

Mortalité hospitalière dans l'unité de soins intensifs de l'Hôpital Général de Référence de Panzi

Hospital Mortality in the Intensive Care Unit of the Panzi Reference General Hospital

Cikwanine B, Nyakio O, Bihehe MD, Alumeti MD, Kajabika P, Kitumaini MJ, Ahuka O,

Université Evangélique en Afrique/ Hôpital général de Référence de Panzi Bukavu

Auteur correspondant : Cikwanine Buhendwa Jean Paul, E-mail : jpcikwa1@gmail.com.

Résumé

Objectif : Identifier les facteurs et les principales causes de mortalité dans un service de soins intensifs en milieu peu équipé.

Malades et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 254 patients décédés aux soins intensifs de l'Hôpital Général de Référence de Panzi durant une période de 24 mois (1^{er} Aout 2012 au 31 Juillet 2014).

Résultats : Le taux de mortalité était de 24,8 %, la tranche d'âge la plus touchée comprise entre 61-70 ans (20,1 %) avec un âge moyen de 46,3 ans $\pm$ 22,5. Les hommes étaient plus concernés 52,4 % des patients décédés. Dans 87% de cas le décès était survenu à la première semaine d'hospitalisation et pendant le service de garde pour 141(55,8 %) cas. Les maladies infectieuses et parasitaires chez 78 cas (32,5 %) ainsi que les maladies métaboliques 35 patients (14,6 %) ont constitué les principales causes médicales de mortalité. Chez 180(70,9 %) patients une pathologie médicale était retrouvée. Pour une cause chirurgicale 60 (23,6 %) des malades étaient identifiés et la péritonite était la première cause. Une pathologie obstétricale était retrouvée pour 14 cas (5,5 %).

Conclusion : Le taux de mortalité est élevé dans l'unité de soins intensifs des milieux défavorisés. Il s'avère prioritaire d'orienter le contrôle vers les maladies infectieuses, de référer à temps et d'équiper les soins intensifs.

Mots clés : mortalité ; unité de soins intensifs ; Panzi

Summary

Objective: to do the screening of factors and major causes of mortality in the intensive care unit in environment poorly equipped.

Patients and methods: It's a retrospective, descriptive study of 254 patients died in the intensive care unit of Panzi General Reference Hospital for a period of 24 months.

Results: The analysis of the study found that the mortality rate was 24.8 %, the most affected age group between 61-70 years (20.1 %). The mean age was 46.3 $\pm$ 22.5. Men were more affected, 52.4% of patients who died. The death happened in the first week of hospitalization in 87% and during late hours in 55.8% of cases. Infectious and parasitic diseases (32.5 %) and metabolic disorders (14.6 %) constituted in all the main causes of mortality. 70.9 % of patients died of a medical cause. Surgical causes were found in 23.6 % of patients and predominated by peritonitis.

Conclusion: The mortality rate is high in the intensive care units of disadvantaged areas. It proves priority to direct control infectious diseases, to refer on time. It's also important to provide material for this kind of service.

Key words: Mortality; Intensive care; Panzi

Introduction

Les services de soins intensifs sont des structures qui admettent les patients présentant un risque vital ou nécessitant une surveillance rapprochée. Dans bon nombre d'hôpitaux modernes, les soins intensifs sont spécialisés, en fonction des besoins et des ressources disponibles. Dans les pays en voie de développement, comme le nôtre, les hôpitaux ne renferment qu'une seule unité de soins intensifs (USI) qui joue dans la plupart des cas le rôle de service de réanimation. Ces structures coûteuses, sont encore peu équipées et ne répondent pas aux besoins. Ceci rend délétère la situation au prix d'un taux de mortalité non négligeable. La mortalité est le principal indicateur utilisé pour mesurer la performance des services de réanimation [1,2,3]. Le fait d'analyser rétrospectivement les causes des décès survenus en réanimation devrait permettre d'établir les domaines dans lesquels le service pourrait améliorer la prise en charge médicale. En R.D. Congo, la mortalité élevée constitue un problème majeur du ministère de la santé. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs de mortalité et les principales causes de décès dans l'unité de soins intensifs de l'Hôpital Général de Référence de Panzi (HGR/Panzi).

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée dans l'USI de l'Hôpital Général de Référence de Panzi (HGR/P). Cette USI recevait des patients transférés par les autres services médicaux (sauf le service de pédiatrie qui possédait son USI spécifique). Les enfants et les adultes en période postopératoire y séjournaient s'ils posaient un problème de réveil anesthésique ou de défaillance d'organe. Elle possédait une capacité d'accueil de 8 lits. Elle était équipée de 6 moniteurs multiparamétriques et 5 concentrateurs d'oxygène. Elle ne possédait pas la possibilité de mettre les patients sous ventilation assistée. Nous avons inclus 254 décès parmi 1024 patients admis à l'USI durant une période de 24 mois (du 01^{er} Août 2012 au 31 juillet 2014). Les paramètres tels que l'âge, le sexe, les causes des décès, l'heure de décès et la durée d'hospitalisation ont été recueillis dans les différents

registres. Nous avons adopté l'approche épidémiologique classique, beaucoup plus proche de la méthode hospitalière sans autopsie. Les causes de décès étaient classées selon la classification internationale des maladies de l'OMS [4]. Les données ont été statistiquement analysées sur Epi info version 3,5 pour le calcul des moyennes et des pourcentages. La comparaison statistique par le test de Khi carré (seuil statistique de signification 5%).

Résultats

Données socio-épidémiologiques

Un taux de mortalité de 24,8 % a été retrouvé. La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 61 et 70 ans avec 20,1 % avec une moyenne d'âge à 46,3 ans. Les deux sexes étaient touchés avec une prédominance masculine (52,4 %) et un sex-ratio à 1,1.

Causes de décès

Des causes médicales, elles ont été retrouvées chez 180 patients soit 70,9 % de notre échantillon avec une prédominance des maladies infectieuses (32,5 %). La cause était rarement unique, on observait dans certaines situations, une association de plusieurs causes médicales. Nous avons retrouvé le diabète 19,4 % des cas, les AVC 8,3 % et l'insuffisance cardiaque 7,8 % parmi les causes médicales de décès.

Quant aux causes chirurgicales, elles étaient retrouvées chez 60 malades (23,6 % des patients décédés). La chirurgie digestive représentait 55% des cas. Parmi ces causes, les abdomens aigus chirurgicaux dominaient avec 31,7 % des cas, soit 21,7 % de péritonites, 6,7 % d'occlusions intestinales et 3,3 % de contusions abdominales.

Les causes gynécologiques et obstétricales des décès représentaient 5,5 % et les plus retrouvées étaient les pelvipéritonites post-abortion avec 21,4 % des cas et les hémorragies obstétricales 21,4 % des cas.

Dans le **tableau I** nous présentons les différentes causes des décès selon la classification internationale des maladies de l'OMS. Ce tableau fait abstraction des causes gynéco-obstétricales (14 patientes) étant donné que la mortalité gynéco-obstétricale n'est pas liée à cette classification.

Tableau I : Causes des décès selon la classification internationale des maladies de l'OMS

Classe maladie	Patients décédés	
	Effectif	%
Maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, méningite et VIH/SIDA)	78	32,5
Tumeurs	20	8,3
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète, MPC)	35	14,6
Maladies du système nerveux et des organes de sens	7	2,9
Maladie de l'appareil circulatoire ou cardiovasculaire	34	14,2
Maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie)	11	4,6
Maladies de l'appareil digestif	25	10,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	6	2,5
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	0,8
Lésions traumatiques, empoisonnements, accident, intoxications et certaines autres conséquences de causes externes	22	9,2
Total	240	100,0

Etude selon l'heure de décès et la durée de séjour.

Il a été trouvé que 55,5 % des patients sont décédés pendant la période de la garde c'est-à-dire entre 17h30 et 07h30. Le séjour moyen des décédés était de 3,3 jours. Les patients décédaient plus au cours de la première semaine de leur séjour aux soins intensifs (87 %). On a enregistré 50,4 % des décès dans les 24 premières heures. Les extrêmes étaient de une heure et 38 jours avec un $P = 0,0000015$.

Discussion

Le taux de mortalité à l'USI de l'HGR/P est élevé, 24,8% de décès. Il y a une disparité entre ce taux et ceux des pays développés selon les différentes études consultées [5,6] et cette disparité s'expliquerait par le plateau médical des uns et des autres. Dans une étude Indienne l'équipe de Sudarsanam et Jeyaseelan [7] a trouvé 30,6%, chiffre comparable à celui rapporté par Tchoua et Vemba au Gabon qui ont trouvé 30% de décès [8]. Un taux de mortalité plus bas était observé par Boffelli S et al. dans une étude menée en Italie (16,9 %) [9]. Le taux de mortalité dans cette étude semble être moins élevé que celui de certaines études africaines [8,13,15,16]. Ceci pourrait avoir comme explication la population analysée et le fait que les malades graves décèdent avant même d'arriver à l'hôpital.

Nous avons relevé dans cette étude que l'âge est un facteur pronostic dans la mortalité. La tranche d'âge la plus concernée a été celle comprise entre 61 et 70 ans avec 20,1 %. Torres O.H., et al [10] et Guidet et al [11] estiment que la mortalité en unité de réanimation des patients âgés apparaît supérieure à celle des patients plus jeunes, même à gravité identique. Le sexe masculin a été le plus touché avec 52,4 % ; le sex-ratio étant de 1,1. Dans une étude de Valentin et al [12], la différence de mortalité entre les 2 sexes n'était pas significative. Concernant les causes de décès, les pathologies responsables de décès sont souvent multiples et intriquées chez un même patient, rendant difficile l'interprétation de l'imputabilité d'un facteur

particulier. La présente étude révèle que la majorité des patients décédaient aux soins intensifs dans 70,9 % des cas d'une pathologie médicale et dans 23,6 % d'une pathologie chirurgicale. Ceci est similaire aux résultats de Ouédraogo et al [13] qui ont trouvé 79% de causes médicales et 7,05 % de pathologies chirurgicales. Globalement et selon la classification internationale des maladies de l'OMS, il ressort de notre étude que les maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, méningite, VIH/SIDA) constituent la principale cause de mortalité avec 32,5 % des décès ; suivie des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques avec 14,6 % des décès. Ce qui corrobore les réponses de l'OMS [14] aux questions sur les principales causes de mortalité : dans les pays à faible revenu, ce sont les maladies infectieuses qui provoquent le plus de décès : infections des voies respiratoires inférieures, VIH/sida, maladies diarrhéiques, paludisme et tuberculose sont responsables de près du tiers des décès. Le diabète avec 19,4 % des cas, les AVC 8,3 % et l'insuffisance cardiaques 7,8 % sont les autres causes médicales rencontrées. Au Burkina-Faso, Bonkougou et al ont trouvé comme trois premières causes de décès ; les AVC, les traumatismes crâniens et les infections avec respectivement 22,9 %, 22,1 % et 18,3 % [15]. Concernant les principales causes chirurgicales de décès à l'USI, la chirurgie digestive représentait 55 % des cas avec la péritonite en premier (21,7 % des cas). Les péritonites et les occlusions intestinales représentent 28,4 % des cas. Dans une étude réalisée à Madagascar par Rasamoelina et al. [16]. Dans le service de Réanimation du CHU de Fianarantsoa, un taux de mortalité lié aux péritonites et aux occlusions à 37,5 % des cas était trouvé. Dans notre milieu, la consultation tardive explique l'aggravation de la maladie. Pour les causes gynécologiques et obstétricales, les pelvipéritonites postabortum ont représenté la première cause de décès maternel aux soins intensifs de l'HGR/Panzi avec 21,4% de décès.

Bouvier-Colle et al. [17] en France trouvent comme première cause des Hémorragies dans 20,9 % des cas. Dans notre milieu, les avortements provoqués et les cas compliqués arrivent à l'hôpital avec retard. L'interruption volontaire de la grossesse (IVG) dans notre milieu, cause de décès, pose à la fois un problème d'autorité sanitaire et d'éthique. La loi congolaise n'autorise pas l'avortement. Les femmes porteuses de grossesse non désirée se confient à des personnes parfois inexpérimentées et peu équipées au risque de complications majeures les exposant à la mort. Cette étude montre que 55,5 % des décès aux soins intensifs surviennent au cours des heures tardives pendant la nuit. Nous pensons que cela pourrait être lié au fait que le nombre des infirmiers est réduit pendant la garde et que la charge horaire est importante. Takongmo à Yaoundé [18] a trouvé également que 58,6 % des décès surviennent au cours de la nuit et a lié cela à une insuffisance dans la continuité des soins. La durée moyenne de séjour des patients décédés dans l'unité de SI de l'HGR/Panzi au cours de notre période d'étude était d'environ 3,3 jours avec des extrêmes de moins d'une heure et 38 jours. Notre étude montre que les patients décèdent beaucoup plus au cours de la première semaine de leur séjour

87 % des cas, parmi lesquels 50,4 % sont décédés moins de 24 heures après leur admission. Ouédraogo et al [13] rapportent un séjour moyen d'hospitalisation des cas des décès de 4,6 jours ; et la plupart des décès a été enregistré entre le premier et le cinquième jours d'hospitalisation dans 58,3 % des cas. Dans notre étude, cela peut en partie s'expliquer par le retard de transfert des malades dans l'unité de soins intensifs en intra hospitalier d'une part et par le retard à la consultation d'autre part. La population a tendance à consulter d'abord le tradi-praticien et c'est uniquement en cas d'échec qu'elle vient à l'hôpital dans un état clinique critique.

Conclusion

La mortalité dans l'unité de soins intensifs de l'HGR/Panzi est non négligeable. Abaisser le taux de mortalité dans une unité de réanimation repose sur la conjugaison de plusieurs actions, notamment la structuration de l'équipe soignante, la formation continue du personnel et l'entretien des infrastructures. Les causes médicales et notamment les maladies infectieuses représentent la première cause de mortalité. Une étude sur les infections nosocomiales serait souhaitable.

Références

1. **Ricou B. et Chevrolet JC**, Mourir aux soins intensifs, *Revue Médical Suisse*. 2002 ; 602 : 1318-22
2. **Januel JM**. Les méthodes d'ajustement dans les modèles d'évaluation de la mortalité hospitalière. *DREES*. 2011 ; 112 : 1-100
3. **Sansonens J, Forneroda L, Chiolero A**. Comment interpréter les indicateurs de mortalité intrahospitalière ? *Bulletin médicale Suisse* 2015 ; 96 : 573-75
4. **OMS**, Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9^{ème} révision, Genève 1977
5. **Azoulay E, Adrie C, De Lassence A, Pochard F, Moreau D, Thiery G et al**. Determinants of postintensive care unit mortality: a prospective multicenter study. *Crit Care Med* 2003, 31: 428-32.
6. **Viktoria D Mayr, Martin W Dünser, Veronika Greil, Stefan Jochberger, Günter Luckner, Hanno Ulmer, Barbara E Friesenecker, Jukka Takala, and Walter R Hasibeder** Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients. *Crit Care*. 2006; 10: R154.
7. **Sudarsanam TD, Jeyaseelan L, Thomas K, John G**. Predictors of mortality in mechanically ventilated patients *Postgrad Med J* 2005; 81: 780-83
8. **Tchoua R, Vemba A, Taty Koumba C, Ngaka Nsafa D**. Gravité des malades de réanimation à la fondation Jeanne Ebori de Libreville. *Méd Afr Noire* : 1999 ; 46 : 495-99
9. **Boffelli S, Rossi C, Anghileri A, Giardino M, Carnevale L, Messina M, Neri M, Langer M, Bertolini G**. Continuous quality improvement in intensive care medicine The Giviti Margherita project- Report 2005 *Minerva anestesiol* 2006; 72: 419-32
10. **Torres, O.H., et al**. Short- and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. *Intensive Care Med*, 2006; 32: 1052-59.
11. **Guidet B, Pateron D, Boumendil A**. Critère d'admission des personnes âgées en réanimation. *Conférences SAFMU, Urgence* 2011, N° 303-316.
12. **Valentin A, Jordan B, Lang T, Hiesmayr M, Metnitz PG**. Gender related differences in intensive care: a multiple-center cohort study of therapeutic interventions and outcome in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2003; 31: 1901-907.
13. **Ouédraogo N., Niakera A., Somme A. et al**, Cahier d'étude et de recherche, Francophone/santé, 2002 ; 12 : 375-82.
14. **OMS**. Réponses aux questions sur les principales causes de mortalité dans le monde, Genève 2011.

15. **Bonkounou P, Traoré I, Bako Y.P, Sanou J, Ouédraogo N.** La mortalité en réanimation polyvalente du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina-Faso. *Ann Fran Anesth Réanim.* 2014 ; 33s : 309-14.
16. **Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy Mf, Riel Am, Rabarijaona M, Solofomalla Gd, Randriamiarana Jm.** Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa Madagascar. *Rev afr Anesth Méd Urgence* 2010 ; 2 : 10-11
17. **Bouvier-Colle MH, Péquignot F, Jouglu E** Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence, tendances et causes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30 : 768-75.
18. **Takongmo S., Angwafo F. et al,** Mortalité hospitalière en milieu chirurgical : Nécessité de l'audit médical, *Méd Afr Noire* : 1993, 40 : 729-33