



INTERET DE L'AUDIT DES DECES DANS LE SERVICE DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET DE MEDECINE INTERNE DU CHU DE BRAZZAVILLE

B.I. ATIPO IBARA, G. SERVICE, DEBY GASSAYE, M. OKOUO,
Ph. NGOMA-NKADOULOU, J.R. IBARA, A. ITOUA NGAPORO

Service de gastro-entérologie et de médecine interne
CHU, BP 32, Brazzaville, CONGO

Correspondance : batipoibara@yahoo.fr; b.atipo-ibara@laposte.net

RESUME

Nous rapportons une étude prospective sur l'intérêt de l'audit des décès, réalisée dans le service de gastro-entérologie et de médecine interne du C.H.U de Brazzaville du 1^{er} mars 2007 au 31 mars 2008. L'étude a intéressé tous les décès qui sont survenus au moins 24 heures après l'admission dans le service. L'objectif de l'étude était d'identifier les différents facteurs et les principales causes de décès afin d'envisager l'introduction de l'audit médical comme outil, en vue d'améliorer la qualité de service et de réduire le nombre de décès. Pendant la période d'étude, 139 cas de décès ont été enregistrés sur 833 malades hospitalisés, soit un taux de 16,7 %. Selon les critères prédéfinis, 117 cas de décès ont été inclus. L'âge moyen des patients décédés était de 43±3 ans pour des extrêmes allant de 22 ans à 85 ans. La prédominance masculine est évidente, le sex-ratio étant de 1,05 (H/F). Les sans professions ont été les plus concernés (59 %). Avant le décès, les patients présentaient cliniquement: une altération de l'état général (16 %), des douleurs abdominales (15,7 %), la diarrhée (7,8 %), un gros foie (8,8 %), une grosse rate (7,3 %). Les diagnostics posés étaient : infection à VIH (41 %), affections malignes (18,8 %), cirrhoses (17,9 %). Les causes ultimes de décès par ordre de fréquence étaient: l'encéphalopathie hépatique (30 %), le choc hypovolémique (23 %), le choc septique (22,2 %) et le choc anémique (12 %). Les examens complémentaires étaient réalisés partiellement dans (54,7 %). Les ordonnances médicales étaient honorées partiellement dans 60,7 %. Les décès survenaient dans 54,7 % des cas pendant les heures non ouvrables et pendant la première semaine d'hospitalisation (53,7 %). La survenue des décès est imputée à plusieurs facteurs évitables. Parmi ceux-ci, figurent les facteurs socio-économiques, l'ignorance et la carence en service de qualité. Un audit médical tous les 6 mois serait un atout pour réduire la fréquence élevée de décès.

Mots clés : Audit ; Décès ; Gastro-entérologie ; Hôpital ; Brazzaville.

ABSTRACT

We bring back a prospective study on the interest of the decease audit, realized in the service of gastro-enterology and medical Resident medical student of the C.H.U. of Brazzaville of 1 March 2007 to the 31 March 2008. The study has affected all the decease, happened at least 24 hours after the admission in the service. The objective of the study was being to identify different factors and causes them principal decease in order to envisage the introduction of the medical audit as tool, conspicuous to improve the on point-duty quality and to reduce the a large number of decease. During the period of study, 139 case of decease have registered on 833 in-patients; would be 16.7 %. According to criteria predefined, 117 cases of decease have been inserted. The middle age deceased patients was being of 43 ± 3 years for extremes going of 22 years to 85 years. The male predominance is evident, the sex ratio being of 1.05 (H/F). Independent have been more concerned (59 %). Before the decease, patients were presenting clinically: a government general impairing (16 %), abdominal pains (15.7 %), the diarrhoea (7.8 %), a swollen liver (8.8 %), a swollen spleen (7.3 %). Composed diagnoses were being: infection to HIV (41 %), malignant affections (18.8 %), cirrhosis (17.9 %). Ultimate causes of decease by order of frequency were being: the encephalopathy of lever (30 %), the hypovolémic shock (23 %), the septic shock (22.2 %) and the anaemic shock (12 %). Complementary examinations were being realized partially in (54.7 %). Medical prescriptions were being honoured partially in 60.7 %. The decease were happening in 54.7 % case hanging hours no openable and during the first week of hospitalization (53.7 %). Happened her decease is imputed to several avoidable factors, among whom: socioeconomic factors, the ignorance and the deficiency in quality service. A medical audit all 6 months would be a trump to reduce the raised frequency of decease.

Key words: Audit; Decease; Gastro-enterology; Hospital; Brazzaville.

INTRODUCTION

L'audit est un ensemble de mécanismes ayant pour principe l'autoévaluation dans le cadre d'une activité. Il conduit à l'autocorrection par l'autoformation, des séminaires et des réunions du personnel en vue d'améliorer la qualité de service [1].

Le service de gastro-entérologie et de médecine interne, à l'instar des autres services hospitaliers, est, par excellence, le lieu de référence où s'établit la certitude diagnostique de certains états morbides observés. Une information sur les caractéristiques des décès survenant dans le service permettrait de mieux orienter les stratégies de prise en charge des patients [2]. Ainsi, l'étude sur la mortalité dans un service d'hospitalisation permet un contrôle et une révision des mesures thérapeutiques [3].

L'objectif de cette étude était d'identifier les différents facteurs et les principales causes de mortalité dans le service de gastro-entérologie et de médecine interne (GEMI) du centre hospitalier et universitaire (CHU) de Brazzaville. Cette étude préliminaire servirait de base pour l'inclusion de l'audit comme un outil, en vue d'améliorer la qualité de service.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective transversale portant sur l'ensemble des décès, survenant dans le service de GEMI du CHU de Brazzaville, sur une période de 13 mois, allant du 1^{er} mars 2007 au 31 mars 2008. Ont été inclus, tous les patients décédés, ayant séjourné au moins 24 heures dans le service.

Le diagnostic des décès a été celui retenu par l'équipe médicale ayant pris soins du malade.

La cause de décès a été le tableau dans lequel s'est trouvé le patient avant le décès.

Ont été exclus de l'étude, les cas de décès qui sont survenus à l'arrivée immédiate et les malades décédés dans d'autres services après leur transfert.

Les variables suivantes ont été étudiées pour chaque cas de décès : l'âge, le sexe, la profession, le délai entre le début de la symptomatologie et la date d'admission, les symptômes ou le diagnostic présumé à l'arrivée, le diagnostic, avant et au moment du décès, les causes de décès, l'heure de survenue du décès, l'état d'exécution des examens complémentaires, l'état d'achat des ordonnances.

Le relevé des données a été fait à partir des registres d'hospitalisation, des registres de décès et des dossiers des malades. Ces données ont été recueillies sur une fiche d'enquête préétablie.

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel épi info. Le seuil de significativité est inférieur à 0,5.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, 833 malades ont été hospitalisés dans le service de GEMI du CHU de Brazzaville, dont 139 cas de décès soit 16,7 %. Parmi les décès, 117 cas sont inclus dans notre étude et répartis en 60 hommes, soit 51,3 %, et 57 femmes, soit 48,7 %.

Sur 117 cas de décès, 100 cas, soit 85 %, sont survenus chez les patients âgés de 20 à 69 ans, et 17 cas, soit 15 %, chez ceux dont l'âge est compris entre 70 à 89 ans. L'âge moyen est de $43,3 \pm 13$ ans (tableau I).

Tableau I : Distribution des décès selon l'âge et le sexe

Sexe \ Tranches d'âge (ans)								Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	
Masculin	6	15	17	10	5	4	3	60
Féminin	5	17	17	3	5	6	4	57
Total	11	32	34	13	10	10	7	117

La distribution des décès selon les catégories professionnelles montre : sans professions (70 cas, soit 59,8 %), ouvriers (23 cas, soit 19,7 %), fonctionnaires (18 cas, soit 15,4 %), commerçants (4 cas, soit 3,4 %), étudiants (2 cas, soit 1,7 %).

Parmi les cas de décès, 70 patients, soit (59,8 %) ont consulté après 31 j. Le délai moyen de consultation est de 77,7 j (tableau II).

Tableau II : Distribution des décès selon le délai de consultation

Décès	Tranche de délai de consultation								Total
	1-7 j	8-14 j	15-30 j	31-60 j	61-90 j	91-120 j	121-150 j	151 j et plus	
Nombre	10	10	27	25	10	7	4	24	117
Pourcentage	8,5	8,5	23	21,3	8,5	6,0	3,4	20,0	100

Les symptômes les plus fréquemment observés sont: l'altération de l'état général (16,3 %), les douleurs abdominales (15,4 %), la diarrhée (7,3 %),

les vomissements (7 %), le gros foie (8,8 %), la grosse rate (7,8 %), la fièvre (12 %). Ces résultats sont résumés dans le tableau III.

Tableau III: Répartition des patients selon les manifestations cliniques

Signes	Nombre	Pourcentage
Diarrhée	43	7,3
Vomissement	41	7,0
Ascite	36	6,1
Ictère	33	5,6
Trouble de conscience	21	3,5
Anémie	17	2,9
Méléna	13	2,2
Hématémèse	10	1,7
Hoquet	9	1,5
Rectorragie	5	0,8
Constipation	4	0,6

La distribution du diagnostic au moment du décès a montré que l'infection par le VIH est la cause la plus fréquente avec 48 cas sur 117, soit 41 %, suivie des affections malignes 22 cas, soit 18,8 %, et de la cirrhose; toutes les étiologies confondues sont au nombre de 21, soit 17,9 % (tableau IV).

Les causes ultimes des décès sont: l'encéphalopathie hépatique (35 cas, soit 30 %), le choc hypovolémique (27 cas, soit 23%), le choc septique (26 cas, soit 22,2 %) et le choc anémique (14 cas, soit 12 %) (tableau V).

Les examens complémentaires ont été réalisés partiellement dans 54,7 % des cas ou pas du tout dans 12 % des cas. Les médicaments prescrits ont été achetés selon les taux suivants : 36,8 % totalement, 60,7 % partiellement et 2,5 % nullement.

La distribution des décès selon les heures de survenue est la suivante : 54,7 % pendant les heures non ouvrables et 45,3 % aux heures ouvrables. Les décès sont fréquents pendant les premières semaines d'hospitalisation (53,7 %).

Tableau IV : Répartition des patients selon le diagnostic au moment du décès

Diagnostic	Nombre	Fréquence (%)
Infection rétrovirale	39	33,3
Cirrhose	21	17,9
Adénocarcinome sur cirrhose	12	10,2
Sepsis	6	5,1
Carcinose péritonéale	4	3,4
Tuberculose multifocale	4	3,4
Abcès du foie	3	2,5
Cancer primitif du foie	3	2,5
Diabète	3	2,5
Encéphalite/VIH	3	2,5
Ulcère du bulbe	3	2,5
Accident vasculaire cérébrale	2	1,7
Cancer gastrique	2	1,7
Cancer secondaire du foie	1	0,8
Cryptococose neuroméningée/VIH	1	0,8
Lymphome	1	0,8
Oesophagite ulcérée caustique	1	0,8
Gastrite caustique	1	0,8
Sténose antropylorique/caustique	1	0,8
Sténose inflammatoire du pylore	1	0,8
Hépatite bactérienne	1	0,8
Tumeur du canal anal /VIH	1	0,8
Hépatite bactérienne	1	0,8
Zollinger Ellison	1	0,8
Vomissement d'étiologie non déterminée	1	0,8
Total	117	100

Tableau V: Répartition des patients selon la cause de décès

Causes de décès	Nombre	Pourcentage
Encéphalopathie hépatique	35	30
Choc hypovolémique	27	23
Choc septique	26	26
Choc anémique	14	12
Choc hémorragique	4	3,4
Dénutrition	4	3,4
Syndrome Hépatorénale	3	2,6
Détresse respiratoire	2	1,7
Acidocétose diabétique	1	0,8
Total	117	100

DISCUSSION

Cette étude montre qu'en l'absence d'audit médical régulier dans un service hospitalier, l'étude de la mortalité ne donne pas les renseignements permettant de suivre la tendance évolutive et d'améliorer la qualité des soins [3].

L'âge des patients décédés varie de 20 à 84 ans avec une moyenne de 43,3 ans. Ces résultats sont superposables à ceux de Léonard [4] qui a trouvé un âge moyen de 43,8 ans. C'est dire que les patients décèdent relativement jeunes. Les raisons seraient le manque d'emploi ; il se pose donc un problème de revenu pour la prise en charge des besoins primaires, gravant ainsi leur état de santé. Cette moyenne contraste avec celle des séries européennes où l'âge moyen des patients décédés est de 63 ans [5]. La prédominance des décès est masculine, le sex-ratio est de 1.05.

La plupart des décès sont des sujets sans professions. Plusieurs auteurs [6, 7] sont unanimes que la majorité des décès sont observés dans les classes socio-économiques basses. Le bas niveau socio-économique constitue un facteur de risque.

Les décès sont observés pour des délais de consultation supérieurs à 31 jours. Le retard de consultation est un facteur péjoratif ; il trouverait son explication dans l'ignorance et la pauvreté. Les patients ne viennent à l'hôpital qu'après avoir épuisé les autres ressources thérapeutiques parmi lesquelles, les médications traditionnelles et les automédications [7].

La survenue des décès est fréquente dans les 7 premiers jours d'hospitalisation. Les études menées par Drabo à Ouagadougou [8] et Takongmo à Yaoundé [3] ont noté, respectivement, 91,5 % et 58,6 % pour ce délai.

Plus de la moitié des décès sont observés pendant les heures non ouvrables (entre 17 h le soir et 8 h le matin). Pendant cette période l'équipe de garde est réduite à 2 infirmières qui est rarement appuyée par les médecins de garde des urgences médicales. Pendant les heures non ouvrables, il est rapporté une insuffisance

en qualité de soins dans les séries africaines [3, 8].

L'infection par le VIH dans notre série représente la première cause des décès (41 %). Ce résultat est supérieur à ceux de Dogoré [2] et de Drabo [8] qui ont trouvé que l'infection par le VIH est parmi les premières causes de mortalité selon les fréquences de 6,2 % et 7,8 %, respectivement. Les cirrhoses et les affections tumorales viennent après l'infection rétrovirale. Ces auteurs [2, 8] ont montré que les affections non curables représentent 38,5 % des causes des décès. La fréquence des diarrhées, des troubles neurologiques observée aurait un lien avec les maladies dues à l'infection par le VIH. Les auteurs africains [2, 3, 8] ont trouvé, parmi les sujets âgés de 24 à 54 ans où l'immunodéficience humaine représentait 70 % des décès, une fréquence élevée de diarrhée (51 %), de méningite (44 %) et de pneumopathie (48 %).

Les ordonnances sont exécutées partiellement ainsi que les examens complémentaires du fait des difficultés économiques.

Les causes ultimes des décès les plus fréquents sont: l'encéphalopathie hépatique, le choc hypovolémique, le choc septique, le choc anémique. Certaines de ces causes devraient entraîner peu de décès car curables, donc évitables. Ces décès pourraient s'expliquer par le stade évolutif (tardif) des affections à l'admission, les difficultés matérielles et financières, le manque d'équipe d'accompagnement au décès. Toutes les charges d'hospitalisation et de soins sont supportées financièrement par le malade.

Parmi les décès inévitables, il y a des patients décédés de l'évolution « naturelle » de leur maladie : certaines maladies cancéreuses, la cirrhose décompensée, l'infection à VIH. Les décès évitables représentent plus du 1/3 des cas. La responsabilité est imputée, d'une part au patient qui, soit s'est présenté tardivement à l'hôpital, soit a des problèmes financiers, et d'autre part à la structure des soins qui assiste impuissamment au décès du malade parce qu'elle ne dispose pas de moyens nécessaires.

La diminution du taux de mortalité demeure une préoccupation majeure pour la plupart des équipes soignantes. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de s'appuyer sur l'analyse de divers facteurs de risques, tels que

l'environnement médical, la pauvreté, l'ignorance, les conflits sociaux, les calamités. La clé de voûte pour réduire la mortalité est l'audit médical. Celui-ci est un instrument médical utilisé pour améliorer les résultats médicaux [1, 3, 7].

En pratique, l'audit comporte quatre temps :

- le premier temps est consacré à l'obtention d'un consensus entre les différentes personnes concernées par le problème de santé (mortalité élevée par exemple);
- le deuxième temps consiste en l'étude à *postiori*, à partir des dossiers médicaux, de la réalité du problème et en la diffusion des résultats pour une prise de conscience;
- le troisième temps correspond aux actions correctives;
- le quatrième temps est la vérification, 6 mois plus tard, des actions menées.

Pour atteindre ces objectifs, l'audit s'appuie sur la logistique dont la structure, le personnel et les documents de références [1].

CONCLUSION

L'étude sur les intérêts de l'audit des décès a permis de montrer que la survenue de ces derniers est imputée à plusieurs facteurs évitables. Parmi ceux-ci, figurent les facteurs socio-économiques, l'ignorance et la carence en service de qualité surtout pendant les heures non

ouvrables. Un audit médical régulier, notamment tous les 6 mois, serait un atout pour réduire la fréquence élevée des décès.

BIBLIOGRAPHIE

1. Melière D. L'audit médical, incidence sur les résultats médicaux, les coûts, la formation des médecins. La nouvelle Presse Médicale 1980; 9: 339-342.
2. DogoreR, Zanou B, Aka J, Garrene M. Mortalité en milieu hospitalier d'Abidjan (Côte d'Ivoire) de 1998 à 1992. Médecine d'Afrique Noire 1997; 44: 352-354.
3. Takongmo S, Angwafo F, Binam F, Afane Ela A, Fonkou A, Gaagini J, Le Daint B, Lantum, Malonga E. Mortalité hospitalière en milieu chirurgical: nécessité de l'audit médical. Médecine d'Afrique Noire 1993; 40: 729-733.
4. Leonard Fourn. Mortalité socio-professionnelle au Bénin. Médecine d'Afrique Noire 1991; 38 :322-327.
5. Proye C, Camp D, Triboulet JP, Carnaille B, Vérin P, Sauter M. Mortalité d'un service de chirurgie générale de C.H.U. Etude sur l'année 1985: 1409 opérés 45 décès post opératoires. Journal de Chirurgie (Paris) 1988; 125: 255-259.
6. Agbéré A, Moussa-Tchabana, Atégbo S, Tatagan K, Kessie K, Kuakuvi N. Assimadi K. Analyse de la mortalité hospitalière dans deux services de Pédiatrie du Togo (Lomé et Kara) de 1987 à 1989. Médecine d'Afrique Noire 1995 ; 42: 111-117.
7. Doumbouya N, Kéita M, Magassouba D, Camara F, Barry O, Diallo AF, Agbo-Panzo, Baldé I. Mortalité dans le service de chirurgie pédiatrique au CHU Donka (Guinée). Médecine d'Afrique Noire 1999; 46: 589- 592.
8. Drabo YJ, Some M.L., Kaboré, Sawadogo S, Léngani A, Traoré R, Ouédraogo C. Morbidité et Mortalité dans le service de médecine interne du centre hospitalier national de Ouagadougou sur 4 ans. Médecine d'Afrique Noire 1995; 43: 655-659.