

La morbidité hospitalière dans un district urbain de Tunisie

Abdallah Bchir,¹ Mondher Letaief,² Kamel Ben Salem,³ Hassan Echeikh⁴ and Mohamed Soltani⁵

معدل وفيات المستشفيات في منطقة حضرية في تونس
عبد الله بشير ومنذر لطيف وكمال بن سالم وحسن الشيخ ومحمد السلطاني

خلاصة : يوجد سجل لحالات الدخول في جميع المستشفيات العمومية بمنطقة موناستير في تونس. ومن خلال هذا السجل حددنا حالات الدخول من بين الأهالي المقيمين في منطقة قصر هلال خلال العام 1995، وقد بلغ عددهم 1983 حالة. وقد يسّر لنا ذلك، أن نرسم صورة عامة للحالات المرضية التي تعالج في المستشفيات في إطار مجتمع محدد. وتبين أن معدل الدخول السنوي للمعالجة بالمستشفيات كان 0.1%. بينما بلغ معدل المرضى ذوي الأعمار 65 سنة فأكثر 13.1%. وكانت الأمراض المزمنة هي السبب في دخول 13.5% من المرضى للمستشفى، وكان معظمها إصابات بالسكري والربو. إن هذه الصورة المرضية العامة تعكس ظاهرة التحول الوبائي، وتستوجب تعزيز خدمات الرعاية الانتقالية (خارج المستشفى) وتطوير الخدمات التوعوية لخفض دواخي دخول المستشفيات.

Hospital morbidity in an urban district in Tunisia

ABSTRACT In the health region of Monastir, Tunisia, there is a register of admissions to all public hospitals. Those relating to patients resident in Ksar Hellal District during the year 1995 were identified ($N = 1983$ admissions to hospital). This made it possible to establish the population-based pattern of hospital morbidities. The annual hospitalization rate is 6.1%; the rate for patients aged ≥ 65 years is estimated at 13.1%. Chronic diseases are responsible for 31.5% of admissions to hospital and are predominantly diabetes and asthma. The morbidity pattern reflects a phenomenon of epidemiological transition and calls for the strengthening of ambulatory care and development of specific services likely to reduce the need for hospitalization.

RESUME Dans la région sanitaire de Monastir (Tunisie), nous disposons d'un registre des hospitalisations dans tous les hôpitaux publics. Nous avons identifié celles relatives aux malades résidant dans le district de Ksar Hellal pour l'année 1995 ($N = 1983$ hospitalisations). Ceci nous a permis de dresser le profil de la pathologie hospitalière basé sur une population définie. Le taux d'hospitalisation annuel est de 6,1% pour 100 habitants; celui des sujets âgés de 65 ans et plus est estimé à 13,1%. Les pathologies chroniques sont à l'origine de 31,5% des hospitalisations et sont dominées par le diabète et l'asthme. Le profil de morbidité reflète un phénomène de transition épidémiologique et appelle à un renforcement de la prise en charge ambulatoire et au développement de services spécifiques pouvant faire diminuer les besoins d'hospitalisation.

¹Service d'Epidémiologie et de Médecine communautaire C.H.U. Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie).

²Hôpital régional de Ksar Hellal (Tunisie).

Reçu: 09/10/97; accepté: 12/02/98

Introduction

Le district sanitaire constitue l'échelon de base pour la planification des actions de santé. Il est donc important de disposer à ce niveau de données valides afin d'assurer la plus grande rationalité aux décisions de santé publique. Les données sur la morbidité hospitalière de la population du district peuvent compléter celles déjà disponibles sur l'activité ambulatoire et renseigner sur le poids des différentes pathologies et les modalités d'utilisation des services hospitaliers. Les statistiques de morbidité hospitalières quand elles existent ne sont cependant pas le plus souvent basées sur une population définie et ne peuvent refléter l'état de santé de la population d'un district donné.

En Tunisie, et particulièrement dans la région sanitaire de Monastir, nous disposons d'un registre régional des hospitalisations qui nous permet de domicilier les malades hospitalisés dans les différents hôpitaux de la région. Ainsi, il nous est possible de décrire la morbidité hospitalière spécifique à chaque territoire administratif.

Le but de cette étude est de décrire les principaux motifs d'hospitalisation de la population du district sanitaire de Ksar Hellal ainsi que la consommation de soins qu'ils ont engendrée.

Matériel et méthodes

Le district sanitaire de Ksar Hellal est situé dans la région sanitaire de Monastir. C'est un district urbain qui compte 32 714 habitants [2]. Il comprend un hôpital régional et quatre centres de santé de base. Il est situé à 20 km du Centre hospitalier universitaire (C.H.U.) qui se trouve au chef-lieu de la région.

A partir du registre régional, nous avons sélectionné toutes les hospitalisations de l'année 1995 concernant des malades résidant dans le district de Ksar Hellal. Le registre régional est alimenté par tous les services hospitaliers des différents hôpitaux de la région. Mensuellement, chaque service fournit une liste des malades sortants comprenant, outre les caractéristiques socio-démographiques, des informations sur le diagnostic principal et les diagnostics secondaires. Ces listes sont tenues par le surveillant du service sous la supervision du médecin. Les diagnostics sont codés selon la Dixième Révision de la classification des maladies [3] et regroupés en catégories majeures de diagnostic.

Il a été aussi procédé à un regroupement des maladies en quatre catégories : les pathologies médicales chroniques, les pathologies médicales aiguës, les affections chirurgicales et les traumatismes et empoisonnements.

Résultats

Nous avons recensé 1983 hospitalisations de malades résidant dans le district, et ce, dans les différents hôpitaux de la région. Le taux d'hospitalisation pour la population générale du district est de 6,1% avec d'importantes variations entre les groupes d'âge (Tableau 1). C'est aux âges extrêmes que ce taux est le plus élevé. Les sujets âgés de 65 ans et plus qui représentent 5,4% de la population totale ont été à l'origine de 13,1% des hospitalisations. Le taux d'hospitalisation pour les enfants de moins de 5 ans est de 8,5%.

La classification des diagnostics principaux selon les catégories majeures de diagnostic (Tableau 2) montre que les maladies des appareils respiratoire et digestif sont à l'origine de 28,1% des hospitalisa-

Tableau 1 Taux d'hospitalisation selon l'âge

Age (années)	Population du district effectif %	Hospitalisations		Taux d'hospitalisation %
		Nbre	%	
0-4	17,7	325	16,4	8,5
5-14	23,5	261	13,2	3,4
15-44	47,5	670	33,8	4,3
45-64	11,9	467	23,5	11,9
65 et plus	5,4	260	13,1	14,9
Total	100	1983	100	6,1

Tableau 2 Fréquence des catégories majeures de diagnostic selon le sexe

Catégorie de diagnostic	Masculin		Féminin		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Appareil respiratoire	153	15,7	146	14,4	299	15,1
Appareil digestif	147	15,1	110	10,9	257	13,0
Traumatisme et empoisonnement	116	11,9	82	8,1	198	10,0
Appareil génito-urinaire	73	7,5	107	10,6	180	9,1
Appareil circulatoire	69	7,1	109	10,8	178	9,0
Maladies endocriniennes	48	4,9	87	8,6	135	6,8
Maladies infectieuses	40	4,1	36	3,6	76	3,8
Autres	327	33,7	333	33,0	660	33,2
Total	973	100	1010	100	1983	100

tions. Nous notons des différences selon le sexe des patients; si les maladies de l'appareil respiratoire constituent la première cause d'hospitalisation pour les deux sexes, en revanche les maladies des appareils endocrinien et circulatoire sont plus fréquents chez la femme, alors que celles de l'appareil digestif et les traumatismes sont plus fréquents chez les sujets de sexe masculin. Nous retrouvons que 30,5% des hospitalisations sont en rapport avec 10 principaux

diagnostics (Tableau 3). Le diabète vient en tête avec 6,5% des hospitalisations.

Le regroupement des différentes maladies selon leur mode évolutif montre l'importance des pathologies chroniques, qui sont à l'origine de 31,5% des hospitalisations (Figure 1). Les dix principaux diagnostics ont occasionné 29,7% des journées d'hospitalisation (Tableau 3), le diabète et l'asthme venant largement en tête avec respectivement 9,4% et 6,0%.

Tableau 3 La consommation de soins selon les principales pathologies

Pathologies	Hospitalisations		Journées d'hospitalisation		Séjour moyen Jours
	Nbre	%	Nbre	%	
Diabète	129	6,5	1 457	9,4	11,3
Asthme	99	5,0	924	6,0	9,3
Appendicite	70	3,5	335	2,2	4,8
Trauma crânien	63	3,2	229	1,5	3,6
Intoxication	53	2,7	153	1,0	2,9
Pneumonie	43	2,2	330	2,1	7,7
HTA	39	2,0	329	2,1	8,4
Colique néphrétique	38	1,9	312	2,0	8,2
Erysipèle	35	1,8	313	2,0	8,9
Hernies/Abcès	34	1,7	213	1,4	6,3
S/total	603	30,5	4 595	29,7	7,6
Autres	1 380	69,5	10 861	70,3	7,9
Total	1 983	100	15 456	100	7,8

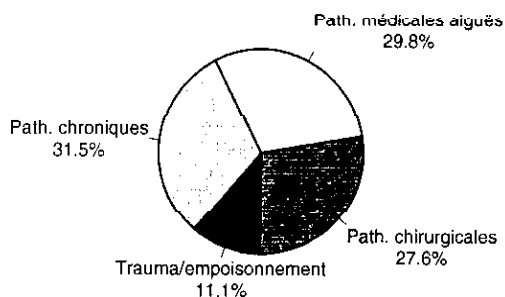


Figure 1 Distribution des maladies selon leur mode évolutif

La population du district a consommé 15 456 journées d'hospitalisation, soit une moyenne de 0,5 journée/habitant. L'hôpital local a assuré 63,3% des hospitalisations alors que le C.H.U. a pris en charge 36,5% des malades et 60,0% des journées d'hospitalisation (Tableau 4). Le recours au C.H.U. est variable selon l'âge des malades: 58,2% pour les moins d'un an, 15,7% pour les

malades âgés de 1 à 4 ans, et 28,8% pour les sujets âgés de 65 ans et plus. Le C.H.U. est essentiellement utilisé pour les services de chirurgie, alors que les pathologies médicales sont pour la plupart prises en charge localement: 70% des diabétiques, 78,2% des hypertendus, 95% des asthmatiques et 100% des erysipèles.

Discussion

Pour décrire l'état de santé d'une population, des informations de différente nature peuvent être utilisées: mortalité, morbidité, prévalence de facteurs de risque, etc. [4]. Dans les pays en développement, les statistiques de mortalité sont incomplètes et souvent non fiables, d'où le recours aux enquêtes de santé et aux statistiques des services de santé. En Tunisie, nous disposons d'informations sur la morbidité surtout dans les structures de première

Tableau 4 Fréquence des hospitalisations selon la nature de l'hôpital

Hôpital	Hospitalisations		Journées d'hospitalisation		Séjour moyen Jours
	Nbre	%	Nbre	%	
Hôpital local	1256	63,3	9 276	60	7,4
C.H.U.	723	36,5	6 174	39,9	8,5
Autres hôpitaux	4	0,2	6	00,1	1,5
Total	1983	100	15 456	100	7,8

ligne et concernant les maladies ayant fait l'objet d'un programme national de prévention [5]. Très peu de données sont disponibles sur les pathologies hospitalières et la consommation de soins qu'elles engendrent, et quand elles existent, elles ne peuvent être interprétées au niveau de la population à cause des biais de recrutement.

Le système de notification des hospitalisations implanté dans la région de Monastir pallie à ces insuffisances puisqu'il permet de domicilier les malades, et englobe tous les hôpitaux publics de la région. Il présente néanmoins les insuffisances inhérentes à tout système continu d'enregistrement de malades [6]. Par ailleurs, il ne couvre pas les hôpitaux des régions limitrophes, ce qui entraîne une sous-évaluation de la fréquence réelle des hospitalisations et un biais dans la description de la nature des pathologies. En effet, un certain nombre de malades sont hospitalisés en dehors de la région pour des soins spécialisés non disponibles localement (ex.: carcinologie). Par ailleurs, ce système ne couvre pas les hospitalisations dans les cliniques privées; or ce secteur est en train de se développer rapidement en Tunisie [7].

Nous avons trouvé que le taux d'hospitalisation le plus élevé concerne la population âgée de plus de 65 ans (14,9%). La demande de soins hospitaliers par cette

tranche d'âge sera encore plus grande dans les années à venir, à cause du vieillissement de la population tunisienne. En effet, la population de sujets âgés de plus de 60 ans passera de 8,27% actuellement à 10% en l'an 2000 [8]. Pour limiter la demande de soins hospitaliers dans le futur, des actions sont à envisager: prise en charge à domicile de certaines pathologies; aide à domicile pour les sujets âgés vivant seuls, programmes spécifiques de prévention.

Le regroupement des différentes pathologies selon leur mode évolutif a permis de faire ressortir l'importance des pathologies chroniques et en particulier le diabète, l'asthme et les maladies cardio-vasculaires. La Tunisie a depuis quelques années mis en place un programme de prise en charge des maladies chroniques. Celui-ci devrait permettre une meilleure prise en charge ambulatoire de ces pathologies, et par conséquent une diminution des besoins d'hospitalisation.

Ceci suppose cependant une disponibilité des médicaments à un prix abordable pour les malades. Or la Tunisie, comme la plupart des pays, est confrontée à l'augmentation des dépenses en médicaments, d'où certaines ruptures de stock qui peuvent être à l'origine d'une non-observance du traitement, elle-même cause de complications plus fréquentes. La limitation des ruptures de stock pour le traitement des pa-

thologies chroniques exige un accroissement des budgets et une plus grande rigueur dans la gestion.

L'étude des différentes catégories majeures de diagnostic indique que notre région subit un phénomène de transition épidémiologique constatée dans plusieurs pays [9]. Une enquête nationale a aussi montré la diminution des maladies infectieuses et l'augmentation des maladies chroniques non transmissibles [10]. Notre profil de morbidité hospitalière se rapproche ainsi de celui des pays industrialisés.

Nous avons trouvé que l'hôpital local assure 63,3% des besoins d'hospitalisation de la population du district. Le renforce-

ment du service de chirurgie local devrait pouvoir diminuer le recours au C.H.U. Par ailleurs, un certain nombre de malades accèdent directement au C.H.U. par le biais des urgences sans utiliser l'hôpital local. Ce phénomène courant en Tunisie est à l'origine des faibles taux d'occupation moyen des hôpitaux de district (36,8% en 1995) par rapport aux hôpitaux universitaires (75,6% en 1995). Le taux d'occupation de l'hôpital de Ksar Hellal est de 56,4%. Des études sur la perception des hôpitaux locaux par la population et la complémentarité avec les structures spécialisées seraient à entreprendre afin d'aider aux décisions concernant une utilisation optimale de ces hôpitaux.

Références

1. Tarimo E. *Pour une meilleure santé au niveau du district*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991.
2. Ministère tunisien du Plan. Le recensement général de la population, 1994. Institut National de la Statistique, 1995.
3. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (Dixième Révision). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.
4. Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Editions Agence d'arc. 1986.
5. Sidhom M. L'information sanitaire au niveau de la circonscription, *Idées*, 1991, 33:39-43.
6. Delwo LK, Campbell PM. Improving hospital discharge data: lessons from the national hospital, discharge survey. *Medical care*. 1981, 19:1030-040.
7. Ben Nefissa K, Kenaissi N, Achour N. Système de financement de la santé en Tunisie, *La Tunisie médicale*, 1991, 69, 4:349-362.
8. Ministère tunisien du Plan. Projections de la population nationale: 1995-2030 Institut National de la Statistique, 1996.
9. Wahdan MH. The epidemiological transition. *Eastern Mediterranean health journal*, 1996, 2, (1):8-20.
10. Ministère tunisien de la Santé. *Rapport de l'enquête nationale de morbidité et de mortalité hospitalière*, 1993.