

Audit de la mortalité au service des urgences médicales du CHU de Treichville

Audit of mortality in the medical emergency department of the university hospital of treichville

Ango PD¹, Kouamé KI², Konan KJ², Bouh KJ², Sai SS¹, Kouamé KA¹, Adingra SCE¹, Diomandé S¹, Koné K¹,
Boua N¹

1. 1-UFR sciences médicales d'Abidjan, Service de réanimation, centre hospitalier universitaire de Treichville
2. 2-UFR sciences médicales d'Abidjan, Service de réanimation, centre hospitalier universitaire de Yopougon

Auteur correspondant : ANGO Priva D mail : privatango@yahoo.fr tel : 00225 07078157100

Résumé

Introduction : l'objectif était d'analyser les causes et circonstances de décès des patients admis et décédés au cours du séjour au service des urgences médicales (SUM) du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville (CHU). **Matériels et méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective transversale et analytique qui s'est déroulée dans le SUM sur une période de deux mois. **Résultats :** nous avons inclus 613 patients dans notre étude et on notait 198 décès soit une mortalité de 32,3%. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,13. L'âge moyen était de 33,33 ans. Les motifs d'admission étaient dominés par le trouble de la conscience (54,5%), suivi des détresses respiratoire (47%). Le délai moyen de consultation était de 14,33 jours. L'hypertension artérielle et le VIH étaient les antécédents les plus retrouvés avec des proportions respectives de 48,5% et 44,9%. Les patients décédés avaient à l'admission un score CCMU ≥ 4 dans 75,25% des cas et un score qSOFA ≥ 2 dans 82,3% des cas. Les diagnostics étaient dominés par les pathologies infectieuses (60,6%) et les accidents vasculaires cérébraux (25,25%). Le délai moyen d'administration des premiers soins était de 47,3 \pm 2,3 minutes. Le délai moyen de survenu du décès était de 163,8 \pm 4,9 minutes. **Conclusion :** Le SUM du CHU de Treichville, porte d'entrée dans notre établissement est confronté à un fort taux de décès. la réduction de la mortalité au SUM dépend de la prise en charge en temps réel des détresses vitales que présentent les patients et de la célérité des avis de spécialités **Mots clé :** audit, mortalité, urgences médicales, CHU Treichville

Summary

Introduction: The objective was to analyse the causes and circumstances of death of patients admitted and deceased during their stay in the medical emergency department (SUM) of the University Hospital Centre of Treichville (CHU).

Materials and method: This was a prospective cross-sectional and analytical study that took place in the SUM over a two-month period.

Results: We included 613 patients in our study and we noted 198 deaths, i.e. a mortality rate of 32.3%, a predominance of men with a sex ratio of 1.13, and an average age of 33.33 years. The reasons for admission were dominated by consciousness disorders (54.5%), followed by respiratory distress (47%). The average consultation time was 14.33 days. Arterial hypertension and HIV were the most common antecedents with proportions of 48.5% and 44.9% respectively. The deceased patients had a CCMU ≥ 4 on admission in 75.25% of cases and a qSOFA ≥ 2 in 82.3% of cases. Diagnoses were dominated by infectious pathologies (60.6%) and stroke (25.25%). The average time to first aid was 47.3 \pm 2.2 minutes. The average time to death was 163.8 \pm 4.9 minutes.

Conclusion: The SUM of the Treichville University Hospital, the gateway to our institution, is confronted with a high death rate. The reduction of the mortality rate at the SUM depends essentially on the prognosis of the patients at admission.

Key words: audit, mortality, medical emergencies, CHU Treichville

Conflits d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Introduction : L'urgence médicale peut se définir comme toute situation où un sujet risque de perdre la vie ou la fonction d'un organe si une thérapeutique adéquate n'est pas très rapidement instaurée [1,2]. Le rôle du service d'aide d'urgence (SAU) est d'accueillir à tout moment et de prendre en charge, toute personne se présentant en situation d'urgence, que son état soit réellement urgent d'un point de vue médical ou qu'il soit ressenti comme tel [2]. Depuis des années, la fréquentation des SAU augmente dans tous les pays aussi bien industrialisés qu'en développement [3,4]. Les soins d'urgences se révèlent comme étant une discipline complexe faisant appel à des soins pluridisciplinaires. Les SAU sont sujet à des demandes accrues marquées par un flux important de patients [3,5]. Malgré les avancées thérapeutiques pour une prise en charge adéquate, les SAU sont greffés d'une mortalité élevée aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays du Sud. Ce taux de mortalité, qui est indicateur de performance renseigne sur l'état de santé de la population et sur la prise en charge des malades. En France, l'étude menée par Lalande et al montrait un taux de décès de 7,5% aux urgences, dû principalement aux causes médicales [4]. Des études menées en Afrique, au sud du Sahara, notamment aux urgences à Kinshasa (RDC), avait retrouvé une mortalité de 12,3% [6]. Zoumenou au Bénin avait retrouvé un taux de décès de 11,3% [7]. En Côte D'ivoire, il existe peu de données relatives à la mortalité au service des urgences du CHU de Treichville. En vue de combler ce déficit, il nous est paru judicieux de réaliser cette étude dont l'objectif était d'analyser les causes et circonstances de décès des patients admis et décédés au cours du séjour au service des urgences médicales (SMU) du CHU de Treichville.

Résultats

Au cours de notre période d'étude, 711 patients ont consulté dans le SAU de Treichville, 613 patients ont été inclus dans notre étude et on notait 198 décès soit une mortalité de 32,3%. Nos patients décédés avaient une prédominance masculine avec un sex ratio=1,13. La population d'étude était relativement

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude prospective transversale et analytique qui s'était déroulée dans le Service des Urgences Médicales du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville (CHU) sur une période de deux mois allant du 1er février au 31 Mars 2022. Ont été inclus tous les patients admis pendant la période d'étude et décédés dans le service. Les patients arrivés décédés n'ont pas été inclus.

Pour la sélection des dossiers, nous avons utilisé la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) qui a permis une catégorisation utile pour juger de leur gravité. Cette classification a porté sur les éléments suivants : motif d'admission, l'état clinique et recueil des paramètres vitaux (TA, pouls, conscience, température).

La collecte des données s'est faite sur une fiche d'enquête standardisée anonyme conçue à cet effet. Ce questionnaire a fait l'objet d'un pré-test. Il a été administré sous forme d'entrevue menée auprès des patients s'ils sont conscients ou de l'accompagnateur dans le cas où le patient était inconscient ou avait des difficultés pour s'exprimer en français. La saisie des données s'est effectuée avec les logiciels suivants: Microsoft Word 2013 pour le traitement de texte, Microsoft Excel 2013 pour la réalisation des tableaux et des graphiques et le logiciel SPSS 17 pour l'analyse statistique des données. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme de proportion. La comparaison des données s'est faite par les tests de Chi carré et le test exact de Fisher là où les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Nous avons considéré comme seuil d'erreur $\alpha = 5\%$.

jeune avec un âge moyen de 33,33ans. Dans cette étude 77,3% des patients décédés n'avaient aucune source de revenu. Ils résidaient principalement (83,5%) dans le district d'Abidjan. Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre les données socio démographiques et la mortalité. (**Tableau 1**)

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques et mortalité

Variabiles	Décédés	Vivants	p	OR
Sexe M / F	105 / 93	235 / 180	0,40	0,86
Age <60ans / ≥ 60ans	154 / 44	311 / 104	0,44	1,17
Source de revenu Oui / Non	153 / 45	304 / 111	0,28	1,24
Résidence Abidjan / Autres	165 / 33	369 / 46	0,053	0, 63

OR : Odd Ratio ; Autres : patients provenant des villes autre que Abidjan

Source de revenu: patient ayant une activité lucrative

Les patients étaient référés dans la grande majorité des cas (51%). Les autres admissions étaient directes, les patients provenaient de la maison. Le

principal motif de transfert était l'insuffisance du plateau technique (48%) et dans 94,4% des cas le transport était non médicalisé.

Les motifs d'admission étaient dominés par le trouble de la conscience (54,5%), suivi des détresses respiratoires (47%) Le délai moyen de consultation était de 14,33 jours avec des extrêmes allant de 01 et

90 jours. Le retard de consultation et le transport non médicalisé étaient statistiquement associés à une mortalité élevée. (Tableau II)

Tableau II : répartition des variables d'admission selon la mortalité

variables	décédés	vivants	P	OR
Mode d'admission				
Référence	101	221	0,6	0,91
Direct	97	194		
Transport				
Médicalisé	11	65	0,00	0,31
Non	187	350		
Délai de survenue des symptômes				
< 10jours				
≥10jours	79	387	0,00	0,04
	119	28		

OR : Odd ratio

Référence : malades référés d'un centre de santé ; Direct : malade venant de la maison

Au chapitre des antécédents, l'hypertension artérielle et le VIH étaient les pathologies les plus retrouvés avec des proportions respectives de 48,5% et 44,9%. Les admissions se faisaient majoritairement entre 15 et 23 heures. Tous les patients avaient un délai de prise en charge inférieur

15 minutes. Les patients décédés avaient à l'admission un score CCMU ≥ 4 dans 75,25% des cas et un score qSOFA ≥ 2 dans 82,3% des cas. Les scores CCMU et qSOFA étaient statistiquement associés à la mortalité. (Tableau III).

Tableau III : répartition des variables cliniques selon le pronostic

Variabiles	Décédés	vivants	P	OR
CCMU	49 / 149	383 / 32	0,00	0,027
<4 / ≥ 4	35 / 163	397 / 18	0,00	0,009
qSOFA	92 / 106	329 / 86	0,00	0,22
<2 / ≥ 2				
Délai de prise en charge				
<30mn / $\geq 30mn$				

Les patients n'ayant pas pu réaliser d'examen paraclinique pour défaut de moyens financiers représentaient 15,15%. Les diagnostics étaient dominés par les pathologies infectieuses (60,6%) suivi des accidents vasculaires cérébraux (25,25%). En ce qui concerne les étiologies infectieuses, il s'agissait principalement des encéphalites (48,3%), des Pneumopathies (32,5%). Le délai moyen d'administration des premiers soins était de 47,3 minutes avec des extrêmes de 2 et 240 minutes. Le délai moyen de survenu du décès était de 163,8 minutes. Dans 60% des cas, le décès survenait dans les 48 premières heures. La grande majorité des décès (68,7%) survenait au cours de la garde. Tous les patients avaient un délai de prise en charge < 15min et également que le délai moyen d'administration des premiers soins était de 47,3 minutes

Discussion Au cours de notre période d'étude, 711 patients ont consultés le SUM du CHU de Treichville, 613 patients ont été inclus dans notre étude et on notait 198 décès soit une mortalité de 32,3%. Ce taux est supérieur à celui de Zoumenou E [7] qui avait retrouvé 11,30% de décès. Le genre prédominant était le genre masculin avec un sex-ratio de 1,13. Ce résultat est sensiblement proche de celui de ATIPO IBARAB I et al [10], Tech Y [11] qui respectivement avaient retrouvé un sex-ratio de 1,05 et de 1,08. Ce sex-ratio est en conformité avec la pyramide des âges dans les pays de l'Afrique de l'Ouest [12]. La plupart des patients étaient sans source de revenu avec une moyenne d'âge de 33 ans. Ce résultat est sensiblement proche de celui de Mbutiwi I.N [6] et Zoumenou E [7] qui retrouvaient respectivement dans leur série un âge moyen de 40 ans et de 46 ans.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population africaine est jeune [12,13]. Les antécédents médicaux étaient dominés par deux groupes entités pathologiques. D'une part les maladies infectieuses avec en tête de liste le VIH et d'autre part les maladies non transmissibles avec en tête de liste l'hypertension artérielle. Cette tendance est confirmée par les données de la littérature. En effet, lors d'une étude réalisée à Yaoundé, Metogo avait retrouvé dans les antécédents ; une hypertension artérielle et un VIH à des proportions de 63,8% et de 46% [14]. Dans notre étude, 51% étaient référés d'un centre de santé. Cette tendance dans notre étude s'expliquerait par le fait que le CHU de Treichville est un centre de troisième niveau dans notre pyramide sanitaire. Le motif d'admission des patients dans notre série était dominé par le trouble de la conscience suivi de la détresse respiratoire. Nos résultats sont proches de ceux de Metogo Mbengono J.A [14] et al qui retrouvaient l'altération de l'état de conscience, AEG, et la détresse respiratoire dans respectivement 68%, 36% et 18% des cas. Le délai moyen de consultation était de 14,33 jours avec des extrêmes allant de 01 et 90 jours. Ce délai de consultation était inférieur à celui de Ngom dans et al [15] qui dans leur étude portant sur l'infection à VIH et l'évolution de la mortalité dans le service de pneumologie du CHU de Cocody trouvaient que 62,45% des patients consultaient trois semaines après le début de la maladie. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que dans l'étude de N'Gom, les étiologies étaient dominées par la tuberculose qui évoluait sur un mode chronique. Ce retard de consultation dans ces deux études ivoiriennes pourrait être dû à la paupérisation de nos populations, ce qui les amène à recourir en premier lieu à la médecine traditionnelle. Les patients décédés avaient à l'admission un score CCMU ≥ 4 dans 75,25% des cas et un score qSOFA ≥ 2 (82,3%).

Conclusion

Le SAU du CHU de Treichville, porte d'entrée dans notre établissement est confronté à un fort taux de décès. Les causes sont principalement infectieuses et vasculaires. Cette surmortalité est la conséquence du

Le score quick Séquentiel Organ Failure Assessment (qSOFA) a été récemment proposé pour dépister la présence d'une défaillance d'organe chez les patients suspects d'infection. Lafon et al, dans leur étude n'avaient retrouvé que 21% des patients qui avaient un score qSOFA ≥ 2 . La mortalité dans leur étude pour les patients avec score qSOFA ≥ 2 était à 47%. La prédiction de la mortalité à 28 jours pour un score qSOFA ≥ 2 dans leur étude avait une spécificité de 87% et une sensibilité de 74%. [16]. Le délai moyen d'administration des premiers soins était de 47,3 minutes. Ce long délai d'administration des premiers soins est un facteur de mortalité comme le confirme bien l'étude de Metogo et al. En effet dans leur étude, 7,3 % des patients décédés aux urgences avaient reçu leurs soins dans un délai compris entre 2- 4 heures et 49,5 % des patients décédés en réanimation avaient reçus leurs soins dans un délai compris entre 2-4 heures de plus, le délai d'administration des soins était un facteur de risque de survenu de décès [14]. En effet l'absence de médicament indispensable au sein de la pharmacie du SUM amène les parents à se rendre dans les officines privées hors du CHU, d'où ce long délai. De plus l'absence d'assurance maladie universel dans notre pays, rend l'accès aux soins difficiles pour nos populations qui sont en grande majorité sans source de revenu, d'où les 15% de nos patients décédés qui n'ont pu réaliser les bilans pour souci financier. Tout comme dans l'étude de Metogo, les diagnostics de nos patients décédés étaient dominés par les pathologies infectieuses (60,6%) suivi des accidents vasculaires cérébraux (25,25%). Ce résultat se justifie par les antécédents de nos patients qui étaient dominés par le VIH qui du fait de l'immunodépression qu'il induit favorise le développement des affections opportunistes. L'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires

retard de consultation, la gravité du tableau clinique initial et le retard d'administration des premiers soins. La réduction du taux de mortalité au SUM dépend essentiellement de l'identification des facteurs pronostics des patients à l'admission.

Références

1. **Fidèle B.** la prise en charge des urgences : un modèle d'organisation pour les pays en développement. Paris : Editions Karthala ; 2013
2. **Couture J, Pumas S, Fournier E, Lissac J, Mante JM, Pechere JC et al.** Urgences médicales. Paris: Edisem
3. **Maloine,** 1984:1-2.
4. **OBSAN.** Consultation dans un service d'urgence en Suisse. 2013
5. **Lalande F, Veber O.** La mort à l'hôpital. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales. Rapport tome 1(France) 2009 : 3-5.

5. **Fournet N, Caillère N, Fouillet A, Caserio-Schönemann C, Josseran L.** Le système français de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 12 p
6. **Mbutiwi IN, Meert P, Malengreau M, Nseka NM, Dramaix-Wilmet M, Longo LA et al.** Profil épidémiologique des patients admis dans le service des urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa (République Démocratique du Congo). *Ann. Afr. Med.*. 2012 Mar ; 5(2).
7. **Zoumenou E, Lokossou T C, Assouto P, Soton F, Chobli M K.** Analyse critique de la mortalité dans un service d'accueil des urgences en Afrique subsaharienne: épidémiologie et perspectives de réduction. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 2014 ; 33 (2) : 343.
8. **Chauveau P, Mazet-guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S.** Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences. *Santé Publique*, 2013 ,4(25) :441-451
9. **Singer M, Deutschman CS, Seymour C, et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016 ; 315(8):801-810
10. **Atipo Ibara BI, Service G, Deby G, Okouo M, Ngoma-Nkadoulou P, Ibara J R, Itoua N A.** Intérêt de l'audit des décès dans le service de gastro-entérologie et de médecine interne du CHU de Brazzaville. *Ann. Univ. M. NGOUABI*, 2010 ; 11 (5) : 7-13.
11. **Tetchi Y, Abhe C M , Ouattara A, Coulibaly K T, Pete Y, Meyo S.** Profil des affections du sujet âgé africain aux urgences médicales du CHU de Cocody – Abidjan – (Côte d'Ivoire). *Journal Européen des Urgences et de Réanimation.* 2013 ; 25 : 147-51
12. **INS.** Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014 (RGPH)
13. Consulté le 04/03/2023
14. **Sima Z, Josseaume A, Ngaka Nsafu D, Galois-Guibal L, Carpentier JP.** Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville ; *Ann fr. Anesth Réanim*, 2003 ;22-(3) : 189-95.
15. **Metogo M J A, Bengono B R, Mendimi NJ, Essame T C, Amengle AL, Ze Minkande J.** Étiologies des décès dans les services d'urgences et de réanimation dans deux hôpitaux de la ville de Yaoundé. *Health Sci. Dis.* 2015 ; 16 (1).
16. **Ngom A, Horo K, Kouassi B, Koffi N, Aka-Danga E.** Infection VIH et évolution de la mortalité dans le service de pneumologie du CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Rev. Pneumol. Trop.* 2005 ; 3 :38- 40.
17. **Lafon T, Vallejo A, Organista A, Baisse C, Zmiri L, Coroller G et al.** Validation du score qSOFA au Service d'Accueil des Urgences : étude prospective monocentrique. *Ann. Fr. Med. Urg.* 2018 :1-7