

République du MALI

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR



Université de Bamako

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

N°...../

Année scolaire : 2011- 2012

TITRE

**Morbidité et mortalité dans le service de médecine
interne du CHU du Point G durant les cinq dernières
années du 1 janvier 2004 au 31 décembre 2008**

THESE

Présentée et soutenue publiquement / / 2012 devant
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par Mme. KAMARA Oumou FOMBA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président Pr. Abdel Kader TRAORE
Membre : Dr. Mahamadou Soumana CISSOKO
Co-directeur : Dr. KAYA Assetou SOUKHO
Directeur de thèse : Pr. Hamar Alassane TRAORE

Dédicaces :

Je rends grâce à Dieu.

L'éternel le tout puissant, le maître suprême qui nous aime tant.
Tu m'as donné force et courage de franchir toute embûche.
Par ta volonté, me voici au sommet de la vérité.
Permetts-moi de te dire merci.

A mon feu tonton Yirafé FOMBA.

Tonton, ton départ a été très précoce pour moi.
Chaque jour que Dieu faisait, je ne cessais de te réclamer
Je pensais que tu allais me voir terminer, hélas.
Dieu en a décidé autrement, sans toi, je ne s'aurais devenir
Ce que je suis aujourd'hui.
Que Dieu vous accueille dans son paradis. Amen!
Je t'aimerais toujours. Ta nièce.

A ma mère défunte Maoro Togola

Ma maman chérie, s'il y'a quelqu'un qui a fait de moi ce que je suis, c'est bel et bien toi.
Toi de qui je suis. Je prie Dieu chaque jour pour qu'il te fasse ressusciter à fin que je puisse te
connaître, te sentir, hélas. Les paroles de Dieu sont incontournables. Soit fier de toi car ta fille est
devenue quelqu'un comme toute autre mère rêve pour son enfant.
Tu resteras éternelle dans mon cœur.
Que tu sois parmi les Elus du paradis.
Amen!

A mon père Salia FOMBA.

Vous avez été le père idéal pour moi.
Sans vous je ne saurais devenir ce que je suis aujourd'hui.
Merci pour vos soutiens.
Sache que comme tous les autres, j'ai fait l'essentiel de ce que vous attendiez de moi.
Que Dieu vous donne longue vie.

A mon mari

Ton courage et ta détermination ont fait de moi une femme battante et courageuse; je ne saurais te remercier; mais sache que malgré la distance qui nous sépare, je t'aimerais pour toujours. Que Dieu nous donne longue vie. Amen!

A mes enfants adorés

Nana, Fatim, Awa, Cheick Talbouyé, vous avez été pour moi des enfants les plus merveilleux au monde. Vous m'avez fait un grand privilège d'avoir supportée mon absence, Je vous aime tous, et je vous souhaite de faire mieux que moi.

A ma tante Awa Touré

Vous avez été pour moi une mère, j'ai reçu de vous tout ce qu'une mère peut offrir à son enfant. Vous m'avez couvert d'affection, de tendresse, de soutien moral et matériel et vous m'avez toujours enseigné la bonne conduite.

Que Dieu vous donne longue vie.

A la famille FOMBA

Chers frères et sœurs, autant que nous sommes, nous formons une très grande et vaste famille : une force, une puissance. A l'instar des autres, nous devons être très unis. Car, ensemble nous sommes « un ». Je vous invite donc à nous tenir main dans la main pour la marche vers le bon sens. Je vous remercie de votre sympathie et soutien moral. Que le miséricordieux Dieu donne longue vie à tous.

Remerciements :

Aux personnels de la médecine interne

Vous avez participé à ma formation durant mon séjour dans le service avec loyauté

Je ne saurais vous remercier pour votre sympathie et la familiarité envers ma personne

Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus profondes.

Au professeur Hamar et famille

Vous m'avez accueillie à bras ouvert, jamais je ne me suis senti hors de chez moi.

Vous êtes une famille adorable. Merci pour l'hospitalité.

A mes oncles et tantes

Feu Sitan FOMBA, Zélé FOMBA, Bourama TOGOLA, Ramata FOMBA....

Merci pour votre encouragement.

A mes grands parents

Vous resterez toujours adorables pour moi, malgré votre absence.

Reposez-vous en paix.

A mes encadreurs de la médecine interne:

Pr Hamar ATRAORE, Pr Mamadou DEMBELE, Pr Abdel Kader TRAORE, Pr SIDIBE Assa TRAORE Dr Christophe SAWADOGO, Dr Idrissa COULIBALY, Dr Seydou COULIBALY, Dr Dessy SOGODOGO, Dr Saliatou TRAORE, Dr FOFANA.....

Merci pour la formation à vos coté

A Dr KAYA Assétou SOUKHO

Votre générosité, et votre disponibilité dans la bonne humeur, et la rigueur dans le travail bien fait font de vous une femme exemplaire. Que dieu vous donne longue vie et pleine de santé, que vos vœux les plus sincères soient exaucés. AMEN!

A Niagamé CAMARA et famille

Vous avez participé à la bonne réalisation de ce travail. Malgré mes multiples occupations, vous m'avez accepté pour que ce travail voie le jour. Pour moi la reconnaissance est une dette. Trouvez ici mes remerciements les plus sincères

A mon jeune frère Fomba

Malgré tes multiples occupations, tu es resté à mes services sans faille. Trouvez ici mes vifs remerciements.

A mes amies

Pinda TOURE, Aïchata, Mariam Kariba DIAKITE, Awa, Ramata, Zeinab, Nènè....

Vous resterez des amies exceptionnelles. Des sœurs à qui j'ai toujours fait confiance.

Mes remerciements à tous ceux de loin ou de près dont j'aurai oublié de mentionner les noms

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et Président du jury Pr Abdel Kader TRAORE

- Professeur Agrégé en Médecine Interne
- Maître de Conférences Agrégé des Universités/Praticien hospitalier
- Spécialiste en communication scientifique et en pédagogie médicale
- Ancien directeur du Centre National d'Appui à la lutte contre les Maladies (CNAM)
- Point focal du réseau en Afrique francophone pour la télémédecine (RAFT) au Mali
- Référent académique de l'université numérique francophone mondiale (UNFM) au Mali

Honorable maître

Vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduites par votre spontanéité, votre simplicité, votre rigueur pour le travail bien fait.

La qualité de vos enseignements et vos qualités intellectuelles et pédagogiques font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse Dr Mahamadou Soumana Sissoko, MD, MSPH

- Médecin chercheur au MRTC/DEAP.
- Coordinateur Pédagogique du Cours Supérieur d'Epidémiologie pour Cadres Supérieurs de la Santé en Afrique.

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger à ce jury malgré vos énormes occupations.

Nous avons été fascinés par votre accueil chaleureux, votre modestie, votre simplicité, votre gentillesse et votre très grande générosité.

Cher maître, trouvez ici, nos sincères remerciements et l'expression de notre profond respect.

A notre maître et Co-directrice de thèse Dr KAYA Assétou SOUKHO

- Spécialiste en médecine interne.
- Spécialiste en endoscopie digestive.
- Maître –Assistante à la Faculté de médecine de Pharmacie et OdontoStomatologie (FMPOS)

Chère maitre

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail.

En aucun moment nous n'avons manqué de votre assistance.

Vous avez été pour nous le repère, le modèle faisant grandir en nous le désir de devenir un médecin à votre image. Vos qualités humaines, sociales, et scientifiques font de vous un maître admirable. Veuillez trouver en cet ouvrage cher maître toute notre gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse Pr Hamar Alassane TRAORE

- Professeur agrégé Titulaire en médecine interne,
- Professeur des Universités/Praticien Hospitalier,
- Chef de service de médecine interne à l'Hôpital National du point "G"
- Coordinateur du DES de médecine interne
- Coordinateur de l'enseignement de sémiologie médicale et de thérapeutique à la FMPOS
- Président du comité scientifique de PEC du VIH au Mali
- Président du comité médical d'établissement au C HU du point "G"

Cher Maître, vous nous avez fait honneur en acceptant de diriger ce travail si modeste dans l'intérêt de la science.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements universitaires et de vos excellents encadrements.

Votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé d'écoute et votre conviction clinique nous ont beaucoup fascinés.

Vos qualités humaines, sociales et scientifiques font de vous un maître respecté.

Soyez assuré, Professeur notre sincère admiration et notre gratitude.

Liste des abréviations

AVC : accident vasculaire cérébral

ATCD : antécédent

CES : certificat d'étude spécialisée

CAM : contre avis médical

CHU : centre hospitalier universitaire

CHUOS : centre hospitalier universitaire OdontoStomatologie

DES : diplôme d'étude spécialisée

GS : garçon de salle

HNPG : hôpital national du point G

HTA : hypertension artérielle

HTAP : hypertension artérielle portale

IDM: infarctus du myocarde

LMNH : lymphome malin non hodgkinien

LMH: lymphome malin hodgkinien

LMC: leucémie myéloïde chronique

LED: lupus érythémateux disséminé

NFS-VS : numération formule sanguine/ vitesse de sédimentation

OAP : œdème aigu du poumon

ORL : oto-rhino-laryngologique

OMS : organisation mondiale de la santé

OMI : œdème des membres inférieurs

RAA: rhumatisme articulaire aigu

RGO : reflux- gastro- œsophagien

RCH: recto cholique hémorragique

SIDA : syndrome immunodéficience acquis

%: pourcentage

Sommaire

| | |
|---|------|
| Liste des abréviations | 11 |
| Introduction | 13 |
| Objectifs : | 15 |
| 1-Généralités..... | 16 |
| 1.1-Rappel de quelques définitions :..... | 16 |
| 1.2-Présentation du CHU du Point G :..... | 16 |
| 1.3-Présentation du service de médecine interne..... | 18 |
| 1.4- Structures :..... | 20 |
| 1.5- Organisation du service : | 2122 |
| 1.6- Présentation des prestations para cliniques réalisées en Médecine Interne..... | 24 |
| 1.7-Régime de Rémunération des Actes :..... | 25 |
| 2-Méthodologie | 26 |
| 3-Résultats : | 28 |
| 4-Commentaires et discussion | 69 |
| 5-Conclusion et recommandations | 74 |
| 6-Références bibliographiques | 76 |
| 7-Annexes..... | 79 |

Introduction

La morbi-mortalité semble être fréquente dans les services hospitaliers du fait que les malades sont reçus à un stade avancé de la maladie, mais aussi du fait de leurs conditions socio-économiques très précaires ne permettant pas une prise en charge précoce. Le milieu hospitalier apparaît donc par excellence comme le lieu où s'établit avec certitude le diagnostic des états morbides observés. Il nous tient informé sur les causes de décès et les pathologies fréquemment rencontrées, et constitue un lieu qui pourrait renforcer la confiance existante entre la population et le personnel soignant [1]

Dans les pays à faible revenu, le problème de la morbidité et la mortalité reste dominé par l'absence de données complètes. Les dossiers d'hospitalisation et ceux des registres sont imparfaits du fait de leur mauvaise tenue.

Dans une étude menée en Espagne[2] la mortalité concernait principalement les personnes âgées avec un âge médian estimé à 72 ans.

La prédominance masculine était 58%, et les pathologies cardiovasculaires étaient les plus meurtrières. Les pathologies neurologiques étaient au premier rang des décès liés à l'insuffisance d'infrastructures à l'époque.

Une enquête menée au Centre National Hospitalier de Ouagadougou (Burkina Faso) [3] a montré que les pathologies neurologiques étaient au premier rang des décès liés à l'insuffisance d'infrastructures à l'époque

Au Mali, certaines pathologies liées à la santé de l'adulte ne figurent pas parmi les actions **de priorité** de santé retenues par les autorités; et qui expliquent aujourd'hui la **hausse** de la morbi-mortalité hospitalière.

Une étude menée à Bamako, MALI [4] a montré une évolution croissante des cas de VIH constituant la première cause des hospitalisations pour des pathologies infectieuses. La mortalité intéressait les pathologies en phase terminale : néphro-urologiques (insuffisance rénale, néoplasie de la vessie ou de la prostate) en première position avec une fréquence de 44%, suivi des pathologies infectieuses (26%), part importante attribuée au VIH et pulmonaires (24%). Par contre l'âge moyen était de **35,8ans** et le taux de mortalité était à 16,7%.

Le service de médecine interne du Centre Hospitalier et Universitaire(CHU) du Point G est un service pluridisciplinaire accueillant des malades présentant des affections diverses.

À ce titre le service comporte des médecins de spécialités différentes et est considéré comme un service de 3^{ème} référence au Mali.

Un travail mené à Bamako par Bagayoko D (Mali) [5] rapporte que la morbidité dans le service de Médecine Interne était dominée par le diabète sucré, suivi du paludisme, la cirrhose du foie et le cancer primitif du foie. L'âge moyen des patients hospitalisés était de 42,8 ans avec un taux de mortalité estimé à 16,8%.

La connaissance des causes fréquentes de mortalité et de morbidité pourrait permettre la prévention, le renforcement de la surveillance et de la prise en charge des malades, le recyclage du personnel de soin.

Prenant en considération tous ces constats, il nous a semblé pertinent de mettre en lumière la situation de la morbi-mortalité dans le service de médecine interne.

Objectifs :

1. Général :

Étudier la mortalité et la morbidité dans le service de Médecine interne du CHU du point G.

2. Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des pathologies les plus rencontrées
- Déterminer les taux de mortalité et de morbidité dans le service de médecine interne du CHU du point G durant les cinq dernières années.
- Identifier les populations les plus touchées par la mortalité et la morbidité en médecine interne
- Identifier les principales causes de décès.

1-Généralités

1.1-Rappel de quelques définitions :

L'évaluation de la qualité des soins est une préoccupation croissante en matière de santé hospitalière. Les statistiques hospitalières sont indispensables dans l'évaluation de la qualité des systèmes de santé. C'est en identifiant les problèmes qu'on sera capable d'améliorer le système de soins.

Ainsi La **morbidité** d'une population se définit comme étant le « nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladie dans une population déterminée à un moment donné » [6].

On distingue plusieurs types de morbidité [6]:

- la morbidité diagnostiquée qui correspond aux affections diagnostiquées et traitées par le corps médical, chez des individus ayant eu recours à des médecins.
- la morbidité ressentie qui recouvre l'ensemble des affections, des troubles réels tels que les individus les ressentent et les interprètent, dont un sous-ensemble constitue la morbidité déclarée.
- enfin, la morbidité infraclinique qui recouvre l'ensemble des affections dont on ne peut encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles ;

L'ensemble constitue la morbidité réelle, comprenant la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)[7] :

- **la mortalité** est le nombre de décès dans une population donnée pendant une période donnée
- **le taux de mortalité** est le nombre de décès au cours d'une période donnée rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné.

1.2-Présentation du CHU du Point G :

Le CHU du Point G autrefois appelé Hôpital National du Point G est l'une des 5 (cinq) structures hospitalières nationales de 3^{ème} référence de la ville de Bamako avec le CHU de Gabriel TOURÉ, le CHU IOTA, le CHUOS et l'Hôpital du Mali.

Il emploie 700 personnes environ ; et est géré par 3 (trois) organes :

- un conseil d'administration
- une direction générale
- un comité de gestion
- une commission médicale d'établissement

La structure est dotée de 3 missions :

- Mission de soins
- Mission de formation
- Mission de recherche

La dénomination du « G » est une terminologie topographique (géodésique) ‘G’ ; il s’agit du niveau par rapport à la mer à Dakar (SÉNÉGAL) appliqué à la colline sur laquelle est situé le CHU dont la construction remonte à 1906.

Il fut fonctionnel en 1912 sous l’administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar.

Érigé en hôpital en 1959, il bénéficie du statut d’établissement public à caractère administratif (EPA) doté de personnalité morale et de l’autonomie financière en 1992 suivant la loi 92.025/A.N.R.M. du 05 décembre 1992.

En 2006, à l’occasion des cérémonies marquant le centenaire de l’hôpital, le ministre de la santé, dans son allocution a souligné que dans le cadre du renforcement des capacités, l’hôpital du Point G devra signer la convention hospitalo-universitaire lui donnant ainsi son statut de CHU avec le personnel bi appartenant et le recrutement des internes par voie de concours.



Photo1 : Sortie du CHU du point G

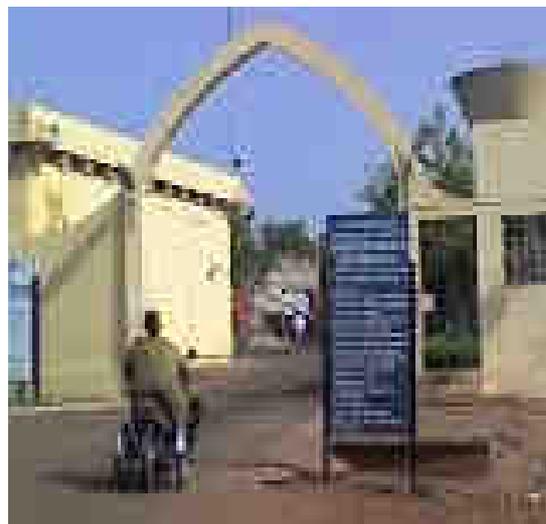


Photo 2 : Entrée du CHU du Point G

Photo 3 : Programme de consultations des différents services

Géographiquement, le CHU est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako, à 8 Kilomètres du centre-ville, opposée à la colline de Koulouba et sur la route de Kati. Ce qui rend son accès assez difficile.

Le CHU couvre une superficie de 25 hectares et compte 17 services (médecine, plateau technique, imagerie et chirurgie comprise).

1.3- Présentation du Service de Médecine Interne :

Le service de Médecine Interne fait partie des 10 services de médicaux que compte le CHU Point G (Cardiologie, Gynécologie Obstétrique, Hématologie Oncologie, Maladies Infectieuses, Neurologie, Néphrologie, Pneumologie, Rhumatologie, psychiatrie, radiographie, laboratoire, anatomie pathologique, pharmacie hospitalière). Il est situé dans la périphérie EST du CHU du Point G, à près de 300 (trois cents) mètres de l'entrée de l'Hôpital. Il est délimité au nord par le service de d'Hématologie Oncologie, à l'ouest par le service de Gynécologie Obstétrique et urologie, au sud par le laboratoire et la pharmacie du CHU (où les malades et leurs accompagnants peuvent retirer les médicaments essentiels et les matériels nécessaires à prix réduits par rapport aux pharmacies de l'extérieur).



Photo 4 : *Vue d'ensemble du service (côté Pavillon Pr. Bernard Duflo- hémato-Oncologie).*



Photo 5 : *Dénomination du service en hommage au Dr. Diabé N'DIAYE*



Photo 6 : *Vue de face de la Médecine Interne (côté Gynécologie Obstétrique et Urologie). Unité C à l'étage et l'unité D au réez de chaussée.*

1.4- Structures :

Le service de médecine interne est composé de 2(deux) unités : C et D. avec au total 31 lits d'hospitalisation repartis comme suit :

- 2 lits de première catégorie (VIP)
- 9 lits de deuxième catégorie
- 20 lits de troisième catégorie

L'unité D (voir photo ci-dessous) située au réz de chaussée comprend 10 lits d'hospitalisation classés dans la première et deuxième catégorie. Cette unité abrite également les bureaux du chef de service, d'un de ses adjoints, de l'assistant chef clinique, des internes (En avant), des CES (En arrière) servant de locaux pour consultation avant une éventuelle hospitalisation en fonction de l'état du patient et de la disponibilité des lits.

On retrouve également à l'avant, le bureau du major assistant le chef de service, une salle pour les infirmiers et une autre pour les GS et les FS, des toilettes en face du service.



Photo 7 : Unité D au réz chaussée : Entrée des bureaux du chef de service et du major servant de locaux aux consultations du lundi, du mercredi et du jeudi.

À l'étage, se trouve l'unité C (voir photos ci-dessous) avec 21 lits d'hospitalisation dont une salle de première catégorie et les autres classées en troisième catégorie. En avant le bureau du major et en arrière celui des infirmiers avec un détachement côté est abritant la salle des GS, une salle de consultation et des toilettes.



Photo 8 : Unité C à l'étage: Bureau du major



Photo 9 : salles des GS en avant des Toilettes

TABLEAU I : Évolution du Nombre de Lits d'hospitalisation et du nombre de décès de 2004 à 2008.

| Année | Nombre de lits | Nombre d'hospitalisations | Nombre de Décès | Taux de mortalité |
|--------------|----------------|---------------------------|-----------------|-------------------|
| 2004 | <u>31</u> | <u>445</u> | <u>71</u> | 16,0 |
| 2005 | <u>31</u> | <u>435</u> | <u>128</u> | 29,4 |
| 2006 | <u>31</u> | <u>471</u> | <u>83</u> | 17,6 |
| 2007 | <u>31</u> | <u>508</u> | <u>167</u> | 32,9 |
| 2008 | <u>31</u> | <u>518</u> | <u>119</u> | 23,0 |
| Total | | 2377 | 568 | 24 |

1.5- Organisation du service :

1.5.1. Hiérarchie :

Le service de Médecine Interne est dirigé depuis le 22 juin 1998 par le **Professeur Titulaire Hamar Alassane TRAORÉ**, initiateur et directeur de ce travail, assisté de 2 (deux) Professeurs agrégés **Abdel Kader TRAORÉ** et **Mamadou DEMBÉLÉ**, d'un maître assistant Dr **KAYA Assétou SOUKHO** et d'un chef de clinique **Dr BOUBACAR DIALLO**.

Dans la suite de la pyramide, nous avons les internes des hôpitaux, les médecins en DES de Médecine Interne communément appelés, aidés dans leur tâches par des résidents (étudiants en thèse) des externes en stage, des infirmiers chargés d'exécuter les soins aux malades hospitalisés. Ces derniers sont sous la responsabilité de 2 majors (surveillants des unités) qui coordonnent les soins, s'assurent de la réalisation des examens complémentaires et servent d'intermédiaire entre l'administration du CHU et le malade. Enfin nous avons les garçons de salle (GS) qui installent les patients à hospitaliser, les accompagnateurs pour faire leurs examens para cliniques si nécessaire, acheminent les corps des décédés à la morgue.

TABLEAU II : Évolution des effectifs du personnel de Médecine Interne de 2004 à 2008.

| Années | Nombre total de médecins | Nombre total d'internes | Nombre total des faisant fonction d'interne | Nombre total d'infirmiers | Nombre total d'Aides-soignants | Nombre total de Garçons de salle | Nombre total de manœuvres |
|--------|--------------------------|-------------------------|---|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| 2004 | 6 | 0 | 10 | 7 | 2 | 3 | 3 |
| 2005 | 6 | 0 | 10 | 7 | | | |
| 2006 | 6 | 0 | 12 | 7 | | | |
| 2007 | 6 | 2 | 2 | 7 | | | |
| 2008 | 6 | 3 | 5 | 7 | | | |

1.5.2. Activités du service :

L'organisation du service est identique pour chaque unité. Les malades reçoivent quotidiennement les visites des internes et des stagiaires qui notent leurs plaintes et prennent leurs paramètres, vérifient que les examens complémentaires ont été réalisés et s'assurent que les malades ont reçu toutes les thérapeutiques nécessaires.

Une contre-visite est organisée tous les jours après les horaires de travail par les DES avec, à leur tête le maître assistant pour mettre à jour les dossiers des malades, notamment avant les grandes visites du mardi et du vendredi. Au cours de celles-ci, ces derniers mettent un accent particulier sur les malades qui posent problèmes quelque soit leur nature.

Les médecins en formation spécialisée suivent des cours les mercredis et un staff est organisé tous les vendredis matin où des cas cliniques ou des conférences sont présentés.

Les gardes quotidiennes sont assurées par une équipe constituée d'un interne, d'un infirmier titulaire permanent, d'un GS. Un médecin résidant du service peut être sollicité pour les situations dépassant la compétence de l'interne à l'occasion des gardes.

La majorité des consultations externes se fait les lundis et jeudis matin, elle est assurée par l'ensemble des médecins du service avec l'assistance des internes.

Le suivi des patients hospitalisés est confié aux internes qui agissent sous la responsabilité d'un médecin. Les médecins ont en charge la réalisation des différentes explorations et les examens para cliniques réalisés au sein du service.

1.6- Présentation des prestations para cliniques réalisées en Médecine Interne

Dans le cadre de la prise en charge des patients hospitalisés et non hospitalisés et dans un réel souci d'établir un diagnostic, des examens complémentaires sont proposés, les quels sont effectués au sein du service par les médecins ayant reçu une formation pour les réaliser.

Au cours de ces analyses, ces médecins sont assistés par des internes ou des DES afin de leur permettre d'acquérir les compétences requises. Il s'agit de :

- la fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) avec biopsies si nécessaire,
- l'ano-rectoscopie,
- la coloscopie
- et la laparoscopie.

D'autres examens sont réalisables pour le compte du service mais possible dans d'autres services

- Cardiologie A : Échographie cardiaque avec doppler des vaisseaux, l'électrocardiogramme.
- Radiologie : Échographie, PAF écho guidée, Radiographies, scanner.
- Laboratoire du CHU: Sérologie VIH, Exploration du Liquide Céphalo-rachidien, NFS-VS avec dosage des réticulocytes, Ionogramme sanguin, Hémoglobine et Hématocrite en urgence, Bilan Hépatique, ASLO, Amylasémie, Lipasémie, Glycémie, Créatinémie, Goutte Epaisse, Hémoculture, Examen Cyto- Bactériologique des Urines, Crachats BAAR, Exploration du Liquide d'Ascite, Exploration du liquide pleural.
- Laboratoire Bernard Duflo installé à la FMPOS dont le responsable est le chef de service d'Hématologie Oncologie où s'effectuent des examens à visée hématologique
- Pneumologie : Fibroscopie Bronchique, Lavage Broncho Alvéolaire, IDR (réaction intra dermique).
- d'autres analyses plus spécialisées sont réalisables dans certaines structures médicales privées de Bamako qui bénéficient de moyens techniques pour faire face à la demande des prescripteurs.

Les malades hospitalisés ou pas peuvent être référés, si nécessaire, vers des services spécialisés pouvant mieux les prendre en charge si les compétences des médecins sont dépassées devant certaines situations.

1.7-Régime de Rémunération des Actes :

Le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires est fixé par le décret N°243 PG RM du 19 Septembre 1983 : Les soins et les examens para cliniques prodigués ou effectués au profit des patients atteints des maladies suivantes :

Tuberculose, Lèpre, Maladies Mentales, Fistules vésico-vaginales, toutes les affections chroniques à caractère social sont gratuites. De plus, le plan sectoriel de lutte contre le SIDA du ministère de la santé a rendu accessible sans frais payés le traitement par les Antirétroviraux (ARV) aux patients vivant avec le VIH (PVVIH) et a prévu depuis juillet 2004 la prise en charge des infections opportunistes chez les sujets VIH fréquentant les services de santé. Les malades atteints de ces différentes affections sont hospitalisés en 3^{ème} (troisième) catégorie.

Dans le cadre du nouveau statut des hôpitaux (EPA), les intéressés payent la moitié du tarif pour les hospitalisations et des analyses lorsqu'ils décident de séjourner en 1^{ère} (première) ou en 2^{ème} (deuxième) catégorie. Les enfants âgés de 0 (zéro) à 12 (douze) ans, les élèves et les étudiants, les soldats 1^{ère} (première) et 2^{ème} (deuxième) classes, les personnels socio-sanitaires et leurs proches (conjoint, enfants, parents) ont également droit à la gratuité. Les personnes âgées bénéficient du demi-tarif quelques soient les prestations du service et du CHU.

L'administration, par principe, fait payer le tarif de 10 jours à l'entrée comme avance. La différence est remboursée au malade si la durée de l'hospitalisation est inférieure à 10 jours. S'il est hospitalisé plus de 10 jours, il est convoqué pour payer le complément afin de permettre la poursuite de sa prise en charge. En cas de découverte d'une maladie devant bénéficier de la gratuité de l'hospitalisation et des soins, un remboursement de toute la somme afférente à l'hospitalisation est effectué.

2-Méthodologie

2.1- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive avec collecte rétrospective des données

2.2- Type d'échantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif

2.3- Lieu d'étude

L'étude s'était déroulée au CHU du point G dans les unités de médecine interne

2.4- Période d'étude

Notre étude était déroulée sur 5 années du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008.

2.5- Population d'étude

L'étude portait sur l'ensemble des dossiers de malades hospitalisés de 2004 à 2008 et enregistrés dans les registres et les dossiers d'hospitalisation.

2.5.1. Critères d'inclusion

- Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers de malades hospitalisés de 2004 à 2008 et enregistrés dans les registres d'hospitalisation.
- A été considéré comme diagnostic retenu, le diagnostic de sortie ou à défaut l'affection ayant directement motivé l'hospitalisation. Pour chaque malade un ou plusieurs diagnostics ont été retenus selon les cas. À défaut d'autopsie, c'est le ou les diagnostics retenus qui ont été pris comme cause de décès.

2.5.2. Critères de non inclusion

Etaient non inclus dans ce présent travail :

- Les patients hospitalisés dans les autres services du CHU.
- Les malades reçus en consultation externe.
- Les patients hospitalisés en dehors de la période d'étude.

2.6- Méthode d'enquête

L'enquête portait sur tous les malades hospitalisés, sans distinction d'âge, de sexe, d'ethnie, de profession et même ceux référés dans d'autres services du CHU. Le recueil des données était porté sur une fiche d'enquête préétablie.

Notre fiche d'enquête comportait : (voir la fiche d'enquête).

- Nom, Prénom(s), Âge, Sexe, Ethnie
- Statut Matrimonial
- Profession
- Résidence
- Motif d'hospitalisation, diagnostic, évolution.

2.7. Matériels d'étude

Nous avons utilisé comme supports les registres et les dossiers d'hospitalisation des malades

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels SPSS 16.0 et MICROSOFT EXCEL 2007.

2.8-Considération éthique

Cette étude rétrospective a garanti la confidentialité des résultats avec un mot de passe sur la base des données, avec l'autorisation du Comité Médical d'Etablissement et de l'administration du CHU du point G.

3-Résultats :

Nous avons examiné durant la période d'étude dans le service de médecine interne du CHU du Point G, 2521 dossiers de patients parmi lesquels 2377 ont été retenus (dont 568 décès) ; 144 dossiers étaient inexploitable pour diverses raisons (informations incomplètes, manque de pages dans certains registres, perte de certains dossiers répertoriés dans les registres). Sur les dits dossiers répondant à nos critères d'inclusion, 2849 diagnostics ont été portés. Les aspects socio- démographiques de la morbidité et de la mortalité, et leurs caractères cliniques ont été étudiés.

Tableau III : Répartition des cas selon la tranche d'âge

| Tranche d'âge | Effectif | Fréquence |
|------------------|-------------|------------|
| ≤20 | 170 | 7% |
| 21-40 | 777 | 32% |
| 41-60 | 782 | 33% |
| >60 | 491 | 21% |
| sans information | 157 | 7% |
| Total | 2377 | 100 |

La tranche d'âge de 41-60 ans représentait 33%.

Tableau IV : Répartition des cas selon le sexe des patients

| Sexe | Effectif | Fréquence |
|--------------|-------------|------------|
| Masculin | 1210 | 51% |
| Féminin | 1167 | 49% |
| Total | 2377 | 100 |

Le sexe masculin représentait 51% avec un sex ratio à 1,04.

Tableau V : Répartition des cas selon la profession

| Profession | Effectif | Fréquence |
|-------------------|-----------------|------------------|
| Ménagère | 834 | 35,08% |
| Ouvrier | 286 | 12,03% |
| Cultivateur | 249 | 10,48% |
| Commerçant | 244 | 10,26% |
| Fonctionnaire | 240 | 10,10% |
| élève/étudiant | 179 | 7,53% |
| Berger | 61 | 2,57% |
| Sans emploi | 41 | 1,72% |
| Retraite | 22 | 0,93% |
| Sans information | 221 | 9,30% |
| Total | 2377 | 100 |

Les ménagères ont représenté 35,08% des patients.

Tableau VI : Répartition des cas selon l'ethnie

| Ethnie | Effectif | Fréquence |
|------------------|-----------------|------------------|
| Bambara | 826 | 35% |
| Peulh | 353 | 15% |
| Sarakolé | 306 | 13% |
| Malinké | 285 | 12% |
| Sonrhäi | 124 | 5% |
| Dogon | 69 | 3% |
| Senoufo | 60 | 3% |
| Bozo | 44 | 2% |
| Maure | 36 | 2% |
| Miniaka | 27 | 1% |
| Touareg | 10 | 0% |
| Diawando | 10 | 0% |
| Bobo | 10 | 0% |
| Autres | 61 | 3% |
| sans information | 156 | 6% |
| Total | 2377 | 100% |

L'ethnie Bambara représentait 35 %.

Tableau VII : Répartition des cas selon la résidence du patient

| Résidence | Effectif | Fréquence |
|---------------|-------------|---------------|
| Bamako | 1591 | 66,93% |
| Kayes | 68 | 2,86% |
| Koulikoro | 194 | 8,16% |
| Sikasso | 62 | 2,61% |
| Ségou | 70 | 2,94% |
| Gao | 10 | 0,42% |
| Tombouctou | 14 | 0,58% |
| Kidal | 1 | 0,04% |
| Hors du Mali | 15 | 0,63% |
| Mopti | 32 | 1,34% |
| Non connue | 320 | 13,46% |
| Total | 2377 | 100 |

Les patients en provenance de Bamako représentaient 67% des cas.

Tableau VIII: Répartition des cas selon la nationalité

| Nationalité | Effectif | Fréquence |
|-----------------|-------------|---------------|
| Malienne | 2340 | 98,44% |
| Burkinabé | 10 | 0,42% |
| Guinéenne | 7 | 0,29% |
| Sénégalaise | 7 | 0,29% |
| Non connue | 8 | 0,33% |
| Ivoirienne | 5 | 0,21% |
| Total | 2377 | 100 |

La nationalité malienne représentait 98,44% des cas.

Tableau IX : Répartition des cas selon le système de référence des patients

| Services ayant référé | Effectif | fréquence |
|---|-----------------|------------------|
| Urgences | 393 | 16,53% |
| Autres Hôpitaux | 327 | 13,76% |
| Médecins du service | 213 | 8,96% |
| Autres services du point 'G' | 207 | 8,71% |
| Autres services non hospitaliers | 154 | 6,48% |
| Non référés | 94 | 3,96% |
| Services privés | 59 | 2,48% |
| Réanimation | 16 | 0,67% |
| Sans information | 914 | 38,45% |
| Total | 2377 | 100% |

Tableau X : Répartition des patients selon les spécialités en fonction des motifs d'hospitalisation

| Motifs d'hospitalisation selon la spécialité | Effectif | Fréquence |
|--|-------------|---------------|
| Pathologie gastro-hépto-entérologie | 1200 | 35,27% |
| Pathologies infectieuses et parasitaires | 879 | 25,84% |
| Pneumologie | 471 | 13,84% |
| Neurologie Psychiatrique | 262 | 7,70% |
| Endocrinologie | 198 | 5,82% |
| Rhumatologie | 131 | 3,89% |
| Hématologie | 167 | 4,91% |
| Pathologie cardio-vasculaire | 33 | 0,97% |
| Pathologie gynéco-obstétrique | 16 | 0,47% |
| Urologie | 16 | 0,47% |
| Dermatologie | 13 | 0,38% |
| Néphrologie | 7 | 0,21% |
| Pathologie ORL | 6 | 0,18% |
| Ophtalmologies | 3 | 0,09% |
| Total | 3402 | 100 |

NB :un patient peut avoir plusieurs motifs d'hospitalisation

La symptomatologie hépato- gastroentérologie était retrouvée dans 35,27% des cas.

Tableau XI : Répartition selon les motifs d'hospitalisation des patients en fonction des signes endocriniens

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|--|------------|------------|
| Polyurie, polydipsie, polyphagie, haleine cétonique | 186 | 93% |
| Goitre, tremblement | 11 | 6% |
| Mélanodermie | 1 | 1% |
| Total | 198 | 100 |

L'association polyurie/polydipsie/polyphagie et l'haleine cétonique représentait 93% des cas (n=186).

Tableau XII: Répartition selon les motifs d'hospitalisation des patients en fonction des signes hépato-gastroentérologiques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|--|-------------|---------------|
| Ascite/distension abdominale OMI/anasarque | 349 | 29,08% |
| Diarrhée, vomissement, déshydratation, douleur colique | 328 | 27,33% |
| Arrêt des matières et des gaz/douleur abdominale/Constipation | 178 | 14,83% |
| Hépatopathie chronique /encéphalopathies hépatique/ictère | 127 | 10,58% |
| Hépatosplénomégalie/Hépatomégalie | 92 | 7,67% |
| Douleur épigastrique, pyrosis, régurgitation, hoquets éructation, ballonnement abdominal, hyper salivation | 98 | 8,17% |
| Masse pelvienne, épigastrique et abdominale | 24 | 2% |
| Hématémèse/méléna/Trouble ano-recto | 4 | 0,33% |
| Total | 1200 | 100 |

L'association ascite/distension abdominale/OMI et anasarque était présentée dans 29,08% des cas.

Tableau XIII: Répartition selon les motifs d'hospitalisations des malades en fonction des signes infectieux

| Symptômes | Fréquence absolue | Fréquence relative |
|---|-------------------|--------------------|
| Asthénie/anorexie, amaigrissement dans un contexte de fièvre | 375 | 43% |
| Fièvre/frissons | 276 | 31% |
| Plaie/gangrène/choc septique | 151 | 17% |
| Trismus/céphalée/raideur de la nuque | 48 | 6% |
| Escarres/furoncles/abcès | 24 | 2% |
| Herpès (labial, génital), mycose buccale | 5 | 1% |
| Total | 879 | 100 |

L'association asthénie/anorexie et amaigrissement a été retrouvée dans un contexte de fièvre chez 375 patients soit 43% des cas.

Tableau IVIV: Répartition des motifs d'hospitalisation des patients en fonction des signes neuropsychiatriques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|---|-----------------|------------------|
| Troubles de la conscience | 118 | 45,03% |
| Vertige, migraine, troubles du sommeil | 62 | 23,66% |
| Hémiplégie, paraplégie, déviation labiale (gauche, droite) | 51 | 19,46% |
| Tétraparésie, paraparésie, hémiparésie paresthésie | 19 | 7,25% |
| Impotence fonctionnelle des membres inférieurs, trouble de la statique, de la marche, et de l'équilibre | 12 | 4,58% |
| Total | 262 | 100 |

L'association obnubilation/somnolence/altération de la conscience/perte de connaissance et coma représentait 45,03% cas (n=118)

Tableau XV: Répartition des motifs d'hospitalisation des patients en fonction des signes rhumatologiques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|---|------------|---------------|
| Douleur ostéo-articulaire (lombaire, articulaire, osseuse), déformation osseuse, gibbosité dorsolombaire | 83 | 63,36% |
| Gonalgie, poly arthralgie, myalgie, hyperalgie des membres inférieurs | 24 | 18,32% |
| Tuméfaction douloureuse du membre inférieur (Gauche ou droite), du pied, genou, main, épaule | 24 | 18,32% |
| Total | 131 | 100 |

Les douleurs osseuses, les déformations osseuses et les gibbosités dorsolombaires ont été retrouvées dans 63,36% des cas (n= 83).

Tableau XVI: Répartition des motifs d'hospitalisation des patients selon les signes hématologiques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Anémie | 90 | 54% |
| Poly adénopathies | 49 | 29,34% |
| Splénomégalie | 14 | 8,38% |
| Crise vaso-occlusive drépanocytaire | 12 | 7,18% |
| Cyanose des extrémités | 2 | 1,19% |
| Total | 167 | 100 |

L'anémie a été retrouvée chez 90 patients soit 54% des cas.

Tableau XVII: Répartition des motifs d'hospitalisation en fonction des signes pleuro pulmonaires

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|--|------------|------------|
| Toux (sèche, productive), dyspnée, hypersudation nocturne | 415 | 88% |
| Douleur thoracique | 32 | 7% |
| Détresse respiratoire, épanchement pleural, orthopnée | 23 | 5% |
| Hémoptysie | 1 | 0% |
| Total | 471 | 100 |

La toux/dyspnée et hypersudation représentaient 88% des cas (n= 415).

Tableau XVIII: répartition des motifs d'hospitalisation en fonction des signes dermatologiques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|---|-----------|-------------|
| Lésions bulleuses | 5 | 39% |
| Prurit/plaque noirâtre à fond pustuleuse | 4 | 31% |
| Eruption, érythro-squameuse en ail de papillon | 3 | 23% |
| Peau cartonnée | 1 | 7% |
| Total | 13 | 100% |

Les lésions bulleuses représentaient 39 % des cas (n=5).

Tableau XIX: Répartition des motifs d'hospitalisation des patients selon les signes urologiques

| Symptômes | Effectif | fréquence |
|--|-----------|------------|
| Brulure mictionnelle, dysurie/pollakiurie | 8 | 50% |
| Tuméfaction vésicale | 5 | 31% |
| Incontinence urinaire | 2 | 13% |
| Fistule vésico-vaginale | 1 | 6% |
| Total | 16 | 100 |

Les brulures mictionnelles, la dysurie, et la pollakiurie ont été retrouvées chez 8 patients soit 50% des cas.

Tableau XX : Répartition des motifs d'hospitalisation des patients selon les signes néphrologiques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|----------------------------|----------|------------|
| Syndrome œdemato-ascitique | 4 | 54,14% |
| anasarque | 3 | 42,86% |
| Total | 7 | 100 |

Les syndromes œdemato-ascitiques représentaient 54,14% soit 4 patients

Tableau XXI: Répartition selon les motifs d'hospitalisation en fonction des signes cardio-vasculaires

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Cardiopathies | 18 | 55% |
| Palpitation, troubles du rythme | 14 | 42% |
| Voussure thoracique | 1 | 3% |
| Total | 33 | 100 |

Les cardiopathies représentaient 55% des cas.

Tableau XXII : Répartition des motifs d'hospitalisation des patients en fonction des signes Oto-rhino-laryngologiques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|--|----------|------------|
| Otalgie/suppuration de l'oreille (gauche, droite) | 3 | 50% |
| Dysphonie | 2 | 33% |
| Tuméfaction cervicale | 1 | 17% |
| Total | 6 | 100 |

Otalgie/ la suppuration de l'oreille (gauche, droite) représentait 50% des cas.

Tableau XXIII: Répartition des motifs d'hospitalisation des patients en fonction des signes gynéco-obstétriques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|--|-----------|------------|
| Tuméfaction mammaire et du pelvis, trouble du cycle | 12 | 75% |
| Aménorrhées | 3 | 19% |
| Leucorrhée fétides | 1 | 6% |
| Total | 16 | 100 |

La tuméfaction mammaire, du pelvis avec trouble du cycle représentait 75% des cas.

Tableau XXIV: Répartition des motifs d'hospitalisation des patients en fonction des signes ophtalmologiques

| Symptômes | Effectif | Fréquence |
|----------------------|----------|------------|
| Exophtalmie | 2 | 67% |
| Tuméfaction de l'œil | 1 | 33% |
| Total | 3 | 100 |

Exophtalmie a été retrouvée chez 2 patients soit 67% des cas.

Tableau XXV: Répartition des cas en fonction de la présence d'antécédents

| ATCD | Effectif | Fréquence |
|--------------------------|-------------|--------------|
| ATCD Médicaux | 969 | 72,3% |
| ATCD Chirurgicaux | 108 | 8,1% |
| ATCD Gynéco-obstétricaux | 5 | 0,4% |
| ATCD Familiaux | 258 | 19,3% |
| Total | 1340 | 100 |

Cinquante six virgule quatre pour cent (56,4%) des patients (n=1340) ont signalé avoir des ATCD parmi lesquels 72,3 % sont médicaux.

Tableau XXVI: Répartition des cas selon les ATCD médicaux

| ATCD médicaux | Effectif | Fréquence |
|------------------------|-------------|------------|
| Diabète | 327 | 14% |
| HTA | 173 | 7% |
| HIV | 170 | 7% |
| Ictère | 55 | 2% |
| Epigastralgie | 49 | 2% |
| Ulcère gastrique | 40 | 2% |
| Drépanocytose | 30 | 1,26% |
| Bilharziose | 21 | 1% |
| Cirrhose | 19 | 1% |
| Tuberculose | 12 | 0,50% |
| AVC | 8 | 0,34% |
| Asthme | 8 | 0,34% |
| Hépatite 'B' | 8 | 0,34% |
| Basedow | 7 | 0,29% |
| Angine | 5 | 0,21% |
| Paludisme | 5 | 0,21% |
| Méningite | 4 | 0,16% |
| Gastrite | 4 | 0,16% |
| Sinusite | 4 | 0,16% |
| Goitre | 3 | 0,12% |
| Transfusion | 3 | 0,12% |
| Tumeurs | 3 | 0,12% |
| Obésité | 2 | 0,08% |
| Arthrose | 2 | 0,08% |
| Hématémèse | 2 | 0,08% |
| Insuffisance cardiaque | 2 | 0,08% |
| Pleurésie gauche | 1 | 0,04% |
| Lupus | 1 | 0,04% |
| Dermatose | 1 | 0,04% |
| Sans information | 1408 | 59,23% |
| Total | 2377 | 100 |

Le diabète représentait 14% des cas.

Tableau XVII: Répartition des cas selon les ATCD chirurgicaux

| ATCD chirurgical | Effectif | Fréquence |
|------------------|-------------|------------|
| Hernies | 51 | 2% |
| Césarienne | 34 | 1% |
| Cataractectomie | 24 | 1% |
| Appendicectomie | 15 | 1% |
| Adénomectomie | 12 | 0% |
| Amputation | 11 | 0% |
| Myomectomie | 11 | 0% |
| Mastectomie | 7 | 0% |
| Thyroïdectomie | 7 | 0% |
| Ostéosynthèse | 3 | 0% |
| Hémorroïdectomie | 2 | 0% |
| Néant | 2269 | 95% |
| Total | 2377 | 100 |

Les hernies ont été les plus représentées comme antécédents chirurgicaux 2% des cas.

Tableau XVI: Répartition des cas selon les ATCD gynéco-obstétricaux

| Affections | Effectif | Fréquence |
|-------------------|-------------|---------------|
| Eclampsie | 1 | 0,08% |
| Grossesse molaire | 1 | 0,08% |
| Hydrosalpinx | 1 | 0,08% |
| Métrorragie | 1 | 0,08% |
| Dysménorrhée | 1 | 0,08% |
| Néant | 1162 | 99,57% |
| Total | 1167 | 100 |

Moins de 0,5 % (n=5) de nos patientes ont signalé des ATCD gynéco-obstétricaux.

Tableau XXIX: Répartition des cas selon la parité des patientes

| Parité | Effectif | Fréquence |
|------------------|-------------|------------|
| Multipare | 429 | 37% |
| Primipare | 43 | 4% |
| Nulligeste | 4 | 0% |
| Non connue | 691 | 59% |
| Total | 1167 | 100 |

Parmi les 1167 patientes hospitalisées, les multipares représentaient 37% des cas. Le statut n'était pas rapporté dans 59% des cas.

Tableau XXX: Répartition des cas selon les ATCD familiaux

| ATCD familiaux | Effectif | Fréquence |
|------------------|-------------|--------------|
| Diabète | 107 | 4,50% |
| HTA | 89 | 3,74% |
| Tuberculose | 16 | 0,67% |
| Drépanocytose | 15 | 0,63% |
| Asthme | 15 | 0,63% |
| HIV | 4 | 0,17% |
| Goitre | 4 | 0,17% |
| Tumeur gastrique | 2 | 0,08% |
| Goutte | 2 | 0,08% |
| Ictère | 1 | 0,04% |
| Epilepsie | 1 | 0,04% |
| Lèpre | 1 | 0,04% |
| Gastrectomie | 1 | 0,04% |
| Sans information | 2119 | 89,15 |
| Total | 2377 | 100 |

Le diabète représentait 4,50% des cas parmi les ATCD familiaux retrouvés.

Tableau XXXI: Répartition des cas selon les spécialités

| Affection | Effectif | Fréquence |
|----------------------------------|-----------------|------------------|
| Maladies infectieuses | 763 | 26,78% |
| Endocrinologiques | 725 | 25,44% |
| Hépto- gastro –entérologiques | 563 | 19,76% |
| Cardiologiques | 221 | 7,76% |
| Hématologiques | 113 | 3,97% |
| Néphrologiques | 107 | 3,75% |
| Rhumatologie/ maladie systémique | 98 | 3,44% |
| Pneumologiques | 82 | 2,88% |
| Urologiques | 67 | 2,35% |
| Neurologiques | 40 | 1,40% |
| Gynéco obstétriques | 36 | 1,26% |
| Psychiatriques | 11 | 0,39% |
| Dermatologiques | 6 | 0,21% |
| Chirurgicales | 6 | 0,21% |
| Ophtalmologiques | 5 | 0,18 % |
| Oto-rhino-laryngologiques | 3 | 0,11 % |
| Toxicologiques | 3 | 0,11 % |
| Total | 2849 | 100 |

Les pathologies infectieuses et tropicales représentaient 26,78% des cas (n=763).

Tableau XXXII: Répartition des pathologies hépato-gastroentérologiques

| Affections | Effectif | Fréquence |
|---|------------|---------------|
| Cirrhose hépatique, Cancer du foie | 211 | 37,47% |
| Gastrite, Bulbite, Duodénite | 97 | 17,23% |
| Cancers digestifs | 48 | 8,52% |
| Stéatose hépatique | 53 | 9,41% |
| Œsophagite /RGO | 43 | 7,63% |
| Ulcère gastroduodéal | 24 | 4,26% |
| Gastropathies HTAP | 24 | 4,26% |
| Pancréas | 9 | 1,60% |
| Mésentère | 5 | 1% |
| Cancer Péri ombilical | 2 | 0,35% |
| Péritonéal | 6 | 1% |
| Cholécystite, angiocholite | 17 | 3,02% |
| Hémorroïdes | 9 | 1,60% |
| Colopathie fonctionnelle | 6 | 1% |
| Pancréatite | 5 | 1% |
| RCH | 3 | 0,53% |
| Maladie de Chron | 1 | 0% |
| Total | 563 | 100 |

La cirrhose hépatique et / ou cancer du foie représentait 37,47% des cas.

Tableau XXXIII: Répartition des pathologies gynéco-obstétriques

| Affections | Effectif | Fréquence |
|---------------------------|-----------|------------|
| Cancer de l’ovaire | 12 | 33% |
| Cancer mammaire | 10 | 28% |
| Cancer du col | 7 | 19% |
| Candidose génitale | 3 | 8% |
| Chorio- carcinome | 1 | 3% |
| Kyste ovarien | 1 | 3% |
| Nécrose du sein | 1 | 3% |
| Myome utérin | 1 | 3% |
| Total | 36 | 100 |

Le cancer de l’ovaire a été retrouvé dans 33% des cas de pathologies gynéco-obstétricales (n=12).

Tableau XXXIV: Répartition des pathologies urologiques

| Affections | Effectif | Fréquence |
|---------------------------|-----------|---------------|
| Infection urinaire | 33 | 49,25% |
| Cancer de la prostate | 13 | 19,40% |
| Cancer de vessie | 8 | 11,94% |
| Lithiase rénale | 3 | 4,47% |
| Nécrose testiculaire | 2 | 2,99% |
| Hydronéphrose | 2 | 2,99% |
| Adénome de la prostate | 2 | 2,99% |
| Pyo néphrose | 1 | 1,49% |
| Fistule vesico-vaginale | 2 | 2,99% |
| Orchite | 1 | 1,49% |
| Total | 76 | 100 |

Les infections urinaires représentaient 49,25% des cas.

Tableau XXXV: Répartition des pathologies de cause chirurgicale

| Affections | Effectif | Fréquence |
|--------------------------|----------|------------|
| Hernie | 3 | 50% |
| Occlusion intestinale | 2 | 33% |
| fracture du col fémorale | 1 | 17% |
| Total | 6 | 100 |

La hernie représentait 50% des maladies chirurgicales.

Tableau XVIII: Répartition des pathologies ORL

| Affections | Effectif | Fréquence |
|-----------------|----------|------------|
| Sinusite | 2 | 67% |
| Angine | 1 | 33% |
| Total | 3 | 100 |

La sinusite représentait 67 % des cas ORL.

Tableau XVIII: Répartition des pathologies toxicologiques

| Affections | Effectif | fréquence |
|------------------------------------|----------|------------|
| Intoxication médicamenteuse | 2 | 67% |
| Toxi-infection alimentaire | 1 | 33% |
| Total | 3 | 100 |

L'intoxication médicamenteuse représentait 67% des cas.

Tableau XIXI: Répartition des pathologies néphrologiques

| Affections | Effectif | fréquence |
|------------------------------|------------|---------------|
| Insuffisance rénale | 56 | 52,34% |
| Hypocalcémie | 23 | 21 ,49% |
| Syndrome néphrotique | 11 | 10,29% |
| Pyélonéphrite | 5 | 4,68% |
| Bilharziose urinaire | 4 | 3,74% |
| Hyponatrémie | 3 | 2,81% |
| Choc hypo volémie | 2 | 1,86% |
| Hypokaliémie | 1 | 0,93% |
| Glomérulopathie | 1 | 0,93% |
| Néphropathies non spécifique | 1 | 0,93% |
| Total | 107 | 100 |

L'insuffisance rénale représentait 52,34% des affections néphrologiques (n=56).

Tableau XXXIX: Répartition des pathologies psychiatriques

| Affections | Effectif | fréquence |
|----------------------------------|-----------|------------|
| Troubles anxio dépressifs | 9 | 82% |
| Syndrome confusionnel | 1 | 9% |
| Névrose hystérique | 1 | 9% |
| Total | 11 | 100 |

Les troubles anxio dépressifs représentaient 82% des cas d'affections psychiatriques (n=9).

Tableau XL: Répartition des pathologies dermatologiques

| Affections | Effectif | Fréquence |
|--------------------------------|----------|------------|
| Toxidermie (Syndrome de Lyell) | 4 | 66% |
| Erythème noueux | 1 | 17% |
| Eczéma | 1 | 17% |
| Total | 6 | 100 |

La toxidermie (syndrome de Lyell), été retrouvée chez 4 patients soit 66% des cas.

Tableau XLI : Répartition des pathologies pneumologiques

| Affections | Effectif | Fréquence |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Pneumopathies bactériennes | 72 | 88% |
| Embolie pulmonaire | 4 | 5% |
| Pyo thorax | 3 | 4% |
| Pneumoconiose | 1 | 1% |
| Fibrose pulmonaire | 1 | 1% |
| Cavernum | 1 | 1% |
| Total | 82 | 100 |

Les pneumopathies bactériennes représentaient 88% des affections pneumologiques.

Tableau XLII: Répartition des pathologies rhumatologiques

| Affections | Effectif | Fréquence |
|--------------------------|-----------------|------------------|
| Mal de pott | 21 | 21,43% |
| Arthrite | 18 | 18,36% |
| Goutte | 13 | 13,26% |
| Arthropathie | 12 | 12,24% |
| Myosite | 10 | 10,20% |
| Polyarthrite infectieuse | 6 | 6,12% |
| LED | 4 | 4,08% |
| Polyarthrite rhumatoïde | 4 | 4,08% |
| RAA | 3 | 3,06% |
| Lomboradiculalgie | 3 | 3,06% |
| Sclérodermie | 2 | 2,04% |
| Hémarthrose | 1 | 1,02% |
| Coxite | 1 | 1,02% |
| Total | 98 | 100 |

Le mal de Pott représentait 21,43% des cas.

Tableau XLIII: Répartition des pathologies Infectieuses et Tropicales

| Affections | | effectif | fréquence |
|-------------------------------------|-----------------|------------|---------------|
| HIV et Co- infection | | 207 | 27,13% |
| Infections opportunistes digestives | | 20 | 2,62% |
| Infections opportunistes cérébrales | | 43 | 5,63% |
| Encéphalite virale | | 3 | 0,39% |
| Pneumocystose | | 9 | 1,17% |
| Herpès génital | | 4 | 0,52% |
| Tuberculose | | 178 | 23,32% |
| Septicémie | | 58 | 7,60% |
| Paludisme | | 86 | 11,27% |
| Méningite | | 27 | 3,53% |
| Erysipèle | | 15 | 1,96% |
| Tétanos | | 7 | 0,91% |
| Fièvre typhoïde | | 5 | 0,65% |
| Mycose œsophagienne | | 20 | 2,62% |
| Gastro-entérite | | 21 | 2,75% |
| Kyste | Hépatique | 3 | 0,39% |
| | Rénale | 2 | 0,26% |
| | Pancréatique | 1 | 0,13% |
| Dysenterie bacillaire | | 2 | 0,26% |
| Abcès | Splénique | 1 | 0,13% |
| | Hépatique | 15 | 1,96% |
| | Intra-abdominal | 2 | 0,26% |
| Maladie de Kaposi disséminée | | 8 | 0,05% |
| Choc septique | | 20 | 2,62% |
| Isosporose | | 1 | 0,13% |
| Gardoise | | 2 | 0,26% |
| Anguillulose | | 3 | 0,39% |
| Total | | 763 | 100 |

L'infection à VIH a été retrouvée chez 207 patients soit 27, 13% des cas.

Tableau XLIV: Répartition des pathologies hématologiques

| Affections | | Effectif | fréquence |
|--------------------------------------|--|------------|---------------|
| Leucémies | Myéloïde chronique | 18 | 15% |
| | Lymphoïde aigue | 2 | 1,65% |
| | Lymphoïde chronique | 2 | 1,65% |
| Lymphomes | Malin non Hodgkinien (Burkitt, lymphome 'T'centroblastique, cutané 'T') | 27 | 22,60% |
| | Malin Hodgkinien | 6 | 4,90% |
| Anémie | Carence martiale | 16 | 13,22% |
| | Inflammatoire | 8 | 7% |
| | Biermer | 10 | 15% |
| Drépanocytose | | 18 | 15% |
| Hémophilie | | 2 | 1,65% |
| Hypersplénisme | | 2 | 1,65% |
| Hémoglobinurie paroxystique nocturne | | 1 | 0,82% |
| Aplasia médullaire | | 1 | 0,82% |
| Total | | 113 | 100 |

Les lymphomes Malin non Hodgkinien (Burkitt, lymphome 'T', centroblastique, cutané 'T'), représentaient 22,60%.

La leucémie myéloïde chronique, la drépanocytose représentaient chacune 15% des cas.

Tableau XLV: Répartition des pathologies cardiovasculaires

| Affections | Effectif | Fréquence |
|------------------------------------|-----------------|------------------|
| Cardiomyopathies | 60 | 27,15% |
| Insuffisance cardiaque | 41 | 18,55% |
| AVC | 41 | 18,55 % |
| HTA | 31 | 14,03% |
| Thrombophlébite | 15 | 6,79% |
| Collapsus cardiovasculaire | 9 | 4,07% |
| Œdème aiguë du poumon | 8 | 3,62% |
| Arrêt cardiaque | 5 | 2,26% |
| Athéromateuse | 4 | 1,81% |
| hypotension orthostatique | 3 | 1,36% |
| Artérite des membres inferieurs | 3 | 1,36% |
| Insuffisance veineuse | 1 | 0,45% |
| Total | 221 | 100 |

Les cardiomyopathies représentaient 27,15% des cas de pathologie cardiovasculaire.

Tableau XLVI: Répartition des pathologies ophtalmologiques

| Affections | Effectif | Fréquence |
|----------------------------------|-----------------|------------------|
| Rétinopathie hypertensive | 2 | 40% |
| Glaucome | 1 | 20% |
| Cataracte | 1 | 20% |
| Cécité | 1 | 20% |
| Total | 5 | 100 |

La rétinopathie hypertensive a été retrouvée chez 2 patients soit 40% des cas.

Les autres affections étaient à égalité dans 20% des cas.

Tableau XLVII: Répartition des pathologies endocriniennes

| Affections | | Effectif | Fréquence |
|--|------------------------------|------------|---------------|
| Diabète type 1 | | 68 | 9,38% |
| Diabète type 2 | | 309 | 42,62% |
| Diabète non typé | | 108 | 14,89% |
| Complications aiguë du diabète | Acidocétose | 20 | 2,76% |
| | Hyperosmolarité | 24 | 3,31% |
| | Hypoglycémie | 18 | 2,48% |
| Complications chroniques micro-angiopathiques du diabète | Rétinopathie | 5 | 0,69% |
| | Neuropathie | 2 | 0,27% |
| | Néphropathie | 2 | 0,27% |
| Complications chroniques macroangiopathiques du diabète | IDM | 3 | 0,41% |
| | Artériopathie | 1 | 0,13% |
| | HTA | 20 | 2,77% |
| Complications infectieuses | Infection des parties molles | 72 | 9,93% |
| | Osseuse | 15 | 2,07% |
| Goitre | Euthyroïdie | 2 | 0,27% |
| | Hyperthyroïdie | 27 | 3,72% |
| | Hypothyroïdie | 1 | 0,13% |
| Insuffisance surrénalienne | Lente | 10 | 1,38% |
| | Aigue | 9 | 1,24% |
| Adénome hypophysaire | | 1 | 0,13% |
| Syndrome de Sheehan | | 1 | 0,13% |
| Syndrome de Cushing | | 1 | 0,13% |
| Acromégalie | | 2 | 0,27% |
| Dyslipidémie | | 1 | 0,13% |
| Hypercholestérolémie | | 3 | 0,41% |
| Total | | 725 | 100 |

Le diabète de type 2 a été retrouvé dans 42,62%.

Tableau XLVIII: Répartition des pathologies neurologiques

| Affections | | Effectif | Fréquence |
|----------------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| Atrophie corticale | | 2 | 5% |
| Ataxie cérébelleuse | | 1 | 2,50% |
| Coma | D'autres causes | 4 | 10% |
| | Diabétique | 20 | 50% |
| Hydrocéphalie | | 2 | 5% |
| Sciatique | | 2 | 5% |
| Anoxie cérébrale | | 1 | 2,50% |
| Maladie de Parkinson | | 3 | 7,50% |
| Syndrome de Guillain Barré | | 2 | 5% |
| Migraine | | 2 | 5% |
| Pied de Charcot | | 1 | 2,50% |
| Total | | 40 | 100 |

Le coma diabétique représentait 50% des affections neurologiques.

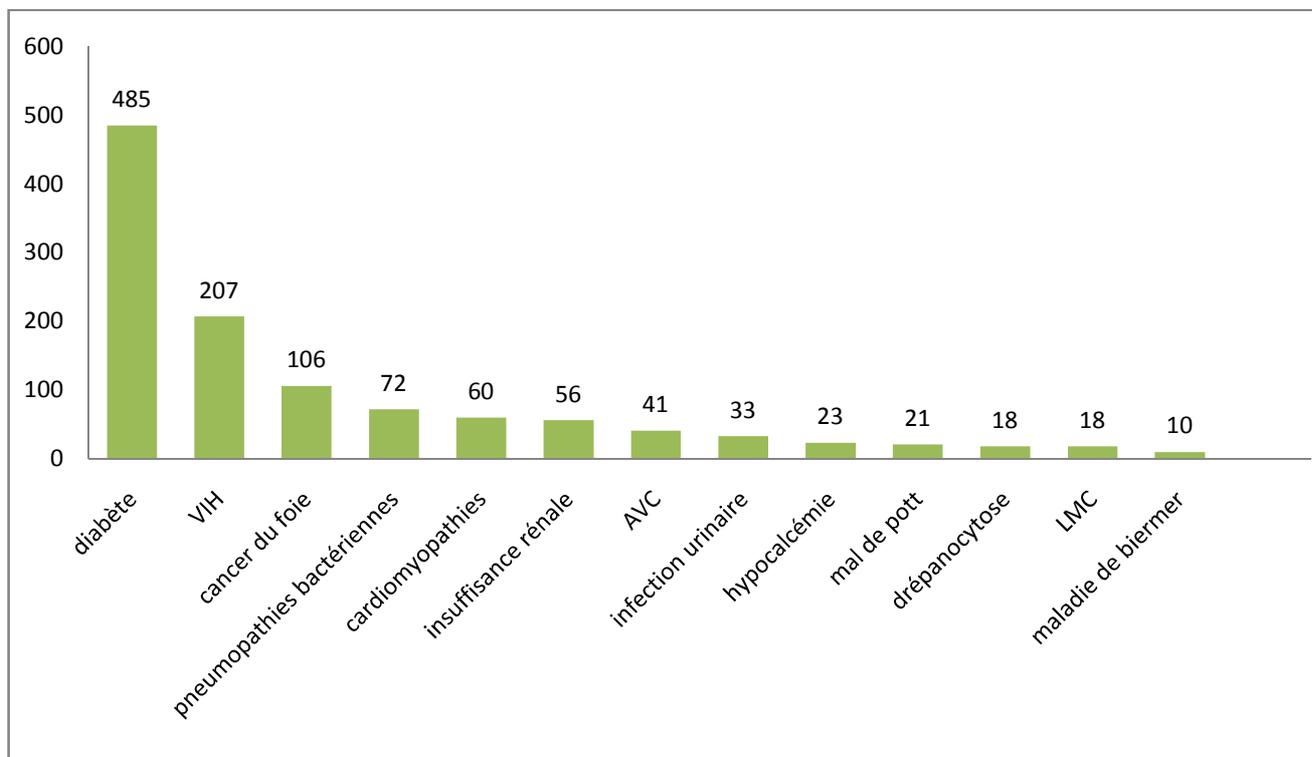


Fig. 1: Répartition des pathologies les plus fréquentes

Le diabète était la plus fréquente avec 485cas soit 42,17%.

Tableau XLIX: Répartition des causes de létalité au cours des pathologies infectieuses

| Affections | | Effectif | Fréquence |
|--------------------------------------|------------------------------|------------|---------------|
| HIV | | 49 | 26,34% |
| Infections opportunistes liés au VIH | Tuberculose | 36 | 19,35% |
| | Cryptococcose neuro- méningé | 13 | 6,99% |
| | Toxoplasmose cérébrale | 11 | 5,91% |
| | Opportuniste digestive | 9 | 4,84% |
| | pneumocystose | 5 | 2,69% |
| | Méningo-encéphalite | 4 | 2,15% |
| | Maladie de kaposi | 3 | 1,61% |
| | Mycose œsophagienne | 2 | 1,08% |
| Septicémie | 29 | 15,59% | |
| Choc septique | 16 | 8,60% | |
| Méningite | 4 | 2,15% | |
| Tétanos | 3 | 1,61% | |
| Gastroentérite | 1 | 0,53% | |
| Fièvre typhoïde | 1 | 0,53% | |
| Total | | 186 | 100 |

L'infection à VIH représentait 26,34% des causes de létalité d'origine infectieuse.

Tableau L: Répartition des causes de létalité d'origine hémato-oncologique

| Affections | Effectif | Fréquence |
|---------------------------------|------------|------------|
| Tumeurs malignes solides | 106 | 88% |
| LMNH | 7 | 6% |
| LMH | 4 | 3% |
| LMC | 2 | 2% |
| Purpura thrombopénique | | |
| Infectieuse | 1 | 1 |
| Total | 120 | 100 |

Les tumeurs malignes représentaient 88% des cas de létalité de causes hématologique.

Tableau LI: Répartition des causes de létalité d'origine endocrinienne

| Affections | Effectif | Fréquence |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Plaie diabétique | 6 | 18,75% |
| Acidocétose sans coma | 5 | 15,62% |
| coma hypoglycémie | 4 | 12,50% |
| Hyperthyroïdie | 4 | 12,50% |
| Coma acidocétose | 3 | 9,37% |
| Coma hyperosmolaire | 3 | 9,37% |
| Insuffisance surrénalienne aiguë | 3 | 9,37% |
| Syndrome de Sheehan | 1 | 3,12% |
| Syndrome de Cushing | 1 | 3,12% |
| Hyperosmolarité sans coma | 1 | 3,12% |
| Hypoprotidémie | 1 | 3,12% |
| Total | 32 | 100 |

La plaie diabétique représentait 18,75% de causes de létalité d'origine endocrinienne.

Tableau LII: Répartition des causes de léthalité d'origine hépato- gastroentérologique

| Affections | Effectif | Fréquence |
|--|-----------|------------|
| Cirrhose hépatique et ou cancer du foie | 62 | 94% |
| Cholécystite aigue | 3 | 4,54% |
| Polype œsophagienne | 1 | 1,51% |
| Total | 66 | 100 |

La cirrhose hépatique et le ou cancer du foie représentait 94% des causes de léthalité.

Tableau LIII: Répartition des causes de léthalité d'origine cardiovasculaire

| Affections | Effectif | Fréquence |
|---------------|-----------|------------|
| AVC | 13 | 65% |
| HTA | 4 | 20% |
| Cardiopathies | 3 | 15% |
| Total | 20 | 100 |

Les accidents vasculaires cérébraux représentaient 65% des cas de cause cardiovasculaire.

Tableau LIV: Répartition des causes de léthalité d'origine rhumatologique

| Affections | Effectif | Fréquence |
|------------------------------|----------|------------|
| Lupus érythémateux disséminé | 1 | 50% |
| Polyarthrite rhumatoïde | 1 | 50% |
| Total | 2 | 100 |

Les affections de cause rhumatologique étaient à égalité des points dans 50% des cas.

Tableau LV: Répartition des causes de létalité d'origine dermatologique

| Affections | Effectif | Fréquence |
|-------------------|----------|------------|
| Toxidermie | 2 | 67% |
| Erysipèle | 1 | 33% |
| Total | 3 | 100 |

La toxidermie représentait 67% des cas.

Tableau XI: Répartition des causes de létalité d'origine pneumologique

| Affections | Effectif | Fréquence |
|----------------------|-----------|------------|
| Pneumopathies | 17 | 67% |
| Œdème aigu du poumon | 1 | 33% |
| Total | 18 | 100 |

Les pneumopathies ont été retrouvées chez 17 patients soit 67% des cas.

Tableau LVII: Répartition des autres causes de léthalité

| Affections | Effectif | Fréquence |
|------------------------|------------|---------------|
| Polypathologies | 29 | 23,96% |
| Comas | 3 | 2,47% |
| Sans information | 89 | 73,57% |
| Total | 121 | 100% |

NB : les poly pathologies représentaient: insuffisance rénale associé (LMNH, insuffisance cardiaque, myélome multiple, plaie diabétique), LMC- diabète -œdème pulmonaire cardiogénique, gonarthrite-pneumopathie, HIV associé : (paludisme, choc septique, cirrhose hépatique et insuffisance rénale, thrombophlébite, lymphome de hodgkin, insuffisance surrénalienne lente), fièvre typhoïde-paludisme, tumeur rétinienne-diabète, tumeur de vessie- carence martiale, tuberculose pulmonaire-carence martiale, tumeur de l'œsophage-mal de pott, paludisme associé (septicémie, infection du pied),septicémie-RAA, pleuro péricardite purulente-hépatite chronique, maladie de Chron-gastrite, lupus-hyperthyroïdie, lithiase urétérale droite-cholecystite alithiasique-endocardite infectieuse, HTA-lithiase rénale obstructive, diabète infection urinaire, insuffisance surrénalienne lente-gastrobulbite.

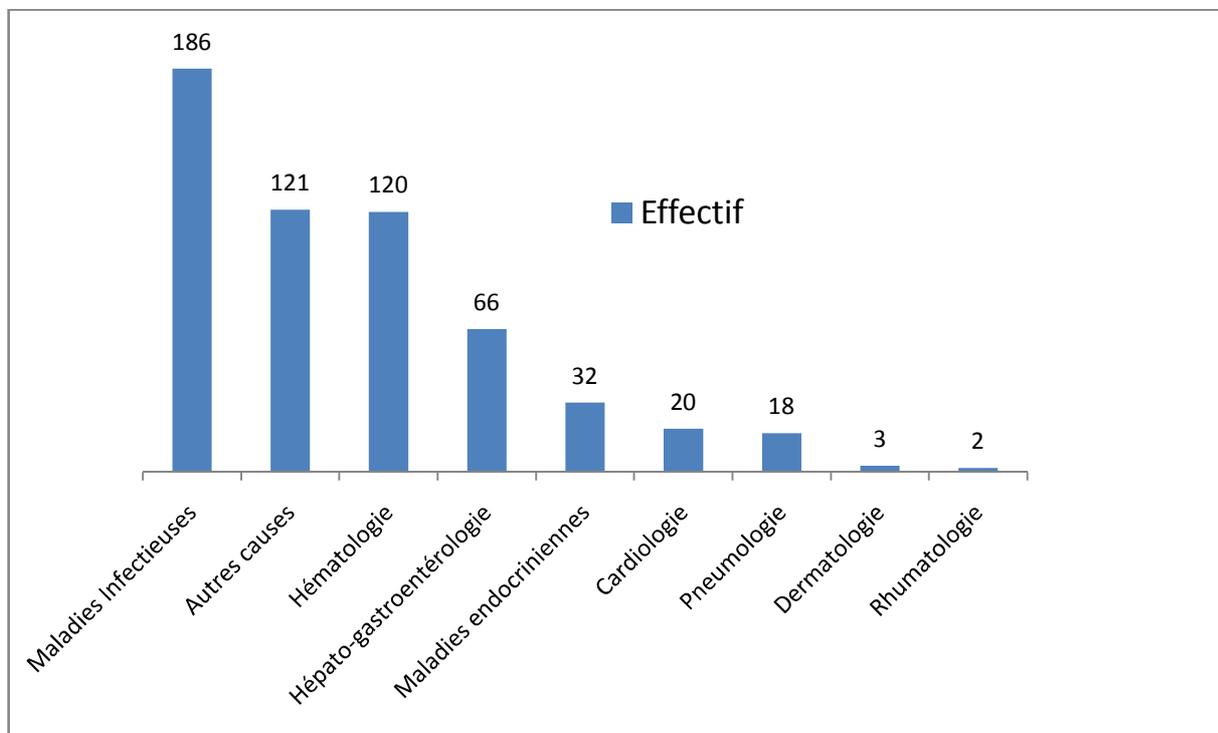


Fig. 2 : Répartition des causes de décès par spécialité

Les pathologies infectieuses étaient les plus fréquentes avec 186 cas sur 568 soit 33% des cas.

Tableau XIII: Répartition des cas selon la durée de séjour

| Durée | Effectif | Fréquence |
|--------------|-------------|------------|
| >10 jours | 1332 | 56% |
| ≤ 10 jours | 828 | 35% |
| Inconnue | 217 | 9% |
| Total | 2377 | 100 |

Les patients ayant une durée d'hospitalisation supérieure à 10 jours représentent la majorité des cas soit 56%. La durée minimum était d'un jour, La durée maximum était de 600 jours, la moyenne était de 21 jours et une médiane de 14 jours.

Tableau LIX: Répartition des cas selon le nombre de pathologies

| Nombre de pathologie | Effectif | Fréquence |
|----------------------|-------------|------------|
| 1 | 1563 | 66% |
| 2 | 453 | 19% |
| >2 | 123 | 5% |
| Sans information | 239 | 10% |
| Total | 2377 | 100 |

Mille cinq cent soixante trois(1563) patients avaient une seule pathologie soit 66% des cas.

Tableau LX: Répartition des cas selon le délai de diagnostics

| Délai | Effectif | Fréquence |
|---------------------|-----------------|------------------|
| <10 jours | 1473 | 62% |
| 10 - 20 jours | 191 | 8% |
| 20 - 30 jours | 4 | 0% |
| Sans information | 709 | 30% |
| Total | 2377 | 100 |

Le diagnostic a été posé chez 1473 patients dans moins de 10 jours soit 62% des cas.

Tableau LXI: Répartition des cas selon l'évolution

| Evolution | Effectif | Fréquence |
|----------------------------|-----------------|------------------|
| Amélioration | 1287 | 54,14% |
| Sortie contre avis médical | 86 | 3,62% |
| Après guérison complète | 39 | 1,64% |
| Décédé | 568 | 23,89% |
| Sans amélioration | 56 | 2,36% |
| sans information | 341 | 14,35% |
| Total | 2377 | 100 |

Mille deux cent quatre vingt sept (1287) patients, ont eu une évolution favorable dans la majorité des cas soit dans 54,14%.

Tableau LXII: Répartition des patients selon la tranche d'âge et l'évolution

| évolution | âge | | ≤ 20 | | 21-40 | | 41-60 | | >60 | | Total | |
|---------------------------------|-----|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Amélioration+guérison | 111 | 77,10 | 454 | 68,70 | 428 | 62,70 | 257 | 60,90 | 1250 | 65,40 | | |
| Sortie CAM+sans amélioration | 15 | 10,40 | 31 | 4,70 | 56 | 8,20 | 33 | 7,80 | 135 | 7,10 | | |
| Décédé | 18 | 12,50 | 176 | 26,60 | 199 | 19,10 | 132 | 31,30 | 525 | 27,50 | | |
| Total | 144 | 100 | 661 | 100 | 683 | 100 | 422 | 100 | 1910 | 100 | | |

NB. Sans Informations = 467

Sur les 2377 patients nous n'avons pu obtenir des informations chez 1910 (soit 80,35% des dossiers). L'amélioration+guérison était plus observée dans la classe d'âge ≤ 20 ans 77,10%, suivie de la classe d'âge de 21-40 ans avec 68,70%. Les sujets >60 ans étaient plus exposés au décès avec 31,30% suivie de la tranche d'âge de 21-40 ans avec 26,60 (Chi²=30,155 p=0,0001).

Tableau LXIII : Répartition des patients selon le sexe et l'évolution

| Sexe Evolution | Sexe du patient | | | | | |
|---|-----------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Masculin | | Féminin | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Amélioration+guérison | 646 | 62,60 | 680 | 67,70 | 1326 | 65,10 |
| Sortie contre avis médical+sans amélioration | 82 | 7,90 | 60 | 6 | 142 | 7 |
| Décédé | 304 | 29,50 | 264 | 26,30 | 568 | 27,90 |
| Total | 1032 | 100 | 1004 | 100 | 2036 | 100 |

NB. Sans Informations = 341

Nous n'avons obtenu des informations que chez 2036 patients (soient 85,65% des dossiers). L'évolution était plus favorable chez les patients de sexe féminin que ceux du sexe masculin (Chi²=6,713, p=0,035).

4-Commentaires et discussion

4.1-Limites de ce travail :

Notre travail rétrospectif présente cependant quelques limites :

- 144 dossiers n'ont pu être exploités incomplets.
- Manque de pages dans certains registres.
- Perte de certains dossiers répertoriés dans les registres.

4.2- Profil épidémiologique

Le sexe :

Sur 2377 patients, 1210 étaient de sexe masculin, soient 51 %.

Le sex ratio était de 1,04. Nos résultats sont concordants avec ceux de LY [8] qui a trouvé un ratio=1,78

L'âge :

Dans notre série, la tranche d'âge de 41-60 ans représentait 33% des cas.

L'ethnie :

La répartition des patients hospitalisés par groupe ethnique a montré que l'ethnie bambara représentait un tiers de notre série soient (35%), ce qui est conforme aux données de LY [8].

La profession :

Les Femmes au foyer représentaient 35% des cas ce qui est conforme aux données de LY [8] et de DIARRA [8]. Ce taux pourrait s'expliquer par le faible taux d'alphabétisation et le bas niveau socio-économique.

La résidence :

Sur 2377 patients, 67% des malades résidaient à Bamako, suivie de Koulikoro avec 8,16%. Par contre ceux de provenance non indiquée étaient importants avec 13,46%. La probable prédominance des patients provenant de Bamako pourrait s'expliquer par le fait que l'étude s'est déroulée dans cette ville.

La durée de séjour :

Les patients ayant une durée d'hospitalisation supérieure à 10 jours représentaient plus de la moitié des cas soient (56%), avec des extrêmes de 1 à 600 jours. La moyenne de séjour des malades était de 21 jours avec une médiane à 14 jours. Nos résultats sont comparables à ceux de LY [8] qui a trouvé 15,9% ± 0,33 avec des extrêmes de 1 et 99 jours et de DIARRA [9] dont la moyenne est de 15,6 jours

Le délai de diagnostic :

Le diagnostic a été posé en moins de 10 jours chez 1473 patients soient 62% des cas.

L'évolution :

Sur 2377 patients, 1287 malades étaient sortis avec une évolution favorable soient 54,14%. Nous avons déploré 568 décès soient 24%.

Il y'a une différence statistiquement significative entre le sexe masculin et le sexe féminin quant à l'évolution $\chi^2=6,713$, ($p=0,035$)

Nous avons observé une différence statistiquement significative quant à l'évolution de la maladie par rapport à l'âge $\chi^2= 30,155$ ($p=0,0001$);

Le nombre de pathologies :

Sur 2377 malades, 1563 patients représentaient une seule pathologie soient 66%, et 24% d'entre eux avaient deux pathologies ou plus.

NB :les motifs d'hospitalisations et les antécédents sont décrits dans les tableaux (du tableau X au tableau XXX). Dans la littérature très peu de données sont disponibles sur ce sujet rendant difficile la comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs.

4.3- Profil de la morbidité

Sur les 2849 diagnostics retenus chez 2377 malades, la pathologie infectieuse et tropicale avec 26,78% est la plus dominante, suivie des pathologies endocriniennes avec 25,44%, hépatogastroentérologiques 20%, Cardiovasculaires 8%, hématologiques 4%, pneumologiques 3%.

La diversité de ces pathologies peut s'expliquer par le fait que la médecine interne est la troisième et dernière référence au Mali.

Nos résultats concordent avec ceux de **ZANNOU et al [10]** qui ont trouvé 60,5% de pathologies infectieuses et parasitaires sur 750 cas. **NZamba [1] au Gabon** qui a trouvé une prédominance des pathologies infectieuses et parasitaires avec 51,79% sur 6055 patients, **Hountondji [11] au Bénin** avait noté que la pathologie infectieuse et tropicale était au premier rang avec une fréquence de 27,40%. En revanche nos résultats étaient différents de ceux de **LY [8] au Mali**, lequel a observé comme pathologie dominante, les maladies cardiovasculaires avec 26,10%, suivies des maladies infectieuses et tropicales (17,70%), et les maladies respiratoires 9,9%. Cette différence pourrait être purement méthodologique. **DOGORE et al.[12]**, ont trouvé comme principal diagnostic la gastro-entérite avec 9,4%, suivie de l'anémie 7,1% de l'immunodéficience humaine avec 6,2%, et l'accident vasculaire cérébral (3,8%).

Dans le domaine des maladies infectieuses, l'infection à VIH a été retrouvée dans 270 de nos diagnostics retenus, suivie respectivement de la tuberculose (n=178), du paludisme (n=86), de l'infection des parties molles associée ou non au diabète (n=72), des pneumopathies (n=69). **ZANNOU et al [10]** a trouvé un impact réel du VIH dans sa série (20,1%), suivie des maladies respiratoires 29,5% dont la moitié était représentée par la tuberculose (15,1%) et les pneumopathies (14,4%).

4.4- Le profil de la mortalité

La pathologie infectieuse et tropicale était la première cause de mortalité dans notre étude avec **33%**, suivie des pathologies hémato-oncologiques avec **21,12%**, inconnues 16%, hépatogastroentérologiques avec **11,62%**, et endocriniennes avec **5,63%**,

Nos résultats concordent avec ceux de :

Dogoré et al.[12] : qui avaient trouvé que la pathologie infectieuse et tropicale était au premier rang avec 14,70%.

Selon **ZANNOU et al [10]** : les décès liés à l'infection VIH étaient de 23,4%; suivi par les cancers avec 17,1% ; et la tuberculose 12,7% de décès.

Pour **Ouédraogo [13]**, le VIH1 représentait 92% avec une mortalité globale de 26,2%.

Nos résultats sont différents de ceux de **DRABO et al. [3]** qui avaient eu comme pathologie dominante les maladies du système nerveux avec 40,70% des décès s'expliquant par la présence d'un neurologue à l'époque.

L'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde en 2003 **[14]** a trouvé comme première cause de décès le VIH / SIDA avec 2.297.000 chez les patients de 15 à 59 ans, suivie de la cardiopathie ischémique 1.332.000, la tuberculose 1.036.000. La cirrhose du foie qui est au huitième rang avec 382 000. Chez les patients d'au moins 60 ans la cardiopathie ischémique était la première cause de mortalité **[14]**. En France selon **Santé focus [15]** les maladies cardiovasculaires étaient la première cause de mortalité avec 28%.

4.5 -Les facteurs liés à la morbidité et la mortalité:

4.5.1- La morbidité :

Dans notre étude, les sujets jeunes de 21-40 ans étaient les plus affectés par les pathologies infectieuses (n=189), suivies des affections hépato-gastroentérologiques (n=119), avec au premier plan des quels la cirrhose hépatique et ou cancer du foie représentait (37,47%). Les malades présentant des polyopathologiques (n=118) et endocriniennes (n=83).

Les maladies hépato-gastroentérologiques étaient la plus observées chez le sexe masculin, suivies des maladies infectieuses.

Selon le statut socioprofessionnel, les ménagères étaient la plus affectées par les pathologies endocriniennes, suivies des maladies infectieuses.

Les affections hépato-gastroentérologiques représentaient 35,47% des hospitalisations (ascite, distension abdominale, OMI, anasarque), suivi par les maladies infectieuses et pneumologiques.

Le diabète était le plus dominant des antécédents médicaux avec 33,44% sur 327 cas, et familiaux avec 27% sur 107 cas. Parmi les antécédents chirurgicaux, les hernies représentaient 2% des patients.

4.6.2- La mortalité :

La tumeur maligne solide, le VIH/SIDA, la cirrhose hépatique, le diabète, et les hémopathies malignes, étaient les causes de létalité. Dans notre série, les sujets jeunes étaient ceux qui avaient le plus de facteurs de co-mortalité et de co-morbidité ; alors que dans l'étude canadienne: menée sur la mortalité les facteurs liés à la mortalité étaient influencés par l'âge, le sexe, la durée de séjour, la référence des patients et certains diagnostics [16].

5-Conclusion et recommandations

5.1- Conclusion

Au terme de notre étude rétrospective qui est le fruit du recueil des données à partir des registres, des dossiers médicaux dans le service de médecine interne du CHU du Point G, Il s'agissait d'une étude rétrospective sur cinq ans. Au terme de cette étude portant sur un échantillon de 2521 malades hospitalisés, nous avons retenu 2377 patients, dont 2849 diagnostics ont été déplorés avec 568 décès soit une mortalité globale de 24% parmi lesquels 17% des décès son survenu en moins de 72 heures. Les hommes étaient plus touchés avec 51%; soit un sex ratio de **1,04**. Les malades présentant plus d'une pathologie représentaient 24%. Le délai de diagnostic était moins de 10 jours soit 62%. Les affections hépato-gastroentérologiques (35,47%) viennent au premier rang des motifs d'hospitalisation et étaient représentées : par (ascite, distension abdominale, OMI, anasarque avec 29%), les maladies infectieuses (26%) constituée par (asthénie, anorexie, amaigrissement dans un contexte fébrile avec 43%), en seconde position des motifs d'hospitalisation, venait les affections pneumologiques (14%) et étaient représentées par la toux, dyspnée, hypersudation nocturne).

En terme de morbidité, les maladies infectieuses et parasitaires étaient plus représentée dans l'ensemble des pathologies morbides avec 26,78% avec un impact réel sur le VIH/SIDA, suivie de la pathologie endocrinienne avec 25,34% et un impact réel sur le diabète dans l'ensemble avec 42,17%, la pathologie hépato-gastroentérologique avec 20% et un impact réel sur la cirrhose et ou cancer du foie avec 37,47%. En terme de mortalité, les pathologies infectieuses représentaient (33%), et un impact réel sur le VIH soit (49%). Les tumeurs malignes solides ont été la plus meurtrières avec 88%, la cirrhose hépatique et/ou cancer du foie (94%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 21 jours. Dans notre série, 63 % des malades étaient sortis avec une évolution favorable.

5.2- Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

5.2.1- Aux internes et DES de la médecine interne

- Veiller à la bonne tenue des dossiers d'hospitalisation quant au remplissage correct des dossiers avec le maximum de renseignements nécessaires et précis (motifs d'hospitalisation, Diagnostic....). Ceci pourrait contribuer à la bonne exploitation des dossiers.

5.2.2- Aux majors de la médecine interne

- Veiller à la bonne tenue des registres d'hospitalisation en fournissant le maximum de renseignements sur les malades hospitalisés (nom, prénom, sexe, âge, poids, ethnie, profession, résidence, durée de séjour, dates d'entrée et de sortie, mode de sortie, N° d'enregistrement, motifs d'hospitalisation, diagnostic d'entrée et de sortie) et la bonne sauvegarde des dossiers. Cela pourra constituer un avantage considérable sur plusieurs plans, notamment, celui du gain de temps et de la pertinence des résultats ultérieurs.

5.2.3- Aux autorités administratives des hôpitaux

- Veiller à la conservation des registres d'hospitalisation des services.
- Envisager une bibliothèque d'archive dans le futur pour l'hôpital.
- Envisager une salle d'archivage avec un système informatique pour l'hôpital.

5.2.4- Aux autorités politiques :

- Promouvoir l'éducation pour la santé dans la lutte contre les maladies infectieuses et chroniques.
- Sensibiliser davantage la communauté dans la lutte pour la prévention du VIH /SIDA.
- Promouvoir la formation du personnel de santé dans les différentes spécialités.

6-Références bibliographiques

1-NZAMBA NZAMBA LUC. Morbidité et Mortalité Hospitalières au GABON : Données Epidémiologie-Cliniques à l'Hôpital Albert SCHWEITZER de LAMBARÉNÉ et à l'Hôpital Evangélique de BONGOLO, de 1993 à 2003.

Thèse, Med, Bamako, 2000; 86.

2-SANCLEMENTE AC, VALDES AF, PUJOL RE, Vigil SD.

- Mortality in Internal Medicine Department at General Hospital of Vic (Barcelona-SPAIN) 2004 April 21st. <http://www.pubmed.gov/research/>, date de consultation Avril 2009

3- DRABO YJ, SOME ML, KABORE J, SAWADOGO S, LENGANI A, TRAORE R, OUEDRAOGO C.

Mortalité et Morbidité dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier National de Ouagadougou sur 4 ans (janvier 1990 à décembre 1993). Med Afr Noire 1996; 43(12) :page. 657-659.

4-MAGASSOUBA OUMAR.

Evaluation des prestations fournies dans le service de médecine interne AB et CD et de leur coût d'hospitalisation à l'hôpital national du point G. Thèse, Med, Bamako, 1997 ; 14.

5- BAGAYOKO D.

Étude critique de l'Activité d'un Service de Médecine Interne.

Thèse, Med, Bamako, 1983; 22.

6--les motifs de recours à l'hospitalisation (morbidité hospitalière)

Présentation 11 Aout 2009

<http://www.sante.gouv.fr>, date de consultation 28-09-2011

7- OMS.

Statistiques Relatives aux Services de Santé et leurs Activités.

Séries de Rapports Techniques, 1960, N°429.

8- LY AB. Etude de la morbidité et de la mortalité dans les services de Médecine, de soins intensifs et de santé mentale de l'Hôpital du Point G du 1^{er} Janvier 2001 au 31 Décembre 2001. Thèse, Med, Bamako, 2002 ; 108.

9- DIARRA SIRA KASSIBO.

Étude de la mortalité et de la morbidité dans les services de chirurgie A et B de l'Hôpital National du Point G du 1^{er} Janvier 2001 au 31 Décembre 2001.

Thèse, Med, Bamako, 2002, 54 ; 132.

10 -DM ZANNOU, F HOUNGBE,G. ADE, M. AGOSSOU, A. AZON-KOUANOU. morbidité et mortalité en hospitalisation de médecine interne au centre national hospitalier et universitaire Hubert K. Maga de Cotonou, 2002-2003 en hospitalisation. Med Afr Noire 2009; 56(12) : 609-614.

11-HOUNTONDJI C J A. Morbidité et mortalité dans le service de Médecine interne du CNHU de Cotonou. Thèse, Med, Cotonou, 1983; 150.

12-R .DOGORE, B ZANOU, J AKA, M GARENNE. Etude de la mortalité en milieu hospitalier d'Abidjan (Côte d'Ivoire) de 1988 à 1992. Med Afr Noire 1997; 44 : 353-357.

13-OUEDRAGO M. Étude sur le VIH et maladies respiratoires sur 225 patients. Burkina Faso. Med Afr Noire 2004;51, (8-9): 456-458.

14-OMS : rapport sur la santé dans le monde en 2003.
ch1, 18p.

15- Http//: www. Future-sciences.com santé/focus /cancer/ ,7 février2011

16-les facteurs liés à la mortalité hospitalière. Les ratios normalisés de mortalité hospitalière publiés pour la première fois au Canada 29 novembre 2007.

www.scoop-sante.com/communiqu-828229.html-canada, date de consultation 18-10-2011

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE

7-ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : FOMBA

Prénom : Mme Kamara OUMOU

Titre : MORBIDITE ET MORTALITE HOSPITALIERE AU MALI:

A l'hôpital du point G dans le service de médecine interne durant cinq ans

De 2004-2008

Année : 2011 - 2012

Ville de Soutenance : Bamako (Mali)

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : clinique

RESUME :

Le but de notre étude était d'étudier, la mortalité et la morbidité dans le service de médecine interne au CHU du point G. Il s'agissait d'une étude rétrospective sur cinq ans. Au terme de cette étude portant sur un échantillon de 2521 malades hospitalisés, nous avons retenu 2377 patients, dont 2849 diagnostics ont été déplorés avec 568 décès soit une mortalité globale de 24% parmi lesquels 17% des décès sont survenu en moins de 72 heures. En terme de morbidité, les maladies infectieuses étaient plus représentées dans l'ensemble des pathologies avec(26, 78 %) dominées par le VIH ; suivies par les maladies endocriniennes avec (25,34%),et un impact réel sur le diabète(67%), les maladies hépatogastroentérologiques (20%) avec au premier rang la cirrhose et ou cancer du foie (37,47%), représentaient les principales causes de morbidité.

Les causes de mortalité étaient : les tumeurs malignes (88%), le VIH (48,92%), la cirrhose et ou cancer du foie (94%), les plaies diabétiques (18,75%).

Mots clés : mortalité, morbidité, médecine interne, Mali

Fiche d'enquête :

- 1°) Service de Médecine Interne : Unité C/-----/ ; Unité D/-----/.
- 2°) Numéro d'Enregistrement : /-----/.
- 3°) Date d'enregistrement:/-----/
- 4°) Nom(s) et Prénom(s) /-----/.
- 5°) Sexe : Masculin /-----/ ; Féminin /-----/.
- 6°) Âge : ≤20 ans /-----/ ; 20- 40 ans /-----/ ; 40 – 60 ans /-----/ ; ≥60 ans /-----/.
- 6°) Ethnie : Bambara /-----/ ; Peulh /-----/ ; Dogon /-----/ ; Malinké /-----/ ; Sarakolé /-----/ ; Sénoufo /-----/ ; Autres /-----/.
- 7°) ANTECEDENTS :
- Personnels :
- Médicaux : Diabète, HTA
- Autres à préciser:/-----/
- Chirurgicaux:/-----/
- Obstétricaux : Grossesse ; Avortement
- Autres à préciser:/-----/
- Familiaux :
- 8°) Nationalité : Malienne /-----/ ; Autres /-----/.
- 9°) Profession : Fonctionnaire /-----/ ; Ménagère /-----/ ; Commerçant /-----/ ; Militaire /-----/ ; Cultivateur /-----/ ; Agent de Santé /-----/ ; Elève/Étudiants /-----/ ; Autres à préciser/-----/.
- 10°) Envoyé par : Lui-même /-----/ ; Famille /-----/ ; Urgences /-----/ ; Autre Service /-----/ ; Autres à préciser /-----/.
- 11°) Résidence : Bamako /-----/ ; Tombouctou /-----/ ; Kayes /-----/ ; Mopti /-----/ ; Kidal /-----/ ; Sikasso /-----/ ; Koulikoro /-----/ ; Ségou /-----/ ; Autres à préciser /-----/.
- 12°) Date d'Entrée : Jour /----- / ; Mois /-----/ ; Année /----- /.
- 13°) Date de Sortie : Jour /-----/ ; Mois /-----/ ; Année /-----/.
- 14°) Durée de Séjour : /-----/.
- 15°) Diagnostic retenu : /-----/.
- 16°) Nombre d'Affections du patient : 1 /-----/ ; ≥ de 2 /-----/.
- 17°) Evolution : Favorable /-----/
- Sortie après guérison complète : Oui /-----/ ; Non /-----/.
- Sortie contre avis médical : Oui /-----/ ; Non /-----/.
- Sans amélioration : OUI // ; NON / .../.
- Décédé(e) /-----/.

18°) Spécialité(s) Concernée selon l' Affection ou les Affections du malade :

Réanimation /-----/ ; Hématologie Oncologie /-----/ ; Cardiologie /-----/

Endocrinologie et Métabolisme /-----/ ; Nutrition /-----/ ; Gynécologie /-----/

Hépatogastro-entérologie /-----/ ; Immunologie /-----/ ; Dermatologie /-----/

Maladies Infectieuses /-----/ ; Néphrologie /-----/ ; Urologie /-----/

Neurologie /-----/ ; Ophtalmologie /-----/ ; Oto-rhino-laryngologie /-----/

Traumatologie /-----/ ; Pneumologie /-----/ ; Psychiatrie /-----/

Stomatologie /-----/ ; Rhumatologie /-----/ ; Toxicologie /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

19°) Délai Diagnostic : ≤10 jours /-----/ ; ≤20 jours /-----/ ; ≤30 jours /-----/ ; ≥30 jours /-----/

20°) Type de Pathologie(s) par Spécialité(s) :

Réanimation : /-----/

Hématologie Oncologie : Anémie /-----/ ; Lymphome Malin HODGKINIEN /-----/ ;

Lymphome Malin Non HODGKINIEN /-----/ ; Leucémie Aiguë /-----/ ; Leucémie Myéloïde

Chronique /-----/ ; Leucémie Lymphoïde Chronique /-----/ ; Drépanocytose /-----/ ;

Thalassémie /-----/ ; Maladie de Vaquez /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Cardiologie : Angine de Poitrine /-----/ ; Infarctus Du Myocarde /-----/ ;

Endocardite Bactérienne /-----/ ; Hypertension Artérielle /-----/ ; Insuffisance

Cardiaque /-----/ ; Myocardiopathies /-----/ ; Péricardite /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Dermatologie : Dermatose Bulleuse /-----/ ; Eczéma de Contact /-----/ ;

Herpès /-----/ ; Furoncle /-----/ ; Impétigo /-----/ ; Erysipèle /-----/ ; Mycoses Cutanées /-----/ ;

Chancre Syphilitique /-----/ ; Purpura /-----/ ; Lèpre /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Endocrinologie et Métabolisme : Adénome Hypophysaire /-----/ ;

Hypothyroïdie /-----/ ; Hyperthyroïdie /-----/ ; Diabète /-----/ ; Goitre /-----/ ; Tumeur de la

Thyroïde /-----/ ; Insuffisance Surrénalienne /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Nutrition : Avitaminose /-----/ ; Kwashiorkor /-----/ ; Marasme /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Gynécologie : Grossesse et Diabète /-----/ ; Syndrome de Démons-Meiggs /-----/ ;

Fibromyome /-----/ ; Cancer Gynécologique /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Hépatogastro-entérologie : Appendicite /-----/ ; Cirrhose /-----/ ;
Cancer Digestif : Foie /-----/ ; Estomac /-----/ ; Œsophage /-----/ ; Côlon /-----/ ; Grêle /-----/ ;
Pancréas /-----/ ; Rectum /-----/ ; Anus /-----/ .
Hernie : Omphalique /-----/ ; Inguino-Scrotale /-----/ .
Hépatite Virale /-----/ ; Lithiase Vésiculaire /-----/ ; Reflux Gastro Œsophagien /-----/ ;
Péritonite /-----/ ; Colopathie Fonctionnelle /-----/ ; Ulcère Gastro Duodénal /-----/ ;
Pancréatite /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Immunologie : Choc Anaphylactique /-----/ ; Polyarthrite Rhumatoïde /-----/ ;
Lupus Erythémateux Aigu Disséminé /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Maladies Infectieuses :

Infection par le VIH : Opportunistes Cérébrales /-----/ ; Opportunistes Digestives /-----/ ;
Opportunistes Pulmonaires /-----/ ; Opportunistes Multifocales /-----/ .
Salmonellose /-----/ ; Paludisme /-----/ ; Méningite /-----/ ; Tétanos /-----/ ;
Autres à préciser /-----/.

Néphrologie : Insuffisance Rénale Aiguë /-----/ ;
Insuffisance Rénale Chronique /-----/ ; Syndrome Néphrotique /-----/ ; Syndrome
Néphrétique /-----/ ; Infections Bactériennes Uro-génitales /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Urologie : Colique Néphrétique /-----/ ; Polykystose Rénale /-----/ ;
Cancer du Rein /-----/ ; Adénome de la Prostate /-----/ ;
Cancer de la Prostate /-----/ ; Tumeur de la Vessie /-----/ ;
Orchis-Epididymite /-----/ ; Tumeur du Testicule /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Neurologie : Accident Vasculaire Cérébral /-----/ ; Méningo-encéphalite /-----/ ;
Encéphalopathie Hypertensive /-----/ ; Abscès Cérébral /-----/ ;
Compression Médullaire /-----/ ; Epilepsie /-----/ ; Maladie d'Alzheimer /-----/ ;
Maladie de Parkinson /-----/ ; Hypertension Intracrânienne /-----/ ;
Syndrome de la Queue de Cheval /-----/ ; Démence /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Ophthalmologie : Trachome /-----/ ; Cataracte /-----/ ; Glaucome /-----/ ;

Rétinopathie Diabétique /-----/ ; Rétinopathie Hypertensive /-----/ ;

Infection Oculaire à CMV /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Oto-rhino-laryngologie : Angine /-----/ ; Pharyngite /-----/ ; Epistaxis /-----/ ;

Parotidite /-----/ ; Otite /-----/ ; Tumeur des voies aériennes supérieures /-----/ ;

Autres à préciser/-----/.

Pneumologie : Asthme /-----/ ; Œdème Aigu du Poumon /-----/ ;

Pneumopathie Bactérienne ou Mycobactérienne atypique /-----/ ;

Sarcoïdose pulmonaire /-----/ ; Embolie Pulmonaire /-----/ ; Bronchite /-----/ ;

Tuberculose /-----/ ; Tumeur du Poumon /-----/ ; Pneumothorax /-----/ ; Autres à préciser/-----/.

Psychiatrie : Dépression /-----/ ; Schizophrénie /-----/ ; Anxiété /-----/ ;

Bouffée Délirante Aiguë /-----/ ; Paranoïa /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Rhumatologie : Goutte /-----/ ; Spondylodiscite Bactérienne /-----/ ;

Arthrite Juvénile Chronique /-----/ ; Arthrite Septique /-----/ ;

Maladie de Horton /-----/ ; Arthrose /-----/ ; Ostéoporose /-----/ ;

Fibromyalgie /-----/ ; Spondylarthrite Ankylosante /-----/ ;

Sciatique L5 ou S1 /-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Toxicologie : Alcoolisme /-----/ ; Tabagisme /-----/ ; Toxicomanie /-----/ ; Intoxication

Domestique /-----/ ; Effet Secondaire d'une Thérapeutique/-----/ ; Autres à préciser /-----/.

Traumatologie : Traumatisme : Membre Inférieur /-----/ ;

Membre Supérieur /-----/ ; Thorax /-----/ ; Bassin /-----/ Autres à préciser /-----/.

20°) Date de Survenue du Décès :

<10 jours après l'hospitalisation /-----/ ; ≥10 jours après l'hospitalisation /-----/