âgée est très différente selon les sources. Dans notre étude, pour désigner la population âgée nous avons adopté celle retenue par l'OMS à savoir le groupe d'âge de 65 ans et plus. Ainsi un gérontin est une personne âgée de 65 à 74 ans, un vieillard est âgé de 75 à 90 ans, au delà de 90 ans il s'agit d'un grand vieillard [10]. Pour les organisations sanitaires et sociales mondiales on parle de personnes âgées à partir de 75 ans alors que l'âge moyen en institution gériatrique est de 85 ans.

La collecte des données s'est basée sur une fiche de collecte de renseignements remplie par les médecins, permettant d'explorer le ou les motifs de consultation, le diagnostic ou résultat de consultation porté par le médecin et les références pour avis spécialisé.

A partir de cette base de données, nous avons sélectionné les consultants âgés de 65 ans et plus. Nous nous sommes limités dans notre étude à analyser les diagnostics et les références rencontrés en première ligne. Le codage de l'information a été réalisé selon la Classification internationale des soins primaires à sa deuxième révision (CISP-2) [11].

L'analyse et la saisie des données ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS 10.0. Le test statistique utilisé était le test de  $\chi^2$  d'indépendance. Le seuil de signification choisi était de 5%. Les résultats ont été présentés par rapport au total des consultations, en sachant qu'un consultant peut se présenter plus d'une fois lors des trois semaines d'étude ou durant les quatre saisons. Les calculs des taux étaient rapportés soit par rapport aux consultations pour l'identification du profil des consultants, soit par rapport au total des diagnostics quand on parle de la morbidité. Un consultant peut avoir plus d'un diagnostic.

---

## RÉSULTATS

---

Au total, 2198 consultations de personnes âgées de 65 ans et plus ont été collectées dans 86 CSB soit 92,5% de l'ensemble des structures sanitaires publiques de première ligne de la région de Sousse. Les consultations des personnes âgées ont représenté 13,5% du total des consultations (n=16271) tous âges confondus. Le profil des consultants a montré que ces derniers avaient un âge moyen de 73,6 ans  $\pm$  6,5 ans avec des extrêmes allant de 65 à 103 ans, qu'ils étaient de sexe féminin dans 63% des cas et qu'ils possédaient une couverture sociale dans 84,4% des cas (Tableau I).

Dans 40,9% des cas il s'agissait d'un problème chronique pour lequel le patient est venu consulter. Au cours des 2198 consultations étudiées, 2691 résultats de consultations ont été notifiés (en se basant sur la classification CISP), soit une moyenne de 1,22 états morbides par consultation (écart-type : 0,55) avec des extrêmes allant de 0 à 5 diagnostics par

consultation. Dans 75,3% des cas, les médecins retenaient en fin de consultation un seul diagnostic.

**Tableau 1 :** Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

	Effectif	Pourcentage valide (%)
<b>Genre</b>		
Hommes	794	37,0
Femmes	1352	63,0
<b>Classes d'âge</b>		
65-69 ans	736	33,5
70-74 ans	617	28,0
75-79 ans	424	19,3
80-84 ans	266	12,1
85-89 ans	116	5,3
90 ans et plus	39	1,8
<b>Couverture sociale</b>		
CNSS et CNRPS	1019	48,3
Indigents	760	36,1
Payants	3	0,1
Autres	326	15,5
<b>Lieu de résidence</b>		
Urbain	1479	70,2
Rural	627	29,8

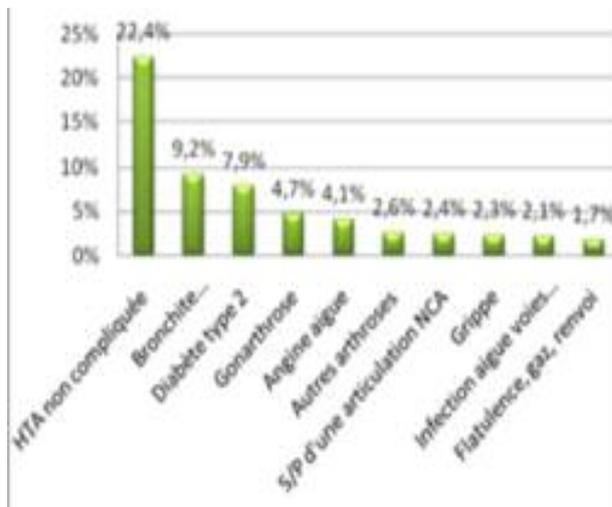
Les diagnostics se rapportant au chapitre cardio-vasculaire occupaient le premier rang avec 26,2% des cas (n=704), suivies par ordre décroissant par ceux du chapitre respiratoire (20,8% ; n=561), ostéo-articulaire (14,8% ; n=398), digestif (9,3% ; n=251) et métabolique/ endocrinien (9,2% ; n=248) [figure 1]. Ces cinq chapitres à eux seuls ont représenté 80,3% des diagnostics retenus par les médecins à la fin de la consultation. Cependant, on note que les diagnostics relevant des chapitres psychologique, génital (aussi bien féminin que masculin) et social étaient rarement retrouvés chez nos patients et ne représentaient que 0,8% [figure 1].

**Figure 1 :** Répartition des diagnostics selon les chapitres de la CISP



Les cinq principaux diagnostics retenus par les médecins de famille à la fin de la consultation étaient par ordre décroissant l'hypertension artérielle (HTA) non compliquée (22,4% ; n=604), la bronchite aiguë/bronchiolite (9,2% ; n=247), le diabète type 2 (7,9% ; n=212), la gonarthrose (4,7% ; n=127) et l'angine aiguë (4,1% ; n=110). Ces cinq diagnostics ont représenté environ la moitié (48,3%) de l'ensemble des diagnostics [figure 2].

**Figure 2 :** les 10 premiers diagnostics chez les personnes âgées



Le tableau II représente les cinq principaux résultats de consultation au sein des cinq principaux chapitres de la CISP (les pourcentages sont représentés par rapport au total de chaque chapitre).

A la fin de la consultation, environ un patient sur deux (53,5%, n= 1372) avait bénéficié d'un rendez-vous pour contrôle; 7,1% (n=183) des patients ont été référés à un autre médecin pour avis spécialisé et 0,7% (n=19) ont été hospitalisés. Les pourcentages de références pour avis spécialisé (par chapitre de la CISP) ont intéressé essentiellement et par ordre décroissant, les chapitres cardiovasculaire, digestif, œil, ostéo-articulaire et peau (tableau III).

## DISCUSSION

Notre étude a été effectuée dans la région sanitaire de Sousse auprès des médecins de première ligne (du secteur public) et a pour objectifs d'identifier les caractéristiques sociodémographiques des consultants ainsi que les principaux problèmes de santé diagnostiqués chez les patients âgés de 65 ans et plus.

L'originalité de notre étude est qu'elle est à notre connaissance le premier travail en Tunisie qui a utilisé la classification CISP pour récolter la morbidité en première ligne chez les personnes âgées. En effet cette classification est spécifique à la médecine ambulatoire du premier recours, elle a été développée conjointement par l'organisation internationale des médecins

**Tableau 2** : Top cinq des résultats de consultation par chapitre de la CISP

	Effectif (n)	Pourcentage (%) par rapport au chapitre concerné
<b>Chapitre Cardio-vasculaire</b>		
K86 : Hypertension non compliquée	604	85,8
K88 : Hypotension Orthostatique	12	1,7
K85 : Pression sanguine élevée	12	1,7
K60 : Résultat analyses/ examens	9	1,3
K87 : Hypertension avec complications	8	1,1
<b>Chapitre Respiratoire</b>		
R78 : Bronchite aiguë/bronchiolite	247	44,0
R76 : Angine aiguë	110	19,6
R80 : Grippe	61	10,9
R74 : Infection aiguë voie respiratoires sup.	56	10,0
R96 : Asthme	30	5,3
<b>Chapitre Ostéo-articulaire</b>		
L90 : Gonarthrose	127	31,9
L91 : Autre arthrose	69	17,3
L20 : S/P d'une articulation NCA	65	16,3
L86 : Synd. Dorso-lombaire et irradiation	25	6,3
L99 : Autre maladie ostéo-articulaire	22	5,5
<b>Chapitre Digestif</b>		
D08 : Flatulance/gaz/renvoi	47	18,7
D87 : Trouble de la fonction gastrique	34	13,5
D99 : Autre maladie du système Digestif	23	9,2
D02 : Douleur/abdominale/épigastrique	22	8,8
D70 : Infection gastro-intestinale	18	7,2
<b>Chapitre métabolique/endocrinien</b>		
T90 : Diabète Type 2	212	85,5
T93 : Trouble du métabolisme des lipides	15	6,0
T92 : Goutte	5	2,0
T60 : Résultat analyses/examens	5	2,0
T85 : Hyperthyroïdie/Thyréotoxique	3	1,2
T87 : Hypoglycémie		

**Tableau 3** : Répartition des références selon les chapitres de la CISP.

	Nombre de cas référés (N)	% par rapport au total des références	% par rapport au chapitre concerné
K : Cardio-vasculaire	35	19,1	4,9
D : Système digestif	25	13,7	9,9
F : Œil	24	13,1	26,9
L : Ostéo-articulaire	20	10,9	5,0
S : Peau	19	10,4	11,3
R : Respiratoire	17	9,3	3,0
T : Métabol., nutrit., endocrinien	9,0	4,9	3,6
H : Oreille	9,0	4,9	30,0
N : Neurologique	8,0	4,4	16,6
U : Système urinaire	5,0	2,7	6,4
A : Général et non spécifique	4,0	2,2	6,6
P : Psychologique	2,0	1,1	16,6
B : Sang, syst.hématop/immunologie	2,0	1,1	6,0
X : Système génital féminin et sein	2,0	1,1	40,0
Y : Système génital masculin et sein	2,0	1,1	50,0
Total	183	100	

généralistes (WONCA) en collaboration avec l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cependant, notre étude présente certaines limites méthodologiques à savoir que la population à l'étude ne représentait que le secteur public ce qui ne nous permet pas d'inférer nos résultats à toute la population des

personnes âgées qui consultent en première ligne dans la région sanitaire de Sousse, sachant que ces derniers peuvent consulter auprès des médecins de famille dans le secteur de libre pratique et même s'adresser directement aux services des urgences, notamment en cas de traumatismes. De même notre étude ne

c'est intéressée qu'aux personnes âgées utilisateurs des services de santé et n'a pas inclus les personnes âgées grabataires ne pouvant se déplacer.

Dans notre étude, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, représentait 13,5% (n=2198) du total des consultations (n=16271). L'étude de Mc Niece "et al", effectuée en Angleterre et au pays de Galles a trouvé que les patients âgés de 65 ans et plus représentaient 14% du total de l'échantillon faisant l'objet de l'enquête et 21% des consultations [12]. L'enquête sociale et de santé effectuée au Québec (1998), visant la même tranche d'âge a montré que cette dernière représentait 11% de la population totale vivant en ménage privé en 1998 (avec une prédominance féminine à 57%) [13]. Dans l'étude effectuée au nord de Staffordshire en Angleterre (2004), les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 23,4% de la population adulte faisant partie de l'étude. Les études de Soltani "et al", Gataa "et al" ont trouvé que la population âgée de plus de 65 ans représentait respectivement 8,6% et 13,7 % du total de la population étudiée [14, 15]. Les gérontins (classe d'âge 65-74 ans) représentaient dans notre étude plus de la moitié (61,6%) des consultants. L'enquête sociale et de santé effectuée par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec en 1998 a relevé une proportion similaire à la notre (64,6%) [13].

L'âge moyen des consultants de notre étude était de 73,6 ans avec un sexe ratio Hommes/Femmes à 0.59. Cette prédominance féminine a été retrouvée dans la quasi totalité des études [1, 2, 13, 16-19]. Ceci s'expliquerait par un plus fort déclin de la mortalité chez le sexe féminin. C'est ce que certains appellent une féminisation de l'avance en âge [18].

En terme de morbidité diagnostiquée, notre étude a montrée que les chapitres, circulatoire, respiratoire, ostéo-articulaire se plaçaient en tête de liste représentant 61,2% de la morbidité enregistrée. Avec une différence statistiquement significative selon le genre et plutôt en faveur d'un nombre plus élevé dans le genre féminin et pour tous les chapitres ( $p < 10^{-3}$ ). Les études de Nylenna "et al", Aylin "et al" et Nguyen "et al", ont trouvé des résultats similaires à savoir que ses mêmes chapitres sus cités figurent parmi les cinq premiers en termes de morbidité [16, 17, 20] (Tableau IV).

Les cinq premiers diagnostics retenus par les médecins de famille à la fin de la consultation, étaient par ordre décroissant l'hypertension artérielle (HTA) non compliquée, la bronchite/bronchiolite, le diabète type 2, la gonarthrose et l'angine aigue. Ces chapitres représentaient environ la moitié (48,3%) de tous les diagnostics.

Les études de Tubiana M. et Swynghedaw "et al" ont montré que la fréquence des principales affections cardiovasculaires à savoir l'insuffisance coronarienne, l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque croissent avec l'âge [21; 22]. D'autres études ont montré qu'aux Etats-Unis, l'âge moyen des personnes lors d'un premier épisode de cardiopathie ischémique est de 66 ans pour les hommes et de 70 ans pour les femmes, de même près des 2/3 des nouveaux infarctus aux Etats-Unis et 85% des décès liés aux infarctus surviennent chez des personnes de plus de 65 ans [23]

**Tableau 4 :** Répartition des cinq premiers chapitres de la CISP

	Chapitre de la CISP	(%)	Classification utilisée
<b>P. Aylin et al 1991-1992</b>	1. Respiratoire	17,0	CIM 9
	2. Circulatoire	16,1	
	3. Général	9,7	
	4. Ostéo-articulaire	9,4	
	5. Psychologique	6,0	
<b>Nylenna et al 1983</b>	1. Circulatoire	24,1	CISP
	2. Ostéo-articulaire	16,9	
	3. Général	9,0	
	4. Respiratoire	8,2	
	5. Cutanée	8,1	
<b>Nguyen et al 2002</b>	1. Général	22,5	CISP
	2. Circulatoire	17,7	
	3. Respiratoire	12,5	
	4. Ostéo-articulaire	10,0	
	5. Digestif	9,4	
<b>Notre étude Soussse (Tunisie) 2002-2003</b>	1. Circulatoire	26,2	CISP
	2. Respiratoire	20,8	
	3. Ostéo-articulaire	14,8	
	4. Digestif	9,3	
	5. Endocrinien/métabolique	9,2	

Dans notre étude, l'HTA non compliquée a été notifiée dans un peu plus d'une consultation sur cinq 22,4% (n=604) et représente 85,8% des diagnostics se rapportant au chapitre cardio-vasculaire. Elle représentait de loin la pathologie la plus fréquemment rencontrée en première ligne. Ces résultats ont été corroborés par d'autres études nationales et internationales qui ont noté une prévalence de l'HTA allant de 12% à 50% selon les études [13; 19; 24 -29]. Cette haute prévalence pourrait éventuellement s'expliquer par les modifications de la structure des parois artérielles (vieillesse vasculaire) avec remplacement des fibres élastiques par du collagène, ce qui conduit à l'augmentation de la rigidité des artères. Cette diminution de la distensibilité artérielle a comme conséquences une élévation de la pression artérielle systolique et une diminution de la pression artérielle diastolique [10].

La morbidité respiratoire est représentée essentiellement par la bronchite/bronchiolite et l'angine aigue qui ont été retenues dans environ une consultation sur dix 9,2% (n=247) pour la première et dans 4.1% des cas (n=110) pour la deuxième. La bronchite/bronchiolite représentait la deuxième pathologie la plus rencontrée et 44% des diagnostics se rapportant au chapitre respiratoires. Sa prévalence varie selon les études entre 6,3% dans l'étude Nguyen "et al" et 9,2% dans l'étude Gataa "et al" [15; 16]. Par contre, l'étude de Ruben "et al", chez les patients de ville et en suivant de façon prospective des patients de plus de 65 ans, a révélé 52% d'infections respiratoires [30]. Alors que l'étude de Michel "et al" a montrée qu'en milieu hospitalier, le taux d'infections respiratoires est de 18% avec un nombre moyen d'infection un peu plus élevé chez les hommes. [31]

L'angine aigue se plaçait en cinquième position avec 4,1% des pathologies retenues par les praticiens, l'étude Gataa "et al", trouve la même prévalence [15].

Cette morbidité respiratoire diagnostiquée pourrait être expliquée par le vieillissement. En effet, plusieurs études ont montré qu'avec l'âge, l'organisme subit une diminution des moyens de défenses locaux et généraux, ce qui favorise une élévation du taux des infections [21; 32,33].

Le diabète type 2 se classe, dans notre étude en troisième position avec 7,2% de l'ensemble des pathologies retenues par les médecins de famille et 85,5% des diagnostics se rapportant au chapitre métabolique/endocrinien. Sa prévalence est de 7,9% dans l'étude Gataa "et al" [15]. Certaines études internationales avancent des chiffres allant de 10% (10,3 % dans l'étude de PAQUID et de 10,5 % dans l'étude britannique de CROXSON chez les sujets ambulatoires âgés de plus de 65 ans) à 20% [13; 19; 34, 35].

Les pathologies de l'appareil locomoteur étaient fréquentes et restent une cause majeure d'incapacités fonctionnelles. A 65-79 ans, 20,5 % des personnes déclarent une arthrose périphérique, 10,7 % des rhumatismes ou autres douleurs articulaires et 12,2 % des dorsopathies. À 80 ans et au-delà, la prévalence de ces affections est respectivement de 24,6 %, 13,6 % et 10,6 % [7]. Les hommes sont plus atteints que les femmes avant l'âge de 45 ans, par contre chez les patients âgés de plus de 55 ans, les femmes sont plus fréquemment atteintes que les hommes [36]. Dans le monde, on estime que 9,6% des hommes et 18,0% des femmes âgées de 60 ans et plus présentent une symptomatologie ostéo-articulaire [36]. Dans notre étude la gonarthrose est le diagnostic le plus fréquent au sein du chapitre ostéo-articulaire (31,9%), elle se place en quatrième position des diagnostics retenus en fin de consultation avec une prévalence de 4,7% (n=127). La même prévalence a été retrouvée dans l'étude Gataa "et al" [15]. Dans l'étude Woolf "et al", l'incidence d'arthrose radiologique du genou augmentait significativement avec l'âge [36]. Ainsi, des études radiologiques de populations américaines et européennes âgés de 45 ans et plus montrent que la gonarthrose est la pathologie ostéo-articulaire la plus fréquente avec 14,1% chez les hommes et 22,8% chez les femmes [36]. Les autres arthroses représentaient dans notre étude 2,6% des diagnostics retenus et ce placent en sixième position.

Contrairement à certaines études qui avancent des chiffres de prévalence de la pathologie psychologique allant de 6 à 10% [16, 19, 37], la pathologie de type psychologique n'a été retenue par les médecins généralistes dans notre étude que dans 0,4% des cas (n=12), notamment pour la dépression, où nous n'avons notifié qu'un cas. Cependant, d'un point de vue épidémiologique, la prévalence des épisodes dépressifs majeurs parmi la population âgée générale (65 ans et plus) est de 1 à 4% avec une légère prédominance féminine, alors que la présence de symptômes dépressifs est beaucoup plus fréquente, entre 8 et 16%. Ces résultats pourraient éventuellement être expliqués par le fait que 60 à 70% des dépressions chez les personnes âgées sont méconnues ou négligées [38-41]. De même l'étude EURODEP, effectuée auprès de la population âgée de 65 ans et plus de 7 pays d'Europe estime la prévalence combinée de la dépression majeure et des troubles dépressifs à 12,3% (8,6% chez les hommes et 14,1% chez les femmes) [42]. Par contre

environ 60% (n=7) des diagnostics de type psychologique sont représentés par des problèmes d'anxiété et de stress.

Peu de pathologies du système génital aussi bien chez les hommes que chez les femmes ont été notifiées 0,4% (n=11), le même résultat a été retrouvé dans l'étude Adebuseye "et al" au Nigéria, [19] alors que la prévalence était de 2% dans l'étude Clausen "et al" [37].

Dix neuf patients (0,7%) ont été hospitalisés à la fin de la consultation, environ 85% (n=16) des motifs d'hospitalisation sont représentés essentiellement par des pathologies circulatoire et respiratoire. Ces deux chapitres représentaient 32% des motifs d'hospitalisation dans l'étude Dagneaux [43]. Quatre motifs d'hospitalisation (1,4%) ont été considérés comme une urgence selon le médecin dans notre étude, mais le degré d'urgence et le critère utilisé pour évaluer le degré d'urgence n'a pas été précisé.

En Conclusion, le vieillissement est devenu une actualité majeure et un phénomène préoccupant et marquant, fait confirmé par les données démographiques et sociologiques. En pratique, tous les médecins sont amenés à soigner des personnes âgées que ce soient des généralistes ou des spécialistes, au cabinet ou à l'hôpital. Cependant, la morbidité des personnes âgées a été étudiée en milieu hospitalier, alors que les données en ambulatoire sont de nos jours peu disponibles. C'est dans ce cadre que rentre notre travail qui a pour objectifs de décrire les caractéristiques sociodémographique ainsi que le profil de la morbidité chez les personnes âgées qui consultent aux centres de santé de base de la région sanitaire de Sousse.

Les résultats de notre étude ont montré une prévalence élevée des pathologies dégénératives chez cette tranche d'âge à types de maladies cardiovasculaires, métaboliques/endocriniennes et ostéo-articulaires, notamment l'hypertension artérielle non compliquée, le diabète type 2 et l'arthrose (gonarthrose). De même ces résultats soulignent le faible taux des troubles psychologiques et sociaux qui pourrait être expliqué par la somatisation des plaintes par les consultants et/ou par le manque de dépistage par les praticiens. Ces informations pertinentes présentent une importance capitale à la fois pour une meilleure prise en charge des patients âgés afin de mieux répondre aux besoins des consultants et surtout pour mieux adapter la formation de base (universitaire) et la formation médicale continue à la pratique du terrain. Cette formation doit intégrer à la fois le volet curatif, mais surtout la prévention et la promotion de la santé dans le but de protéger les adultes d'aujourd'hui qui seront les vieux de demain.

#### Remerciements

*Nos remerciements s'adressent aux corps médical, paramédical et administratif qui nous ont aidés pour la collecte de l'information dans les centres de santé de base de la région de Sousse.*

## References

1. Population Division, United Nations. World Population Ageing: Department of Economic and Social affairs. The 2009 Revision [Site internet: [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf)]
2. Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. Nations Unies. Données sur le vieillissement de la population. Madrid (Espagne) 8-12 avril 2002. [Site internet : <http://www.un.org/french/ageing/chap1.pdf>]
3. Global population aging in the 21st century and its economic implications. The Congress of the United States; Congressional Budget Office. December 2005 [Site internet: <https://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/69xx/doc6952/12-12-global.pdf>]
4. Loriaux M. Les conséquences de la révolution démographique et du vieillissement sociétal : restructuration des âges et modification des rapports entre générations. *Sociologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, 1995, p. 9-26. [Site internet : <http://id.erudit.org/iderudit/001453ar>]
5. Badeyan G, Colin Ch. Les personnes âgées dans les années 90: perspectives démographiques, santé et modes d'accueil. *Etudes et résultats DREES*, N°40 ; novembre 1999 : 1-8.
6. Rotermann. M. statistique Canada. Utilisation des services de santé par les personnes âgées. *Rapports sur la santé*, 11 (supplément), 2003, p. 37-8.
7. Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi. An, Mizrahi. Ar. Enquête sur la santé et la protection sociale France 1996. *Santé, soins et protection sociale CREDES 1997* : 1-232
8. Allonier C, Guillaume S, Sermet C. De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France. *Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. Questions d'économie de la santé*. *Bulletin d'information en économie de la santé*. n° 123 - Juin 2007: 1-6.
9. Institut National de la Statistique (INS). Données démographiques et sociales. Projection de la population (2009) [Site internet: <http://www.ins.nat.tn>]
10. Hanon. O. L'insuffisance cardiaque, une maladie du sujet âgé. *Presse Med* 2004;33;16 : 1079-82.
11. Jamouille M, Roland M : Classification Internationale des Soins Primaires. Lyon, Alexandre Lacassagne, 1992
12. McNiece R, Azeem M. Socioeconomic differences in general practice consultation rates in patients aged 65 and over: prospective cohort study. *BMJ* 1999; 319: 26-28
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (juin 2004), santé et bien-être : les personnes âgées à travers les enquêtes de santé. [Site internet : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)]
14. Soltani M S, Letaief M, Ben Salem K "et al". Motifs de contacts au niveau de la première ligne dans le sahel tunisien. *Arch Public Health* 2002 ; 60 :125-140.
15. Gataa R, Ajmi T. N, Bougmiza I, Mтираoui A. La morbidité diagnostiquée en première ligne dans la région sanitaire de Sousse (Tunisie). *Rev Med Brux* 2008 ; 29:471-480.
16. Nguyen Tan L.H, Paulus D, Pestiaux D. Pourquoi les patients âgés belges consultent-ils leur médecin généraliste ? *Louvain médical* 124 ; février 2005 :105-112. [Site internet : [www.md.ucl.ac.be/loumed/V124,%202005/105-112.pdf](http://www.md.ucl.ac.be/loumed/V124,%202005/105-112.pdf)]
17. Nylenna M. Why do our patients see us? A study of reasons for encounter in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 1985; 3:155-162.
18. Henrard J-C. Vieillesse, âge et santé. *Âge et représentation de la vieillesse: Actualité et dossier en santé publique*. 1997; 21:4-11.
19. Adebuso L A, Ladipo M M, Owoaje E T, Ogunbode A M. Morbidity pattern amongst elderly patients presenting at a primary care clinic in Nigeria. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2011; 3: 1-6.
20. Aylin F P, Majeed A, Cook D. G. Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ*. 1996; 313: 207-210.
21. Tubiana M. Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux. *C.R. Biologies* 2002, 6, 325: 699-717.
22. Swynghedauw B, Besse S, Heymes C, Assayag P. Système cardiovasculaire du sujet âgé normal. *Sénescence cardiovasculaire. C. R. Biologies* 325 (2002) 683-691.
23. Thom T, Haase N, Rosamond W "et al". Heart Disease and Stroke Statistics—2006 Update A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* February 14, 2006.
24. Henrard J-C. Santé publique et grand âge. *La santé au grand âge : Actualité et dossier en santé publique*. 1997; 20: 7-8.
25. Hughes H, Jordan K. P, Rajaratnam G, Fawcett S, Croft P. Recent changes in general practice morbidity in older people. *Age and Ageing* 2008; 37: 572-575. (research letters)
26. Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Etudes et résultats, drees*, n° 494 ; juin 2006.
27. Dahlöf B, Lindholm L H, Hansson L, Schersten B, Ekblom T, Wester P.O. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338:1281-85.
28. Sermet C. Évolution de l'état de santé des personnes âgées en France : 1970-1996. *Questions d'économie de la santé (synthèse)*. CREDES, *Bulletin d'information en économie de la santé* n°12; juin 1998.
29. Duhot D; Martinez L; Ferru P; Kandel O; Gavid B. Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale. *Rev Prat. Médecine générale*. 2002, no562, pp. 177- 80.
30. Ruben F.C, Dearwater S.R, Norden C.W, Kuller L.H, Gartner K. Clinical infections in the noninstitutionalized geriatric group : methods utilized and incidence of infections. The Pittsburg good health study. *Am J Epidemiol*. 1995; 15:145-57.
31. Michel J.P, Robine J.M. Le futur de la mortalité. *Ann Med Int*. 1993 ; 144 :229-33.
32. Manton K.G, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994; 94:2593-98.
33. Lesourd L. Modification de la réponse immunitaire chez le sujet âgé. *Revue du rhumatisme* 2004 ; 71 :446-54.
34. Abbatecola A. M, Giuseppe Paolisso. Diabetes care targets in older persons. *Diabetes research and clinical practice* 86 (2009) :35-40.
35. Blickle J.F, Attali J.R, Barrou Z "et al". Le diabète du sujet âgé. *Diabetes & Metabolism* 1999, 25, 84-93.
36. Woolf A. D, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:646-656.
37. Clausen F, Sandberg E, Ingstad B, Hjortdahl P. Morbidity and health care utilisation among elderly people in Mmamkgodi village, Botswana. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:58-63.
38. Lleshi V, Bizzozzero T. La dépression du sujet âgé. *Rev Med Suisse* 2009; 5: 1785-9.
39. Blazer D G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *American Psychiatric Association, Focus* 7:118-136, winter 2009.
40. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Épidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuro Psychiatr Vieillesse* 2004 ; vol. 2 (1) : 7-12.
41. Aribi L, Elleuch E, Trabelsi S, Aloulou J, Maalej I, Amami O. La dépression chez la personne âgée en maison de retraite : Etude auprès de 35 résidents. *Tunis Med* - 2010 ; Vol 88 (n°10) : 710 - 13.
42. Copeland J. R.M, Beekman A T.F, Braam A.W "et al". Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* February 2004; 3:1.
43. Dagneaux I. Motifs d'hospitalisation de personnes âgées par les médecins généralistes : données issues d'une enquête. *La Revue de la Médecine Générale*. Avril 2009; 262:150-2.