La morbidité respiratoire en médecine générale dans la région de Sousse (Tunisie)

T.N. Ajmi,¹ I. Bougmiza,¹ C. Zedini,¹ M. El Ghardallou,¹ R. Gataa¹ et A. Mtiraoui¹

معدلات الأمراض التنفسية في العيادات الطبية العامة في منطقة سوسة بالجمهورية التونسية

ثرىا النابلي العجمي، إيهاب بوقميصة، شكيب زدين، مريم القردلو، رضا قطة، علي مطراوي

الخلاصة: قام الباحثون بتحديد مرتسم الأمراض التنفسية في العيادات الطبية العامة في منطقة سوسة، وذلك من خلال إجراء دراسة مستعرضة في 86 مركزاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية في سوسة على مدى سنة كاملة (2002-2003)، وذلك بالرجوع إلى سجلات طبية تغطي 3 أسابيع لكل فصل من الفصول على نحو عشوائي؛ مستخدمين التصنيف الدولي للرعاية الأولية لترميز المعطيات المسجلة. ثم قاموا بترتيب الأمراض التنفسية وفقاً للفصل الذي طلبت فيه الاستشارة فوجدوا أن عددها 8397 من أصل 24882 (33.7٪)، ثم وفقاً للتشخيص فوجدوا أن عددها 7788 من أصل 18097 (43.0٪). ومن بين الشكاوى التنفسية التي بلغ عددها 7715، مثَّل السعال الشكوى الأكثر شيوعاً (54.8٪). ومن بين التشخيصات التنفسية كان التهاب اللوزتين الحاد 37.1٪، والتهاب القصبات الحاد 26.5٪، والتهاب السُّبُل التنفسية الحاد 21.6٪. وكان الأطفال دون سن الخامسة هم الأكثر إصابة بالتهاب السُّبُل التنفسية العلوية الحاد 44.5٪، في حين كان التهاب القصبات (الالتهاب الشَّعبي) هو التشخيص الرئيسي لدى المرضى فوق سن الخامسة والأربعين.

RÉSUMÉ Nous avons déterminé le profil de la morbidité respiratoire en médecine générale dans la province de Sousse. Nous avons mené une étude 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 motifs et des diagnostics a été fait selon la Classification internationale des soins primaires (CISP). Les affections respiratoires occupaient le premier rang aussi bien pour les motifs de consultation (8397/24 882, 33,7 %) que pour les diagnostics (7788/18 097, 43,0 %). Parmi les 7715 plaintes respiratoires, la toux représentait le motif le plus fréquent (54,8 %). Les diagnostics étaient représentés par l'angine aiguë (37,1 %), la bronchite aiguë (26,5 %) et les infections aiguës des voies respiratoires (21,6 %). Les enfants de moins de 5 ans étaient plus atteints par des infections aiguës des voies respiratoires supérieures (44,5 %). La bronchite aiguë était le principal diagnostic pour les patients âgés de plus de 45 ans.

Respiratory morbidity in family practice in the region of Sousse, Tunisia

We determined the profile of respiratory morbidity in family practice in the region of Sousse. We conducted a cross-sectional study in 86 primary health care centres in Sousse over 1 year (2002–03). Medical records for 3 weeks per season were randomly selected. The International Classification of Primary Care (ICPC) was used to code recorded data. Respiratory diseases ranked first both for reason for consultation (8397/24 882, 33.7%) and for diagnosis made (7788/18 097, 43.0%). Of the 7715 respiratory complaints, cough was the most common complaint (54.8%). Of respiratory diagnoses, 37.1% were acute tonsillitis, 26.5% acute bronchitis and 21.6% were acute respiratory tract infection. Children under 5 years were most affected by acute upper respiratory tract infections (44.5%). Acute bronchitis was the primary diagnosis for patients aged over 45 years.

¹Département de médecine communautaire, Faculté de médecine Ibn El Jazzar Sousse, Sousse (Tunisie) (Correspondance à adresser à T.N. Ajmi : thourayaajmi@laposte.net).

Reçu : 10/01/10; accepté : 29/04/10

Introduction

Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé en 2000, les pathologies respiratoires représentaient 17,4 % des causes de décès et 13,3 % des causes d'invalidité [1], ce qui constitue un coût économique et social exorbitant. L'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) touchent aux États-Unis approximativement 30 millions d'individus et constituent la quatrième cause de décès. La BPCO représente une mortalité qui ne cesse d'augmenter [2,3]. Elle coûte plus de 30 millions de dollars des États-Unis par an pour arrêt de travail [4,5].

Les études identifiant les caractéristiques épidémiologiques des pathologies respiratoires en première ligne sont peu nombreuses [6,7]. En Tunisie, les travaux décrivant la morbidité respiratoire diagnostiquée en première ligne sont rares, pourtant les pathologies respiratoires constituent le motif le plus commun de consultation. Les objectifs de notre étude étaient d'identifier la morbidité ressentie et la morbidité diagnostiquée dans les centres de santé de base (CSB) de la région de Sousse (Tunisie) et de relever les pathologies respiratoires qui ont été référées pour avis médical spécialisé.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive de nature transversale effectuée durant une année (de juin 2002 à mai 2003) dans les CSB de Sousse (centre-est de la Tunisie). 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 collecte des données s'est basée sur une fiche de collecte de renseignements remplie par les médecins, permettant d'explorer trois aspects importants au cours du contact médecin-malade, à savoir : 1) le motif de consultation ou demande de soins, tel qu'exprimé par le malade ; 2) le diagnostic ou résultat de consultation porté par le médecin ; et 3) les procédures diagnostiques, thérapeutiques et préventives entreprises dans le processus de soins et de prise en charge des cas. Nous nous sommes limités dans notre étude à analyser les motifs et les diagnostics.

Le codage de l'information a été réalisé selon la Classification internationale des soins primaires à sa deuxième révision (CISP-2) [8]. L'analyse et la saisie des données ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS 10.0. Les tests statistiques utilisés sont le test de χ^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 périodes. Les calculs des taux étaient rapportés soit par rapport aux consultations pour l'identification du profil des consultants, soit par rapport au total des motifs ou diagnostics quand on parle de la morbidité. Un consultant peut avoir plus d'un motif et plus d'un diagnostic. Il est à noter que certains totaux ne coïncident pas exactement avec le total des consultations à cause des données manquantes.

Résultats

Le total des consultations, tous âges et sexes confondus était de 16271. Quarante-vingt-six CSB ont participé à cette enquête, soit 92,5 % du total des structures publiques de la région

de Sousse qui se chiffrait à 93 CSB en 2003.

Profil des consultants

L'âge médian des consultants était de 24 ans. Les âges extrêmes s'étaient de la naissance à 103 ans. Les consultations des enfants de moins de 15 ans et celles des personnes âgées de 65 ans et plus représentaient respectivement 32,8 % et 13,5 % du total des consultations. La répartition selon le sexe montrait une prépondérance féminine à partir de l'âge de 15 ans (Figure 1). L'origine urbaine était retrouvée dans 71,8 % chez les malades. Cette répartition selon le lieu de résidence coïncide avec celle retrouvée dans la répartition régionale selon les statistiques de l'Institut National de la Statistique [9]. Les patients étaient affiliés à une caisse de sécurité sociale dans 65,3 % des cas.

Caractéristiques de la consultation

Les consultations étaient attribuables à un problème de santé aigu dans 76,4 % des cas, au suivi de pathologie chronique dans 12,8 % des cas et au contrôle de pathologie aiguë dans 5,3 % des cas. Au cours de cette étude, 24 882 motifs ont été enregistrés, ce qui correspond en moyenne à 1,89 motif par consultation ($IC_{95\%}$: 1,88-1,90). Le nombre de diagnostics évoqués par les médecins généralistes a été de 18 097, soit en moyenne 1,18 diagnostic par consultation ($IC_{95\%}$: 1,17-1,18). La durée moyenne de consultation était de 6,7 minutes (écart type [ET] 3,7).

Motifs de consultation d'origine respiratoire

Les motifs de consultation rapportés au chapitre respiratoire, selon la CISP, ont occupé le premier rang (33,7 %, $n = 8397$) par rapport au total des motifs (Tableau 1). La répartition des motifs de consultation, selon les composants de la CISP, montre que les patients se sont présentés soit pour plaintes respiratoires dans

Figure 1 Répartition des consultations en fonction du sexe des patients et des classes d'âge

Tableau 1 Répartition des motifs selon les chapitres de la CISP

Code CISP	Chapitre	Nbre	Fréquence relative (%)
R	Respiratoire	8397	33,7
D	Digestif	3308	13,3
A	Général	3242	13,0
L	Ostéo-articulaire	2077	8,3
N	Neurologique	2045	8,2
S	Cutané	1704	6,8
K	Circulatoire	1195	4,8
F	Œil	758	3,0
T	Endocrino-métabolique	667	2,7
H	Oreille	552	2,2
U	Urologique	539	2,2
X	Génital féminin	154	0,6
B	Hématologique	123	0,5
P	Psychologique	90	0,4
Y	Génital masculin	18	0,1
W	Grossesse, accouchement	10	0,0
Z	Social	3	0,0
Total		24 882	100

CISP : Classification internationale des soins primaires.

92,5 % des cas ($n = 7715$), soit avec un diagnostic déjà connu dans 7,8 % des cas ($n = 661$), soit pour résultat de bilan ou renouvellement d'ordonnance dans 0,2 % des cas ($n = 21$). Parmi les plaintes, la toux a représenté le motif le plus fréquent (54,8 %), suivi des plaintes de gorge (25,7 %), plaintes du nez, éternuement et congestion nasale (12,2 %) (Tableau 2). La toux était la plainte la plus fréquente pour chacune des classes d'âge considérées. De même, la toux était la première plainte relevée chez les consultants aussi bien de sexe masculin que féminin (respectivement 56,4 % et 53,7 %) par rapport au total des plaintes pour chaque sexe. De même, la toux était plus fréquemment retrouvée que les autres plaintes ($p < 0,0001$) durant les quatre saisons de l'année : 47,8 % du total des plaintes en été, 51,1 % en

Tableau 2 Répartition des plaintes respiratoires selon la CISP

Code CISP	Symptômes et plaintes	Nbre	Fréquence Relative (%)
R05	Toux	4228	54,8
R21	Symptômes/plaintes gorge	1988	25,7
R08	Autres symptômes plaintes nez	592	7,7
R07	Éternuement/congestion nasale	346	4,5
R02	Souffle court/dyspnée	216	2,8
R01	Douleur attribuée au système respiratoire	156	2,0
R23	Symptôme et plainte de la voix	61	0,8
R06	Saignement de nez/épistaxis	38	0,5
R04	Autres problèmes respiratoires	31	0,4
R03	Sibilances	30	0,4
R29	Autres symptômes respiratoires	11	0,1
R09	Symptômes plaintes sinus	7	0,1
R24	Hémoptysies	7	0,1
R22	Symptômes plaintes amygdales	3	0,0
R28	Fonction limitée/invalidité	1	0,0
Total		7715	100

CISP : Classification internationale des soins primaires.

automne, 61,3 % en hiver et 54,5 % au printemps.

Pathologies respiratoires relevées par les médecins généralistes

La classification, selon la CISP, des résultats de consultation a montré que les pathologies diagnostiquées (ou motifs qui restent parfois exprimés sous forme de plaintes) par les médecins montrent que les principales affections rencontrées en première ligne étaient représentées dans près de 80 % des cas par les affections respiratoires (43,0 %), digestives (10,1 %), ostéo-articulaires (8,9 %), circulatoires (8,7 %) et cutanées (8,4 %) (Tableau 3). Parmi les 7788 résultats de consultation relatifs au chapitre respiratoire, 7677 diagnostics ont été identifiés soit 98,6 %. Les 7677 diagnostics sont représentés essentiellement par l'angine aiguë (37,1 %), les bronchites aiguës (26,5 %) et les infections aiguës des voies respiratoires supérieures (IVRS) (21,6 %) (Tableau 4). Ces dernières englobent selon la CISP-2 : rhinite aiguë, coryza, rhume, rhinopharyngite, pharyngite aiguë.

L'asthme n'a été mentionné que dans 1,4 % des cas. Les 28 cas de tuberculose mentionnés étaient soit une tuberculose pulmonaire suspectée selon les signes cliniques, soit un suivi de tuberculeux déjà connus. La bronchite chronique et

les BPCO sont retrouvées dans 32 cas, soit 0,4 % du total des diagnostics.

Les enfants de moins de 15 ans étaient plus atteints par des IVRS pour la classe des moins de cinq ans (44,5 %) et par les angines aiguës (50,5 %) pour les

Tableau 3 Répartition des diagnostics selon les chapitres de la CISP

Code CISP	Chapitre	Nbre	Fréquence relative (%)
R	Respiratoire	7788	43,0
D	Digestif	1833	10,1
L	Ostéo-articulaire	1611	8,9
K	Circulatoire	1574	8,7
S	Cutané	1515	8,4
T	Endocrino-métabolique	746	4,1
F	Œil	631	3,5
A	Général	547	3,0
U	Urologique	479	2,6
H	Oreille	367	2,0
B	Hématologique	356	2,0
N	Neurologique	312	1,7
X	Génital féminin	141	0,8
P	Psychologique	136	0,8
W	Génital masculin	31	0,2
Y	Grossesse, accouchement	22	0,1
Z	Social	8	0,0
Total		18097	100

CISP : Classification internationale des soins primaires.

Tableau 4 Répartition des diagnostics respiratoires selon la CISP

Code CISP	Chapitre	Nbre	Fréquence relative (%)
R76	Angine aiguë	2845	37,1
R78	Bronchite aiguë/bronchiolite	2031	26,5
R74	Infections aiguës voies respiratoires supérieures	1659	21,6
R80	Grippe	638	8,3
R75	Sinusite aiguë ou chronique	113	1,5
R96	Asthme	109	1,4
R77	Laryngite, trachéite aiguë	64	0,8
R81	Pneumonie	60	0,8
R83	Autre infection respiratoire	39	0,5
R70	Tuberculose (A70)	28	0,4
R97	Rhinite allergique	28	0,4
R79	Bronchite chronique	18	0,2
R95	Maladie pulmonaire chronique obstructive	14	0,2
R87	Corps étranger nez, larynx, bronches	7	0,1
R90	Hypertrophie amygdales, végétations adénoïdes	7	0,1
R99	Autre maladie respiratoire	6	0,1
R73	Furoncle, abcès du nez	4	0,1
R84	Cancer bronches, poumon	4	0,1
R82	Pleurésie, épanchement pleural	2	0,0
R88	Autre lésion traumatique système respiratoire	1	0,0
Total		7677	100

CISP : Classification internationale des soins primaires.

enfants âgés de 5 à 14 ans. Les angines aiguës occupaient le premier rang pour les classes d'âge de 15 à 24 ans (46,6 %) et de 25 à 44 ans (41,5 %). La bronchite aiguë était le principal diagnostic aussi bien pour les adultes âgés de 45 à 64 ans (35,4 %) que pour les personnes âgées de 65 ans et plus (44,3 %). Les cas de tuberculose respiratoire ont intéressé les consultants âgés de 15 ans et plus, et un malade sur trois était une personne âgée de 65 ans et plus.

Pathologies nécessitant des références pour avis spécialisé

Les références toutes pathologies confondues représentaient 5,3 % (n=957) des 18 097 diagnostics. Les références pour affections respiratoires ont occupé la

cinquième place (11,9 %), après les pathologies ophtalmiques (12,3 %), cutanées (13,7 %), ostéo-articulaires (13,7 %) et digestives (14,7 %), du total des pathologies rencontrées au cours de l'enquête.

Dans 98,5 % des cas, le médecin généraliste prend en charge ses malades consultant pour affections respiratoires. Seulement 1,5 % des diagnostics respiratoires (n = 114) ont nécessité d'être adressés à des médecins spécialistes, pour avis, complément d'investigation ou prise en charge (Tableau 5). Seulement 1,3 % des IVRS étaient référées par rapport au total des IVRS vues par les médecins. Les angines aiguës sont prises en charge par le médecin

généraliste dans 99,3 % des cas. La dyspnée, l'hypertrophie des amygdales, les corps étrangers des voies respiratoires, l'épistaxis et la rhinite allergique sont les principales plaintes ou diagnostics ayant nécessité des références.

Les enfants de moins de 15 ans étaient plus référés pour maladies respiratoires infectieuses telles que les IVRS, les bronchiolites et les angines. La référence pour asthme a été faite dans cinq cas sur les 50 enfants âgés de moins de 15 ans. Les adultes de 15 ans à 64 ans étaient référés plutôt pour des pathologies respiratoires infectieuses : IVRS et angine. Trois malades âgés de 15 à 64 ans ont été référés pour une BPCO. Les personnes âgées de 65 ans et plus étaient référées plutôt pour bronchite aiguë, IVRS et tuberculose pulmonaire.

Discussion

Cette étude menée dans 86 CSB nous a permis d'avoir un profil épidémiologique de la morbidité respiratoire, tant exprimée par les malades que diagnostiquée par les médecins généralistes. Au cours de la réalisation de cette étude, nous avons été confrontés à certaines limites dont les suivantes :

- la non-participation de 7 CSB parmi les 93 CSB, qui était expliquée soit par des spécificités de consultation (4 CSB pratiquent des consultations pour maladies chroniques ou pédiatrie seulement), soit par le refus de participation de trois médecins ;
- l'utilisation de la CISP quant à la sélection des pathologies respiratoires. Notre étude s'est basée sur la sélection du chapitre respiratoire. Cependant, les IVRS telles que les otites n'ont pas été incluses dans notre étude, vu que ces pathologies font partie du chapitre « oreille ».

Tableau 5 Répartition des pathologies respiratoires ayant nécessité des références pour avis spécialisé

Code CISP	Diagnostic	Total des diagnostics ou plaintes vu(e)s par les médecins généralistes (Nbre)	Nbre de cas référés	Taux de référence par pathologie (%)
R74	Infections aiguës voies respiratoires supérieures	1659	22	1,3
R76	Angine aiguë	2845	21	0,7
R78	Bronchite aiguë/bronchiolite	2031	21	1,0
R96	Asthme	109	10	9,2
R75	Sinusite aiguë ou chronique	113	8	7,1
R06	Épistaxis	17	4	23,5
R97	Rhinite allergique	28	4	14,3
R70	Tuberculose (A70)	28	3	10,7
R80	Grippe	638	3	0,5
R81	Pneumonie	60	3	5,0
R95	Maladie pulmonaire chronique obstructive	14	3	21,4
R77	Laryngite, trachéite aiguë	64	2	3,1
R83	Autre infection respiratoire	39	2	5,1
R90	Hypertrophie amygdales, végétations adénoïdes	7	2	28,6
R99	Autre maladie respiratoire	6	2	33,3
R02	Dyspnée	2	1	50,0
R07	Congestion nasale	6	1	16,6
R87	Corps étranger nez, larynx, bronches	7	1	14,3
R82	Pleurésie, épanchement pleural	1	1	100
Total		-	114	

Malgré ces limites, ce travail a permis d'identifier les motifs et les diagnostics qui se rapportaient à l'appareil respiratoire dans les structures publiques de la région de Sousse (Tunisie). Au total, 16 271 consultations ont été analysées. Les affections respiratoires ont occupé le premier rang, tant pour les motifs de consultation (33,7 %) que pour les diagnostics (43,0 %). L'étude menée par l'Organisation mondiale de la Santé, de 1997 à 2000, dans neuf pays en développement à propos des soins respiratoires dans les services de soins primaires a montré que les infections respiratoires aiguës représentaient 80 % du total des affections respiratoires rencontrées dans ces services [10]. Cette même étude a montré qu'en Argentine, en Guinée, au Maroc, au Népal et en Thaïlande, environ 18 % des patients de plus de cinq ans qui

ont consulté les services de soins primaires avaient des symptômes respiratoires [10]. Cette prédominance des affections respiratoires (en tant que motifs) a aussi été retrouvée et décrite par Wun (44 %) [11], de Silva (31,6 %) [12] et Pult (11,8 %) [13] dans des études réalisées dans d'autres pays.

Parmi les 7715 plaintes respiratoires, 80,5 % sont représentées par la toux et les maux de gorge. Cette première position qu'occupe la toux a été retrouvée dans les études de Wun [11], de Silva [12] et Hong [14]. Dans une étude nord-américaine, la toux a constitué le troisième motif de consultation en médecine générale [15]. La démarche clinique face à une toux aiguë chez un enfant de moins de cinq ans est facilitée par la démarche décrite dans la Prise en charge intégrée

des maladies de l'enfant (PCIME) appliquée dans plusieurs pays, dont la Tunisie. Seulement, une telle démarche n'existe pas pour les enfants scolarisés, les adolescents et les adultes. Elle serait souhaitable pour offrir une démarche allant du symptôme vers la décision, et aiderait les médecins à assurer des soins de qualité [10]. Pour corriger cette lacune, Murray présente dans son article les justificatifs pour la mise en place de la stratégie d'approche pratique de la santé respiratoire (*Practical Approach to Lung Health* - PAL) qui consiste en une approche syndromique structurée, en fournissant les moyens de gérer les types les plus courants de troubles respiratoires chez les patients âgés de plus de cinq ans [16]. Abu Rumman dans son étude réalisée auprès de 25 médecins généralistes en Jordanie a montré qu'une formation de ces

médecins à propos de l'approche pratique de la santé respiratoire diminue le nombre de médicaments prescrits par patient de 12,2 % et réduit le coût moyen des médicaments prescrits par patient de 8,7 % [17].

Quatre-vingt-cinq pour cent des diagnostics respiratoires intéressaient l'angine aiguë, la bronchite aiguë et les IVRS. Gataa, dans son étude effectuée dans les CSB de Sousse, a noté que les cinq premiers diagnostics étaient représentés par l'angine aiguë (15,7 %), les bronchites chroniques (11,2 %), les IVRS (9,2 %), l'hypertension artérielle (6,2 %) et la grippe (6,2 %) [18]. Soltani, dans son étude effectuée à Monastir (Tunisie), a rapporté aussi le premier rang occupé par les angines aiguës [19]. Les maladies chroniques respiratoires, notamment l'asthme et les BPCO, n'ont été rencontrées que dans 1,8 % des diagnostics respiratoires. L'étude de Hajem réalisée auprès de 2400 ménages tunisiens en 2000-2001 a montré que 4,2 % des causes médicales de décès survenus en 2001 sont dues à des broncho-pneumopathies [20]. Ces dernières représentent la cinquième cause de décès, toutes pathologies confondues et la première cause de décès par maladies respiratoires. Tirimanna, dans son étude comparative en 1977 et en 1992, a conclu, tout en utilisant les mêmes critères de sévérité de l'asthme/BPCO, qu'il y a réellement

une augmentation de la prévalence de l'asthme et de la BPCO, marquée par une augmentation de cas classés légers [21]. L'identification précoce et le traitement permettent de réduire la morbidité et la mortalité de ces pathologies [22,23].

La tuberculose pulmonaire, encore endémique en Tunisie, a été retrouvée dans notre étude chez 28 patients, soit 0,3 % du total des diagnostics respiratoires. La prise en charge des cas suspects de tuberculose est standardisée selon les directives du Programme national de Lutte contre la Tuberculose. La région de Sousse avait un taux d'incidence de la tuberculose en 2005 de 24,2 pour 100 000 habitants contre 20,7 pour 100 000 habitants à l'échelle nationale pour la même année [24]. Pour les pays en développement, l'initiative « PAL » de l'Organisation mondiale de la Santé recommande, au niveau des soins primaires, une approche standardisée pour la détection des principales maladies respiratoires, y compris l'asthme et la tuberculose, par l'utilisation des algorithmes basés sur les symptômes respiratoires [25]. La mise en œuvre de la stratégie PAL nécessite le respect et l'application de dix étapes rapportées d'après l'étude de Erhola [26].

Les références toutes pathologies confondues représentent 5,3 % (n = 957) des 18 097 diagnostics, soit 53 références pour 1000 diagnostics. L'étude d'Evans citée dans l'étude

de O'Donnell [27] relève un taux de référence de 44,7 pour 1000. Parmi les 114 cas référés (1,5 %), les BPCO et l'asthme représentaient 30,5 % des cas. Hak, dans son étude qui a porté sur l'incidence des infections respiratoires en médecine générale au Pays-Bas, a relevé 4 % de cas référés pour avis spécialisé [28].

Conclusion

Au total, cette étude nous a permis d'avoir une idée sur les principales pathologies respiratoires vues par les médecins généralistes exerçant dans les CSB de la région de Sousse (Tunisie). L'intérêt réside non seulement dans un suivi épidémiologique en réalisant une étude similaire dans quelques années, mais aussi pour une orientation ciblée de la formation médicale continue. De même, d'autres études complémentaires peuvent être réalisées pour identifier les pratiques médicales face aux principales pathologies identifiées.

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.

Références

1. *Strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases*. Geneva, World Health Organization, 2002:1-13.
2. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1995; 152(5pt 2):77S-121S.
3. Hurd S. The impact of COPD on lung health worldwide: epidemiology and incidence. *Chest*, 2000, 117(Suppl.):1S-4S.
4. Pauwels RA et al.; GOLD Scientific Committee. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2001, 163:1256-1276.
5. Sin DD et al. The impact of chronic obstructive pulmonary disease on work loss in the United States. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2002, 165:704-707.
6. Simpson CR et al. Respiratory morbidity in primary care. A population based study, using practices from the Scottish Continuous Morbidity Recording Research Database. *Health Bulletin*, 2000, 58:489-496.
7. Van Schayck CP et al. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 2002, 324:1370.

8. Jamouille M *et al.* *Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires CISP - 2, Deuxième version.* Bruxelles, Care Editions, ASBL, 2000.
9. Institut National de la Statistique (INS). Statistiques économiques et sociales de la Tunisie: Projection de la population par tranche d'âge 1999-2029 (Disponible sur le site <http://www.ins.nat.tn/indexfr.php>, consulté le 27 mars 2011).
10. *Respiratory care in primary care services – A survey in 9 countries.* Geneva, World Health Organization, 2004.
11. Wun Y *et al.* The work by the developing primary care team in China: a survey in two cities. *Family Practice*, 2000, 17:10–15.
12. De Silva N, Mendis K. One-day general practice morbidity survey in Sri Lanka. *Family Practice*, 1998, 15:323–331.
13. Pult L *et al.* Comment classer les patients en médecine de premier recours ? *Médecine et hygiène*, 1999, 57(2270):1799–1804.
14. Hong CY *et al.* Acute respiratory symptoms in adults in general practice. *Family Practice*, 2004, 21:317–23.
15. Irwin RS, Widdicombe JG. Cough. In: Murray JJ, Nadel JA, eds. *Textbook of respiratory medicine*. Philadelphia, WB Saunders, 1994:529–544.
16. Murray JF, Pio A, Ottmani S. PAL: a new and practical approach to lung health. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006, 10:1188–1191.
17. Abu Rumman K *et al.* Training on the Practical Approach to Lung Health: effect on drug prescribing in PHC settings in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2009, 15:111–121.
18. Gataa R *et al.* La morbidité diagnostiquée en première ligne dans la région sanitaire de Sousse (Tunisie). *Revue Médicale de Bruxelles*, 2008, 29(5):471–480.
19. Soltani MS *et al.* Motifs de contacts au niveau de la première ligne dans le sahel tunisien. *Archives of Public Health*, 2002, 60(2):125–140.
20. Hajem S. *État de Santé et Consommation Médicale des Tunisiens en 2000-2001 Tome 1 : État de Santé.* Tunis, Institut National de Santé Publique, 2003.
21. Tirimanna PR *et al.* Prevalence of asthma and COPD in general practice in 1992: has it changed since 1977? *British Journal of General Practice*, 1996, 46:277–281.
22. Petty TL. Scope of the COPD problem in North America: early studies of prevalence and NHANES III data: basis for early identification and intervention. *Chest*, 2000, 117(Suppl. 2):326S–331S.
23. Stang P *et al.* The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency in the general population. *Chest*, 2000, 117(Suppl. 2):354S–359S.
24. Ajmi Th *et al.* Profil épidémiologique de la tuberculose dans la région sanitaire de Sousse de 1995 à 2005. *Revue Tunisienne d'Infectiologie*, 2010, 4:18–22.
25. Tan WC, Ait-Khaled N. Dissemination and implementation of guidelines for the treatment of asthma. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006, 10:710–716.
26. Erhola ML *et al.* Development process of the Practical Approach to Lung Health in Kyrgyzstan. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2009, 13:540–544.
27. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family Practice*, 2000, 17:462–471.
28. Hak E *et al.* Incidence of GP-diagnosed respiratory tract infections according to age, gender and high-risk co-morbidity: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Family Practice*, 2006, 23:291–294.