

MORTALITE DU SUJET AGE, A PROPOS DE 801 DECES DE SUJETS DE 60 ANS ET PLUS, SURVENUS AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE.

J.L. NKOUA*, G. KIMBALLY-KAKY*, J. EKOBA*, T. GOMBET*, G. MOUANGA-YIDIKA**

RESUME

Les auteurs ont évalué la mortalité du sujet âgé par rapport à la mortalité de l'ensemble de la population de la commune de Brazzaville en deux ans, et ont recensé les causes à partir des certificats de décès. Aucune autopsie n'a été faite.

Il y a eu 6.328 décès tous âges confondus. Huit cent un de ces décès (soit 12,6 %) concernaient des sujets âgés, 474 hommes et 327 femmes : $p < 0,001$. Les maladies cardiovasculaires, y compris les accidents vasculaires cérébraux, ont été la première cause de décès (35,8 %), devant les maladies infectieuses (21,1 %), les cancers et hémopathies malignes (13,6 %), les maladies hépatogastroentérologiques autres que les infections et les cancers (6,9 %), les maladies endocriniennes (5,4 %), neurologiques (4,2 %), et rénales (2,9 %).

Les traumatismes, et les affections diverses ou les causes non précisées ont représenté respectivement 1,7 % et 8,4 %.

Dix sept sujets âgés sont morts de SIDA.

En dépit de biais méthodologiques qui ont été discutés, ces résultats ont permis d'indiquer les priorités en matière de prévention de la mortalité du sujet âgé.

Mots clés : mortalité, sujet âgé.

SUMMARY

The mortality in elderly. A study of 801 cases at the University Hospital of Brazzaville.

The aim of this study was estimate the importance of elderly death on the global rate death and to inventory its causes. Data on death were gathered from death certificate. No autopsy has been done.

Among the 6,328 death cases occurred, there were 801 cases in elderly people including 474 men and 327 women : $p < 0,001$. Cardiovascular diseases including

stroke have been the first cause of death (35,8 %). Infections diseases followed (21,1 %) then cancers and malignant hemopathies (13,6 %), liver and gastrointestinal tract's diseases except infections and cancers (6,9 %), endocrine diseases (5,5 %), diseases of the nervous system (4,2 %) and renal diseases (3,9 %). Traumas, and various diseases or not identified causes accounted for 1,7 and 8,4 % respectively. Seventeen elderly patients died of aids.

Authors discussed the methodology applied. Result obtained have been used to set up priorities regarding of death in elderly.

Key-Words : mortality, elderly.

INTRODUCTION

D'après l'OMS (10), en l'an 2000, les deux tiers environ des 600 millions des sujets âgés de 60 ans et plus dans le monde vivront dans les pays en développement. Il est donc nécessaire de réunir maintenant les informations sur la mortalité de cette population, en particulier en Afrique.

Cela permettra de définir des axes de prévention et d'élaborer des politiques et des programmes qui tiennent compte à la fois des points forts des sujets âgés et de leur vulnérabilité (10).

Aussi avons-nous entrepris ce travail. Son but était d'évaluer la place de la mortalité du sujet âgé dans la mortalité globale et d'en déterminer les causes.

METHODOLOGIE

Nous avons retenu du sujet âgé la définition de l'OMS (10) qui est "population hétérogène composée des sujets âgés de 60 ans et plus". Nous avons relevé dans le registre des causes de décès tous les décès survenus dans notre Hôpital

* Service de Cardiologie et Médecine Interne (Professeur C. BOURAMOUE)

** Service de Neurologie (Docteur G. MOUANGA-YIDIKA)
C.H.U. BRAZZAVILLE - B.P. 32 - CONGO

entre janvier et décembre 1990 et avons retenu ceux des sujets âgés de 60 ans et plus. Aucune autopsie n'a été faite dans ces cas. La cause de décès avait été inscrite dans ce registre par les médecins ayant eu la charge des patients.

Dans certains cas, une enquête complémentaire a été faite et a consisté en une lecture du dossier médical. Les causes de décès ont été codifiées d'après la classification internationale des maladies (9). Le concept de cause initiale de décès a été défini (9) comme "la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel".

Nous avons exclu tous les décès survenus à domicile ou pendant le transport à l'hôpital et ceux dont l'âge n'a pas été précisé. La population totale des sujets âgés et la population générale, tous les âges confondus des habitants de la commune de Brazzaville pendant la période d'étude n'étant pas connues, les taux de mortalité n'ont pas été calculés. Cependant, les comparaisons ont été faites en utilisant la pyramide d'âge définie lors du dernier recensement général de la population humaine de la commune de Brazzaville (6). D'après ce recensement, les sujets âgés de 60 ans et plus étaient composés de 44,5 % d'hommes et de 55,5 % de femmes et représentaient 2,3 % de la population générale de la commune.

Pour l'analyse statistique nous avons utilisé les tests du chi-carré et de Student. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

En deux ans, il est survenu dans notre hôpital 6 328 décès de sujets de tous âges confondus, dont 801 décès des sujets âgés de 60 ans et plus soit 12,6 %.

Par rapport à la stratification par sexe des sujets âgés de la commune de Brazzaville : 44,5 % d'hommes et 55,5 % de femmes, il y a eu significativement plus d'hommes âgés décédés (474 cas soit 59,2 %) que de femmes (327 cas soit 40,8 %) : $p < 0,001$ (tableau I).

Tableau I : Répartition par âge et sexe des sujets âgés décédés.

Age	60-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86 et +	Total
Hommes %	174 60,4	126 58,3	96 61,5	53 59,6	16 57,1	9 42,9	474 59,2
Femmes %	114 39,6	90 41,7	60 38,5	36 40,4	15 42,9	12 57,1	327 40,8
Total %	288 *	216 *	156 *	89 *	31 **	21 NS	801 *

Légende : * $p < 0,001$; ** $p < 0,02$

2. Répartition des causes de décès (tableau II)

Les maladies cardiovasculaires ont été la première cause de mortalité : 287 cas soit 35,8 %, devant les maladies infectieuses : 169 cas soit 21,1 %, les cancers et hémopathies malignes : 109 cas soit 13,6 %. Ces trois groupes d'affections ont représenté 70,5 % de l'ensemble des décès. Les maladies hépato-gastro-entérologiques, hormis cancers et infections, ont été la cause de 55 décès, soit 6,9 %.

Tableau II : Principales causes des 801 décès observés

Causes	60-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86 et +	Total	
							n	%
Cardio-vasculaires	89	79	51	43	17	8	287	35,8
Infectieuses	68	53	33	10	3	2	169	21,1
Cancéreuses	46	24	24	14	1	-	109	13,6
Digestives*	9	24	12	6	1	3	55	6,9
Endocriniennes	14	9	14	3	3	-	43	5,4
Neurologiques	16	9	5	2	2	-	34	4,2
Rénales	10	4	5	4	-	-	23	2,9
Traumatiques	10	2	2	-	-	-	14	1,7
Diverses et non précisées	26	12	10	7	4	8	67	8,4
Total	288	216	156	89	31	21	801	100

Légende : * = comprenant cirrhose, diarrhée aiguë ou chronique, déshydratation, ulcères gastro-duodénaux, syndromes occlusifs.

3. Maladies cardiovasculaires

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) tous types confondus, affirmés sur la base des seuls arguments cliniques à l'exclusion de l'angiographie cérébrale et de la tomодensitométrie, ont représenté 188 cas soit 65,5 % des décès d'origine cardiovasculaire et 23,4 % de l'ensemble des causes de décès (Tableau III). Il s'est agi de 101 cas d'AVC de type ischémique codés 430.0, 434.1 et 437.0 soit 53,7 % et de 87 cas d'AVC hémorragique codés 431 soit 46,3 %. Le délai moyen de survie à l'hôpital a été de 2,8 jours (extrêmes : 1 - 20) pour les AVC hémorragiques et 14,2 jours (extrêmes : 1 - 79) pour les AVC ischémiques.

L'insuffisance cardiaque, quelle qu'en fut l'origine, a représenté 45 cas soit 15,7 %. L'arrêt cardiaque codé 427.5 comprenait les morts subites ayant compliqué un acte chirurgical ou survenues pendant la période post-opératoire, mais aussi les troubles du rythme ventriculaire, les blocs auriculoventriculaires paroxystiques, les embolies pulmonaires rapidement mortelles en l'absence d'étiquette précise. Vingt sept cas d'arrêt cardiaque (9,4 %) ont été comptabilisés.

Tableau III : Causes cardiovasculaires de décès des sujets âgés (n = 287)

	60-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86 et +	Total
AVC ischémique	34	20	18	17	8	4	101
AVC hémorragique	28	28	15	12	4	-	87
Insuffisance cardiaque	12	14	10	5	2	2	45
Arrêt cardiaque	7	4	5	9	2	-	27
Divers	8	13	3	-	1	2	27
Total	89	79	51	43	17	8	287

Légende = AVC = accident vasculaire cérébral

4. Causes infectieuses et Sida

Dans 169 cas (21,1 %), la cause du décès a été une maladie infectieuse. Il s'agissait de 118 hommes et 51 femmes (différence significative, $p < 0,01$). Cent vingt un (71,6 %) avaient entre 60 et 70 ans et 48 (48,4 %) plus de 70 ans : $p < 0,01$. Les causes infectieuses de décès dominées par les infections pulmonaires : pneumonies, bronchopneumo-

pathies et tuberculoses pulmonaires : 66 cas, soit 39,1 %. Puis ont suivi les méningo-encéphalites et méningites : 31 cas (18,3 %), et les septicémies : 24 cas (14,2 %). Le diagnostic de Sida a été retenu dans 17 cas (10,1 %) sur les critères de Bangui et un test Elisa positif dans tous les cas. L'âge moyen était de 67,0 + 4,3 ans (extrêmes : 60 et 71 ans).

5. Cancers et hémopathies malignes

Le diagnostic de cancer ou d'hémopathie maligne a été retenu dans 109 cas (13,6 %). Il n'y a eu aucune différence significative dans la répartition selon le sexe (60 hommes et 49 femmes) ni selon les tranches d'âge. La principale localisation a été le foie : 23 cas, soit 21,1 %, dont hépatocarcinome : 17 cas et adénocarcinome : 6 cas. Puis venaient le tube digestif : 16 cas (14,7 %), la prostate : 14 cas (12,8 %), le col utérin : 11 cas (10,1 %). Le poumon, le pancréas et les hémopathies malignes ont représenté chacun 6 cas (5,5 %).

6. Autres causes de décès

Les causes gastroentérologiques autres que les cancers et les infections : 55 cas (6,9 %) ont été représentées par les cirrhoses (10 cas), les diarrhées aiguës (16 cas) ou au long cours (12 cas) sans cause précisée, ulcères gastroduodénaux (11 cas), syndrome occlusif (6 cas). Le diabète sucré a été responsable de 43 décès (5,4 %) dont 29 (soit 67,4 %) par coma acidocétosique.

COMMENTAIRES

1. Critique de la méthodologie

Contrairement à l'étude nécropsique de OLUBUYIDE et SOLANKE au Nigéria (8), aucune autopsie n'a été réalisée dans ce travail. Nous avons retenu les seules données enregistrées sur les certificats de décès. Or la comparaison de ces dernières avec les données des rapports d'autopsie a montré une discordance de 10 à 30 % selon KIRCHER et coll (5). Ceci a limité la précision de notre diagnostic.

Le deuxième facteur de limite a été le délai de survie à l'hôpital. Ce délai a été relativement bref pour certains groupes nosologiques et notamment pour les 87 cas étiquetés AVC hémorragiques, soit pour 10,8 % des décès.

On sait en effet (13) que le nombre d'informations disponibles par décès augmente avec la durée de survie.

Le dernier biais méthodologique a été l'insuffisance d'équipement. En effet, la valeur prédictive positive du certificat de décès dépend des moyens d'investigation mis en oeuvre. Ainsi, ISO et coll (4) ont montré qu'un plus grand recours à la tomodensitométrie avait augmenté de façon significative cette valeur prédictive positive du certificat de décès pour AVC. Dans notre étude, les malades n'ont bénéficié ni de cet examen, ni des angiographies.

2. Comparaison de la fréquence des causes de décès du sujet âgé.

En raison de ces différences méthodologiques, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux de OLUBUYIDE et SOLANKE (8) et des auteurs de pays développés (3, 4, 10, 12, 14). Cependant un fait apparaît constant : qu'il ressorte d'un pays développé ou en voie de développement, le sujet âgé paie un lourd tribut surtout aux maladies cardiovasculaires mais aussi aux cancers. Les infections sont par contre préoccupantes dans la mortalité du sujet âgé dans notre expérience et celle de OLUBUYIDE et SOLANKE (8), mais non en Europe et aux USA (10).

Les maladies cardiovasculaires, le cancer et les infections apparaissent ainsi comme les cibles principales des politiques et programmes de promotion de la santé, prévention de la maladie et retardement des incapacités et du décès du sujet âgé.

Parmi les causes cardiovasculaires de décès, nous avons trouvé la place des AVC prépondérante (Tableau III). La proportion des sujets hypertendus parmi ces sujets n'a pas été précisée. Mais on sait (11) que l'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur. Sa fréquence en Afrique est

élevée (2). Les AVC en représentent la complication la plus fréquente (1). La lutte contre l'hypertension artérielle et les autres facteurs de risques vasculaire dans la population générale apparaît ainsi comme une priorité.

Quant au cancer, les localisations les plus fréquentes varient selon les auteurs (8, 12). Dans notre travail, le cancer primitif du foie a occupé la première place (21,1 %). On sait que la lutte contre l'alcoolisme et la vaccination contre l'hépatite virale constituent des axes de prévention.

Les infections prédominantes ont été les infections bronchopulmonaires et notamment la tuberculose dont les moyens de traitement curatif et prophylactique sont connus. Le SIDA gériatrique a été, quant à lui, la cause de 17 décès. Il est caractérisé (7) par la sévérité de son pronostic et la fréquence élevée des troubles neurologiques et psychiatriques.

CONCLUSION

L'étude de la mortalité des personnes âgées permet d'identifier les principaux axes selon lesquels doit s'organiser la prévention. Les maladies cardiovasculaires, et en particulier les accidents vasculaires cérébraux, ont été la principale cause de décès du sujet âgé devant les infections, bronchopulmonaires notamment, et les cancers. Outre l'amélioration des structures et moyens de prise en charge qui permettraient de réduire la létalité et les morts évitables, la prévention des maladies cardiovasculaires et infectieuses apparaît comme une priorité au Congo.

REMERCIEMENTS

aux Professeurs C; BOURAMOUE et Ch. GOMBE MBALAWA pour leurs conseils.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOURAMOUE C. OSSEBI DOUNIAM et MOUNGALI A. Quelques données épidémiologiques sur l'hypertension artérielle. A propos de 228 cas. *Cardiologie Tropicale* 1975 ; 1 : 177-183.
2. BOURAMOUE C., NKOUA J.L. et EKOBA J. Epidémiologie de l'hypertension artérielle de l'adulte en Afrique. *Med Afr Noire* 1981 ; 28 : 679-691.
3. BRODY J.A., BROCK D.B. Epidemiologic Characteristics of the United States elderly population in the 20 th century. *Eur J Epidemiol* 1986 ; 2 : 15-25.
4. ISO H., JACOBS Jr D.R., GOLDMAN L. Accuracy of death certificate diagnosis of intracranial hemorrhage and nonhemorrhagic stroke. The Minnesota Heart Survey. *Am J Epidemiol* 1990 ; 132 : 993-998.
5. KIRCHER T., NELSON J., BURDO H. The autopsy as a measure of accuracy of the certificate. *New Engl J Med* 1985 ; 313 : 1263-1269.
6. MINISTERE DU PLAN. Résultats définitifs du recensement général de la population humaine. Répartition de la population par sexe et âge selon les régions et les communes. Brazzaville, 1984 : 3-5.
7. NGUYEN Q., LAURENT M., BOUCHON J.P., LONS DANIC D.,

VACHON F., BLETRY O., FROTTIER J., CONGY F., BOUSSER M.G., LEFORT C., KERBAUM S., OKSENHENDLER E., SOBEL A. Le SIDA gériatrique. A propos de 22 cas observés dans la région parisienne. Ann Med Interne (Paris) 1989 ; 140 : 339-403.

8. OLUBUYIDE I.O. and SOLANKE T.F. The causes of death in an elderly African population. J Trop Med Hyg 1990 ; 93 : 270-274.

9. OMS. Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. 9° révision OMS Genève, 1977.

10. OMS. La santé des personnes âgées. Rapport d'un comité d'experts. Genève : OMS, 1989, N° 779, 112 p.

11. OMS. Recommandations pour la prévention, le diagnostic et le traitement des accidents vasculaires cérébraux. Sem Hôp Paris 1990 ; 66 : 1790-1802.

12. OMS Annuaire de statistiques sanitaires mondiales. Genève : OMS, 1990 : 326-339.

13. RUIDAVETS J.B., CAMBOU J.P., ROUCHE V., RICHARD J.L., BERNADET P et DOUSTE-BLAZY P. Evaluation des décès cardiopathie ischémique en Haute-Garonne. Arch Mal Coeur 1990 ; 83 : 2103-2109.

14. UNITED NATIONS. Levels and trends of mortality since 1950. A joint study by the United Nations and the World Health Organization. New-York : United Nations, 1982 : 18-24.