

Mortalité au service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I d'Antsiranana, Madagascar



Velomora A¹, Rabenjarison F², Razafindraibe FAP³,
Rabemazava AZL⁴, Rakotoarison CN², Rajaonera RT⁵

¹Service des Urgences Chirurgicales, CHU Tanambao I, Antsiranana, Madagascar

²Service des Urgences Chirurgicales, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

³Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Anosiala, Antananarivo, Madagascar

⁴Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, CHU Tanambao I, Antsiranana, Madagascar

⁵Service de Réanimation Chirurgicale, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Objectif: Evaluer la mortalité aux Urgences et déterminer les principales causes.

Patients et méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, transversale, monocentrique, allant de Janvier 2014 à Décembre 2015, effectuée au service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I d'Antsiranana, Madagascar.

Résultats: Quatre vingt dix huit décès étaient recensés (4,4%). La moyenne d'âge était de 44,7 +/- 20,5 ans. Le motif d'admission le plus fréquent était les traumatismes crâniocérébraux graves (23,47%). Le sex-ratio était de 1,8. Le choc septique constituait la principale cause de décès suivi du traumatisme crâniocérébral grave.

Conclusion: La mortalité au sein de notre service des Urgences était relativement élevée par rapport à d'autres pays. Pour y remédier, il est nécessaire de doter les principaux centres hospitaliers Malgaches de moyens diagnostiques et thérapeutiques adéquats et de personnels qualifiés.

Mots clés: Etiologie; Madagascar; Mortalité; Urgence

Abstract

Titre en anglais: Mortality in the emergency department of Tanambao I hospital of Antsiranana, Madagascar

Aim: To assess the mortality rate at emergency department and search the main causes.

Patients and method: It was a retrospective, descriptive, transversal and single center study, performed from January 2014 to December 2015 at Tanambao I hospital of Antsiranana, Madagascar.

Results: Ninety eight deaths were reported (4.4%). The average age was 44.7 +/- 20.5. The most common reason of admission was severe head trauma (23.47%). The sex-ratio was 1.8. Septic shock was the main cause of the death followed by severe head trauma.

Conclusion: Mortality in our emergency department is high compared to other countries. To solve this, it is necessary to provide to main hospitals adequate resources for diagnosis and treatment and qualified staff.

Keywords: Etiology; Emergency; Madagascar; Mortality

Introduction

Les services d'Urgences et de Réanimation sont en première ligne dans le système de soins d'un hôpital. Néanmoins, de nombreux décès y sont enregistrés, 15.000 par an selon l'OMS [1]. En France, 75% des décès surviennent dans un établissement de santé dont 7,5% aux urgences [2]. En Afrique subsaharienne, le manque de personnels médicaux qualifiés et de moyens diagnostiques adaptés augmente ce taux. L'étude de la mortalité est un moyen incontournable pour évaluer l'efficacité des soins dans un service d'accueil des urgences. L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence de la mortalité aux Urgences de notre établissement et d'en déterminer les principales causes.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, transversale, monocentrique, allant de Janvier 2014 à Décembre 2015, effectuée au service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Tanambao I d'Antsiranana (Madagascar). Ce service assurait l'accueil et le triage de tous les patients admis. Y étaient prodigués des soins d'urgence et de réanimation pour les patients adultes nécessitant ou non un geste chirurgical. Le personnel était composé de quatre médecins dont un anesthésiste réanimateur et quatre paramédicaux. Les examens d'imagerie disponibles étaient la radiographie standard et l'échographie. Certaines analyses hématologiques et biochimiques étaient disponibles auprès du laboratoire. Les malades,

quelle que soit la gravité de leur état, arrivaient par leur propre moyen faute d'ambulance. Les frais médicaux, médicaments ou autres consommables médicaux ou chirurgicaux étaient à la charge des malades ou de leur famille. Une pharmacie hospitalière y était disponible 24 heures sur 24. Les patients décédés au service des Urgences pendant la période d'étude constituaient la population d'étude. Les patients décédés à l'arrivée étaient exclus. Les paramètres étudiés étaient le profil épidémioclinique: âge, genre, motif d'admission, durée de séjour dans le service, cause du décès. La méthode d'échantillonnage était aléatoire sur registre de dossier. L'analyse statistique était faite par le logiciel Microsoft Excel®. Les résultats étaient exprimés en moyenne arithmétique simple. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne avec sa déviation standard et les variables catégoriques en pourcentage.

Résultats

Au cours de la période d'étude, le service des Urgences a reçu en hospitalisation 2247 patients. Quatre vingt dix huit décès étaient recensés, soit une fréquence de 4,4%. La classe d'âge la plus représentée était celle entre 30 à 50 ans (30%) (Tableau 1). La moyenne d'âge était de 44,7 +/- 20,5ans. Le sex-ratio était de 1,8. Concernant la catégorie professionnelle, 78% étaient à faible revenu, 19% à revenus intermédiaires et 2% à revenus aisés. La majorité des patients, soit 54 %, décédaient moins de 24 heures après leur admission, 24% entre 24 et 48 heures et 21 % après 48 heures. Le motif d'admission le plus fréquent était le traumatisme crâniocérébral (TCE) grave (23,47%) (Tableau 2). Le choc septique constituait la principale cause de décès suivi du TCE grave (Tableau 3).

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: doc_athanase@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service des Urgences Chirurgicales, CHU Tanambao I, Antsiranana, Madagascar

Age	Nombre	%
[0 - 10[	3	3,06%
[10 - 20[	8	8,16%
[20 - 30[	18	18,37%
[30 - 40[	15	15,31%
[40 - 50[	15	15,31%
[50 - 60[	13	13,27%
[60-70[	11	11,22%
≥ 70ans	15	15,31%
TOTAL	98	100%

Tabl 1: Répartition par tranche d'âge

Pathologies	Nombre	%
Abdomen aigu	20	20,41%
Hémorragie digestive	6	6,12%
Cancer	8	8,16%
SDRA	9	9,18%
T.C.E	23	23,47%
Anémie	6	6,12%
Sepsis sévère	9	9,18%
IRA	3	3,06%
Diabète	4	4,08%
Brûlure	1	1,02%
Coma	9	9,18%
Total	98	100%

Tabl 2: Les motifs d'admission

Causes de décès	Nombre	%
Choc septique	28	28,57%
TCE	21	21,43%
Choc hémorragique	7	7,14%
Choc hypovolémique	11	11,22%
Choc cardiogénique	3	3,06%
SDMV	3	3,06%
SDRA	3	3,06%
Diabète	2	2,04%
Cancer	4	4,08%
Pancréatite aiguë	3	3,06%
Brûlure	1	1,02%
IRA	3	3,06%
Comas	5	5,10%
Péritonite	1	1,02%
Autres	3	3,06%
TOTAL	98	100%

Tabl 3: Les causes de décès

Discussion

Notre étude montre une mortalité plus élevée par rapport aux autres études. Le Conte rapporte une incidence française de 0,20% [3]. En Ethiopie, Hunchak retrouve un

chiffre de 1,9% [4] tandis que Metogo Mbengono avance un taux de 2,6% pour le Cameroun [5]. Nos décès survenaient dans la tranche d'âge comprise entre 30 à 50 ans, comparable à l'étude camerounaise [5]. Les patients sont plus âgés (plus de 50 ans) en Ethiopie [4]. Dans notre série, le motif d'admission le plus représenté était le TCE (23,47%) suivi de l'abdomen aigu. Le taux de mortalité élevé peut s'expliquer dans notre contexte par la fréquence des accidents de la circulation ou à responsabilité civile chez les sujets jeunes, à l'origine de lésions graves. Par ailleurs, le scanner cérébral était indisponible au sein de notre établissement alors que cet examen est indispensable en cas de TCE afin d'obtenir un bilan lésionnel précis affinant les indications opératoires. Le choc septique constituait la principale cause de décès de nos patients aux urgences, suivi des TCE graves. Il en est de même dans l'étude éthiopienne [4]. Le sepsis viendrait du retard de prise en charge, les malades ne venant à l'hôpital que tardivement faute de moyens financiers. La majorité de nos patients (54%) décédaient moins de 24 heures après leur admission, 79% pour l'étude éthiopienne [4]. Le problème péculaire en est toujours la cause. Harouna affirme que le retard du traitement influence nettement la mortalité et l'augmente de 14% avant la 24ème heure et de 22% après la 48ème heure [6]. Le bas niveau socioéconomique de la population qui doit honorer de sa poche tous les frais inhérents à ses soins est une des principales sources de mortalité dans les pays en développement [7].

Conclusion

Notre étude a permis d'apprécier la réalité d'un service des Urgences dans un pays en développement où la mortalité reste élevée. Pour y remédier, il est nécessaire de doter les principaux centres hospitaliers Malgaches de moyens diagnostiques et thérapeutiques adéquats ainsi que de personnels qualifiés.

Références

- 1- Zoumenou E, Lokossou TC, Assouto P, Soton F, Chobli MK. 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: A343.
- 2- Lalonde F, Veber O. La mort à l'hôpital. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2009: 3-5.
- 3- Le Conte AM. Décès aux urgences; analyse rétrospective sur une période trois mois [Thèse]. Nantes; 2003.
- 4- Hunchak C, Teklu S, Meshkat N, Meaney C, Ritchie LP. Patterns and predictors of early mortality among emergency department patients in Addis Abeba, Ethiopia. BMC Res Notes 2015; 8: 605.
- 5- Metogo Mbengono JA, Bengono Bengono R, Mendini Nkodo J, Essame TC, 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: 1-4.
- 6- Harouna Y, Yaya H, Abarchi H, Rakotomalala J, Gazi M, Seibou A, et al. Les occlusions intestinales: principales causes de morbidité et mortalité à l'hôpital national de Niamey Niger. Médecine d'Afrique Noire 2000; 47: 204-7.
- 7- Ouro-Bang'na Maman AF, Agbétra N, Egbohoun P, Sama H, Chobli M. Morbidité mortalité périopératoire dans un pays en développement: expérience du CHU de Lomé Togo. Ann Fr Anesth Réanim 2008; 27: 1030-3.