

RESUME

Cette étude avait pour objectif de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients décédés dans les quarante huit premières heures d'admission à l'Hôpital Kimbanguiste de Kinshasa, H.K.K.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude documentaire sur les dossiers des cas de décès de l'HKK, de 2012 à 2013. Les critères d'inclusion ayant été : dossier contenant le diagnostic de décès dans les quarante huit heures d'admission et dossier contenant des informations clés comme paramètres d'intérêt.

Résultats : Au total 113 dossiers ont été enregistrés durant la période de notre étude, et que 96 dossiers ont été exploités. Parmi les cas de décès, 43 étaient de sexe masculin, soit un sexe ratio calculé est de 0,81. L'âge prédominant de décès est de 0 à 5 ans dans 51% des cas suivi de 6 à 10 ans dans une proportion de plus de 10% ; soit au total plus de 60% des décès enregistrés concernaient des enfants à la première décennie de vie. Les urgences pédiatriques avaient couvert 68% des décès aux quarante-huit premières heures d'admission suivi de service des urgences de médecine interne avec 25% des cas. A tout âge confondu, par ordre décroissant de fréquence, les affections à la base du décès dans les quarante-huit premières heures d'admission étaient le paludisme (50%), la gastro-entérite (25%), le sepsis (14,6 %) et bien d'autres. La fièvre, l'asthénie physique, le vomissement et la diarrhée étaient les plus fréquents symptômes à l'admission de ces patients à l'ordre décroissant de fréquence respectif suivant : 58,1%, 51%, 27,1% et 25%.

Conclusion : La fréquence de décès dans les urgences aux quarante-huit premières heures est très préoccupante et nécessite une action de grande envergure de la part aussi bien des autorités de l'hôpital que des acteurs politiques à tous les niveaux.

Mots clés : décès, urgences, Hôpital Kimbanguiste de Kinshasa

EPIGRAPHE

*« L'importance pour l'homme n'est pas ce qu'on a fait de lui
mais plutôt ce qu'il aura fait de ce qu'on fait de lui » :*

Gabriel marcel

AVANT – PROPOS

Le présent travail s’inscrit dans le cadre de fin de la fin de notre premier cycle de formation en médecine humaine à l’université Simon Kimbangu, U.S.K.

A l’instar d’autres travaux scientifiques, son élaboration a connu le concours de plusieurs personnes envers qui nous avons une dette de reconnaissance toute particulière, à monsieur MADIDISI chef de service de statistique de l’HKK et l’Assistant Davin LEMA

Nos remerciements s’adressent ensuite à toutes les autorités académiques, particulièrement aux professeurs de l’université Simon Kimbangu pour leur contribution qu’ils ont apportés à notre formation, et à tout le personnel de l’hôpital Kimbanguiste de Kinshasa, H.K.K. qui nous a aidé pendant notre stage.

Nous remercions également de tout cœur, nos frères et sœurs

Nous exprimons notre gratitude à nos amis (ies), camarades de promotion KASAKA Hugue et YEBE Augustin pour avoir aidé à la mise au point de ce travail

DEDICACE

(Plus cher (s))

A Toi le créateur de l'univers, que la gloire soit rendu au père céleste pour les merveilles qu'il accomplit nuit et jour à chaque pas de nos vies.

A tous les membres de la famille, à travers le monde, qui par leurs assistance aussi bien morale que matérielle, ont constitué pour notre réussites et la réalisation de ce travail.

Aux auteurs de ce travail **BOLITO MPELA, BUENDA KAYIBADI, BULIANDA KANGAMINA, BUTSHI LUBUDI ET CIJIKI CIONGO.**

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous tenons à remercier très sincèrement ceux qui, de près ou de loin, l'ont rendu réalisable.

Nous également remercions le Professeur LUTETE, doyen de la faculté et toutes les autorités académique de notre chère université pour nous avoir assuré un encadrement efficace ;

Nous remercions également le Chef des travaux Docteur DIVENGI NZAMBI Jean-Paul pour avoir accepté de diriger ce travail en dépit de ses multiples occupations. C'est grâce à ses remarques, critiques et critiques et suggestions que nous avons pu produire ce travail, fruit de notre courage, sacrifice, amour, patience, endurance et persévérance dans la vie.

Nous n'oublierons pas nos très chers amis (ies), camarades et collègues pour leur encouragement.

TABLE DES MATIERES

RESUME	I
EPIGRAHE	II
AVANT – PROPOS	III
DEDICACE	IV
REMERCIEMENTS	V
TABLE DES MATIERES	VI
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	X
INTRODUCTION	1
0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	1
0.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	1
A. OBJECTIF GENERAL :.....	1
ÉTUDIER LE PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS DECEDES EN DANS QUARANTE HUIT HEURES D'ADMISSION A L'H.K.K. EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.....	1
B. OBJECTIFS SPECIFIQUES :.....	1
0.2. INTERET DE L'ETUDE	2
CHAPITRE I. GENERALITES	3
I.1.GENERALITE SUR LE DECES, INFORMATION SUR LE PLAN TOPOLOGIQUE.....	3
I.2.DEFINITIONS DE QUELQUES CONCEPTS.....	6
<i>I.2.1.diagnostic</i>	6
I.3.EPIDEMIOLOGIES DE QUELQUE CAUSES DE DECES.....	8
I.4.PREVENTION DE DECES SUR LE PLAN MONDIAL L'OMS.....	10
CHAPITRE II. MATERIEL ET METHODE	13
II.1. CADRE D'ETUDES.....	13
II.2. NATURE ET TYPE D'ETUDE	14
II.3.ECHANTILLONNAGE.....	14
<i>II.3.1.Critères d'inclusion</i>	14
<i>II.3.2.Critères d'exclusion</i>	15
II.4.PARAMETRE D'INTERET	15
II.5.ANALYSES STATISTIQUES	15

II.6.STATISTIQUE	15
CHAPITRE III. RESULTATS.....	16
III.1.PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION D'ETUDE.....	16
<i>III.3.1. Répartition de cas de décès selon le groupe d'âge</i>	<i>16</i>
<i>III.1.2.Répartition des cas de décès selon le sexe</i>	<i>17</i>
<i>III.1.3. Répartition des cas de décès selon leur fréquence dans les services....</i>	<i>17</i>
III.2.PROFIL CLINIQUE	18
<i>III.2.1. Plaintes à l'admission des patients décédés.</i>	<i>18</i>
<i>III.2.2. Antécédents des patients décès de l'HKK de2012-2013.....</i>	<i>18</i>
<i>III.2.3. Diagnostics à l'admission des patients décédés.....</i>	<i>20</i>
III.3. PROFIL BIOLOGIQUE	22
<i>III.3.1. Valeurs moyennes des variables biologiques dans la population d'étude</i>	<i>22</i>
CHAPITRE IV. DISCUSSION.....	23
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	25

LISTE DES FIGURES

- Figure I : Plan de masse de l'hôpital kimbanguiste de Kinshasa
- Figure II : Répartition des cas de décès selon le sexe
- Figure III : Répartition des cas de décès selon leur fréquence dans les services
- Figure IV : Répartition des cas de décès selon les plaintes à l'admission
- Figure V : Distribution des fréquences d'antécédents morbides principales rencontrées.
- Figure VI : Diagnostic à l'admission des patients décédés dans les 48 premières heures d'admission à l'HKK

LISTE DES TABLEAUX

- TABLEAU I. : Cause de mortalité dans le monde par ordre d'importance
- TABLEAU II. : Prévalence de l'anémie selon le groupe de population
- TABLEAU III. : Distribution de l'âge des patients décédés à l'HKK de 2012-2013
- TABLEAU IV. : Détails sur la fréquence des diagnostics retenus à l'admission
- TABLEAU V. : Distribution des valeurs moyennes des variables biologiques dans la population d'étude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

❖ %	: Pourcentage
❖ AVC	: Accident vasculaire cérébral
❖ DS	: Diabète sucré
❖ HKK	: Hôpital Kimbanguiste de Kimbanseke
❖ HTA	: Hypertension artérielle
❖ IC	: Incidence de Confiance
❖ IRA	: Insuffisance rénale aiguë
❖ IRM	: Imagerie de Résonance magnétique
❖ MID	: Moustiquaire d'Imprégnation Durable
❖ MII	: Moustiquaire Imprégné d'Insecticide
❖ OMS	: Organisation mondiale de santé
❖ PE	: Porte d'entrée
❖ PGFA	: Paludisme grave forme anémique
❖ PGFD	: Paludisme grave forme digestif
❖ PGFN	: Paludisme grave forme neurologique
❖ SIDA	: Syndrome immuno-déficience acquise
❖ SM	: Syndrome métabolique
❖ TBC	: Tuberculose
❖ USK	: Université Simon Kimbangu
❖ VIH	: Virus d'Immuno déficience Humain

INTRODUCTION

0.1. Contexte et justification de l'étude

Le décès ou la mort d'une personne étant la cessation de la vie, la lutte contre la mortalité reste une préoccupation de la santé publique en ce jour (1,3-5).

Si la mort est aussi un phénomène pouvant survenir naturellement, à un certain âge, et selon l'espérance de la vie dans une communauté des peuples, les maladies et bien d'autres circonstances sont des événements qui perturbent l'ordre des choses pour parvenir à la cessation précoce de la vie (1-5)

Ainsi, la mortalité dans le monde a une distribution diversifiée à travers le monde. Il y a lieu de noter que le taux de mortalité moyen dans le monde est de ...% ; en Europe,...; En Amérique..... ; En Afrique..... ; En RDC.....

Les diagnostics ou causes de décès sont pour l'Europe ; ; pour l'Amérique,pour l'Afrique.

Les urgences sont généralement les lieux par où les patient débutent leur séjour à l'hôpital et l'issu du patient dépend non seulement de la qualité des soins, mais aussi de la dextérité dans le travail ,du soignant car « une heure d'attente aux urgence est à la base de 10% des complications qui peuvent entrainer un décès » ().

Le présent travail est une contribution à une meilleure connaissance des cas de décès à l'admission du patient en urgence ou en soins intensifs dans notre milieu de travail en République démocratique du Congo.

0.2. Objectifs de l'étude

a. Objectif Général :

Étudier le profil épidémioclinique des patients décédés en dans quarante huit heures d'admission à l'H.K.K. en République Démocratique du Congo.

b. Objectifs spécifiques :

- déterminer la fréquence des cas de décès à l'HKK ;
- déterminer caractéristiques sociodémographiques des patients décédés dans les quarante-huit premières heures d'admission à l'HKK;
- déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des cas de décès enregistrés, et particulièrement, ressortir les différents diagnostics des patients.

0.2. Intérêt de l'étude

Le présent travail a pour intérêt :

- d'apporter la connaissance des problèmes majeur de santé dans le milieu hospitalier de l'HKK ;
- d'aider à la planification des programmes pour la promotion de santé ;

CHAPITRE I. GENERALITES

I.1.Généralité sur le décès, information sur le plan topologique

Tableau 1.Causes de mortalité dans le monde par ordre d'importance (certaines causes peuvent se recouvrir - facteurs multiples de mort ou implication)

Classement	Cause	Classement	sous-catégorie	Nombre (par année)	Pourcentage	Année des chiffres
	Total			57 000 000	100 %	2008 ¹
1	maladies infectieuses			17 000 000	29,7 %	
		7	Infections des voies respiratoires inférieures	3 460 000	6,1 %	2008 ²
		11	Pratique sexuelle dangereuse	2 900 000	5,1 %	2001 ³
		14	Maladies diarrhéiques	2 460 000	4,3 %	2008 ²
		17	Sida	1 780 000	3,1 %	2008 ²
		20	Tuberculose	1 340 000	2,4 %	2008 ²
		26	Paludisme	655 000	1,2 %	2010 ⁴
		41	Rougeole	164 000	0,29 %	2008 ⁵
2	Cancer			7 600 000	13 %	2008 ⁶
		19	Cancer des poumons	1 370 000	2,3 %	2008 ⁶
		25	Cancer de l'estomac	736 000	1,3 %	2008 ⁶
		27	Cancer du foie	695 000	1,2 %	2008 ⁶
		28	Cancer colorectal	608 000	1 %	2008 ⁶
		31	Cancer du sein	458 000	0,78 %	2008 ⁶

		37	Cancer du col de l'utérus	275 000	0,47 %	2008 ⁶
3	Cardiopathie coronarienne			7 250 000	12,8 %	2008 ²
	Accident domestique			plusieurs millions		1999 ⁷
		32	Chutes	424 000	0,75 %	2010 ⁸
			Asphyxie			
		33	Noyade	410 000	0,73 %	2002 ⁹
		34	Intoxication	380 000	0,67 %	2002 ⁹
		36	Brulés	350 000	0,62 %	2002 ⁹
	Drogues					
		5	Tabagisme	6 000 000	10 %	2012 ¹⁰
		13	Alcool	2 500 000	4,4 %	2011 ¹¹
		39	Produit stupéfiant	230 000	0,4 %	2000 ¹²
			Overdose de produits stupéfiants			
			Cannabis			
4	Accident vasculaire cérébral			6 150 000	10,8 %	2008 ²
6	hypercholestérolémie			3 800 000	6,6 %	
8	Sous-alimentation			3 400 000	5,9 %	2000 ³
9	Broncho pneumopathie chronique obstructive			3 280 000	5,8 %	2008 ²
10	Sucre			3 000 000	5,3 %	
			Problème cardio-			

			vasculaire			
		21	Diabète sucré	1 260 000	2,2 %	2008 ²
12	Obésité			2 800 000	4,9 %	2008 ¹³
15	Travail			2 100 000	3,7 %	2005 ¹⁴
		16	Maladie liées au travail	1 700 000	3 %	2005 ¹⁴
		35	Accidents du travail	400 000	0,71 %	2005 ¹⁴
18	Eau			1 700 000	3 %	2002 ³
22	Accident de la route			1 210 000	2,1 %	2008 ²
23	Suicides			900 000	1,6 %	2002 ⁹
24	Radiation			900 000	1,5 %	2007 ¹⁵
		30	Radiations naturelles	570 000	0,98 %	2007 ^{15.16}
		38	Radiations médicales	240 000	0,41 %	2007 ^{15.16}
		42	Radiations industrielles	8 000	0,014 %	2007 ^{15.16}
		43	Radiations militaires et civiles	4 000	0,0068 %	2007 ^{15.16}
		44	Tchernobyl	1 700	0,0029 %	2007 ^{15.16}
29	Violence			570 000	1 %	2002 ⁹
40	Guerre			180 000	0,31 %	2002 ⁹
45	Accidents d'avions			569	0,00098 %	2009 ¹⁷

1.2.Définitions de Quelques Concepts

1.2.1.diagnostic

De marche par laquelle le médecin détermine l'affection dont souffre le patient et sur ceux proposer un traitement adéquat. En précisant l'étiologie et les symptômes de l'affection ; plus précisément appelé tableau clinique. un diagnostic se traduit en plusieurs étapes le diagnostic proprement dite ou diagnostic positif comprend un examen clinique (entretien avec le patient qui permet de retracer l'histoire de maladie, de préciser les antécédents familiaux, chirurgicaux, gynécologique, l'hygiène, le mode de vie 'anamnèse).

L'anamnèse sur base de quoi le médecin peut connaître la maladie, son ancienneté, son évolution, le traitement, que le malade a déjà reçu et aussi le texte du patient.

Après l'anamnèse le médecin ici se doute de déjà de la pathologie dont souffre le patient, donc il passe à l'examen physique qui est la deuxième partie du diagnostic pour rechercher le signe physique pouvant ainsi servir de preuve appuyant ce diagnostic qui est à ce niveau appelé diagnostic de présomption il est préférable de le compléter d'examen complémentaire ou para clinique à savoir :

Urine, imagerie médicale, analyse de sang, selle directe, ...

Diagnostic différentielle est ensemble des pathologies présentant les symptômes et signes proches.

Il existe deux principaux types de diagnostic médicaux :

- a) *Diagnostic in vivo* : c'est le diagnostic de la maladie dans le corps du patient il s'appuie par exemple sur l'imagerie, IRM, ...)
- b) *Diagnostic in vitro* : c'est le diagnostic de la maladie à partir d'un échantillon de fluide corporelle (échantillon du sang d'urine, de lymphes, de salive, un échantillon des cellules, tissu biologique prélevé sur corps ...)
 - Le diagnostic différentiel correspond à la phase où le médecin écarte la possibilité d'affection représentant des signes communs avec la maladie
 - Le diagnostic étiologique consiste à identifier la cause de l'infection
 - Le diagnostic prénatal : consiste à l'identification d'une anomalie génétique chez l'embryon grâce à la technique de fécondation in vitro et de biologie moléculaire, ce diagnostic aux couples qui désire

un enfant et qui ont déjà donnés naissance à un ou plusieurs enfants atteinte de maladie génétique grave et incurable

1. **Patience** : personne recevant une attention médicale. en médecine le patient bénéficie des examens médicaux et traitement prodigué par un médecin ou une autre professionnelle de santé pour faire face à une maladie ou à une blessure le patient peut aussi bénéficier d'actes de prévention
2. **Admission** : action d'être admis
3. **Médecine interne** : spécialité médicale s'intéressant au diagnostic et prise en charge globale des maladies de l'adulte avec une grande direction pour les maladies systémiques et les maladies auto-immunes en générale.
4. **Epidémiologie** : est une étude des facteurs influant sur la santé et les maladies de la population
5. **Décès** : désigne la cessation de toute vie à l'intérieur d'un organisme. Elle survient lorsque tout le processus organique a cessé de fonctionner. chez l'être humain la mort est déterminée par l'arrêt des fonctions cérébrales et le début de la décomposition du corps. L'arrêt du cœur ne signifie pas la mort et est qualifié de mort clinique elle est constatée par un médecin
6. **Urgence** : situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doit être réalisés très rapidement, la pathologie devant être prise en charge de manière urgente nécessitant une prise en charge absolue.
7. **Urgence pédiatrique** : situation pathologique des enfants qui nécessite des soins immédiats sous peine de conséquences graves pour leur santé parmi les urgences pédiatriques hospitalières on distingue les urgences vraies qui représentent plus ou moins 20% , il y a aussi les urgences ressenties qui constituent 50% (ce rapporte à des enfants dont le pronostic vital ou le fonctionnement ne pas immédiatement menacé mais qui présente des symptômes alarmants) , les autres situations d'urgence mènent à une consultation médicale.

Cause : les urgences pédiatriques sont de nature accidentelle ou infectieuse.

- Les pathologies infectieuses sans autre cause importante des urgences pédiatriques elle se traduit par une fièvre élevée , des manifestations respiratoires neurologiques et digestives

1.3.Epidémiologies de Quelques Causes de Décès

Le paludisme est une maladie infectieuse due à un parasite du genre plasmodium , propagée par la pique de certains espèces de moustique , anophèles .

Avec 216 millions de personnes malades et 655000 de mort dans le monde en 2012 (3).

Le paludisme affecte des régions du monde principalement tropicales et subtropicales faibles. Cette parasitose concerne majoritairement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes 80% des cas sont enregistrés en Afrique subsaharienne. Ce pendant :

- Le paludisme peut toucher les voyageurs qui séjournent dans les zones endémiques
 - Le paludisme est particulièrement grave pour les personnes séropositives au VIH
- Dans des nombreux totaux 80% prévues de malaria se produisent dans juste 14 pays et approximativement 80% de cas prévus se produisent dans 17 pays .

La République démocratique du Congo, l'Inde et le Nigeria représentent 40%.

En deuxième position vient l'anémie avec 25 % sur un échantillon de 100.

A l'échelle mondiale 1,62 milliard des personnes sont concernées , l'intervalle de confiance (IC) de 95% : 1,50 -1,74 milliard , ce qui équivaut à 24,8 % de la population (IC de 95% : 22,9-26,7 %). La prévalence la plus élevée est constatée chez enfants d'âge préscolaire (47,4%, IC de 95 % :45,7-49,1%) et la plus faible prévalence est observée chez les hommes (12,7 % , IC de 95 % : 8,6 – 16,9). Le plus grand nombre des personnes atteintes sont les femmes qui ne sont pas enceintes (468,4 million , IC de 95 % : 446,2 – 490,6) .

C'est une maladie qui touche la qualité ou le nombre de globules rouges. Il existe plusieurs sortes d'anémie puisque les causes sont diverses , elle peut avoir pour cause : une carence dans éléments précurseurs de globule rouge lors de l'érythropoïèse(fer , b12).une grande perte de sang lors de règles abondantes ou ulcères . Chez la femme enceinte à un besoins élevé en fer

Destruction de globule rouge lors de crise malarique

Tableau II : Prévalence de l'anémie selon les groupes de population

Groupe de population	Prévalence de l'anémie, population atteinte			
	%	95% C I	Nombre en millions	95% C I
Enfant d'âge préscolaire	47,4	45,7-49,1	293	283-303
Enfant d'âge scolaire	25,4	19,9-30,9	305	238-371
Femme enceinte	41,8	39,9-43,8	56	54-59
Femme non enceinte	30,2	28,7-31,6	468	446-491
Hommes	12,7	8,6-16,9	260	175-345
Personnes âge	23,9	18,3-29,4	164	126-202
Population totale	24,8	22,9-26,7	1620	1500-1740

En troisième position vient le ca de sepsis 13% sur un échantillon de 100.

Le sepsis est un syndrome infection générale grave de l'organisme par de germes pathogènes. ce syndrome e traduit par une bactériémie associé, a un syndrome de réponse inflammatoire systémique , il est pour facteur de risque : le sexe , l'âge , l'abus d'alcool, une cormobidité , l'origine éthique , la pauvreté ou un statut économique bas .

Selon l'ordre de gravité les états septiques sont

- Syndrome de réponse inflammatoire : face aux agressions graves, mais pas forcément infectieux
- Le sepsis non compliqué
- Le sepsis grave : avec dis fonctionnement aigue de plusieurs organe ou simplement défaillance multi viscérale.
- Choc septique : sepsis grave plus hypotension artérielle malgré remplissage vasculaire (20 à 40 ml/kg)

Le pronostic vital est différent pour chacun d'eux.

La mortalité au 28 jour : est de 10-15 % pour le sepsis compliqué , de 20-30% pour le sepsis grave est 40 % et au-delà en cas de syndrome septique grave au choc septique .elle tend à s'améliorer depuis une dizaines d'années. En

quatrième position vient la gastro entérite autrement appelé grippe intestinale représente 9% sur un échantillon de 100.

C'est une infection de la muqueuse du tube digestif de l'estomac de l'intestin. Les enfants sont principalement touchés par cette maladie. si on considère les épidémies de gastro entérite par le rota virus , 125 millions de personnes sont touchées dans le monde chaque année par ce virus , quelque 6000 000 d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année de suite d'une diarrhée de ce type.

1.4.Prévention de décès sur le plan mondial l'oms.

Parmi les maladies les plus fréquentes nous énumérons :

- Le Paludisme

La lutte anti vectorielle reste le principal moyen de réduire la transmission du paludisme au niveau communautaire , c'est la seule intervention qui peut ramener une forte transmission à de très bas niveaux quasiment nuls .

Pour les personnes , la protection individuelle contre les piqûres de moustique représente le premier de défense contre le paludisme deux formes de lutte anti vectorielle sont efficaces dans beaucoup de situations ces sont :

1. Moustiquaire imprégnées d'insecticide (MII)

Les moustiquaires à imprégnation durable (MID) sont celles qui sont les plus fréquemment distribuées dans les programmes de santé publique , l'oms recommande une couverture anti vectorielle dans la plupart des régions le moyen le plus efficace et le moins coûteux d'y prévenir est de fournir de moustiquaire à imprégnation durable de façon à ce que chacun puisse dormir toutes les nuits sous une telle moustiquaire

2. Les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations

La pulvérisation d'insecticides en effet rémanent à l'intérieur des habitations est un moyen très efficace pour réduire rapidement la transmission du paludisme pour obtenir un résultat optimal, il faut pulvériser au moins 80% des habitations dans les zones ciblées cette pulvérisation est efficace trois à six mois en fonction du type d'insecticide utilisé et du type de surface pulvérisée.

Le DDT peut être efficace pendant neuf à douze mois dans certains cas ses insecticides à effet rémanent plus longue sont actuellement en cours.

Élaboration de que de nouvelle classe de produits destinés aux programmes de pulvérisation.

La maladie peut également prévenue au moyen d'anti paludique. les voyageurs peuvent se protéger au moyen d'une chimio prophylaxie qui supprime le stade le sanguin de l'infection palustre ce qui empêche le développement de forme chimique de la maladie l'oms recommande en outre le traitement préventif intermittent par sulfatdoxine- purymethamine pour le femmes enceintes vivant dans le zone de forte transmission à chaque visite prénatal programmée après le premier trimestre . se même, pour les nourrissons vivants dans le zone de forte transmissions d'Afrique trois doses de sulfatdoxine-purymethamine en traitement préventif intermittent sont recommandées en même temps que le vaccination en 2012 , l'oms à recommandé la chimio prévention saisonnière du paludisme comme stratégie complémentaire de prévention anti paludique pour le sahel cette stratégie prévoit l'administration d'un traitement d'un mois amodiaquine et de sulfatdoxine- purymethamine à tous enfant moins de 5 ans pendant la saison de forte transmission .

- **L'anémie :**

Un apport alimentaire insuffisant en fer bio disponible est un facteur important à l'origine de la carence en fer aussi des interventions ciblées, apportant de supplément de fer à la couche de plus vulnérable de la population, les femmes enceintes en particulier, sont menées partout dans le monde les approches alimentaires, incluant la diversification des aliments , sont les stratégies qui ont leur importance dans la lutte contre carence en fer est donc contre l'anémie , même si leur potentiel n'a pas été encore suffisamment exploité . elles ont pour caractéristique d'être durable toutes fois, il nécessaire de promouvoir des approche qui combinent des interventions visant à apportés du fer a d'autre mesure plus générale de santé publique la où la carence en fer n'est pas la seule cause et les programmes de santé publique déjà existant comme les programmes relatifs à la santé de la mère et de l'enfant à la prise en charge intégrée de maladie de l'enfant (PEIMEI/IMCI) à la santé de l'adolescent, à la santé des femmes enceintes (pour une grosse a moindre risque) au paludisme (faire reculer le paludisme). Aux maladies parasitaires (y compris la mesure routine pour le contrôle des helminthiases) et à la tuberculose (halte à tuberculose ces stratégies devraient reposer sur des bases scientifiques solides et adaptées aux conditions locales elles

devraient prendre en compte l'éthologie spécifique et sa prévalence dans un endroit pour un groupe de population donné par ailleurs en engagement politique ferme et un partenariat fort entre les secteurs concernés devraient venir en appui aux stratégies de lutte contre l'anémie pour qu'elles soient efficaces et durables on devrait aussi prêter une attention particulière à ce que les dispensaires de soins et les membres de la communauté aient une conscience plus aiguë et une connaissance meilleure des risques associés avec l'anémie il importe en fin que les stratégies de lutte contre l'anémie soient munies d'un système de surveillance opérationnelle qui soit fiable, abordable et facile à utiliser ayant ces principes à l'esprit, le pays devrait concevoir et mettre en œuvre un ensemble de l'innervation de base qui soit intégré et prenne en compte les spécificités des conditions locales en fin d'être en mesure d'atteindre ce but.

- **Sepsis**

Le risque d'infection peut être réduit chez les enfants en suivant le calendrier des vaccinations recommandées. Les infections nosocomiales liées conduisant à une septicémie peuvent être diminuées par le protocole de lavage des mains l'hygiène ne strictement suivants

CHAPITRE II. MATERIEL ET METHODE

II.1. Cadre d'études

Le travail a été effectué à l'hôpital kimbanguiste de Kinshasa qui se trouve dans la commune de Kimbanseke.

La référence le concernant est élucidée ci – dessous :

- ❖ Au nord par le quartier kutu
- ❖ A l'est par le quartier kutu
- ❖ Au sud par l'avenue kingotolo
- ❖ A l'ouest par le quartier 10 de la commune de Nd'jili.

Cet hôpital est la plus importante unité sanitaire aussi bien de l'Eglise kimbanguiste que de tout le district de la Tshangu dans la ville province de Kinshasa, qui regroupe les communes administratives de :

N'Djili ; Masina ; N'sele et de Maluku.

Il est implanté au nord – ouest de la commune de kimbanseke, précisément dans l'enceinte de la mission kimbanguiste de la commune kimbanguiste et longe l'avenue de la 2^{ème} république, artère principale de la commune qui relie celle – ci au centre – ville.

Figure 1 : PLAN DE MASSE DE L'HOPITAL KIMBANGUISTE DE KINSHASA

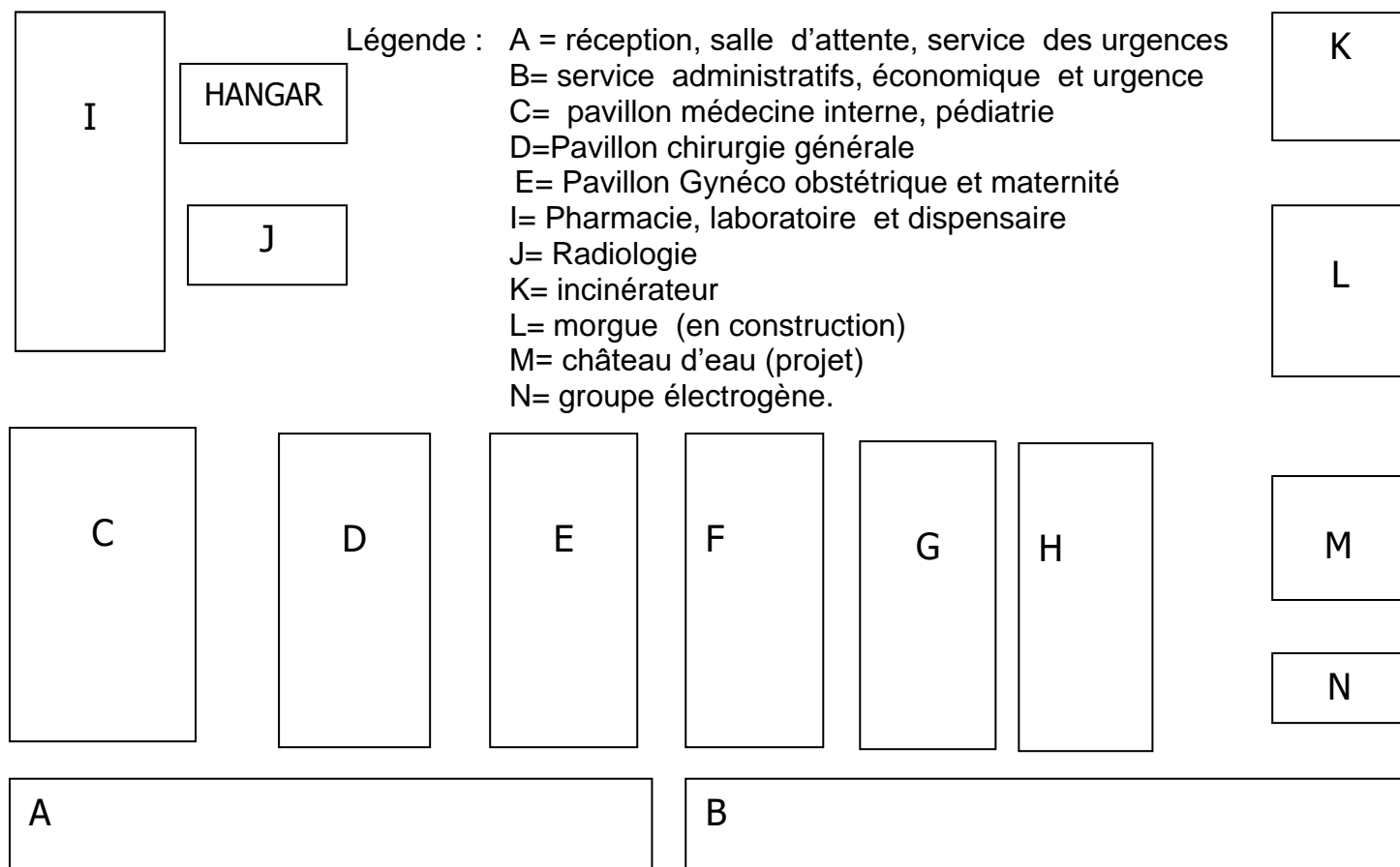


Figure 1: Plan de Masse de l'HKK

II.2. Nature et type d'étude

Nous avons réalisé une étude documentaire sur les cas de décès des patients dans les quarante-huit heures d'admission à la salle d'urgence de l'hôpital kimbanguiste de Kinshasa (HKK) au cours de l'année 2012 et 2013

II.3.Echantillonnage

A l'aide de matériels (outils) suivants : rapport annuel ; registre des patients au mis durant les années impliquant notre étude et fichier de malades décédés durant les 48 premières heures d'admission à la salle d'urgence. Nous avons collectés les données.

II.3.1.Critères d'inclusion

- Dossier contenant le diagnostic de décès
- Temps maximum de séjour à l'hôpital ne dépassant pas quarante-huit heures

II.3.2.Critères d'exclusion

- Dossiers ne contenant manquants les paramètres d'intérêt

II.4.Paramètre d'intérêt

- Sexe
- Age
- Service d'admission
- Plainte à l'admission
- Examen biologique à l'admission
- Diagnostic à l'admission

II.5.Analyses statistiques

Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels, Excel 2007 après harmonisation et validation des données par des tests d'exhaustivité et de cohérence.

Les variables quantitatives étaient décrites à l'aide des statistiques usuelles : la moyenne \pm écart-type. Les résultats étaient présentés sous forme des tableaux et figures.

Le test de Chi-carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions, alors que le test -t de Student a servi de comparer les moyennes de deux groupes. $p \leq 0,05$ était considéré comme seuil de signification statistique.

II.6.Statistique

Selon l'âge, en 2012, la remarque a été que la fréquence de décès la plus élevée est observée chez les patients âgés de 51 à 59 ans soit 25,38% et plus basse fréquence au niveau de patients âgés de 15 à 23 ans soit 3,84%. Et en 2013, la remarque a été de voir la fréquence de décès être élevée chez les personnes âgés de 60 à 68 ans soit 24,1%. On observe également la fréquence et moins élevée chez les personnes âgées de 24 à 32 ans soit 3,51%.

Selon le diagnostic en 2012, le taux est plus élevé en interne qu'en d'autre département avec un pourcentage de 82,3%.

Et en 2013, le taux de décès est aussi plus élevé en médecine interne qu'en autre département avec un pourcentage 82,14%.

CHAPITRE III. RESULTATS

III.1. Profil sociodémographique de la population d'étude

Au total, 113 dossiers de décès ont été enregistrés durant deux ans, soit du janvier 2012 au 31 décembre 2013. Seules 96 dossiers ont été retenus pour la présente étude. Les autres n'ayant pas rempli les critères d'inclusion.

III.3.1. Répartition de cas de décès selon le groupe d'âge

Le tableau 3 Répartit les patients décédés selon l'âge.

Tableau 3. Distribution de l'âge des patients décédés à l'HKK de 2012-2013.

Age, ans	Fréquence	% (N=96)
≤5	49	51,0
6-10	12	12,5
11-15	5	5,3
16-20	2	2,1
21-25	4	4,2
26-30	5	5,2
31-35	0	0,0
36-40	0	0,0
41-45	2	2,1
46-50	1	1,0
51-55	4	4,2
56-60	3	3,1
61-65	2	2,1
66-70	1	1,0
71-75	3	3,1
≥ 76	3	3,1
Total	96	100

Au total, le tableau 1 montre que l'âge des cas des décès se situe dans plus de 50 % des cas avant et ou à l'âge de 5 ans. En outre plus de 10% des cas de décès surviennent chez les enfants entre 6 et 10 premières années de vie.

III.1.2. Répartition des cas de décès selon le sexe

La figure 2 montre la répartition des cas de décès selon le sexe.

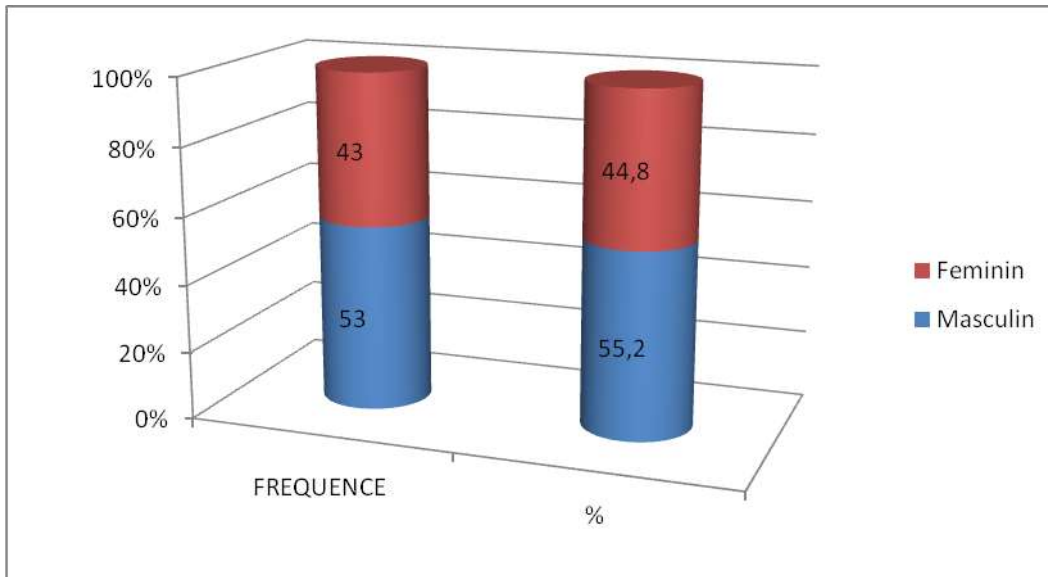
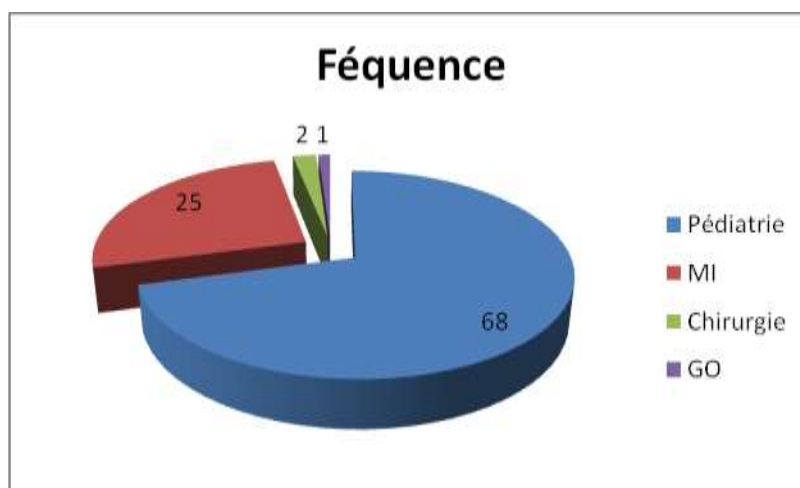


Figure 2. Répartition des cas de décès de l'HKK selon le sexe

La figure 2 montre que sur 96 cas des décès enregistrés, 53 étaient de sexe féminin, soit représentant 55,2%.

III.1.3. Répartition des cas de décès selon leur fréquence dans les services

La figure 3 montre la répartition des cas de décès selon leur fréquence dans les services.



Légende : MI : Médecine interne ; GO : Gynéco-obstétrique.

Figure 3. Répartition des cas de décès selon leur fréquence dans les services.

Figure 3 montre que les cas de décès ont été plus fréquentes en pédiatrie, suivi de médecine interne.

III.2.PROFIL CLINIQUE

III.2.1. Plaintes à l'admission des patients décédés.

La figure 4 répartit la population d'étude en fonction de leurs plaintes à l'admission.

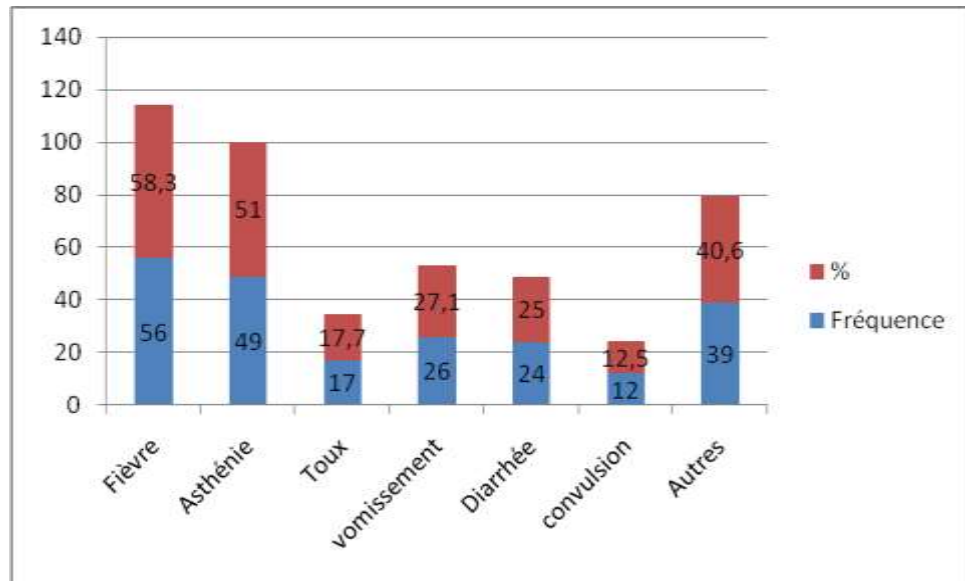
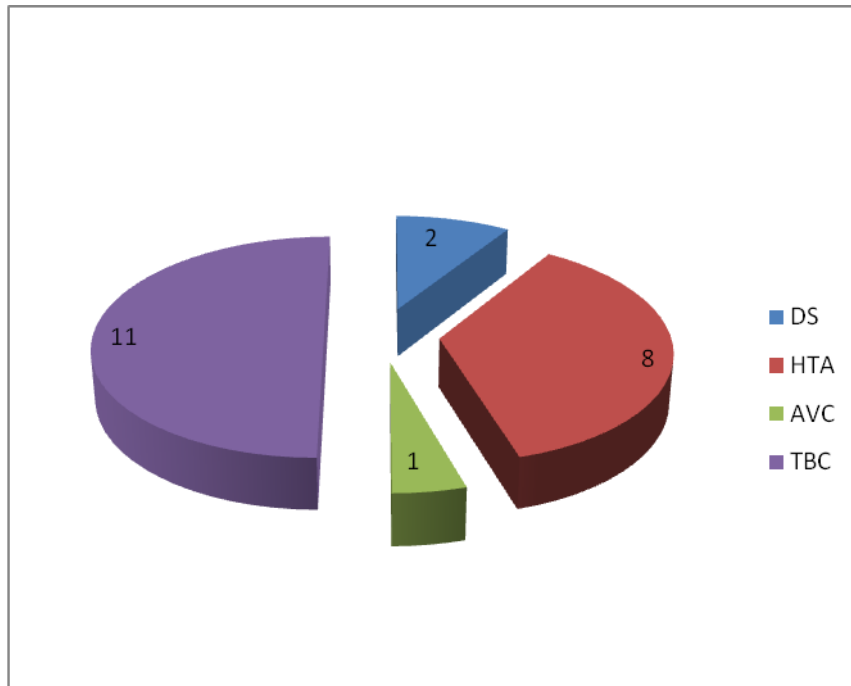


Figure 4. Répartition des cas de décès selon les plaintes à l'admission

Figure 4 Répartition de la population d'étude en fonction des plaintes. Elle montre que la fréquence des plaintes à l'admission évolue selon le rythme suivant : fièvre (58,3%) ; asthénie physique (51%) etc.

III.2.2. Antécédents des patients décès de l'HKK de 2012-2013.

La figure 5 montre la fréquence des principaux antécédents morbides rencontrés chez les patients décédés dans les 48 premières heures de leur admission.



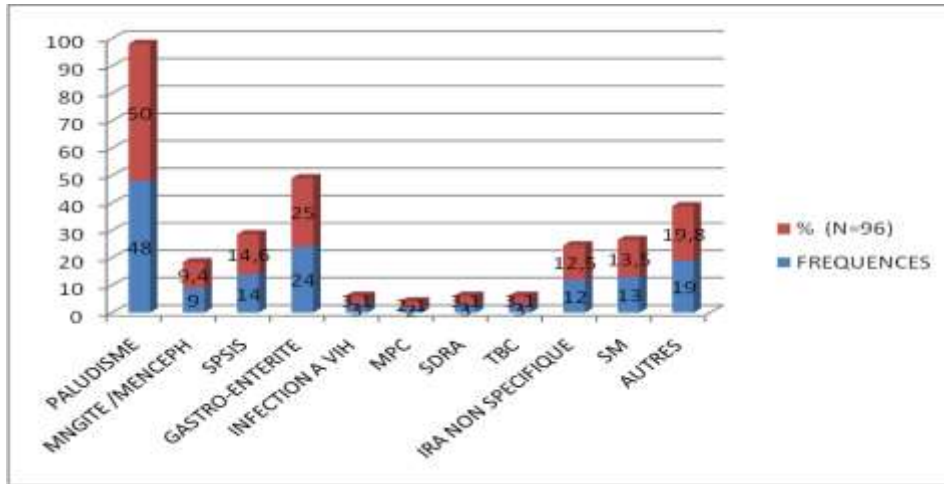
Légende : DS : diabète sucré ; HTA : hypertension artérielle ; AVC :accident vasculaire cérébral ;TBC :tuberculose

Figure 5. Distribution des fréquences d'antécédents morbides principales rencontrées.

La figure 5 montre la TBC et l'HTA étaient les antécédents les plus fréquemment rencontrés dans la population d'étude.

III.2.3. Diagnostics à l'admission des patients décédés.

La figure 6 montre les principaux diagnostics retenus chez les patients décédés dans les quarante huit premières heures d'admission.



Légende : MNGITE : méningite ; MENCEPH : méningo-encéphalite ; MPC : malnutrition protéino-calorique ; SDRA : syndrome de détresse respiratoire aiguë ; TBC : tuberculose ; SM : syndrome métabolique

Figure 6. Diagnostic à l'admission des patients décédés dans les 48 heures d'admission à l'HKK.

La figure 6 montre que par ordre décroissant, les diagnostics retrouvés chez les patients décédés en 48 heures d'admission étaient : paludisme (50%), gastro-entérite (25%), sepsis (14,6%), Infection respiratoires aigues non spécifiques (12,5%), Méningites et /ou méningo-encéphalites (9,4%), syndrome métabolique (9,4%), TBC, SDRA et infection à VIH (3,1%) ; et MPC (2,1%).

Le tableau 2 nous montrera des détails sur certaines de ces entités nosologiques.

Tableau 4. Détails sur la fréquence des diagnostics retenus à l'admission.

Diagnostics	Fréquence
PALUDISME	48
• PGFA	• 38
• PGFD	• 2
• PGFN	• 8
SM	13
• HTA / AVC	• 9
• DS	• 4
SEPSIS	14
• PE pulmonaire.	• 4
• PE digestive	• 2
• PE gynéco	• 2
• PE cutanée	• 2
• PE à rechercher	• 4
AUTRES	39
• Cancer du sein	• 1
• HBP	• 1
• Hémorragie génit.	• 1
• Epilepsie Gd mal	• 1
• Cirrhose	• 1
• Intoxication indigène	• 1
• Etc	-

Légende : PGFA : paludisme grave forme anémique, PGFD : paludisme grave forme digestive, PGFN : paludisme grave forme neurologique ; HTA : hypertension artérielle, DS : diabète sucré ; AVC : accident vasculaire cérébral

Le tableau 4 montre les différents détails sur certaines entités nosologiques, notamment le paludisme qui a montré une fréquence très élevée des formes anémiques.

III.3. PROFIL BIOLOGIQUE

Quelques examens biologiques étaient réalisés au cours de cette étude. Il s'agissait des examens suivants : hématicrite, glycémie

III.3.1. Valeurs moyennes des variables biologiques dans la population d'étude

Le tableau 3 montre la distribution des variables biologiques dans la population d'étude.

Tableau 5. Distribution des valeurs moyennes des variables biologiques dans la population d'étude.

Valeur biologique	Valeur moyenne± Ecart type
GB (éléments/mm ³)	7560,7±3480,3
GLYCEMIE (mg/dl)	104,5± 33,6
Hématocrite	26,3±14,9

GB : globules blancs

Le tableau 5 montre que, les valeurs moyennes de l'hématocrite étaient très bas dans la majorité des cas des décès.

CHAPITRE IV. DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients décédés dans les quarante huit premières heures d'admission à l'Hôpital Kimbanguiste de Kinshasa, H.K.K.

1.1. Données sociodémographique/épidémiologique

Au cours de la présente étude, l'âge prédominant de décès est de 0 à 5 ans dans 51% des cas suivi de 6 à 10ans dans une proportion de plus de 10% ; soit au total plus de 60% des décès enregistrés concernaient des enfants à la première décennie de vie. Cela est compatible avec la situation générale des pays d'Afrique et en voie de développement, où l'on constate un taux de mortalité plus élevé chez les enfants sous cinq ans (1).

1.2. Données cliniques

La présente étude a montré qu'à tout âge confondu, par ordre décroissant de fréquence, les affections à la base du décès dans les quarante-huit premières heures d'admission étaient le paludisme, la gastro-entérite, le sepsis et bien d'autres. Cette situation corrobore les études de décès dans d'autres pays d'Afrique et en voie de développement Par contre, elle diffère de tous les autres pays développés où les maladies cardiovasculaires prédominent les causes de décès (1,10)

La fièvre, l'asthénie physique, le vomissement et la diarrhée étaient les plus fréquents symptômes à l'admission des ces patients. Cette situation est différentes de celle trouvée en Europe et en Amérique (1-3,10).

1.3. Données biologiques

Le taux bas d'hémoglobine était la perturbation biologique la plus fréquente dans la présente étude, ce qui diffère de la situation des pays nantis. Cette situation est par contre similaire à celle trouvée dans d'autres pays Africains (1,10)

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous avons pu retenir que la fréquence de décès dans les urgences aux quarante-huit, premières heures est très préoccupante et nécessite une action de grande envergure de la part aussi bien des autorités de l'hôpital que des acteurs politique à tous les niveaux.

RECOMMANDATIONS

Nos recommandations s'adressent :

- Aux médecins en vue d'assurer une bonne tenue des dossiers médicaux, d'archivage et de rapportage ;
- A la population pour une prise de conscience de méfaits des maladies évitables par des mesures usuelles, mais qui restent les plus fréquentes causes de décès ;
- Aux autorités politico-administratives en vue de bien exploiter les informations produits par le présent travail et de planifier les actions correctrices.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Les statistiques de décès dans le monde. The World Factbook-Ined.
2. Mbutiwi INF, Nseka MN, Meert P, Malengreau M, Dramaix-Wilmet M, Longo LA, Lepira BF. Organisation fonctionnelle du service des urgences médicales des cliniques universitaires de Kinshasa. *Ann. Afr. Med.*, Vol. 6, N°1, Déc. 2012. pp1274-1284.
3. www.who.int/medicalcentre/factsheets/fc_094/fr/Paludisme
4. www.who.int/tropics/anaemia/who-unicef-anaemia-statement –Pdf
5. GOOGLE.COM., « paludisme et traitement » PUF, l’OMS 2013
6. Zarogoulidis P, Tsakiridis K, Karapantzou C, Lampaki S, Kioumis I, Pitsiou G, Papaiwannou A, Hohenforst-Schmidt W, Huang H, Kesisis G, Karapantzos I, Chlapoutakis S, Korantzis I, Mpakas A, Karavasilis V, Mpoukovinas I, Li Q, Zarogoulidis K. Use of proteins as biomarkers and their role in carcinogenesis. *J Cancer*. 2015 Jan 1;6(1):9-18. doi: 10.7150/jca.10560. eCollection 2015.
7. Kang SH, Oh IY, Kang DY, Cha MJ, Cho Y, Choi EK, Hahn S, Oh S. Cardiac Resynchronization Therapy and QRS Duration: Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression.. *J Korean Med Sci*. 2015 Jan; 30(1):24-33. doi: 10.3346/jkms.2015.30.1.24. Epub 2014 Dec 23.
8. Kumar P, Kadakol A, Shashtrula P, Mundhe NA, Jamdade VS, Barua CC, Gaikwad AB¹. Curcumin as an Adjuvant to Breast Cancer Treatment. *Anticancer Agents Med Chem*. 2015 Jan 1. [Epub ahead of print]
9. Fernandes MJ, Carneiro JE, Amorim RP, Araujo MG, Nehlig A. Neuroprotective agents and modulation of temporal lobe epilepsy. *Front Biosci (Elite Ed)*. 2015 Jan 1; 7: 90-106.
10. Asse K.V., Plo K.J, Yao KC, Konaté I, Yenan JP Profil épidémiologique, diagnostic, thérapeutique et évolutif des malades référés aux urgences Pédiatriques du CHU de Bouaké (Côte d’Ivoire).

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGOMINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE

UNIVERSITE SIMON KIMBANGU

Faculté de Médecine Humaine



**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET BIOLOGIQUE
DES PATIENTS DECEDES DANS LES 48 PREMIERES
HEURES D'ADMISSION A L'HOPITAL KIMBANGUISTE DE
KINSHASA DE 2012 A 2013**

1. BOLITO MPELA
2. BUENDA KAYIBADI
3. BULIANDA KANGAMINA
4. BUTSHI LUBUBU
5. CIJKA CIONGO

Travail réalisé en vue de l'obtention du grade des
Gradués en *Sciences Biomédicales*.

Directeur : *Dr. DIVENGI NZAMBI Jean-Paul*

Chef des travaux

Année Académique 2013-2014