

De la demande à la décision : Contact non programmé de l'adulte en médecine de famille

From demand to decision: Not programmed contact for adult family medicine

Sriha Belguith Asma, Bouanene Iness, Elmhamdi Sana, Ben Saad Meriem, Ben Salah Aroua, Harizi Chahida, Soltani Essoussi Mohamed

Service de médecine préventive et d'épidémiologie. Hôpital Fattouma Bourguiba - Monastir

RÉSUMÉ

Prérequis: l'étude des motifs de contact, des hypothèses diagnostics, des actes physiques réalisés et des procédures en première ligne aide à la bonne gestion des services de premier recours et oriente la formation des futurs médecins généralistes.

But : décrire les éléments du contact dans les Centres de Santé de Base (CSB).

Méthodes: c'est une étude transversale, descriptive portant sur les éléments du contact, sans rendez vous, de la population desservie par 4 CSB, dans le gouvernorat de Monastir. Les journées de l'enquête étaient identifiées parmi la liste de journées ouvrables en prenant deux semaines par mois et par saison. Nous avons exclus les contacts pour suivi des maladies chroniques. Les contacts analysés avaient été identifiés selon un échantillonnage aléatoire systématique avec un pas de sondage sur deux.

Résultats : Au terme de cette étude, nous avons colligé 910 contacts. La moyenne d'âge des consultants était de 36 ans, le sex-ratio H/F =0,38. Les chapitres respiratoires, ostéo- articulaires, digestifs, neurologiques et plaintes générales représentaient 74% des motifs de contacts. La toux et les plaintes de gorge représentaient 25% des raisons de consultation. L'examen pulmonaire, ORL et cardiovasculaire représentait 80% des examens physique réalisés. L'angine, les infections des voies respiratoires supérieures, les bronchites aiguës, la grippe et la rhinite allergique représentaient la moitié des hypothèses posées. Les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antipyrétique/antalgique représentaient 69 % des prescriptions.

Conclusion : cette étude nous a permis de montrer l'insuffisance des actions de prévention en première ligne et de mettre en exergue que la formation des futures médecins de famille doit être axés sur les systèmes les plus prévalent en premier recours.

Mots-clés

Médecine générale, morbidité diagnostiquée, classification internationale de soins primaire.

SUMMARY

Background: the study of contact patterns, diagnostics assumptions, physical acts performed and procedures in primary care services orient the training of future GPs.

Aim: describe the elements of the contact in the Basic Health Centers.

Methods: It is a transverse study, describing the elements of contact without appointment, the population served by 4 primary health centers, in Monastir governorate. Days of the survey were identified from the list of working days by taking two weeks per month and per season by excluding the days of chronic diseases. Contacts analyzed have been identified by a systematic random sampling with a step of sounding on two.

Results: in the term of this study, we brought together 910 contacts. The mean age of consultants was 36 years, the sex-ratio H/F 0,38. The respiratory, ostéo-articular, digestive, neurological and general chapter's complaints represented 74% of motives for contacts. The cough and the complaints of throat represented 25% of the reasons for consultation. The lung examination, Oto-rhino laryngeal and cardiovascular represented 80% of physical examinations. The pharyngitis, the infections of the superior respiratory tracts, acute bronchitis, flu and allergic rhinitis represented the half of the assumptions. Antibiotics, anti-inflammatory and the antipyretic/analgesic accounted for 69% of prescriptions.

Conclusion: this study allowed us to show the lack of preventive measures in the health center base and highlight the training of future family physicians must be based systems the most prevalent in primary care.

Key- words

General practice, diagnosed morbidity, International Classification of Primary Care (ICPC)

Le CSB représente le premier niveau dans l'organisation sanitaire du secteur public en Tunisie qui s'occupe principalement des problèmes de la population qu'il dessert. L'hôpital universitaire représente le troisième niveau ayant une mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ce dernier représente la source de données de la majorité des études publiées (1). La surveillance épidémiologique de la morbidité ambulatoire en médecine de premier recours est confrontée à des multiples problèmes méthodologiques statistiques et opérationnels dont les plus importants sont, d'une part, la difficulté de poser un diagnostic précis dans les consultations de médecine générale et, d'autre part, la faible adaptation des systèmes de classifications internationales des maladies aux spécificités de la pratique ambulatoire (2). La description des motifs de consultation est rendue opérationnelle par la classification internationale de soins primaires (CISP), la plus adaptée aux spécificités de la médecine ambulatoire, développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (WONCA). Les travaux sur la morbidité en médecine générale, selon une démarche standardisée et systématisée sont rares. L'objectif de cette étude, était de décrire les motifs de contact, les hypothèses diagnostics, les actes physiques réalisés et les procédures dans les structures de médecine générale.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive portant sur les éléments de contact dans 4 CSB, dans le gouvernorat de Monastir en 2010. Nous avons inclus les contacts des consultations sans rendez vous, des sujets adultes. Les contacts liés à des maladies chroniques « HTA et Diabète » ont été exclus de l'étude. Nous avons réalisé l'étude dans 2 CSB ruraux et 2 urbains. Les journées de l'enquête ont été sélectionnées parmi la liste de journées ouvrables, en prenant les deux semaines médianes par mois et par saison (Janvier, Avril, Juillet, Octobre). Pour les jours choisis, nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire systématique avec un pas de sondage sur deux pour la sélection des contacts. Le médecin enquêteur était formé sur l'utilisation de la classification CISP, sur le codage des éléments de la consultation ainsi que la saisie informatisée des données. La collecte des données a duré deux mois (janvier et février 2010) après accord des médecins responsables des CSB. Les données collectées se répartissaient en : caractéristiques sociodémographiques des patients, les antécédents personnels et familiaux, les symptômes et plaintes, les actes physiques réalisés, les hypothèses diagnostics, et les procédures. L'analyse des données avait été réalisée sur matériel informatique SPSS 15.0. Nous avons décrit les variables qualitatives par leurs effectifs, fréquences relatives et fréquences cumulée, les variables quantitatives par la moyenne et l'écart type (ET) et la médiane (Me).

RÉSULTAT

Au terme de cette étude, nous avons colligé 910 contacts non programmés chez l'adulte. La moyenne d'âge des consultants était de 36 ans (ET= 13 ; Me= 34). Une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,38. Le diabète de type 2 (DT2), l'hypertension artérielle (HTA) et l'allergie médicamenteuse représentaient 41% des antécédents personnels (Tableau I). Les chapitres respiratoires, ostéo-

articulaires, digestives, neurologiques et plaintes générales représentaient 74% des motifs de contacts. Les symptômes et plaintes étaient les motifs de contact dominants.

Tableau 1 : Profil des consultants dans les centres de santé de base

Age	effectifs	Fréquences
➤ < 30 ans	334	37,3
➤ 30 -49	391	43,6
➤ > 50	171	19,1
Genre		
➤ Femmes	660	72,5
Niveau éducationnel		
➤ Analphabète	13	25,0
➤ Primaire	20	38,5
➤ Secondaire	19	36,5
Profession		
➤ Ouvrier	36	35,3
➤ Etudiant ; élève	15	14,7
➤ Non fonctionnaire	42	41,2
➤ Cadre	5	4,9
➤ Autres	4	3,9
Etat matrimonial		
➤ Célibataire	27	19,9
➤ Marié	97	71,3
➤ Veuf/ divorcé	12	8,8

Code CISP	Antécédent (ATCD)	Personnel (n=337)
T90	Diabète Type 2 (DT2)	53
K86/K87	HyperTension Artérielle (HTA)	50
A92	Allergie médicamenteuse	36
L67	Suivi en rhumatologie	25
K71	Rhumatisme articulaire aigue	21
A21/A22	Tabagisme actif	16
P67	Suivi en psychiatrie	12
B82	Anémie	11
R96	Asthme	8
D85	Ulcère gastroduodénal	8
Autres ATCD personnels		97
Code CISP	ATCD familiaux (n=126)	
T90	DT2	52
K86/K87	HTA	61
T93	Trouble du métabolisme des lipides	7
A79	Néoplasie	2
K71/K74	Cardiopathie rhumatismale/ congénitale	3
R96	asthme	1
		126

La toux et les plaintes de gorge représentaient 25% des raisons de consultation (Tableau II). L'examen pulmonaire, ORL et cardiovasculaire représentait 80% des examens physiques réalisés et notés. Les principales hypothèses diagnostics étaient, par système, les maladies de l'appareil respiratoire, de la peau et du tissu cellulaire sous cutané, du système ostéo-articulaire, de l'appareil digestif. L'angine, les infections des voies respiratoires supérieures, les bronchites aiguës, la grippe et la rhinite allergique représentaient la

moitié des hypothèses posées. (Tableau III). Les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antipyrétique/antalgique représentaient 69% des prescriptions pour les contacts non programmés chez l'adulte. Un examen complémentaire avait été demandé pour 128 patients (14%). Les bilans sanguins représentaient la moitié des examens complémentaires réalisés.

Tableau 2 : Répartition des symptômes dans les centres d'étude

Les motifs de contact	Effectifs	Fréquence FC (%)	
Selon les chapitres de la CISP		Fréquence FC (%)	
R – Respiratoire	302	32,1	32,1
L - Ostéo-articulaire	143	15,2	47,3
D – Digestifs	103	10,9	58,2
N – Neurologie	78	8,3	66,5
A – général	74	7,9	74,4
B - Sang, organes hématopoïétiques	49	5,2	79,6
S – Cutanée	38	4,0	83,6
Z – Social	34	3,6	87,2
U – Urologie	32	3,4	90,6
H – Oreille	24	2,6	93,2
F – Œil	17	1,8	95
X - Appareil génital féminin	17	1,8	96,8
K – Circulatoire	13	1,4	98,2
P – Psychologie	9	1,0	99,2
T - Endocrinien, métabolique et nutritionnel	4	0,4	99,6
Y - Appareil génital masculin (n=4)	4	0,4	100,0
W- Grossesse (n=0)	0	0,0	100,0
Selon les composantes de la CISP		Fréquence FC (%)	
01- 29 : Symptômes et plaintes	830	88,2	88,2
30- 49 : Procédures diagnostiques et préventives	2	0,2	88,4
60 - 61 : Résultats des tests	68	7,2	95,6
62 : Administratifs	13	1,4	97,0
63 – 69 : Références et autres motifs de contact	22	2,4	99,4
70 - 79 : Diagnostics et maladies	6	0,6	100,0
Liste des 20 principaux motifs de consultation		Fréquence FC (%)	
R05 Toux	114	12,5	12,5
R21 Symptôme, plaintes gorge	112	12,3	24,8
N01Céphalées	51	5,6	30,4
B60 Résultats analyses Sang	46	5,0	35,4
L03 Symptôme, plaintes lombes	31	3,4	38,8
A03 Fièvre	28	3,1	41,9
R07 Eternuement / congestion nasale	26	2,8	44,7
D02 Douleur estomac	25	2,7	47,4
A04 Faiblesse généralisée fatigue	23	2,5	49,9
63 Rencontre de suivi	22	2,4	52,3
D11 Diarrhée	22	2,4	54,7
D01 Douleurs crampes abdominales généralisées	22	2,4	57,1
L29 Autre symptôme, plaintes ostéo-articulaire	21	2,3	59,4
H01 Douleur de l'oreille	18	2,0	61,4
U01 Dysurie	18	2,0	63,4
N17 Vertige/étourdissement	15	1,6	65,0
L60 Résultats examens Ostéo-articulaire	15	1,6	66,6
62 Contact administratif	13	1,3	67,9
L17 Symptôme, plaintes du pied et de l'orteil	9	1,0	68,9
L14 Symptôme, plaintes de la jambe et de la cuisse	9	1,0	69,9
FC : fréquences cumulée			

Tableau 3 : Répartition des appréciations

Les hypothèses diagnostics (n=449)	Effectifs	Fréquence FC (%)	
Selon les chapitres de la CISP		Fréquence FC (%)	
R – Respiratoire	238	52,7	52,7
S – Cutanée	38	8,5	61,2
L - Ostéo-articulaire	36	8,2	69,4
D – Digestifs	34	7,6	77,0
F – Œil	14	3,1	80,1
H – Oreille	14	3,1	83,2
K – Circulatoire	13	2,9	86,1
U – Urologie	13	2,9	90,0
N – Neurologie	12	2,7	91,7
T - Endocrinien, métabolique et nutritionnel	8	1,8	93,5
A – général	7	1,6	95,1
B - Sang, organes hématopoïétiques	7	1,6	96,7
P – Psychologie	7	1,6	98,3
W- Grossesse	6	1,3	99,6
X - Appareil génital féminin	2	0,4	100,0
Liste des 20 principales hypothèses diagnostics(384)		Fréquence FC (%)	
R76 Angine aiguë	144	27,3	27,3
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup	37	7,0	34,3
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite	34	6,5	40,8
R80 Grippe	31	5,9	46,7
R97 Rhinite allergique	19	3,6	50,3
F70/F71 Conjonctivite infectieuse/ allergique	13	2,5	52,8
L90 Gonarthrose	12	2,3	55,1
U71 Cystite/autre infection urinaire	10	1,9	57,0
H71 Otite moyenne aiguë	10	1,9	58,9
S76 Autre maladie infectieuse de la peau	10	1,9	60,8
D93 Syndrome du colon irritable	10	1,9	62,7
B80 Anémie par déficience en fer	10	1,9	64,6
D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	6	1,1	65,7
R77 Laryngite, trachéite aiguë	6	1,1	66,8
D11 Diarrhée	5	0,9	67,7
L70 Infection du syst. ostéo-articulaire	5	0,9	68,6
N89 Migraine	5	0,9	69,5
K88 Hypotension orthostatique	5	0,9	70,4
L03 Symptôme et Plaintes des lombes	4	0,8	71,2
L17 Symptôme et Plaintes du pied et de l'orteil	4	0,8	72,0
R75 Sinusite aiguë/chronique	4	0,8	72,8

DISCUSSION

Les plaintes respiratoires représentaient la première sollicitation des contacts non programmés chez l'adulte en première ligne. L'examen pulmonaire et de gorge étaient les gestes les plus pratiqués par le médecin généraliste. Les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antipyrétiques présidaient les prescriptions ambulatoires. Pour pallier à un biais de sélection lié au lieu et au temps, nous avons choisi 2 CSB ruraux et 2 CSB urbains et nous avons réalisé un échantillonnage sur les saisons.

Ce travail a permis de dévoiler le rôle de filtre que joue le médecin de famille. Ce qui contribue à la hiérarchisation des malades entre les différents niveaux de soins dans le secteur public. Ce procédé

n'existe pas dans le secteur libéral où les patients ne sont pas dans l'obligation de passer par leur médecin de famille. Les consultations de médecine générale étaient caractérisées par la prédominance féminine, phénomène universel retrouvé dans des études similaires (1-3). L'âge relativement jeune de la population d'étude peut être expliqué par des raisons démographiques et sanitaires (4-6), vu la prévalence des pathologies chroniques chez la population plus âgée. La classe socio-économique moyenne utilise particulièrement les services de santé du secteur public par faute d'accessibilité économique au secteur privé, toutefois la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a rapproché l'accessibilité de cette classe au secteur libéral. Cette étude a permis de confirmer la prévalence élevée de l'HTA et du DT2 dans les ATCD personnels et familiaux chez l'adulte. Le problème de santé respiratoire domine la symptomatologie ambulatoire, ce constat est universel et constitue la squelette du travail des médecins généralistes (1). La toux et les plaintes de gorge totalisaient 37 % des plaintes, les antibiotiques et les anti-pyrétiques dominaient la prescription médicale, ce qui confirme le double fléau épidémiologique, des maladies transmissibles et non transmissibles, en Tunisie. Les motifs sociaux et psychologiques représentaient respectivement 4% et 1% des plaintes, illustrant l'attitude médico-centrique des praticiens (7). La rubrique « symptômes et plaintes » représentait la composante dominante des motifs de consultation, vu que c'est le médecin, qui a le rôle de les

convertir en problèmes de santé (8). Les plaintes ostéo-articulaires représentaient 15% des plaintes, l'examen locomoteur ne représente que 6% des examens réalisés, ceci montre l'écart entre les besoins des patients et les gestes techniques réalisés. L'examen pulmonaire, ORL et cardiaque dominaient les gestes réalisés par les médecins généralistes. Ce qui montre la réduction du champ d'action des médecins de première ligne suite au manque de formation continue active et orienté vers les habilités techniques (9). La réticence à la demande des examens complémentaires pourrait être liée à l'adoption de l'approche syndromique lors de la décision. Malgré leur conviction de la nécessité de soins orientés vers la prévention, pour les 910 contacts non programmés, un seul frottis avait été réalisé. Montrant le manque d'implication des médecins généralistes dans la prévention secondaire des cancers (10). L'amélioration des outils de travail telle que l'informatisation des données pourrait les motiver vers une approche de qualité (11). La dermatologie, le service ORL et le service d'ophtalmologie étaient les services de références pour complément d'exploration et traitement. Contradictoirement le service de radiologie n'est pas apparu comme un service de référence, ceci montre un manque de coordination entre les prestations spécialisées avec les médecins de famille. Les réseaux de soins doivent permettre d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé, grâce à une amélioration de la coordination entre les différents prestataires. Des doublons pourront ainsi être évités (12).

Références

1. Gataa R, Ajmi TN, Bougmiza I, Mtraoui A. Diagnosed morbidity in primary health care in the sanitary region of Sousse (Tunisia). *Rev Med Brux*. 2008;29: 471-80.
2. Ben Abdelaziz A, Hadhri S, Touati S, Bouabid Z, Daouas F, Msakni N, et al. Morbidity diagnosed in the general medicine public structures in Tunisia. *Santé Publique*. 2003;15:191-202.
3. Ben Abdelaziz A, Krifa I, Hadhri S, Bouabid Z, Daouas F, Msakni N, et al. La demande de soins dans les centres de médecine générale du Sahel tunisien. *Cahier santé*. 2004;14:223-9.
4. Ben Romdhane H., Skhiri H., Khaldi R., Oueslati A. Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie. *Option méditerranéennes*. 2002;41:7-27.
5. Ben Hamida A, Fakhfakh R, Miladi W, Zouari B et Nacef T. La transition sanitaire en Tunisie au cours des 50 dernières années. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2005 ; 11 :181-91
6. Alberti H, Boudriga N, Nabli M. Disease-specific medical records improve the recording of processes of care in the management of type 2 diabetes mellitus. *Public Health*. 2006;120: 650-3.
7. Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*. 2009;9: 1-7.
8. Formato V, Ronneau S. Le Dossier Médical Informatique et la standardisation de l'information. *La Revue de la Médecine Générale*. 2004;209: 89-91.
9. Ben Abdelaziz A, Haddad S, Harrabi I, Gaha R, H. G. Attitudes et attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue. *Pédagogie médicale*. 2002;3:101-10.
10. Bataillon R, Samzun JL, G L. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? *La revue du praticien médecine générale*. 2006; 1314-16.
11. Crosson JC, Ohman-Strickland PA, Hahn KA, Diccico-Bloom B, Shaw E, Orzano AJ, et al. Electronic medical records and diabetes quality of care: results from a sample of family medicine practices. *Ann Fam Med*. 2007;5:209-15.
12. Brault I, Roy Denis A, Denis JL. Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Prat Organ Soins* 2008;39:167- 73.