

# MORBIDITE ET MORTALITE EN HOSPITALISATION DE MEDECINE INTERNE

au Centre National Hospitalier et Universitaire  
Hubert K. Maga de Cotonou, 2002-2003

ZANNOU DM, HOUNGBE F, ADE G, AGOSSOU M, AZON-KOUANOU A

## RESUME

Le service de médecine interne au CNHU-HKM de Cotonou évolue dans un environnement où existent depuis 2000 de nombreuses autres spécialités médicales. Les auteurs voulaient étudier dans ce contexte de façon rétrospective le profil clinique des patients hospitalisés en médecine interne de 2002 à 2003. Leurs objectifs étaient de déterminer les principales affections rencontrées dans le service, déterminer les principales causes de décès et identifier les affections les plus létales.

**Résultats :** 750 dossiers étaient étudiés. La plupart des groupes nosologiques était rencontrée. Les maladies infectieuses et parasitaires (60,5 %) étaient de loin les plus fréquentes et constituées dans un tiers des cas par l'infection VIH. Les maladies respiratoires (29,5 %) occupaient la 2ème place et étaient représentées dans la moitié des cas par la tuberculose. Les tumeurs (15,1 %) constituées essentiellement des tumeurs malignes (14,3 %) occupaient la 3ème place. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours. Le taux de décès était de 21 % et influencée par le mode d'admission et la provenance géographique des patients. Soixante pour cent des décès survenaient dans la première semaine d'hospitalisation dont 23 % dans les 24 premières heures. La majorité des décès était due à l'infection VIH (23,4 % des décès, létalité 26,8 %), les cancers (17,1% des décès, létalité 36,5 %) et la tuberculose (12,7 % des décès, létalité 24,8 %). Une collaboration étroite entre le service de médecine interne et les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, la tuberculose et les cancers est nécessaire. Elle permettra d'améliorer la prise en charge de ces maladies et de réduire leur taux de mortalité.

**Mots-clés :** Médecine interne, morbidité, mortalité, médecine tropicale, Bénin.

## ABSTRACT

**Morbidity and mortality in Internal Medicine patients at the National Teaching Hospital Hubert K. Maga of Cotonou, 2002-2003**

The Internal medicine department of national teaching hospital at Cotonou moves in an environment where exist since 2000, several other clinical options. In this context, authors wanted to study the clinical profile of patients hospitalized in internal medicine. The study's objectives were to determine the main diseases encountered and the main causes of death and identify most lethal diseases. The methods used are retrospective study by records examination from 2002 to 2003.

**Results:** 750 records were examined. Most of nosologic groups were found. Infectious and parasitical diseases (69%) were by far the most recurrent and HIV infection represent one third of cases. Following this, are respiratory diseases (29,3%), represented in half of the cases by tuberculosis, and eventually tumours (15,1%), most of which are malignant (14, 3%). The average period of hospitalization was 12 days. The death rate was of 21% and influenced by the admission mode and geographic origin of the patients. 60% of the deaths occurred in the first week of hospitalisation with 23% in the first 24 hours. Most of deaths were caused by HIV infection (23,4% of deaths, lethality: 26,8%), cancers (17,1% of deaths, lethality: 36,5%), and Tuberculosis (12,7% of deaths, lethality: 24,8%). A narrow collaboration between the department of internal medicine and national programs of AIDS, tuberculosis and cancer is necessary. That will help improve patients' care and decrease death rate.

**Keywords :** Internal medicine, morbidity, mortality, tropical medicine, Benin.

Clinique Universitaire de Médecine Interne, Centre National Hospitalier et Universitaire-HKM, Cotonou, Bénin.

### INTRODUCTION

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM) est le centre national de référence au Bénin. Créé en 1962, il disposait à l'origine des services suivants : médecine interne, pédiatrie, chirurgie, gynéco-obstétrique, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie et stomatologie. En 1983 les pathologies du service de médecine interne étaient dominées par les maladies infectieuses et parasitaires (27,40 %), cardiovasculaires (14,60 %) et digestives (11,97 %) [1]. Au fil des années, des services spécialisés avaient été créés : psychiatrie, hématologie, cardiologie, réanimation, neurologie, néphrologie, rhumatologie, gastro-entérologie, endocrinologie et métabolisme. Les dernières créations dataient de l'année 2000. En 2003, nous avons voulu apprécier le profil clinique des patients traités en médecine interne dans un environnement où existent désormais de nombreuses autres spécialités médicales. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer les principales affections rencontrées dans le service, déterminer les principales causes de décès et identifier les affections les plus létales.

### PATIENTS ET METHODES

L'étude était rétrospective, réalisée sur les dossiers des patients hospitalisés dans le service de médecine interne du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM) de Cotonou entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2003. Ce service disposait de 18 lits d'hospitalisation. Les diagnostics y étaient faits à partir du recueil de l'histoire de la maladie, l'examen clinique systématique et des examens complémentaires choisis en fonction de l'orientation du diagnostic et des moyens financiers dont disposaient les patients.

A l'aide du registre d'hospitalisation, les dossiers des patients étaient retirés aux archives et dépouillés en utilisant une fiche de collecte de données conçue pour l'étude. Cette fiche comportait les renseignements socio-démographiques (âge, sexe, provenance, profession, catégorie d'hospitalisation), le mode d'admission, la durée de séjour, le diagnostic de sortie et l'évolution. Un patient pouvant présenter plusieurs maladies à la fois,

nous avons enregistré aussi bien le diagnostic principal que les diagnostics secondaires. Etait considéré comme diagnostic principal, l'affection ayant motivé directement l'hospitalisation. Le diagnostic secondaire était toute autre affection associée ou découverte au cours du séjour et ayant nécessité ou non un traitement. Les affections recensées étaient classées selon la Classification Internationale des Maladies et problèmes connexes de l'OMS, 10e révision (CIM 10). En cas de décès, le diagnostic principal était considéré comme la cause, l'autopsie n'étant pas une pratique courante.

Les données étaient saisies, traitées et analysées avec le logiciel Epi info 6.fr. Pour la comparaison de certains résultats, le test de Chi2 était utilisé avec un seuil de signification de 5 %.

### RESULTATS

#### 1. Caractéristiques générales de la population d'étude

Pendant la période couverte par l'étude 896 patients étaient inscrits dans le registre d'hospitalisation. Dans les archives, 146 dossiers (16,3 %) étaient non retrouvés ou incomplets et éliminés. Sept cent cinquante dossiers (83,7 %) étaient complets et dépouillés pour l'étude.

Les 750 patients dont les dossiers avaient fait l'objet de l'étude étaient constitués de 56,7 % d'hommes et 43,3 % de femmes (sex-ratio égal à 1,3). L'âge moyen était de 42 ans avec des extrêmes de 15 et 104 ans. Les malades étaient hospitalisés en 3e catégorie (catégorie des conditions socio-économiques faibles) dans 71 % des cas. Il s'agissait de ménagères, paysans, artisans ou ouvriers dans 53,5 % des cas. Ils étaient des fonctionnaires ou des commerçants dans respectivement 29,8 % et 4 % des cas. Soixante et un pour cent des malades provenaient de la ville de Cotonou, 36 % des autres départements du Bénin et 3 % étaient venus de l'étranger.

#### 2. Etude de la morbidité

##### 2.1 Modes d'admission, durée de séjour et modes de sortie

Les patients étaient admis en majorité par le service des

## Morbidité et mortalité...

Médecine d'Afrique Noire 2009 - 56 (12)

urgences (77 %), les bureaux de consultation externe sur rendez-vous (14 %), transférés d'autres services du CNHU (6 %) ou référés d'autres formations sanitaires (3 %). La durée moyenne de séjour en hospitalisation était de 12 jours [extrêmes 1 et 116 jours]. Ils sortaient après une évolution favorable dans 59 % des cas. Les évasions et les sorties contre avis médical représentaient 10 %, les

transferts en réanimation ou vers d'autres services 10 % et les décès 21 %.

### 2.2 Affections recensées

La répartition des patients selon les groupes nosologiques est présentée dans le tableau I. Les dix premières affections sont présentées dans le tableau II.

**Tableau I : Répartition des groupes nosologiques chez les patients hospitalisés en médecine interne, CNHU-HKM, Cotonou, 2002-2003**

Groupes nosologiques <sup>a, b</sup>	Effectif (n = 750)	%
Maladies infectieuses et parasitaires	454	60,5
Maladies de l'appareil respiratoire	221	29,5
Tumeurs	113	15,1
Maladies de l'appareil circulatoire	103	13,7
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	65	8,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	41	5,5
Maladies de l'appareil digestif	23	3,1
Troubles nerveux et du comportement	19	2,5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	17	2,3
Maladies du système nerveux	13	1,7
Lésions traumatiques, intoxications	13	1,7
Maladies du système ostéo-articulaire	9	1,2
Maladies de la peau	2	0,3
Etats morbides mal définis	29	3,9

a. Classification Internationale des Maladies et problèmes connexes de l'OMS, 10e révision (CIM 10)

b. un patient peut présenter une ou plusieurs affections

**Tableau II : Fréquence des dix premières affections chez les patients hospitalisés en médecine interne, CNHU-HKM, Cotonou, 2002-2003**

Affections <sup>a</sup>	Effectif (n = 750)	%
Maladies dues au VIH	151	20,1
Tuberculose	113	15,1
Pneumopathies	108	14,4
Tumeurs malignes	107	14,3
Septicémies	58	7,8
Insuffisances cardiaques	48	6,9
Maladies dues aux protozoaires	51	6,8
Epanchement pleural	48	6,4
Anémies	47	6,3
Maladies infectieuses intestinales	37	4,9

a. Selon la Classification Internationale des Maladies et problèmes connexes de l'OMS, 10e révision (CIM 10)

### 3. Etude de la mortalité

Sur 750 patients dont les dossiers étaient étudiés, 158 (21 %) étaient décédés. Ces décès concernaient 22,4 % des hommes versus 19,4 % des femmes ( $p = 0,32$ ) puis 29 % des sujets âgés de plus de 70 ans, 22 % de ceux âgés de 30 à 70 ans et 16 % des moins de 30 ans ( $p = 0,10$ ). La mortalité était de 35 % chez les sujets référés d'autres formations sanitaires contre 23% de ceux admis par le service des urgences et 12 % de ceux reçus en consul-

tation, 11 % des transférés d'autres services du CNHU ( $p = 0,005$ ). Elle était de 19 % chez les résidents à Cotonou versus 22 % chez ceux provenant des autres départements et 53 % de ceux venant d'autres pays ( $p = 0,002$ ).

Soixante pour cent des décès survenaient dans la première semaine d'hospitalisation dont 23 % dans les 24 premières heures. Les principales causes de décès et les principales affections létales sont respectivement présentées dans les tableaux III et IV.

**Tableau III : Principales causes de décès chez les patients hospitalisés en médecine interne, CNHU-HKM, Cotonou, 2002-2003**

Maladies <sup>a</sup>	Nb de décès n = 158	%
Maladies dues VIH	37	23,4
Tumeurs malignes	27	17,1
Tuberculose	20	12,7
Septicémies	16	10,1
Etats morbides mal définis	15	9,5
Pneumopathies	12	7,6
Insuffisances cardiaques	10	6,3
Maladies suppurées et nécrotiques des voies aériennes inférieures	5	3,2
Maladies dues à des protozoaires	3	2
Maladies infectieuses intestinales	2	1,3
Autres	11	7

a. Selon la Classification Internationale des Maladies et problèmes connexes de l'OMS, 10e révision (CIM 10)

**Tableau IV : Les principales affections létales chez les patients hospitalisés en médecine interne, CNHU-HKM, Cotonou, 2002-2003**

Affections	Effectif de décès	Effectif de malades	Létalité (%)
Etats morbides mal définis	15	29	51,7
Tumeurs malignes	27	74	36,5
Septicémie	16	46	34,8
Maladies dues au VIH	37	138	26,8
Tuberculose	20	81	24,8
Insuffisance cardiaque	10	52	19,2
Pneumopathies	12	108	11,1

### DISCUSSION

Le caractère rétrospectif de l'étude n'a pas permis d'avoir une information complète sur la totalité des patients admis pendant la période couverte. Les dossiers étaient

en effet inexploitable dans 16,3 % des cas. Cependant les données obtenues permettent de connaître le profil clinique actuel des patients traités en médecine interne dans un environnement où existent de nombreuses autres spécialités médicales.

Une prédominance masculine était observée en conformité avec HOUNTONDI à Cotonou [1], DRABO à Ouagadougou [2] et PERRET à Libreville [3]. En revanche l'âge moyen des sujets paraissait plus élevé que les 36 ans relevés par HOUNTONDI [1] et DRABO [2] sans être proche de la situation décrite dans les pays développés où BEGUIN et coll. en Belgique [4] avaient rapporté un âge moyen de 57 ans. La durée moyenne de séjour bien qu'apparemment longue, était superposable à celle notée par BEGUIN [4] et MARCHAND-BUTTIN [5] en Île-de-France. Cette durée liée à la chronicité des affections rencontrées expose les patients à la survenue d'affections nosocomiales [6, 7, 8, 9] ; ce qui pourrait constituer un risque supplémentaire de mortalité élevée.

Le service de médecine interne avait recruté les pathologies de différents groupes nosologiques avec cependant une forte représentation des maladies infectieuses et parasitaires dont la fréquence était de 60,5 % soit deux fois plus que le taux observé dans ce même service 20 ans auparavant (27,4 % [1]) ; ce constat pourrait s'expliquer par l'apparition et la propagation de l'infection par le VIH qui est devenue la première cause de morbidité dans le service (20,1 % des patients en sont porteurs). Les maladies respiratoires avec une fréquence de 29,3 % occupaient la 2ème place et étaient représentées dans la moitié des cas par la tuberculose (15,1 %). La relation entre infection VIH et tuberculose est bien connue. En effet la fréquence de l'une explique celle de l'autre [10, 11, 12]. La prédominance de ces 2 affections dans le service n'est donc pas surprenante. Par ailleurs, les services spécialisés en maladies infectieuses et en pneumologie n'existent pas encore à Cotonou ; ce qui justifie l'orientation de ces cas en médecine interne. Il en est de même pour la cancérologie. Ainsi, les tumeurs (15,1 %) constituées essentiellement des tumeurs malignes (14,3 %), occupent la 3ème place dans le classement des groupes nosologiques. Le profil de pathologies du service a donc beaucoup changé par rapport aux données de 1983 qui classaient en tête les maladies infectieuses et parasitaires (27,40 %), cardiovasculaires (14,6 %) et digestives (12 %) [1]. En dehors des pathologies dominantes actuellement observées, les maladies relevant des spécialités existantes au CNHU-HKM étaient également

rencontrées en médecine interne dans des proportions très variables. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- mauvaise orientation des cas à partir des urgences d'où provient la grande majorité de nos patients (77 %),
- manque de place dans les services spécialisés correspondant,
- transferts de «débarras» comme l'a souligné DRABO dès lors que le cas paraît complexe ou pose un problème diagnostique [2],
- admission refusée par certains services quand le malade n'est pas capable de payer les frais d'hospitalisation élevés exigés pour des services spécialisés comme la cardiologie. Nos malades sont en effet de conditions socio-économiques faibles. C'est peut être cela qui explique que les maladies de l'appareil circulatoire occupent encore la 4ème place en médecine interne avec une fréquence de 13,7 %.

En fait, la morbidité dans un service de médecine interne est aussi influencée par l'orientation spécifique ou les options choisies par les médecins y exerçant [2] ; ce qui rend difficile une comparaison stricte des résultats avec ceux obtenus ailleurs.

L'absence des maladies du système dans le répertoire du service retient l'attention. Les examens permettant leur diagnostic n'étaient pas disponibles au CNHU-HKM de Cotonou et il importe de les mettre en place. Ces pathologies faisaient peut être partie des états morbides mal définis dont la fréquence était de 3,9 % et la létalité de 51,7 %.

Le taux de mortalité était superposable à celui obtenu par DRABO à Ouagadougou dans un service équivalent [2] et DIARRA à Bamako dans un service à orientation hépato-gastro-entérologique [13]. Les décès concernaient principalement les sujets âgés conformément aux observations de NKOUA au Congo [14]. Cependant la différence avec les autres tranches d'âges chez nos patients n'était pas significative. La fréquence des décès ne paraissait pas non plus influencée par le sexe. Par contre elle était significativement influencée par le mode d'admission et la provenance géographique des patients par rapport au centre de référence qu'est le CNHU-HKM de Cotonou ( $p < 0,01$ ). Le taux de mortalité observé était

nettement supérieur à celui obtenu par BEGUIN et coll. en Belgique [4]. Cette différence pourrait se justifier par l'insuffisance du plateau technique dans les services de santé des pays en développement notamment africains, le retard dans le recours aux soins, la pauvreté, la chronicité et le caractère « incurable » des pathologies dominantes que sont le VIH/SIDA (23,4 % des décès et une létalité de 26,8 %) et les cancers (17,1 % des décès et une létalité de 36,5 %). Le traitement antirétroviral a été introduit au Bénin en 2002 et rendu gratuit en 2004 par le programme national de lutte contre le SIDA. Ce traitement, aujourd'hui largement accessible au Bénin à tous les patients infectés par le VIH qui sont éligibles peut faire espérer une baisse de la mortalité liée au SIDA. La mortalité liée à la tuberculose était également élevée (12,7 % des décès et une létalité de 24,8 %). Cette maladie a connu une recrudescence et une nouvelle gravité depuis l'avènement du VIH/SIDA [10, 11, 12]. L'amélioration du pronostic de la co-infection VIH-tuberculose nécessite la prise en charge concomitante des deux affections. Les septicémies qui sont des affections curables cependant affichaient pourtant un taux de létalité élevé de 34,8 %

traduisant le retard au diagnostic et au traitement approprié en lien avec les conditions socio-économiques défavorables. En Afrique, les patients vivant dans ces conditions précaires ont souvent recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication avec pour conséquences un retard à la consultation et l'aggravation de la pathologie, donc une mortalité accrue [13]. C'est ce que traduit également la survenue de 60 % des décès dans les 7 premiers jours d'hospitalisation. Les mêmes constats étaient faits par DRABO [2] avec un pourcentage encore plus élevé (91,5 %).

En conclusion, le service de médecine interne du CNHU-HKM de Cotonou accueille essentiellement les pathologies infectieuses et parasitaires, les pathologies respiratoires et les pathologies tumorales. La morbidité et la mortalité dans ce service sont dominées par l'infection VIH, la tuberculose et les cancers. Une collaboration étroite entre le service de médecine interne et les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, la tuberculose et les cancers, permettra d'améliorer la prise en charge de ces maladies et de réduire leur taux de mortalité.

## REFERENCES

- 1 - HOUNTONDI JA. Morbidité et mortalité dans le service de Médecine Interne du CNHU de Cotonou. [Thèse de Médecine]. Cotonou : université d'Abomey-Calavi, 1983, n°150 : 171 p.
- 2 - DRABO YJ, SOME NL, KABORE J, SAWADOGO S, LENGANI A, TRAORE R, et al. Morbidité et mortalité dans le service de Médecine Interne du centre hospitalier national de Ouagadougou sur 4 ans (janvier 1990 à décembre 1993). *Méd. Afr. Noire* 1996, 43 (12) : 655-9.
- 3 - PERRET JL, NGUEMBY-MBINA C. Aspects de la morbidité rencontrée en Médecine Interne au Gabon. *Sem Hôp. Paris* 1993, 63 (3) : 71-4.
- 4 - BEGUIN C, BOLAND B, VAN MULLEM X, VAN MULLEM T, ROGER FRANCE F, COCHE E et al. Fifteen years of inpatient care in an academic division of General Internal Medicine : 1980-1994. *Acta Clinica Belgica*, 1996, 51 (5) : 311-9.
- 5 - MARCHAND-BUTTIN F, MEDINA S. La morbidité hospitalière en Île-de-France : les hospitalisations en urgence dans le secteur public. *La Revue des SAMU* 1994, 5 : 174-5
- 6 - LE CONTOUR X, GRAND BASTEN B. Le risque nosocomial. *Revue d'épidémiologie* 1994, 42 (5) : 399-407.
- 7 - HAOND C, TISSO GUERRAZ F, ALLAOUCHICHE B, BUI XUAN B, DUPURRET, S, REVERDY ME et al. Infections nosocomiales en réanimation : une année de surveillance portant sur 248 patients de réanimation chirurgicale. *Médecine et Maladies Infectieuses* 1996, 26 (12) : 1150-4.
- 8 - MARTY N, MALAUD S, GORECKI N, POMIES S, CABRESPINE F, CHABANON G. Trois types de surveillances épidémiologiques des infections nosocomiales au CNH de Toulouse. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 1996, 26 (RICAL) : 624-33.
- 9 - CARLET J, GUIBERT J. Infections urinaires nosocomiales : épidémiologie, dépistage, prévention et conduite à tenir. *Revue du praticien* 1989, 39 : 1386-91.
- 10 - AUBRY P, KAMANFU G, MLIKI-CABANNE N, NIKOYAGIZE E, FAGARD C, NIYONGABO T et al. La tuberculose à l'heure du SIDA en Afrique Subsaharienne : expérience d'un pays d'Afrique Centrale : Burundi. *Médecine Tropicale* 1994, 54 (1) : 67-74.
- 11 - DIA M, CAMARA T, CISSOKO S, NDIR M, NDIAYE M, LEGUENNO B, et al. Tuberculose et infection à VIH. Aspects épidémiologiques. *T B & VIH* 1995/1996, 5 : 22-5.
- 12 - HARRIES A, MAHER D, RAVIGLIONE M, CHAULET P, NUNN P, VAN PRAAG E. Tuberculose et VIH. *WHO/TB/96-200*, 149 p.
- 13 - DIARRA M, KONATE A, DEMBLE A, KALLE A, MAIGA M Y. Evaluation des hospitalisations dans un service de médecine : Cas du service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Gabriel Touré, Bamako (Mali). *Mali Médical* 2006, 11 (3) : 28-31.
- 14 - NKOJA JL, KIMBALLY-KAKY G, EKOKA J. EKOKAJ, GOMBET T, MOUANGA YIDIKA G. Mortalité du sujet âgé, à propos de 801 décès de sujets de 60 ans et plus survenus au Centre Hospitalier et universitaire de Brazzaville. *Méd. Afr. Noire* 1992, 39 (1) : 6-10.