



Profil épidémiologique, clinique et évolutif des personnes âgées admis en réanimation au CHU de Cocody (Abidjan-Côte-d'Ivoire)

Epidemiological, clinical and evolutionary profile of elderly people admitted to the intensive care unit at the CHU of Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Maria Josiane Chake Bekoin-Abhé¹, Michael Paterne Mobio¹, Théodore Klinna Coulibaly¹, Marie Cécile Olama Enyegue Marie Cécile¹, Mhassiamy Coulibaly¹, Denis Yavo Tetchi¹

Auteur correspondant

Maria Josiane Chake Békoin-Abhé, service de réanimation, CHU de Cocody

Mobile : +225 0749020025

Courriel : maria.bekoin@yahoo.fr

Summary

Context and objective: The increase in the number and proportion of elderly people has health consequences. Our objective was to describe the clinical and evolutionary profile of the elderly admitted to the intensive care unit and to identify factors associated with mortality in the intensive care unit.

Methods: A descriptive study was conducted in the multipurpose intensive care unit of the CHU of Cocody from January 2019 to December 2020.

Results: The annual prevalence of elderly subjects was 8.6 %. The mean age was 70.5 years \pm 9.4 years (range: 60-92 years), the sex ratio was 0.8. The number of patients professionally active was 17.5 % and the majority of them lived in urban areas. The medical history was mainly hypertension and diabetes. The most common reasons for admission were disturbed consciousness (69.2 %) and respiratory distress (12.5 %). The admission length was 3 to 7 days (33.3 %). The diagnoses retained were dominated by ischemic stroke (24.2 %), diabetic ketoacidosis (17.5 %). The death rate was 65.8 %. Age, type of pathology, and duration of hospitalization were prognostic factors significantly related to mortality.

Conclusion: The ageing of the population has a major impact on the recruitment of patients in intensive care, requiring multidisciplinary collaboration.

Keywords: epidemiology, clinical, elderly, outcome

Résumé

Contexte et objectif. La croissance en nombre et en proportion des personnes âgées implique des conséquences sanitaires. La présente étude avait pour objectifs de décrire le profil clinique et évolutif du sujet âgé admis en réanimation et de rechercher des facteurs associés à la mortalité en réanimation polyvalente.

Méthodes. C'était une étude documentaire descriptive, de janvier 2019 à décembre 2020, dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Cocody.

Résultats. La prévalence annuelle des sujets âgés était de 8,6 %. Leur âge moyen était de 70,5 ans \pm 9,4 ans (60-92), le sex ratio de 0,8. Les patients en activité professionnelle étaient de 17,5 % et la majorité vivaient en zone urbaine. Les antécédents médicaux étaient surtout l'HTA et le diabète. Les motifs d'admission fréquemment étaient le trouble de la conscience (69,2 %), la détresse respiratoire (12,5 %). Le délai d'admission était de 3 à 7 jours (33,3 %). Les diagnostics retenus étaient dominés par l'AVC ischémique (24,2 %), l'acidocétose diabétique (17,5 %). Le taux de décès était de 65,8 %. L'âge, le type de pathologie et la durée d'hospitalisation étaient des facteurs pronostiques significativement liés à la mortalité.

Conclusion. Le vieillissement de la population a un impact majeur sur le recrutement des patients en réanimation, nécessitant la collaboration multidisciplinaire.

Mots-clés : épidémiologie, clinique, sujets âgés, devenir

Reçu le 26 mai 2022

Accepté le 13 janvier 2023

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.3>

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne devient âgée à partir de 60 ans (1). Tous les pays du monde connaissent une croissance à la fois du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population. D'ici 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. En même temps, la population âgée passera de 1 milliard de personnes en 2020 à 1,4 milliard en 2050 (2).



Received: May 26th, 2022

Accepted: January 13th, 2023

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.3>

1 Service de réanimation - CHU de Cocody

BP V13 Abidjan - (Abidjan – Côte d’Ivoire)

Téléphone : 00225 27 22 48 10 00

Cette évolution touche également l’Afrique : les effectifs absolus s’accroissent d’environ 2,6 % par an, le nombre de personnes de plus de 60 ans passant ainsi d’environ 12 millions en 1950, à 53 millions en 2005 pour atteindre, selon les estimations des Nations unies, 200 millions en 2050 (3). En Côte d’Ivoire, de 2007 à 2017, le nombre de personnes âgées est passé de 889 687 à 1 169 603 et l’espérance de vie, de 48,75 à 54,10 ans (4). Les sujets âgés sont fragiles, du fait des défaillances du système immunitaire induites par l’âge avancé. Aussi, le développement d’affections diverses, en association avec les comorbidités et les mauvaises conditions socioéconomiques, les expose à des complications précoces, un risque accru de handicaps à distance et de décès (5-6). L’impact de ce vieillissement sur la demande en soins et plus particulièrement dans les établissements de santé, pèse de plus en plus lourd et constitue un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir dans un système de plus en plus contraint notamment sur le plan financier. Les services de réanimations n’en sont pas épargnés (7). Ainsi, le présent travail avait pour objectifs de décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif du sujet âgé admis en réanimation, ainsi que de rechercher des facteurs associés à la mortalité intra-hospitalière.

Méthodes

Type d’étude

La présente étude, à visée analytique était un suivi rétrospectif d’un groupe de patients âgés.

Cadre et période d’étude

Elle a colligé les dossiers des patients âgés admis dans le service de réanimation polyvalente du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Cocody sur une période de 2 ans, entre janvier 2019 et décembre 2020.

Population d’étude, échantillonnage et critères de sélection

La population d’étude était constituée des patients admis dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Cocody, dont l’âge était supérieur ou égale à 60 ans. Nous avons recruté tous les patients, qui étaient éligibles durant la période d’étude. Etaient inclus les patients admis pour une détresse vitale et ayant séjourné plus de 24 heures dans le service. Etaient non inclus les patients admis pour un bilan de routine à la suite d’une fausse alerte (les patients admis pour un bilan de routine à la demande d’un confrère ou ayant présenté un trouble de la vigilance transitoire sans détresse vitale), les décès à l’arrivée et les dossiers incomplets.

Variables d’intérêts

Nous avons considéré la durée de suivi comme étant la durée de séjour entre l’admission et la sortie (exéat, transfert ou décès) du patient de la réanimation. Les variables étudiées étaient d’ordre épidémiologique (âge, sexe, profession, zone d’habitation, conditions de vie en famille ou en autonomie, provenance), clinique (antécédents médicaux, motifs d’admission, délai d’admission, examen clinique à l’admission, diagnostic retenu), et évolutive (durée de séjour considérée comme étant la durée entre l’admission et la sortie du patient de la réanimation, devenir). Les registres d’hospitalisation et les dossiers médicaux ont permis de documenter les fiches d’enquête pré-établies.

Analyse statistique

L’analyse des données a été faite par le logiciel Epi Info™ version 3.5.3., le p significatif étant inférieur ou égale à 0,05. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence absolue et en pourcentage ; les valeurs quantitatives en moyennes avec leur écart-type.



Pour la recherche des facteurs associés à la mortalité intra-hospitalière : la variable dépendante était l'issue vitale du patient et les variables indépendantes testées étaient l'âge supérieur à 65 ans, le délai d'admission, le type de pathologie et la durée d'hospitalisation.

Résultats

Fréquence hospitalière des sujets âgés de 60 ans et plus

Nous avons colligé 120 patients âgés de 60 ans et plus, sur 1395 admissions, soit une prévalence annuelle de 8,6 %.

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

L'âge moyen des patients était de 70,5 ans \pm 9,4 ans avec des extrêmes de 60 et 92 ans. Les tranches d'âge retrouvées étaient de 60 à 74 ans (51,7 %), de 75 à 89 ans (45,0 %) et les 90 ans et plus (3,3 %). Le sex ratio était de 0,8 avec 45 % d'hommes et 55 % de femmes. Les retraités et les patients sans activité professionnelle étaient de 82,5 % et 17,5 % exerçaient une activité professionnelle. La majorité des patients (75 %) vivaient en zone urbaine et 25 % en zone rurale. Presque tous les patients étaient en famille (98,3 %) avec une autonomie individuelle de 86,4 %.

Profil clinique

Les antécédents médicaux (75 %) étaient dominés par l'HTA (64,2 %) et le diabète (25,8 %). Les patients provenaient des urgences et hospitalisations du CHU de Cocody (58,4 %) et d'autres structures hospitalières (41,6 %). Le motif d'admission le plus fréquent était le trouble de la conscience, suivi de la détresse respiratoire (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des patients selon le motif d'admission

Motif d'admission	effectif	%
Trouble de la conscience	83	69,2
Détresse respiratoire	15	12,5
Réanimation postopératoire	10	8,3
Intoxication aiguë	6	5
Choc septique	3	2,5

Morsure de serpent	3	2,5
Total	120	100

Les patients étaient admis moins de 24 heures après le début de la symptomatologie (20 %), entre 24 et 72 heures (30 %), entre 3 et 7 jours (33,3 %) et plus de 7 jours après (16,7 %). L'examen clinique à l'admission relevait 28,3 % d'hyperthermie, 35 % d'instabilité hémodynamique dont 25 % d'HTA et 28,2 % de patients ayant un score de Glasgow inférieur à 8. Les diagnostics retenus étaient dominés par la pathologie neurologique avec l'AVC ischémique, l'acidocétose diabétique et le sepsis sévère d'origine infectieuse indéterminé (tableau 2).

Tableau 2. Répartition des patients selon les diagnostics retenus

Pathologie	Étiologies	Effectifs	(%)
Neurologique (n=44)	AVC ischémique	29	24,2
	AVC hémorragique	14	11,7
	encéphalite	2	1,7
	méningo-encéphalite	2	1,7
	méningiome	1	0,8
	Métabolique (n=21)	acidocétose diabétique	21
Infectieuse (n=14)	Sepsis sévère d'étiologie indéterminé	11	9,2
	méningite bactérienne	2	1,7
	paludisme grave	2	1,7
	Sepsis/gangrène de fourrier	1	0,8
	Respiratoire (n=7)	pneumopathie	7
Traumatique (n=6)	contusion hémorragique	6	5,0
	hématome sous dural	2	1,7
	hémorragie méningée	1	0,8
	Maladies négligées	envenimation par morsure de	2



(n=4)	serpent		
	intoxication aux produits caustiques	2	1,7
	intoxication au CO	1	0,8
Toxique (n=4)	hépatonéphrite d'étiologie inconnue	4	3,3
Réanimation périopératoire (n=4)	intervention chirurgicale de longue durée	2	1,7
	retard de réveil	2	1,7
	Sepsis sévère/gangrène du pied	1	0,8
Métastatique (n=3)	cancer de la prostate	1	0,8
	cancer du col de l'utérus	1	0,8
	cancer du pancréas	1	0,8
Endocrinienne (n=2)	crise d'hyperthyroïdisme/myxoédème/hypothyroïdie	1	0,8

Les patients ont séjourné moins de 24 heures dans 13,3 % des cas, entre 24 et 71 heures dans 35,8 % des cas, entre 3 et 7 jours dans 30,8 % des cas et plus d'une semaine pour 20,1 % des hospitalisés. Le pourcentage de décès était de 65,8 %. Les patients transférés pour une poursuite de la prise en charge dans un autre service étaient 21,7 % et ceux exécutés avec une ordonnance de sortie et un rendez-vous de consultation externe était de 12,5 %.

Issue vitale

Sur les 120 patients étudiés, 79 étaient décédés, soit un taux de décès de 65,8 %.

Facteurs associés à la mortalité

Les facteurs pronostiques incluant l'âge, le délai d'admission, les pathologies retrouvées et la durée d'hospitalisation sont listés dans le tableau 3.

Tableau 3. Facteurs associés à la mortalité

	Issue vitale	p
--	--------------	---

	Issue vitale		p
	Vivant	Décédé	
Age (ans)			
[60 -75[18		
≥ 75	23	35	0,00010
Délai d'admission (heures)			
< 24	12	12	0,09
≥ 24	29	67	
Pathologie			
Neurologique	11	33	0,0001
Autres	30	46	
Durée d'hospitalisation (jours)			
< 3	32	35	0,0001
≥ 3	9	44	

Ce tableau montre que l'âge, le type de pathologie et la durée d'hospitalisation étaient significativement liés à la mortalité.

Discussion

Le vieillissement de la population mondiale entraîne l'apparition ou la recrudescence des affections aiguës ou chroniques. Les patients âgés font l'objet de plus d'admissions à l'hôpital au service des urgences et de réanimation avec des séjours hospitaliers plus fréquents et plus longs (8-9). Dans notre série, la prévalence annuelle des patients âgés était de 8,6 %. Maboungou *et al.* au Congo-Brazzaville (10) avaient trouvé une prévalence de 25,5 % des admissions, supérieure au pourcentage retrouvé dans notre étude. La décision d'admettre un patient âgé en réanimation est particulièrement difficile. Or il n'existe actuellement aucune recommandation pour cette population particulièrement fragile (11). L'âge moyen de notre série concernait les jeunes seniors (entre 66 et 70 ans) comme dans les travaux de Maboungou *et al.* (10) et Tetchi *et al.* (12). L'âge est constamment retrouvé comme facteur pris en considération par les médecins pour décider d'une admission en réanimation (8). Les progrès médicaux et thérapeutiques entraînant une augmentation de l'espérance de vie, les personnes âgées ont très souvent



plusieurs maladies chroniques qui augmentent avec l'avancée en âge. Ce qui pourrait expliquer la fréquence de l'HTA, comme morbidité prédominante dans notre étude corroborant les travaux de Maboungou *et al.* (10). Les délais d'admission supérieurs à 6 heures depuis le début de la symptomatologie, dans notre série et les travaux de Diouf *et al.* (13) seraient dus à une consultation tardive, et aussi à la nécessité d'assurer une prise en charge initiale des patients avant le transport et coordonner le transfert. Ces délais pourraient être liés aussi à l'essai de la tradithérapie africaine, aux difficultés d'accès aux structures hospitalières déjà surpeuplées et aux difficultés financières des proches, la grande majorité des patients n'ayant pas d'assurance maladie. La réanimation est une discipline relativement onéreuse. Il est admis qu'aux États-Unis, les coûts de réanimation représentent environ 1 % du produit intérieur brut. En France, les motifs d'admissions en réanimation des personnes âgées sont différents des personnes plus jeunes avec plus de décompensations de pathologies chroniques sous-jacentes, en particulier cardiaques et pulmonaires, et moins d'asthmes aigus graves, d'acidocétoses, d'intoxications volontaires (8). Dans la présente étude et de celle de Maboungou *et al.* (10), le motif le plus fréquent était le trouble de la conscience. Les diagnostics retenus dans notre enquête étaient dominés par l'AVC. Ce constat est en accord avec les études de Gombet *et al.* (14) et de Lemogoum *et al.* (15), dans lesquelles l'AVC, première urgence cardiovasculaire était la principale cause d'invalidité évitable en Afrique subsaharienne, et d'handicap physique de l'adulte dans le monde (16-17). En France, les données de la littérature (18-20) montraient que, globalement, les durées de séjour en réanimation et à l'hôpital des personnes âgées sont identiques ou plus courtes que pour les séjours de patients plus jeunes. La charge en soins global est habituellement inférieure et certaines thérapeutiques lourdes de réanimation comme la ventilation mécanique ou l'hémodialyse sont moins fréquemment réalisées chez les patients âgés. Ces éléments suggéraient fortement que des décisions de limitation de soins sont prises de manière plus précoce chez les personnes âgées d'autant plus que les personnes âgées ont une réserve physiologique plus faible que les patients plus

jeunes et donc devraient a priori nécessiter des soins plus prolongés (18-20). Dans notre enquête et les travaux de Maboungou *et al.* (10) et de Tetchi *et al.* (12) ont retrouvé un délai de séjour variant en moyenne entre 3 et 7 jours. Ce délai de séjour constaté n'était pas lié aux critères d'admission et à la limitation de soins comme dans les données françaises. Les raisons évoquées dans notre contexte africain seraient les retards de prise en charge médicale, l'admission de patients présentant déjà une détresse vitale majeure et souvent le refus de soins voire « l'abandon financière » des proches vu le coût élevé des soins en réanimation, surtout en l'absence de couverture maladie. Notre taux de mortalité d'environ 70 %, était comparable à celui de Maboungou *et al.* (10). En France, la mortalité hospitalière est aussi plus élevée pour les personnes âgées. Ceci suggérerait soit que des patients âgés sont sortis trop prématurément de la réanimation, soit que les services d'aval de la réanimation ne permettent pas d'assurer des soins de qualité suffisante pour des patients ayant nécessité une prise en charge lourde en réanimation (19). La mortalité dans la présente étude comme dans celle de Diouf *et al.* (13), était fortement corrélée à l'âge, le type de pathologie et la durée d'hospitalisation. L'association de ces facteurs de mortalité et de la fréquence des comorbidités multisystémiques imposerait à la réanimation de décaler un pronostic inéluctable chez les personnes âgées.

Notre étude à caractère rétrospectif sur les sujets âgés a souligné un thème rare des publications médicales africaines. Mais, nous avons noté des limites, qui étaient un frein à la qualité du travail. Le caractère rétrospectif n'a pas permis d'avoir des informations concernant la prise en charge préhospitalière et l'approche communicative avec les proches des patients, quant à leurs inquiétudes sur les soins administrés. Les contraintes de l'archivage non informatisé a rendu difficile la collecte des données. Toutefois, le présent travail présente de forces à savoir fournir la fréquence hospitalière, le profil clinique et le devenir des patients âgés, en réanimation dans le contexte africain.

Conclusion

Il ressort de notre travail que le sujet âgé en réanimation était généralement un jeune senior, admis pour un trouble de la conscience, le plus



fréquemment diagnostiqué comme une pathologie neurologique, incluant surtout les AVC. Le vieillissement général de la population a un impact majeur sur le recrutement des patients en réanimation, nécessitant la collaboration multidisciplinaire impliquant l'avis des gériatres et d'autres spécialistes d'organe.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec l'article

Contribution des auteurs

- Conception : Bekoin-Abhe Chake Maria
- Collecte de données et analyses statistiques : Coulibaly Mhassaimy et Bekoin-Abhe Chake Maria
- Interprétation des résultats et rédaction : Bekoin-Abhe Chake Maria et Mobio Michael Paterné
- Révision du manuscrit : Mobio Michael Paterné, Coulibaly Klinna Théodore, Olama Marie Cécile et Tetchi Yavo

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Bréchat P, Vogel T, Bérard A, Lonsdorfer J, Kaltenbach G, Berthel M. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? *Sante Publique* 2008 ; **20** (5) : 475-487.
2. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et santé [Internet]. Centre des médias. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [consulté le 27 avril 2022].
3. Antoine P. Vieillir en Afrique. Idées économiques et sociales. 2009; **157** (3):34-37.
4. Moyou E. Espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire de 2007 à 2017 [Internet]. Statista 29/08/2017. Disponible sur <https://fr.statista.com/statistiques/697736/esperance-de-vie-cote-d-ivoire/> [Consulté le 12 Avril 2022].
5. Koné Z, Daix ATJ, Binan YA, Bakayoko AS, Konan M, Koné S, *et al.* Spectre des maladies respiratoires du sujet âgé noir africain en milieu pneumologique. *Rev Mal Respir* 2015 ; **32**, Supplément : A162.
6. Seguin P, Arnouat M, Launey Y. Le sujet âgé en réanimation. *Anesthésie et réanimation* 2019 ; **5** (6) : 510-520.
7. Seguin P, Malledant Y. Admission et devenir du sujet âgé en réanimation. [Internet]. Le Congrès 2017 Session commune IDE/IADE Disponible sur <https://www.sfar.org> [Consulté le 12 Aout 2022].
8. Guidet B, Paternon D, Boumendil A. Critères d'admission des personnes âgées en réanimation. *Urgences* 2011; **30** :303-316.
9. Debra B. Soins hospitaliers et personnes âgées - Gériatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/soins-aux-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/soins-hospitaliers-et-personnes-%C3%A2g%C3%A9es> [consulté le 20 mai 2022].
10. Mahoungou-Guimbi KC, Ellenga-Mbolla B, Otiobanda G, Ossou-Nguet PM, BY N, Moyen G. Motifs d'admission et mortalité du sujet âgé de 60 ans et plus en réanimation polyvalente du CHU de Brazzaville. *Ann Afr Med.* 2011 ; **5** (1) : 957-963.
11. Guidet B, Boumendil A, Garrouste-Orgeas M, Paternon D. Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux. *Réanimation.* 2008 ; **17** (8) :790-801.
12. Tetchi Y, Abhé CM, Ouattara A, Coulibaly KT, Pete Y, Meyo S. Profil des affections du sujet âgé africain aux urgences médicales du CHU de Cocody – Abidjan – (Côte d'Ivoire).



Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2013 ;**25** (3) :147-151.

13. Diouf E, Leye PA, Bah MD, Ndiaye Pi, Fall ML, Traore MM, *et al.* Modalités d'admission des patients dans un service de réanimation en Afrique. [Internet]. RAMUR 2014 ; **19** (1). Disponible sur: <https://web-saraf.net/Modalites-d-admission-des-patients.html>. [consulté le 24 mai 2022].

14. Gombet TR, Ellenga-Mbolla BF, Ikama MS, Okiemy G, Etitiele F. Urgences cardiovasculaires au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. *Med Afr Noire* 2007; **54** (10) : 505-511.

15. Lemogoum D, Dejante JP, Bovet P. Stroke prevention, treatment and rehabilitation in sub-saharan Africa. *Am J Prev Med* 2005; **29**: 95-101.

16. Bonita R, Mendis S, Truelsen T, Bogousslavsky J, Toole J, Yatsu F. The Global

Stroke Initiative. *Lancet Neurol* 2004; **3**: 391-393.

17. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of diseases and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; **367**: 1747-1757.

18. Boumendil A., Guidet B. Elderly and Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 2006; **32**: 965-967.

19. Boumendil A., Somme D., Garrouste-Orgeas M., Guidet B. Should elderly patients be admitted in Intensive care unit? Review. *Intensive Care Med* 2007; **33**: 1252-1262.

20. Boumendil A., Aegerter P., Guidet B. CUB-Rea Network. Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2005; **53**: 88-93.

Comment citer cet article: Bekoin-Abhé MJ, Mobio MP, Coulibaly KT, Olama EM, Coulibaly M, Tetchi YD. Profil épidémiologique, clinique et évolutif des personnes âgées admis en réanimation au CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Ann Afr Med* 2023; **16** (2): e5042-e5048. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.3>