

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**

-----  
**UNIVERSITE DU MALI**  
-----

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

**ANNEE UNIVERSITAIRE 1998-1999**

N° 28

**ETUDE DES AFFECTIONS DU SUJET AGE A  
L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G.  
PROBLEMATIQUE ET PERSPECTIVES.**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le..... 1999  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali*

*par :*

**M. KEDY YOMBO JEAN DIDIER**  
*pour obtenir le GRADE de Docteur en MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)*

**Jury**

**Président** : Professeur Ali Nouhoum DIALLO  
**Membres** : Professeur Sidi Yaya SIMAGA  
Professeur Mamadou Koureissi TOURE  
**Directeur de Thèse** : Professeur Hamar Alassane TRAORE



**FACULTE DE MEDECINE , DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1998-1999**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR: **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2ème ASSESSEUR : **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	OrthopédieTraumatologie.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE**

**D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L. Chef de DER
Mr. Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie- Réanimation
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique



**4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE**

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie.Traumatologie
Mr Abdoulaye K.DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES****1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie



4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Physiologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de DER</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Physiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroentérologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Séydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie



4

Mr Mamadou B.CISSE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme Sidibé Assa TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE  
Mr Adama D.KEITA

Pédiatrie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Radiologie  
Radiologie

### 3. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINDO

Neurologie

## D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA  
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale  
Pharmacie Chimique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Boulkassoum HAIDARA  
Mr Elimane MARIKO

Législation  
Pharmacologie, **Chef de D.E.R**

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA  
Mr Ababacar I.MAIGA  
Mr Yaya KANE

Matières Médicales  
Galénique  
Toxicologie  
Galénique

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE  
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie  
Santé Publique



4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE



**NOM** : KEDY YOMBO

**PRENOM** : JEAN DIDIER

**TITRE DE THESE** : **ETUDE DES AFFECTIONS DU SUJET AGE A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G. PROBLEMATIQUE ET PERSPECTIVES.**

**VILLE DE SOUTENANCE** : BAMAKO

**PAYS D'ORIGINE** : MALI

**LIEU DE DEPOT** : Bibliothèque de la Faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

**SECTEUR D'INTERET** : GERIATRIE

**RESUME** :

Le but de notre travail a été d'étudier les affections du sujet âgé hospitalisé à l'hôpital national du point G. Il s'est agi d'une étude prospective et descriptive, menée à l'HNPG d'Avril 1997 à Août 1998. Elle a concerné tous les patients âgés de 60 ans et plus, hospitalisés à l'HNPG. Les hospitalisations des sujets âgés ont représenté 15,97%.

Après sélection ; seuls 487 dossiers ont répondu aux critères d'inclusion de notre étude : Soit 69,47% des patients. Il apparaît que la pathologie gériatrique est dominée par deux caractères : la chronicité (90,10%) et ses associations "Polypathologie" (54,8%).

La pathologie aiguë a été dominée par les infections (52,20%). Les affections broncho-pulmonaires (39,60%) et digestives (26,16%) ont été les plus fréquentes.

La pathologie chronique a été dominée par les affections uro-génitales (27%), cardiovasculaires (18,70%) et neurologiques (15,30%).

Le contexte d'urgence dans lequel le sujet âgé consulte fréquemment pose des difficultés décisionnelles importantes. Il influence à la fois l'orientation, la prise en charge, les coûts et le pronostic. Devant les difficultés cliniques, les examens complémentaires ont souvent été d'un apport important : Soit 86,70% des cas pour le bilan standard et 44,80% pour les examens spécialisés. Le taux d'invalidité de ces affections a été de 14,16%, dominé par les déficits neurologiques. Le taux de mortalité a été de 15,40%. Les affections malignes et les AVC ont été les principales causes de léthalité. Le coût moyen de la prise en charge a été de 82 861,242 F CFA. La prise en charge encore partielle devra être précoce pour améliorer les résultats. Le pronostic ne dépend ni de l'âge, ni du sexe, ni du type de pathologie. Il dépendrait du contexte général de survenue et de prise en charge.

Ces résultats suggèrent de dynamiser la participation et l'adhésion des personnes âgées aux prestations sanitaires. Cette option permettrait une prise en charge précoce et de fait l'amélioration du pronostic de ces affections.

**MOTS CLES** : Sujet âgé - GERIATRIE - Polypathologie - Chronique - Aiguë - Prise en Charge - Hospitalisé - Coûts - Pronostic - Réhabilitation - HNPG - Bamako - Mali.



# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>Objectifs</b> .....	2
<b>II. GENERALITES</b> .....	3
<b>Définitions</b> .....	3
La Gériatrie	
Définitions diverses	
<b>Le Vieillissement et ses facteurs :</b> .....	4
Aspects biologiques .....	4
Aspects physiologiques .....	5
Aspects socio-démographiques .....	8
<b>Le terrain du sujet âgé</b> .....	9
Sémiologie clinique .....	9
Examens complémentaires .....	11
Thérapeutique .....	12
<b>Le cas du Mali :</b> .....	17
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	18
Patients étudiés .....	18
Méthodes .....	18
<b>IV. RESULTATS</b> .....	21
<b>Résultats Globaux</b> .....	21
Prévalence des hospitalisations des sujets âgés .....	21
Aspects socio-épidémiologiques .....	22
Aspects cliniques .....	25
Aspects para-cliniques .....	40
Aspects thérapeutiques .....	41
Aspects économiques .....	43
<b>Résultats Analytiques</b> .....	44
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b> .....	51
Aspects socio-épidémiologiques .....	51
Aspects cliniques .....	52
Aspects para-cliniques .....	53
Aspects thérapeutiques .....	54
Aspects économiques .....	55
La prise en charge .....	55
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	56
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>ANNEXES</b>	



**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**



## REMERCIEMENTS

A tous mes amis dont les élans sympathiques pluriels, m'auront guidé dans ma quête incessante des principales valeurs humaines.

Vous citer nommément serait trahir votre fidélité et la sincérité de nos liens.

Trouvez ici renouvelées mes amitiés profondes.

A mes maîtres et encadreurs

- Le Professeur Hamar A. TRAORÉ

Pour sa disponibilité et sa constante sollicitude.

- Le Professeur Dapa A. DIALLO

Pour sa quête incessante de perfection dans le devoir accompli.

- Le Docteur DEMBELE Mamadou.

Pour ses conseils attentifs et fraternels.

- Le Docteur Assa SIDIBE

Pour ses enseignements savants et maternels.

- Le Docteur Idrissa CISSE

Pour sa volonté et son ardeur communicative dans la quête du savoir.

- Le Docteur Abdel Kader TRAORE

Pour sa détermination.

A tous mes maîtres au sein de l'Hôpital National du Point G.

A mes maîtres de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

A mon aîné le Docteur Amidou SACKO

Ta disponibilité et tes conseils éclairés sont pour moi tout un symbole.

A mes camarades les Drs : Solange MONTUE - Chantale TANKEU - Christian SEYAMDJI - et Augustin NGANDJUI.

A mon camarade Boubacar DIALLO

Ta collaboration et tes soins affectueux sont pour moi une exhortation à la perfection.

A mes camarades de Médecine interne :

- YARO Fatoumata, Safiatou DICKO, Awa KEITA, Joelle MOUAHA, F. Chérif HAIDARA,

- MOURTALLA Ibrahim, Harouna Z., Ahmed OULD, B. Ali TOURE, Soumaïla DIARRA,

Jules TAGNE, Omar RHISSA, Enam SOBKENG, Liman TIMI, Seydou DIABATE, Boubacar CISSE

Hamadoun KASSAMBARA, Yacouba SISSOKO, Honoré COULIBALY, Alioune B. COULIBALY

Boniface FOMO, Kalil TOURE,

Pour votre collaboration dévouée. Bon courage.



A tous mes camarades de la FMPOS  
Pour leur sympathie réconfortante  
Mes vœux de plein succès vous accompagnent.

A la famille FOFANA dans toutes ses composantes.  
Pour son hospitalité et ses attentions ineffables.

A la famille DEMBELE  
Pour son hospitalité et sa sympathie.

Aux familles TAMBOURA, DIARRA, TRAORE, BALLO, DRABO, CAMARA et KEITA.  
Ce travail est l'aveu de ma reconnaissance.

A mes voisins de la cité VATICAN

- AYANGMA Celestin et BODIO Pauline sans oublier leur fils "YANN"
- Merlin TAGNE, Patrice, Sylvie, Yolande et BETTY.
- Michou et Nadège OUETTY.
- Christelle KAMDEM
- Michelle NOUKAOUA et Monique NGUENANG
- Espérance MBIANDA YONKE, Valerie NANCY, Gisèle et Flore FONKUI, Adonise KAZE ,  
Justine Irène ,TOUBIWO, Viviane, Diane, Carine, NANOU.

Mention spéciale pour leurs attentions chaleureuses et sincères.

- Moussa KOUYATE, Jean Christ AMBLAR, Joelle GABA

Pour leur sympathie quotidienne.

A mes cadets : Elisabeth et Nathalie TINDANKIR, YAYA Désiré et Luc, Dimitri BADANG, Jeanine-  
Georges et Thierry EPOK, BOTORO Thierry, Pauline ETORI, Cécile et Ursula. Gilles FOTSO, Lynda,  
Nadine et Murielle, Blanche BELECK, Vincent NDINGA. Justin FOKOU et tous les autres

J'aurai malgré mes défauts, essayé d'être un modèle pour vous.  
Pardonnez mes erreurs et bon courage.

A mes camarades internes :

Pascal SOKODJOU, Alain TCHAKOUANDEU, Evelyne MOUTONGO, Bertrand TCHOUMBOU,  
Laurence BEBE BELL.  
Pour votre participation discrète et efficace. Bon courage.

A toute la communauté Camerounaise

Mes encouragements dans sa quête incessante de perfection et d'affirmation.  
Sincères vœux de succès.

A la communauté Chrétienne de Bamako Coura  
Pour son éveil spirituel et sa chaleur rassurante.



A tout le personnel du Bureau Informatique de la Division de l'Epidémiologie.

Notamment Mr. Oumar GUINDO, Mr. Madani DIALLE, Mr. Kalédou DOUMBIA,  
Mme Mariam CISSE.

Pour leur diligente disponibilité et leur collaboration chaleureuse.

A tout le personnel de Médecine interne, du laboratoire et de l'hôpital.

Pour leur collaboration permanente

Et aussi pour cette ambiance de famille solidaire et laborieuse que vous aurez crée autour de moi. Tout  
particulièrement en médecine interne.

Les Majors DRAME, COULIBALY, TOURE et COUMBA.

Tous les infirmiers et garçons de salle

Tous les manoeuvres.

Merci pour tout.

Tout en m'excusant d'éventuelles omissions, je vous prie de vous identifier à ce travail qui n'aurait pu  
être, sans votre apport.



## AUX MEMBRES DU JURY

### **A notre maître et juge le Professeur Ali Nouhoum DIALLO**

Agrégé de médecine interne, Président de l'Assemblée Nationale du Mali.

Malgré vos multiples engagements vous avez accepté de présider au jury de notre travail.

Dès notre entrée dans cette école vous avez su en nous affiliant à la mémoire de feu le Professeur Bernard DUFLO, encrenner en nous la volonté et la contrainte du devoir.

Vos conseils et votre assistance lors des événements de 1991 qui ont précédé notre inscription, font de vous notre parrain.

Veillez cher maître trouver ici exprimés nos sentiments les plus distingués.

### **A notre maître et juge le Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

Agrégé de santé publique, chef DER de santé publique à la FMPOS, Directeur de l'ESS.

Cher maître, en acceptant de juger ce travail vous nous faites un immense honneur. Vous avez été et restez pour nous un maître distingué. Vos conseils, vos enseignements et vos illustrations d'une actualité poignante sont des lanternes pour notre carrière.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

### **A notre maître et juge le Professeur Mamadou Koureissi TOURE**

Agrégé de cardiologie, spécialiste en médecine aéronautique, chef du service de cardiologie à l'HNPG.

Cher maître, nous avons eu le privilège de vous cotoyer toutes ces années, tant à la faculté qu'à l'hôpital.

Vos enseignements nous ont laissé de vous, l'image d'un maître humble, passionnant et rigoureux.

Votre participation à ce jury nous honore et nous oblige.

Trouver ici cher maître l'expression de notre indéfectible admiration.

### **A notre maître et Directeur de thèse le Professeur Hamar Alassane TRAORE.**

Agrégé de médecine interne, chef de service de médecine CD à l'HNPG.

Cher maître, en nous confiant ce travail, vous nous avez témoigné d'une grande confiance dont nous avons joui durant tout notre séjour dans votre service.

Vos enseignements, vos soins et vos conseils demeureront pour nous une exhortation à la détermination, la rigueur, la probité et l'amour du devoir bien accompli.

Nous espérons avoir fait honneur à vos qualités incontestées de maître.

Très cher maître merci.



# INTRODUCTION



## INTRODUCTION

Les sujets âgés en Afrique à l'an 2000 représenteront 33-40 % de l'effectif total. Au Mali l'institut d'étude et de Recherche en Géronto-Gériatrie estime à 10% en 2022, la proportion des sujets âgés dans la population résidente totale. C'est là une frange de la population qui ira croissante du fait de l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie [2, 45, 67].

Le déclin physiologique de ces sujets fait d'eux le terrain de prédilection d'affections diverses, souvent chroniques et associées. Ces affections chroniques sont activées voire décompensées par des affections intercurrentes [12, 45].

Le développement souvent insidieux de la pathologie sur un tel terrain rend difficiles le diagnostic et la prise en charge adéquate de ces patients. Le sujet âgé consulte fréquemment en situation d'urgence. Cet état de crise a la particularité d'une complexe intrication de facteurs avec une expression peu classique. [6, 9, 12 25, 44, 50, 51].

En Occident, plusieurs travaux ont été réalisés sur le sujet âgé. Ces études assez parcellaires, s'intègrent plutôt dans le cadre des multiples disciplines médicales et sociales. Elles ont souvent traité ces questions en entité spécifique. [ 10, 13, 14, 33, 51, 54, 55, 56, 62].

En Afrique, la sous région ouest tout particulièrement le travail de Ka au Sénégal a abordé tous les aspects dans ce domaine. [34]

Au Mali, la question est restée ouverte. Les travaux jusqu'ici traités démontrent l'acuité des problèmes du sujet âgé. [2, 35, 59]

Notre travail a l'opportunité d'arriver à un moment où les interpellations au plan de la santé du sujet âgé deviennent aigues. Il voudrait tout en renforçant le travail de A. AG RHALY et coll, considérer la gériatrie dans son caractère global. [2, 37, 45]

Les objectifs de notre travail, sont les suivants :



## **OBJECTIFS**

### **a) Objectif général :**

Etudier les affections des personnes âgées hospitalisées à l'hôpital National du Point G.

### **b) Objectifs Spécifiques :**

- Préciser les affections qui motivent l'hospitalisation des personnes âgées
- Déterminer la prévalence des affections des personnes âgées en milieu hospitalier
- Décrire les difficultés diagnostiques et thérapeutiques.
- Evaluer le taux d'invalidité
- Evaluer le coût de prise en charge hospitalière de ces affections.
- Appuyer les initiatives socio-politiques et apporter des éléments de référence aux praticiens.



# GENERALITES



# GENERALITES

## I- DEFINITIONS :

### A. LA GERIATRIE :

#### 1/ Définition :

**1.1 - Le Dictionnaire Larousse** définit la Gériatrie comme étant :

- La médecine de la Vieillesse et
- L'ensemble des moyens préconisés pour retarder l'apparition de la sénilité.

**1.2 - LE GARNIER DELAMARE** définit la Gériatrie comme la branche de la Médecine qui s'occupe des maladies des personnes âgées. [28]

#### 2/ Historique et évolution :[33]

Le vieillissement a longtemps constitué une pathologie à part entière, rapportée au mystique du fait d'une patente complexité. Ceci explique les apriori et simplifications hatifs et néfastes de la part du médecin.

Les thérapeutiques envisagées ne visent qu'à supprimer les méfaits de l'âge au détriment de la maladie proprement dite.

La fin du 19e siècle apporte un nouvel essor à la gériatrie par la mise à contribution des autres sciences telles l'anatomie et la clinique.

Le vieillissement physiologique (senescence) se démarque désormais de la pathologie (sénilité). Les problèmes de gérontologie sont dès 1940, réhaussés à travers des revues et des congrès. Des sociétés de gérontologie voient également le jour.

La gérontologie s'établit alors suivant trois axes : Social , Clinique (**GERIATRIE**) et Expérimental. L'axe clinique (gériatrie), face à la fragmentation de la médecine contemporaine en spécialités multiples, agit en force d'intégration.

Elle oblige le praticien à considérer l'intéressante complexité de la gériatrie dans sa multidisciplinarité.

Toutefois, malgré les progrès réalisés, nos connaissances actuelles restent insuffisantes devant les multiples requêtes dans le domaine de la gériatrie.



## **B - DEFINITIONS DIVERSES**

### **1. La personne âgée :**

- Selon le dictionnaire **ROBERT** : la personne âgée est une personne d'un âge avancé.
- Le dictionnaire **LAROUSSE** la définit comme étant une personne d'un certain âge.
- le dictionnaire **LE GARNIER DELAMARE** nous dit que c'est une personne retraitée valide pour le troisième âge.

Une personne d'âge très avancé, invalide, complètement dépendante du milieu ; pour le quatrième âge.

### **2. La sénescence**

- Selon **LE GARNIER DELAMARE**, c'est un affaiblissement déterminé par l'âge. C'est le vieillissement.
- Selon le **LAROUSSE**, c'est le vieillissement naturel des tissus et de l'organisme.

### **3. La sénilité :**

- **LE GARNIER DELAMARE** la définit comme un affaiblissement progressif des facultés corporelles et mentales chez le vieillard.
- Pour le **LAROUSSE**, c'est un affaiblissement physique et surtout intellectuel produit par la vieillesse.

### **4. L'invalidité :**

C'est la diminution du potentiel physique d'une personne, pouvant donner lieu à une indemnisation. (Selon le nouveau Larousse médicale).

## **II- LE VIEILLISSEMENT ET SES FACTEURS :**

### **A -Aspects biologiques :[10, 11, 62]**

La sénescence n'est pas une maladie ; mais peut mener à quantité d'affections. Il arrive une période de la vie au cours de laquelle l'homéostasie se trouve perturbée. Dès lors l'équilibre des fonctions biologiques perd son harmonie.

Le début de la sénescence s'accompagne de perturbations des capacités d'adaptation, de destabilisation des paramètres vitaux (PA, Pouls, Respiration, temps de réaction). Notons toutefois l'existence de disparités dans ce processus, d'un individu à l'autre.

Les dérégulations hormonales internes étaient autrefois incriminées au cours de la sénescence. Actuellement la gérontologie expérimentale a permis de mettre en évidence l'altération biomoléculaire.

Le vieillissement organique n'est pas homogène.

- Certains tissus ne vieillissent pas du fait d'un renouvellement constant de leurs cellules (Epithélie).
- D'autres ne se renouvellent pas et sont donc inexorablement altérés (Tissus nerveux, musculaires, conjonctifs).

L'altération et la transcription inadéquate du code génétique seraient à l'origine de la destruction inexorable de ces tissus. Toutefois, beaucoup reste à découvrir dans ce domaine.



## **B - Aspects physiologiques : [10, 11, 53]**

Il a été longtemps considéré que le vieillissement en tant que phénomène pathologique, résultait de l'usure de l'organisme et des séquelles de maladies et accidents antérieurs.

Cette conception expliquerait l'apparition des maladies dégénératives de tout genre, causes de sénilité et de mort.

C'est ainsi que le vieillissement pouvait être évité avec espoir d'une "Maturité prolongée". Les travaux effectués dans ces dernières décennies rapportent que le vieillissement est un phénomène normal. Car il est lié aux processus de différenciation et de croissance.

C'est ainsi qu'a été décrit un programme de développement génétiquement déterminé et caractéristique de chaque espèce.

L'influence de facteurs endogènes et exogènes apporte de grandes disparités dans le déroulement de ce programme. Ceci va conduire suivant les individus à une sénilité précoce, ou lente.

### **1/ CROISSANCE ET DÉCROISSANCE CHEZ L'HOMME**

Le cycle vital de l'homme comporte, communément trois phases : Croissance, Maturité et Vieillesse. Les frontières entre ces différentes phases restent très disparates. En fait le vieillissement ne commencerait qu'à partir de 60 ans.

Biologiquement, c'est à la fin de la période de croissance staturale, que commence notre lente et insidieuse décroissance par diminution de notre masse métabolique active (masse maigre).

Ce phénomène reste cliniquement discret pendant longtemps, du fait des dépôts graisseux. Par contre, il est aggravé par tout facteur accentuant le catabolisme azoté (Immobilisation, fièvre, carence d'apport protéique). Cette aggravation est réversible.

### **2/ INVOLUTION FONCTIONNELLE ET SENESENCE :**

L'involution fonctionnelle débute avec la décroissance et se manifeste par la baisse des performances. Cependant l'involution n'est pas analogue et synchrone pour toutes nos fonctions.

De manière générale, les organes effecteurs vieillissent plus rapidement que les systèmes intégrateurs assurant l'homéostasie de l'organisme. Même si ce rôle avec l'âge est de plus en plus difficilement assuré.

Les organes majoritairement formés de cellules non renouvelables ont une involution plus précoce. L'exemple type serait le cristallin dont la déclinaison fonctionnelle est régulière et linéaire dès l'enfance. Le vieillissement à l'intérieur de l'organisme est différentiel.



### **2-1 Les organes effecteurs** : ils sont les premiers touchés.

- Les muscles voient leur forces et leur tonus de repos décroître dès la trentaine.
- L'altération du squelette débute à la même période avec diminution progressive de la densité des os longs et des vertèbres.
- Les performances ventilatoires sont aussi précocément atteintes par baisse de la ventilation maximale par minute et de la capacité vitale.
- L'appareil circulatoire quant à lui est progressivement perturbé par augmentation de la pression systolique au repos et diminution du débit cardiaque.

Ceci serait dû à l'augmentation des résistances périphériques et à une diminution de l'élasticité pariétale de l'aorte et des gros vaisseaux.

- L'involution rénale qui est régulière et globale passerait par : la diminution du nombre de néphrons, la baisse de la filtration glomérulaire, de la sécrétion tubulaire, des capacités d'excrétion et réabsorption tubulaire et la baisse du flux sanguin rénal.
- Au niveau de la fonction de digestion, on note une baisse de volume des sucs digestifs, tout comme leur teneur en enzymes. Notamment en ce qui concerne la digestion protéique qui se complique avec l'âge.

### **2-2 Le système intégrateur** :

Les études faites montrent que la majorité des glandes ne semblent pas être affectées par l'âge. C'est le cas pour l'hypothalamus, l'hypophyse, les gonades, le pancréas, les surrénales et la thyroïde.

Toutefois une diminution de l'activité biologique de certaines hormones a été relevée. C'est le cas pour l'insuline tout particulièrement. Notons pour la thyroïde, une baisse avec l'âge, de sa sensibilité à l'iode.

### **2-3 Le vieillissement du système nerveux** :

Il débute assez tôt, bien avant la fin de la période de croissance. Cette involution reste hétérogène, se manifestant surtout au cervelet, au cortex et au noyau thalamique antérieur.

La structure du cerveau se modifie avec l'âge indépendamment de toutes lésions cérébro-vasculaires. Le vieillissement précoce de certains récepteurs sensoriels est bien établi (vision, audition, tact et goût).

De même, le ralentissement de la vitesse de conduction des nerfs moteurs est progressif dès la trentaine. Les capacités mnésiques et d'apprentissage des tâches baissent également dès la troisième décennie. Le phénomène est toutefois contraire pour l'expérience acquise.

### **2-4 Vieillesse des défenses immunitaires** :

L'activité immunitaire est maximale pendant l'adolescence. Elle diminue par la suite alors qu'augmente la fréquence des maladies auto-immunitaires. Ce déclin suit l'involution du thymus et serait lié à la baisse des capacités de différenciation des cellules souches.

Le vieillissement fonctionnel aurait donc pour conséquence sur l'organisme, l'altération avec l'âge de son adaptabilité aussi bien somatique que psychique.



### **3/ CARACTERE DIFFERENTIEL DU VIEILLISSEMENT :**

Le vieillissement reste très variable d'une population humaine à l'autre et d'un individu à l'autre au sein d'une même population. Les causes de ces disparités sont nombreuses.

#### **3-1 Les causes génétiques :**

L'implication des facteurs héréditaires pourrait s'expliquer par le parallélisme des horaires de vieillissement chez les jumeaux monozygotes de même paire, comparativement aux dizygotes et aux frères et soeurs ordinaires.

#### **3-2 Les causes fonctionnelles :**

La baisse de la force musculaire par exemple, sera beaucoup plus précoce chez les sujets sédentaires, que chez ceux entraînés régulièrement. L'absence d'activité physique produit les mêmes effets chez l'adulte lorsqu'elle est prolongée.

#### **3-3 Les facteurs de risque :**

Les facteurs pouvant entraîner un vieillissement prématuré et accéléré des fonctions sensibles à l'environnement sont nombreux. Nous citerons en particulier l'alimentation dans la genèse d'affections cardio-vasculaires et métaboliques, les toxiques de tous ordres (Alcool, tabac...), ainsi que toutes les situations anxiogènes de la vie.

#### **3-4 les maladies intercurrentes :**

Le vieillissement peut être accéléré par toute maladie grave ou tout traumatisme physique ou affectif sérieux surtout après 60 ans. C'est le "coup du vieux".

A la base de ce phénomène se trouverait une perte azotée prolongée et mal traitée. Il peut être grave en cas de "capitulation psychologique" totale de l'individu.

### **4/ CAUSES MOLECULAIRES DU VIEILLISSEMENT :**

Globalement, le processus de sénescence est lié à la diminution progressive du nombre de cellules dans les tissus.

Ajoutons à cette diminution les anomalies fonctionnelles des cellules et les modifications de la matrice intercellulaire.

#### **Le vieillissement de la cellule entraîne :**

- Des modifications de sa membrane et de son adhésivité.
- La diminution de la vitesse de réplication du **DNA** dans les fibroblastes vieillissants.
- La diminution de la vitesse de réparation du **DNA** avec l'âge après irradiation aux **UV** ou aux rayons gamma.

La longévité des mammifères serait liée aux capacités cellulaires de réparation du **DNA**.



## **C - Aspects socio-démographiques :**

### **1/ DEMOGRAPHIE : [2, 6, 59, 60, 65]**

D'après l'étude de **AG RHALY** la population des personnes âgées représentera **33 - 40 %** de l'effectif total en Afrique à l'an **2000**.

Les perspectives de la population résidente du Mali de **1987 - 2022**, du Ministère du plan et de la coopération internationale estime à :

**6,41 %** de la population totale en **1998**  
 puis **10 %** de la population totale en **2022**.

L'espérance de vie passerait de **59,9** ans entre **1987 et 92** à **71,4** ans entre **2017 et 2022** pour les femmes; et **56,6** ans à **68** ans pour les hommes au cours des mêmes périodes.

C'est là une frange de la population dont l'accroissement suit la Démographie et l'amélioration de la qualité de vie. Ses besoins, d'une acuité croissante, exigent désormais plus d'attentions de la part du décideur et des structures d'encadrement.

### **2/ FACTEURS SOCIO-CULTURELS : [2, 29, 35, 59, 63]**

Au regard de notre société gérontocratique à la base, le sujet âgé demeure cet ancien, cette personne ressource consultée pour sa sagesse et son expérience. En ceci, l'âge avancé confère droits et privilèges socio-culturels reconnus et parfois convoités.

Toutefois ces attributs de l'âge, sont désormais mis en cause par une société qui privilégie activité, jeunesse et rendement. Rejetant la vieillesse et les personnes âgées qu'elle considère comme un poids, un "Tiers monde" qui l'épuise.

La personne âgée qui se retrouve en cessation d'activité pense enfin pouvoir se livrer à ses loisirs. Elle a l'intellect émoussé et l'attention éro lée par la monotonie. Et ses impressions fanées par l'épreuve, détruisent sa curiosité.

Les douleurs, la fatigue et la fragilité du corps sont là pour inhiber toute ambition. Le choix vital est à la prudence, la réserve ou la résignation ; voire le renoncement.

La perte de son statut social et le poids de ses dépendances l'affligent d'avantage. Et notre société qui voit en la personne âgée, sa finitude réelle et inéluctable, manifeste à son égard une sollicitude qui voile maladroitement le heurt de son orgueil et de sa quête de plénitude.



### III- LE TERRAIN DU SUJET AGE

#### A- SEMIOLOGIE CLINIQUE

C'est une tâche ardue que de prendre cliniquement en charge le sujet âgé.

##### 1. Abord : [9, 44]

La prise de contact avec la personne âgée exige respect et déférence quelque soit son état intellectuel, mental ou physique.

##### 2. Anamnèse : [9, 27, 44]

Elle exige patience et minutie en vue de mieux connaître la personne dont on veut résoudre les problèmes de santé.

Elle exigera parfois le concours des parents face aux troubles mnésiques et intellectuels du patient.

Sa nature souvent confuse amènera à des multiples reprises pour un meilleur recoupement des affirmations.

De la qualité de l'anamnèse dépendront la prise en charge et le pronostic immédiat.

Les doléances du patient devront être traduites en signes fonctionnels, complétés par un examen physique. Les impressions diagnostiques qui en découlent seront étayées par des examens complémentaires de complexité croissante.

L'anamnèse ne devra pas ignorer la part importante du contexte social dans la pathologie et la prise en charge du patient.

##### 3. Examen clinique

Son issue dépend du climat de confiance au préalable créé entre le patient et le médecin.

Il exige du clinicien tact et sagacité du fait du contexte souvent confus de polyopathie et /ou de symptômes atypiques.

##### a. L'examen cardio-vasculaire :

La fréquence cardiaque sera évaluée au stéthoscope du fait de la fréquence des troubles du rythme supra-ventriculaire.

Du fait de l'athérosclérose mitro-aortique surtout, un souffle systolique rarement fonctionnel est souvent entendu.

La prise de la tension artérielle debout et couché et aux deux bras peut révéler une hypertension artérielle ou une hypotension orthostatique.

##### b. Examen respiratoire :

Les déformations thoraciques liées à l'ostéomalacie et l'altération de l'appareil locomoteur, rendent souvent la respiration moins ample et superficielle.

Toutefois la dyspnée ne saurait être physiologique chez le vieillard. Elle traduit toujours une affection cardio-vasculaire et/ou pleuro pulmonaire.



c. **Examen abdominal** :-

Il est souvent gêné par les anomalies rachidiennes rapprochant ailes iliaques et gril Costal. La palpation d'une aorte abdominale pulsatile chez les sujets maigres ne devra pas faire penser hâtivement à un anévrisme.

On éliminera volontiers une organomégalie sachant que le foie est souvent abaissé chez le sujet âgé. Rechercher une ascite éventuelle. Les touchers pelviens faits à un seul doigt du fait de l'involution trophique régional apprécieront la tonicité sphinctérienne et élimineront un fécalome, une tumeur ano - rectale ou prostatique, un cancer génital.

L'examen abdominal sera précédé par un examen de la denture et de l'hygiène buccale, la langue, les amygdales et les glandes salivaires. On explorera le sphincter vésical en recherchant des troubles de la miction. On s'informerera sur les fonctions sexuelles.

d. **Examen osteoarticulaire** :

On recherchera une diminution de la taille par affaissement des disques inter-vertébraux ou par tassements pathologiques ; liés plus souvent à l'ostéoporose.

On vérifiera les mobilités articulaires pouvant être réquies par des processus inflammatoires (arthrite Rhumatoïde) ; dégénératifs (coxarthrose, gonarthrose, arthrose vertébrale du diabète, hyperostose) ; Métaboliques (goutte, chondrocalcinose).

e. **Examen neurologique** :

Souvent dernier de l'examen physique, il est parfois rendu difficile par la fatigabilité du patient. L'appréciation de la force musculaire en déclin, devra être corrélée à la diminution de la masse maigre et à la malnutrition protéino-énergétique fréquente dans nos contrées.

Les reflexes ostéotendineux sont souvent vifs aux membres supérieurs. Les reflexes achilléens peuvent être abolis. Une hypertonie oppositionnelle peut être retrouvée chez le sujet dément mais pas parkinsonien.

La sensibilité reste peu affectée par l'âge en dehors de toute neuropathie. Les fonctions sensorielles seront évaluées notamment l'ouïe et la vue ; de même que l'orientation, la mémoire, la lecture et l'écriture. Un examen psychiatrique sommaire sera effectué en quête de tendance dépressive, d'anxiété, d'hallucinations ou d'idées délirantes.

f. **Examen endocrinien et métabolique** :

Au cours de l'examen il ne faudra pas oublier la fréquence du diabète chez la personne âgée dont le diagnostic pourra être clinique et/ou biochimique.

- L'hypothyroïdie est souvent difficile à mettre en évidence. Elle pourra se révéler par : une raucité vocale, une sécheresse de la peau, une perte de cheveux, une anémie, une intolérance au froid, une constipation ou une lenteur des actes quotidiens. Ce sera souvent un sujet opéré pour goître ou soumis à un traitement à l'iode radioactif.
- L'hyperthyroïdie quant à elle est peu caractéristique, révélée souvent par un amaigrissement inexplicable, une thermophobie, parfois un nodule thyroïdien ou une fibrillation auriculaire. Cependant, la clinique ne concorde pas toujours avec le laboratoire.
- La goutte peut aussi être accusée, induite par la prise régulière de salidiurétiques et présentée sous forme atypique.
- La maladie d'Addison devra être recherchée, manifestée par : la fatigue, l'hypotension et quelquefois des modifications de la pigmentation non spécifiques.



## B - EXAMENS COMPLEMENTAIRES : [5, 16, 19, 44]

### 1/ La biologie :

**1-1 La numération et formule sanguine** : Elle dépiste de fréquentes anémies. L'anémie est loin d'être normale chez la personne âgée, et doit toujours faire mettre en oeuvre des investigations plus poussées.

L'hémoglobinémie devra être interprétée en corrélation avec l'état de déshydratation du sujet. Les plaquettes, les globules blancs et même la vitesse de sédimentation restent stables au cours du vieillissement.

**1-2 La glycémie** : Elle reste stable à jeun. Seule est modifiée la glycémie post prandiale qui augmente classiquement de 0,6 mmol/l par décennie après 40 ans.

**1-3 La créatininémie** : reste souvent "normale" malgré la forte diminution de la masse musculaire. Cependant, cette valeur ne reflète que la diminution de l'excrétion urinaire et la réduction néphronique.

Face à la difficulté d'un recueil urinaire, la clairance de la créatinine ne peut être mieux estimée que par la formule de Cockcroft.

$$\text{Clairance créat (ml/mn)} = \frac{\text{Poids (kg)} \times [140 - \text{Age (années)}]}{\text{Créatininémie (mg/l)} \times [1 \text{ (femme) ou } 1,25 \text{ (homme)}]}$$

**1-4 L'albuminémie** : bien que dépendante de l'état nutritionnel, reste stable. Toutefois une chute en dessous de 28 g/l est toujours pathologique et facteur de mauvais pronostic.

**1-5 La calcémie** : Elle sera interprétée et corrigée en fonction de l'albuminémie.

$$\text{Ca Corr (mmol/l)} = \text{Ca observée (mmol/l)} + 0,02 \times [40 - \text{albuminémie (g/l)}]$$

**1-6 La fonction hépatique** : Biologiquement il n'existe ni cholestase, ni cytolyse, ni insuffisance hépatocellulaire, en dehors de toute hépatopathie.

- L'augmentation fréquente des phosphatases alcalines est souvent le reflet d'une maladie osseuse. (Paget ou Avitaminose D).

**1-7 Les Bactériuries** sont fréquentes surtout chez la femme âgée. Elles doivent souvent être respectées si elles demeurent cliniquement muettes.

### 2/ Imagerie :

**2-1 La radiographie du thorax** : Elle tient une place de choix dans l'examen paraclinique du vieillard. L'obtention d'un cliché de qualité, réalisé dans les conditions requises (bien centré et pénétré, en inspiration forcée) reste une gageure.

L'aorte, les cartilages trachéaux et chondro-costaux sont souvent calcifiés. La crosse aortique est souvent déroulée. Il existe parfois une fausse cardiomégalie du fait de modifications anatomiques du thorax et de la rotation cardiaque vers la gauche.



**2-2 L'ECG** : Rarement normal chez le sujet âgé. L'onde P souvent d'amplitude réduite, peut augmenter (**D2, D3 et AVF**) et témoigner d'une hypertrophie auriculaire droite et de la pathologie pulmonaire sous jacente.

L'espace **PR** s'allonge mais reste sensiblement égal à **0,20** secondes.

L'axe de QRS est souvent déplacé vers la gauche et parfois au delà de **30°**, sans affection cardiaque.

Il existe parfois un **BBD** complet ou incomplet, de même que des séquelles de nécroses anciennes passées inaperçues. Des modifications de l'onde T à signification ischémique, doivent faire évoquer aussi une hypokaliémie, une imprégnation digitalique ou parfois une hypothyroïdie.

**2-3** L'examen tomodensitométrique du cerveau bien qu'encore inexistant chez nous, montre avec constance, un certain degré d'atrophie cortico-sous-corticale. Ces anomalies n'ont parfois pas de rapports significatifs avec les troubles cognitifs du sujet âgé.

C'est aussi le cas pour la leucoaraïose (hypodensité de la substance blanche périventriculaire) rencontrée dans les démences séniles de type Alzheimer et dans les démences vasculaires ; tout autant que chez le sujet normal.

### **3/ Les autres examens spécialisés :**

Pour les autres examens spécialisés, on les évitera autant que faire se peut du fait qu'ils sont onéreux, fatiguants et techniquement difficiles à réaliser. Lorsqu'ils sont indispensables, il faut en évaluer le risque et la valeur pronostique.

## **C - THERAPEUTIQUE :**

### **1/ Médicale :**

#### **1-1 Principes généraux : [20, 40, 64]**

Les affections du vieillard sont complexes, limitent les capacités fonctionnelles et rendent le patient dépendant de la communauté. De fait, la gériatrie apparaît comme une "médecine d'ensemble" conc pluridisciplinaire. Car, le patient âgé présente à la fois plusieurs affections, sur fond d'involution générale et de troubles dégénératifs.

Un des problèmes majeurs en gériatrie est la combinaison de plusieurs traitements simultanés; avec les risques de potentialisation thérapeutique et toxique.

La thérapeutique gériatrique transgresse toute la spécialisation médicale. Car à la polypathologie fréquente, se greffe la différence dans le stade évolutif de ces affections. Ce qui exige pour chacune, un comportement propre du praticien.

Toutefois, tout traitement médical ou toute intervention qui peut supprimer un facteur virtuel de dégradation doit être envisagé. Ceci commence à la naissance et doit se poursuivre toute la vie durant.

Ces traitements seront volontiers précoces et intensifs, car les affections du vieillard ont cette fâcheuse tendance à la chronicité.



Le praticien devra plus souvent s'atteler à un traitement étiologique ou physiopathologique tout en gardant à l'esprit deux données dominantes de la thérapeutique gériatrique : les posologies diminuées et la surveillance très stricte.

## 1-2 Pharmacocinétique : [5, 40, 46, 50, 64]

### 1-2-1 Généralités

#### ⇒ Intensité de l'effet thérapeutique :

Elle est en rapport avec la concentration du médicament au niveau des sites d'action. Cette concentration peut être suivie en étudiant :

- L'entrée du médicament dans le compartiment central (volume de liquides extra-cellulaires)
- La diffusion du médicament vers les tissus à partir du compartiment central.
- La transformation du médicament en métabolites inactifs (sortie du médicament).

#### ⇒ Principales constantes pharmacocinétiques :

A partir de la distribution et de l'élimination des médicaments et suivant les individus, trois paramètres importants ont pu être suivis :

- La demi-vie dans le sang ou le serum : Temps nécessaire pour la décroissance de moitié pour une concentration donnée.
- Le volume apparent de distribution : Etendue de la distribution de la drogue dans les compartiments liquidiens/fixation par les tissus.
- La clairance du médicament : Mesure l'élimination du compartiment central.

### 1-2-2 Aspects particuliers du sujet âgé :

Les particularités tiennent :

- Aux variations physiologiques avec l'âge de la sensibilité aux drogues des sites récepteurs.
- Aux modifications avec l'âge des grandes fonctions de l'organisme. Notamment le métabolisme et l'élimination.

#### ⇒ Modifications de l'absorption des médicaments :

Si la fraction absorbée du médicament ne varie pas avec l'âge, la vitesse d'absorption aurait tendance au ralentissement, traduit par un retard de la concentration maximale après prise orale unique.

#### ⇒ Modifications de la clairance rénale :

Elles sont importantes et l'examen de la créatinémie dont le taux reste stable à partir de la puberté reste peu significatif. D'où l'intérêt de mesurer la créatinine endogène à partir de l'âge, du sexe et de la créatininémie (voir la formule de Cockcroft).

La réduction de la clairance glomérulaire pourrait expliquer l'augmentation de la demi-vie des médicaments d'élimination urinaire.

#### ⇒ Modifications de la clairance métabolique :

Notre littérature a été très discrète à ce sujet.



### ⇒ Modifications du volume apparent de distribution :

Ces modifications sont inconstamment liées à l'âge et différentes selon les produits. Elles influencent directement la clairance du médicament. Le volume apparent de distribution dépend :

- De l'importance de la fraction libre de la drogue augmentant avec l'âge du fait de l'hypoalbuminémie.
- De la masse des tissus maigres et de leur perfusion sanguine.
- De la masse grasse.
- De la perméabilité des membranes cellulaires.

### ⇒ Conséquences de ces variations sur la posologie :

- Du fait de l'altération des processus d'élimination avec l'âge, les administrations répétées de médicaments créent un risque d'accumulation.
- L'administration de doses réduites, adaptées à l'âge, n'a d'effet efficace qu'avec retard.
- Une dose de charge per **OS** ou **IV** sera souvent utile pour pallier au retard d'efficacité des doses réduites. Toutefois, en l'absence de toute urgence, le traitement à doses progressives est préférable.

### 1-3 Emploi de certains médicaments :

La diminution et l'hypersensibilité des sites récepteurs, perturbent bien souvent le mécanisme d'action des médicaments. En gériatrie, les doses minimales seraient de règle avec progression prudente jusqu'à posologie efficace.

Une surveillance assidue et rigoureuse évitera les doses excessives et les associations médicamenteuses nocives. Elle permettra en outre d'interrompre les thérapeutiques non nécessaires. Il est à noter que les effets secondaires seront plus sévères chez le patient âgé. D'où l'exhortation à éviter toute thérapeutique éronnée.

#### 1-3-1 Médicaments à éviter :

- Les **IMAO** : Du fait des interférences médicamenteuses sensibles à cet âge.
- les **hypotenseurs majeurs** : pour leur risque d'hypotension orthostatique nocive au niveau du cœur et du cerveau.

#### 1-3-2 Médicaments à discuter :

#### ⇒ Les anti coagulants :

La prescription devra être de courte durée avec une préférence pour les héparines. La nécessité des anti vitamine **K** sera réservée et strictement contrôlée pour un **INR = 2-3**

#### ⇒ Les diurétiques :

Leur prescription restera prudente et systématiquement associée aux sels de potassium. Si la durée de traitement pose problème, la décision sera prise au regard de la fréquence cardiaque, le poids et la tension artérielle. Le RSS reste une contre-indication chez le sujet âgé sauf en cas d'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance rénale.

#### ⇒ Les tonico-cardiaques :

Thérapeutique dangereuse en absence de certitude diagnostique et de surveillance. Utiles en cas de diagnostic reconnu, leur prescription sera contrôlée au regard des effets obtenus et préférera les digitaliques d'action rapide en cas de traitement au long cours.



⇨ **Les antihypertenseurs :**

Tout en proscrivant le régime sans sel, le repos et les calmants, la surveillance clinique et biologique reste de règle.

⇨ **Les antibiotiques :**

Le traitement antibiotique sera entrepris précocement et efficacement.

⇨ **Les antiparkinsoniens :**

Restent des outils du spécialiste.

⇨ **Les hypnotiques :**

Si leur prescription n'est pas aisée, elle s'appuyera sur le terrain, la spécificité des troubles. La dose efficace sera prudemment recherchée à partir de faibles doses initiales. La polypharmacie sera à éviter. La surveillance reste de rigueur.

⇨ **Les sulfamides hypoglycémiantes :**

Leur usage sera prudent. Le recours préalable à un régime hypocalorique, évitera souvent les risques d'accidents hypoglycémiques. Lorsque nécessaires, les sulfamides hypoglycémiantes à demi-vie longue seront évités. De même qu'on évitera les produits trop puissants (glybenclamide).

## **2/ LA CHIRURGIE CHEZ LE VIEILLARD : [37, 49, 52, 54]**

Les progrès réalisés tant en chirurgie que dans les disciplines paramédicales telles que l'anesthésie et la réanimation, n'ont malheureusement pas éliminé les risques chirurgicaux liés à l'âge. Toutefois les constatations en cancérologie suggèrent plus d'optimisme et montrent l'importance et l'actualité de la géro-chirurgie.

### **2-1 Causes probables de l'augmentation du risque géro-chirurgical**

Parmi les facteurs potentiels d'aggravation du risque chirurgical, se trouve :

- **L'âge** : Au delà de 60 ans, la force vive est é noussée et les résistances organiques diminuées. Toute fois l'âge tout seul, ne saurait déterminer le pronostic opératoire.

- **Le terrain** : Il vient s'ajouter à l'âge pour in fluencer de façon déterminante le pronostic. Ce par le b ais des maladies et tares associées à la lésion chirurgicale.

- **L'urgence** : C'est la partie la plus décevante et dangeureuse de la gériatrie.

L'acte chirurgical chez le vieillard, mérite une préparation minutieuse. Car la chirurgie d'urgence reste grévée d'une forte mortalité encore plus chez le vieillard, que chez l'adulte.

- **Le retard diagnostique et thérapeutique :**

Il tient de plusieurs facteurs défavorables. Notons ici les réticences et hésitations du malade, de son entourage et du chirurgien puis le tableau souvent atypique de l'affection dans son expression clinique.



## 2-2 Moyens d'amélioration des résultats en gérônto chirurgie :

Ils résultent de la conjonction de petites mesures dans le processus chirurgical.

### ⇨ La sélection pré-opératoire :

Elle relève des aptitudes et de l'appréciation subjective ou objective du chirurgien. Dans ce contexte, l'abstention est souvent un recours utile. Recours, qui d'après **NISSEN** peut souvent ne profiter qu'aux statistiques en constituant une injustice vis à vis d'un patient pourtant curable.

### ⇨ La préparation à l'intervention :

Elle est importante au double plan

- **Psychologique** : pour motiver souvent la volonté et la résignation du vieillard, transformer sa frustration et son espoir de mourir en coopération et volonté de survivre.
- **Physique** : pour prévenir les désordres et méfaits de l'agression chirurgicale ou des maladies associées.

### ⇨ L'intervention chirurgicale :

La collaboration de tous les intervenants doit être parfaite bien avant l'échéance. "Célérité, dextérité, minutie et précision" sont les maîtres mots de l'acte à cet âge. Car il ne faut pas oublier que ce terrain fragile, supporterait mal autant une anesthésie prolongée, que la moindre complication chirurgicale. De plus "c'est en per - Opératoire que l'on assure le post-Opératoire".

### ⇨ Le post-opératoire :

Il est régi par des règles qu'il convient d'observer :

- La prescription d'antalgiques sera minutieuse et contrôlée ;
- Une alimentation précoce sera préférée aux perfusions déprimantes et angoissantes pour le patient.
- La mobilisation active évitera la prescription d'anticoagulants nocifs à cet âge.
- Un nursing assidu et courtois sera utile à la collaboration et la réadaptation de ce patient désorienté et perturbé dans son équilibre par l'acte chirurgical.

L'observance de tels principes permettrait d'occulter le pessimisme de **CHAMPEAU** qui disait : "le vieillard guérit vite ; ou ne guérit pas".



#### IV - LE CAS DU MALI :

Notre pays, le Mali ne fait pas exception à l'évolution globale du contexte gérontologique. Les personnes âgées au Mali voient leur effectif augmenter, passant de **6,41 %** de la population totale en **1998** pour atteindre **10 %** en l'an **2022**, selon les estimations du ministère du plan après le recensement de 1987. Ceci tient de l'amélioration des conditions et de l'espérance de vie.

Le sujet âgé a fait l'objet de marginalisation dans une société privilégiant dynamisme, activité et rendement. Car ses problèmes ont été longtemps ignorés devant son attitude souvent résignée.

A la suite de la résolution 33/52 des Nations Unies du 14 décembre 1978 sur le vieillissement et des réunions régionales Addis Abéba (1982), et Dakar (1984) ; notre pays se trouve résolument engagé à la réhabilitation du Sujet Agé.

Forte de ces expériences la Direction Nationale des Affaires Sociales du Mali va s'investir à élaborer une véritable politique de solidarité en faveur des personnes âgées.

Les travaux préliminaires sont entrepris en 1984 en collaboration avec l'institut de sociologie de l'université de Vienne en Autriche ; portant sur les conflits de générations et la définition des besoins sociaux et médicaux des personnes âgées.

En 1987, une enquête sera menée sur les conditions socio - économiques et sanitaires des personnes âgées.

En 1989, une étude impliquant le Centre International de Gérontologie Sociale, l'Institut Santé et Développement, l'Institut Nationale de Recherche en Santé Publique et l'Ecole de Médecine et de Pharmacie du Mali ; sera conduite aussi à l'initiative de la Direction Nationale des Affaires Sociales.

En 1992, le séminaire national sur le 3ème âge fait le point de l'évolution et met sur pied un comité national de suivi des problèmes du 3ème âge.

La 3ème République du Mali avec la création d'un Ministère de la Santé des Personnes Agées et de la Solidarité cor firme ce comité de suivi en 1993.

En 1996, le rapport d'activité du comité de suivi conduit à :

- la mise en place du conseil national des personnes âgées du Mali (organe consultatif) ;
- l'inauguration de l'institut national d'étude et de recherche en Géronto - gériatrie dite la "Maison des aînés" ; soutenue par la loi n° 98-038 du 20 Juillet 1998 et dont le décret n° 98-256/P-RM du 20 août 1998 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnements.

A l'heure actuelle, si des dispositions sont prises dans les textes, pour améliorer l'accès des personnes âgées au service public à l'instar du décret 95-368/P-RM ; le chemin pour leur application effective reste parsemé d'embûches. Seule une action concertée et dynamique de tous les intervenants pourrait conduire à une réhabilitation franche du sujet âgé.



# **METHODOLOGIE**



## METHODOLOGIE

### I - PATIENTS ETUDIES :

Notre travail a porté sur tous les patients âgés de 60 ans et plus, hommes et femmes ; hospitalisés à l'hôpital National du Point G.

#### 1/ Critères d'inclusion :

Tous les patients âgés de soixante ans au moins, et hospitalisés à l'hôpital national du point G, ont été recensés dans notre étude.

#### 2/ Critères d'exclusion :

N'ont pas été retenus dans notre étude :

- tous les patients hospitalisés de moins de 60 ans
- tous les dossiers comportant des renseignements imprécis ou incomplets.

Pour 701 patients hospitalisés, nous avons collecté cinq cent quarante trois (543) dossiers. Seuls 487 ont satisfait aux exigences de notre étude. Nos résultats et analyses ont donc porté sur 487 cas.

### II - METHODES :

#### 1/ Le lieu d'étude :

L'Hôpital National du Point "G" est le 1er hôpital national du Mali. Situé sur la colline du Point "G" à 8 km de la ville de Bamako, il a été créé en 1906.

La loi 92-023/AN-RM du 5 Octobre 1992 l'érige en Etablissement Public à Caractère Administratif (EPA). Il tient lieu avec les hôpitaux Gabriel TOURE et Kati de Centre Hospitalo-Universitaire (CHU).

Dans ses missions, il :

- Assure la mise en oeuvre de la politique nationale de santé en dispensant des soins curatifs et de réhabilitation aux malades venant de tous horizons ;
- Participe à la formation, la recherche scientifique et technique, au perfectionnement et la spécialisation des personnels socio-sanitaires.

Il est doté de : un conseil d'administration  
une direction générale  
un comité de gestion  
une commission médicale.

L'Hôpital National du Point "G" comprend 15 services d'hospitalisations avec une capacité totale de 589 lits et 5 services médico-techniques.



Notre étude s'est déroulée dans les services de Cardiologie, Chirurgie, Gynécologie, Médecine Interne, Néphrologie, Neurologie, Pneumologie, Psychiatrie et Urologie.

## **2/ Le type d'étude :**

Nous avons mené une étude prospective et descriptive.

## **3/ La période d'étude :**

Notre étude s'est étendue sur dix-neuf (19) mois, soit d'Avril 1997 à Octobre 1998. Les différentes articulations de notre travail ont été :

### **3-1 - La conception et confection des supports : protocole et fiche d'enquête :**

Cette phase a duré quatre (4) mois - soit d'Avril à Juillet 1997 inclus. Nos travaux ont été dirigés et corrigés par notre directeur de thèse.

#### **3-1-1- Le protocole :**

Il a porté sur quatre (4) pages avec trois parties :

- L'introduction qui annonce et pose la problématique du sujet.
- Les objectifs et
- La méthodologie.

#### **3-1-2 : la fiche d'enquête :**

Elle a porté sur les données suivantes :

- **Données socio-épidémiologiques** nous ont permis d'étudier : l'âge, le sexe, les ressources, la profession, la résidence et la nationalité de nos patients

- **Données cliniques** ont déterminé : les modes d'admission à l'hôpital, l'habitude à la consultation, les délais et causes de retard de prise en charge, et la durée de séjour. L'examen physique fait appareil par appareil nous a permis de distinguer trois modes d'expression clinique des affections du sujet âgé.

- **Spécifique** : lorsque l'examen clinique tout seul conduit à un diagnostic évident. Les examens complémentaires venant vérifier l'état du terrain .

- **Non spécifique** : lorsque malgré l'examen clinique, notre impression diagnostique reste peu plausible, et les examens para cliniques conduisent à un diagnostic certain .

- **Atypique** : Lorsque le tableau clinique ne permet aucune orientation diagnostique et les examens complémentaires débouchent sur un diagnostic inattendu.

L'examen des patients nous a fait relever les invalidités dont ils sont atteints.

- **Données para cliniques**, ont permis de faire la part entre ce qu'il convient d'appeler bilan standard suivant les services, et les examens spécialisés qui eux ne sont pas toujours systématiques. Nous sommes arrivés à une sommation de ces différents examens suivant les cas. Les résultats des examens nous ont conduit à retenir un diagnostic, déterminer les affections associées et définir le type de pathologie dans les modes aigu et chronique.



- **Données thérapeutiques** ; nous avons étudié : les régimes et les règles de traitement, l'inventaire des prescriptions, les options thérapeutiques (paliative ou radicale), les modalités évolutives et les motifs du choix thérapeutique.

Nous avons enfin évalué le pronostic à la sortie de nos patients sur la base d'arguments cliniques. Ceci nous a permis d'évaluer la mortalité gériatrique dans la période de notre étude.

- **Données économiques**, nous avons également déterminé les coûts d'hospitalisation, des examens, des médicaments et des actes. Nous avons évalué le coût hospitalier global moyen et le coût d'hospitalisation moyen par catégorie.

Nous avons aussi déterminé une durée moyenne de séjour hospitalier et évalué globalement la prise en charge actuelle en matière de gériatrie.

Les calculs de coûts ont été faits sur la base de la tarification des examens et hospitalisation ; des KITS Opératoires et des barèmes de prix de médicaments en DCI appliqués à l'Hôpital National du Point G. Nous avons eu également recours aux tarifs des médicaments en spécialité à la pharmacie privée du Point G.

### 3-2- La collecte des données :

Elle a duré douze (12) mois allant de Septembre 1997 à Août 1998 inclus. Nous avons suivi la majorité de nos patients durant leur hospitalisation ; pour une plus grande fiabilité des données.

Les fiches d'enquête ont été remplies par nous même.

### 3-3- La saisie et analyse des données :

Elle a duré pratiquement trois (3) mois. Nous l'avons effectuée à la division de l'épidémiologie.

Nos données ont été saisies sur ordinateur marque (IBM COMPAQ DESKPRO) et logiciel (EPI6FR). La saisie des textes a été faite sur logiciel (WORDPERFECT 6.1).

Les tests Statistiques utilisés étaient le KHI CARRE avec  $P \leq 0,05$ , le KHI corrigé de YATES et le test de Fisher.



# RESULTATS



## RESULTATS

### I- RESULTATS GLOBAUX

#### 1. PRÉVALENCE DES HOSPITALISATIONS DES SUJETS ÂGÉS

**TABLAU 1 : Prévalence des hospitalisations des sujets âgés par service**

SERVICES	HOSPITALISATIONS GLOBALES	HOSPITALISATIONS SUJETS AGES	POURCENTAGE
Urologie	539	187	26,8
Cardiologie	498	171	24,4
Médecine Interne	723	98	14,0
Chirurgie	1017	63	9,0
Neurologie	438	61	8,7
Néphrologie	347	58	8,2
Pneumologie	307	40	5,7
Gynécologie	193	18	2,5
Psychiatrie	327	5	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>4389</b>	<b>701</b>	<b>100</b>

Durant la période de notre étude **4389** patients ont été hospitalisés dans les services recensés. **701** sujets ont été recensés. Ce qui fait une prévalence de **15,97%**.

Les hospitalisations des sujets âgés sont plus retrouvées en Urologie (**26,8%**) et Cardiologie (**24,4%**).

**NB:** Parmi **701** sujets âgés hospitalisés durant la période de notre étude, **487** seulement ont été pris en compte: Soit **69,47%**.

### 2.3. Répartition des patients suivant la profession

**TABLEAU 4 :**

PROFESSIONS	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Paysan	237	48.66
Ménagère	75	15.40
Retraité	69	14.17
Commerçant	54	11.09
Ouvrier	52	10.68
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

Les paysans ont représenté 48,67%.

### 2.4. Répartition des patients suivant la Résidence

**TABLEAU 5 :**

RESIDENCE	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Rural	286	58.73
Urbain	201	41.27
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

La population rurale a représenté 58,73% de notre échantillon.



### 2.5. Répartition des patients suivant les ressources

**TABLEAU 6 :**

<b>RESSOURCES</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Famille	463	95.10
Commerce	145	29.80
Pension	70	14.40
Association	2	0.40

Ces ressources sont cumulatives. Le commerce, la pension ou les associations servaient d'appoint au soutien quasi permanent de la famille soit 95,10%.

### 2.6. Répartition des patients suivant la nationalité

**TABLEAU 7 :**

<b>Nationalité</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Maliennne	486	99.80
Autres "Guinéen"	1	0.20
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

La population était composée essentiellement de maliens.



### 3. ASPECTS CLINIQUES

#### 3.1. Répartition des patients suivant les services

**TABLEAU 8 :**

SERVICE	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Urologie	115	23.60
Cardiologie	105	21.60
Médecine interne	90	18.50
Neurologie	49	10.00
Chirurgie	45	9.20
Néphrologie	35	7.20
Pneumologie	31	6.40
Gynécologie	14	2.90
Psychiatrie	3	0.60
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

Les services d'urologie 23,60%, cardiologie 21,60% et médecine interne 18,50% étaient les plus fréquentés.

#### 3.2. Répartition des patients suivant le mode d'entrée

**TABLEAU 9 :**

MODE D'ENTREE	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Ordinaire	272	55.90
Urgence	215	44.10
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

44,10% des patients avaient consulté en urgence.



### 3.3 Répartition des patients suivant la fréquentation des consultations

**TABLEAU 10 :**

Consultation	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Plusieurs	476	97.70
Aucune	11	2.30
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

97,70% des patients consultaient dans les structures de santé.

### 3.4 Répartition des patients suivant les ATCD de séjour hospitalier

**TABLEAU 11 :**

ATCD HOSPITALISATION	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Avec ATCD	249	51.13
Sans ATCD	238	48.87
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

51,13% des patients avaient déjà effectué un séjour hospitalier  
**ATCD:** Antécédant.

### 3.5 Répartition des patients suivant le délais entre le debut des symptômes et l'hospitalisation.

#### Le retard à l'hospitalisation:

Pour un effectif de 487 patients, le retard à l'hospitalisation a fluctué entre **1 jour** soit **300 jours** après le début de la symptomatologie.



### 3.6. Répartition des causes de retard à l'hospitalisation:

**TABLEAU 12 :**

Causes du retard	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Manque d' informations	408	83.80
Orientation tardive	269	55.00
Réticences	195	40.00
Bénignité	180	37.00
Problèmes financiers	104	21.00
Manque d'assistance	1	0.20

Le manque d'informations, l'orientation tardive et la bénignité étaient les principales causes du retard de prise en charge. Ces causes sont cumulatives.

### 3.7. Répartition des patients suivant l'état général à l'entrée

**TABLEAU 13 :**

ETAT GENERAL	Fréquences absolues	Pourcentage (%)
Bon	287	58.90
Mauvais	200	41.10
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

41,10% des patients avaient un mauvais état général.



### 3.8. Répartition des patients suivant l'expression clinique de la pathologie

**TABLEAU 14 :**

<b>EXPRESSION CLINIQUE</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Spécifique	315	64.70
Non spécifique	152	31.20
Atypique	20	4.10
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

Le tableau clinique était plus souvent spécifique.

### 3.9. Répartition des patients suivant le type de pathologie

**TABLEAU 15 :**

<b>TYPE DE PATHOLOGIES</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Chronique	439	90.10
Aigue	48	9.90
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

La pathologie du sujet âgé était surtout chronique.



### 3.10 Listes des pathologies rencontrées

#### 3.10.1 Les pathologies aiguës du sujet âgé

Nous avons recensé 48 cas de pathologies aiguës (9,90%)

**TABLEAU 16 : Les pathologies aiguës rencontrées chez le sujet âgé**

PATHOLOGIES		FA.	FR	Pourcentage
<b>Infections</b>	Broncho pneumopathies	8	16.66	56.20
	Pleurésies	4	8.33	
	Ostéomyélite	3	6.25	
	Salmonellose	3	6.25	
	Péritonite	2	4.17	
	Septicémie	2	4.17	
	Dysentérie amibienne	2	4.17	
	Arthrites	1	2.08	
	Méningite	1	2.08	
	Bilharziose	1	2.08	
	<b>Autres</b>	Emphysème	5	
Occlusion		5	10.41	
Traumatisme crânien		3	6.25	
Acidocétose		1	2.08	
Broncho spasme		1	2.08	
Fistule colique		1	2.08	
Gangrène		1	2.08	
Hématome sous dural		1	2.08	
OAP		1	2.08	
Phlébite		1	2.08	
Syndrome méningé		1	2.08	
<b>TOTAL</b>		<b>48</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

La pathologie infectieuse avec 56.20% dominait les affections aiguës.

FA : Fréquences absolues

FR : Fréquences relatives



**TABLEAU 17 : Repartition des groupes des pathologies aiguës suivant la fréquence**

<b>Groupe de pathologies</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage</b>
Pathologie pleuro-pulmonaire	19	39.60
Pathologie digestive	14	29.16
Pathologie neurologique	6	12.50
Pathologie ostéo-articulaire	4	8.33
Autres	5	10.41
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

La pathologie pleuro-pulmonaire 39.60% et la pathologie digestive 29.16% étaient les plus fréquentes des pathologies aiguës.



### 3.10.2 : Les pathologies chroniques rencontrées

Nous avons recensé 439 cas de pathologies chroniques. Nous les avons classées par ordre de fréquence au sein de l'hôpital, et non par service.

**TABLEAU 18 : repartition des groupes des pathologies chroniques suivant la fréquence**

<b>PATHOLOGIES</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage</b>
Urogénitales	119	27
Cardio-vasculaires	82	18.7
Neurologiques	67	15.3
Malignes	57	13
Indéterminées	29	6.6
Gynécologiques	21	4.8
Infectieuses	21	4.8
Métaboliques	20	4.6
Digestives	13	2.9
Psychiatriques	7	1.6
Respiratoires	3	0.7
<b>Total</b>	<b>439</b>	<b>100</b>

Les affections uro-génitales, Cardio-vasculaires et neurologiques dominaient la pathologie chronique.

Les effectifs ne correspondent pas toujours à ceux des patients recensés dans les services. Ceci est dû à la dispersion hétérogène des patients au sein de l'hôpital.



**TABLEAU 19 : Pathologies Uro-génitales du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES URO-GENITALES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Adénome de la prostate	85	71	27.10
Fistule uréthro-vaginale	8	6.7	
Hydronéphrose	8	6.7	
Hernie inguinale	4	3.4	
Lithiase vésicale	4	3.4	
Diverticule vésical	2	1.7	
Insuffisance rénale	2	1.7	
Contracture du col vésical	1	0.9	
hydrocèle	1	0.9	
Eléphantiasis scrotal	1	0.9	
Kyste du cordon	1	0.9	
Kyste du rein	1	0.9	
Sclérose du col	1	0.9	
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	

L'adénome de la prostate était l'affection la plus fréquente en urologie soit 71%.



**TABLEAU 20 : Pathologies Cardio-vasculaires du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Insuffisance Cardiaque Globale	53	64.63	18.70
Hypertension Artérielle	10	12.20	
Cardiomyopathie	8	9.75	
Coeur Pulmonaire Chronique	7	8.54	
Cardiothyroïose	2	2.44	
BAV3	1	1.22	
Insuffisance Ventriculaire Gauche	1	1.22	
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>18.70</b>

Insuffisance cardiaque globale et l'hypertension artérielle étaient les plus retrouvées.

**TABLEAU 21 : Pathologies neurologiques du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
AVC	57	85	15,30
Syndrome rachidien	2	3	
Syndrome radiculaire	2	3	
Parkinson	1	1.5	
Polyradiculonévrite	1	1.5	
Syndrome médullaire	1	1.5	
Syndrome strié	1	1.5	
Syringomyélite	1	1.5	
Tabes	1	1.5	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>15,30</b>

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) étaient les plus rencontrés.



**TABLEAU 22 : Pathologies Malignes du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES MALIGNES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Cancer prostatique	16	28	
Cancer hépatique	12	21	
Cancer gastrique	6	10.5	
Cancer du col utérin	5	8.7	
Cancer vésical	5	8.7	
Cancer colique	3	5.3	
Cancer pancréatique	2	3.5	13
Cancer du testicule	2	3.5	
Cancer du sein (femme)	1	1.8	
Cancer pleural	1	1.8	
Cancer pulmonaire	1	1.8	
Cancer rénal	1	1.8	
LMNH	1	1,8	
Myélome multiple	1	1,8	
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>13.00</b>

Les cancers de la prostate et du foie dominaient dans notre série.

**TABLEAU 23 : Pathologies indéterminées**

<b>PATHOLOGIES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Indéterminés</b>	<b>29</b>	<b>6,6</b>	<b>6.60</b>

Dans 29 cas, le diagnostic n'a pas été établi.



**TABLEAU 24 : Pathologies Gynécologiques du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Prolapsus genital	13	61	<b>4.80</b>
Cancer du col utérin	5	24	
Fibrome utérin	2	10	
Tumeur ovarienne	1	5	
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>4.80</b>

Le prolapsus genital était le plus fréquent en gynécologie 61%.

**TABLEAU 25 : Pathologies Infectieuses du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES INFECTIEUSES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Tuberculose pulmonaire	12	57	<b>4.80</b>
Bronchite chronique	5	23	
Aspergilliose	1	5	
Mal de POTT	1	5	
Rétrovirose	1	5	
Abcès du poumon	1	5	
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>4.80</b>

La tuberculose pulmonaire était la plus fréquente des pathologies infectieuses chroniques.



**TABLEAU 26 : Pathologies Métaboliques du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES METABOLIQUES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Diabète	16	80	
Goître	4	20	4.60
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>4.60</b>

Le diabète était la plus fréquente des pathologies métaboliques.

**TABLEAU 27: Pathologies Digestives du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES DIGESTIVES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Cirrhose hépatique	5	38.4	
Hémorroïde	4	30.8	
RCH	2	15.4	2.90
Lithiase vésiculaire	1	7.7	
Ulcère gastro-duodéal	1	7.7	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>2.90</b>

La cirrhose hépatique et le prolapsus hémorroïdaire étaient les plus rencontrés.



**TABLEAU 28: Pathologies Pyschiatriques du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Etats confusionnels	4	57.1	1.60
Demence sénile	1	14.3	
Bouffées délirentes	1	14.3	
Psychoses Hallucinatoires chroniques	1	14.3	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>1.60</b>

Ce sont les états confusionnels qui étaient les plus rencontrés.

**TABLEAU 29: Autres pathologies Respiratoires du sujet âgé**

<b>PATHOLOGIES RESPIRATOIRES</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Pourcentage</b>
Asthme	2	66,7	0.70
Dilatation des bronches	1	33,3	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>0.70</b>



### 3.10.3. Les pathologies associées chez le sujet âgé

A côté d'un diagnostic dit principal l'examen a souvent retrouvé une ou plusieurs pathologies ou tares associées soit comme complication, soit comme entité distincte parallèle.

Ainsi 370 cas d'affections associées ont été retrouvées : Soit 857 cas de pathologies pour 487 patients

**TABLEAU 30 : Pathologies associées rencontrées chez le sujet âgé**

PATHOLOGIES		Fréquences absolues	Pourcentage
Hypertension Artérielle		82	22.20
Adenome de la prostate		54	14.60
Pneumopathies		32	8.60
Diabète		25	7.00
Ulcère Gastro-duodéal		20	5.40
Cardiomyopathie		17	4.60
Cataracte		15	4.00
Hydrocèle		15	4.00
Infection urinaire		15	4.00
Gastrite		11	3.00
Insuffisance Rénale Chronique		10	2.70
Hydronéphrose		10	2.70
Coeur Pulmoraire Chronique		9	2.40
Lithiases	Vésicales (7)	9	2.40
	Vésiculaires (2)		
<b>AUTRES</b> (Dermatologie, Ophtalmologie, Odonto-stomatologie et ORL)		46	12.40
<b>TOTAL</b>		<b>370</b>	<b>100.00</b>

Les affections ici classées ont été retrouvées plus ou moins latentes 370 fois. Leur existence a établi la polypathologie.



**TABLEAU 31 : Fréquences par groupes de pathologie associée chez le sujet âgé**

<b>GROUPE DE PAHTOLOGIE</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage</b>
Cardio-vasculaire	106	30.55
Urinaire	105	30.26
Digestive	44	12.68
Pleuro-pulmonaire	42	12.10
Métabolique	30	8.65
Autres	20	5.76
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>100</b>

Les pathologies cardio-vasculaire, urinaire et digestive étaient les plus rencontrées dans le contexte de la polyopathie.

### 3.11. La fréquence globale des affections chez le sujet âgé

**TABLEAU 32 : Repartition suivant la fréquence des affections chez le sujet âgé**

<b>NOMBRE DE PATHOLOGIE RENCONTREE PAR SUJET</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Pourcentage</b>
Patients présentant une seule pathologie	220	45.20
Patients présentant deux pathologies	174	35.70
Patients présentant trois pathologies	85	17.50
Patients présentant quatre pathologies	6	1.20
Patients présentant cinq pathologies	2	0.40
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients (80.90%) présentaient une à deux pathologies.



### 3.12. Les invalidités

**TABLEAU 33 : Fréquences des invalidités physiques rencontrées chez le sujet âgé**

INVALIDITES	Fréquences absolues	Pourcentage
Hémiplégies	30	43.50
Hémi-parésie	9	13.00
Impuissance sexuelle	7	10.10
Cécité	6	8.70
Incontinence urinaire	6	8.70
Surdité	6	8.70
Paraplégie	5	7.30
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

69 cas d'invalidités ont été retrouvées parmi 487 patients. Soit un taux de **14,16%**.

Les déficits neurologiques de l'hémiparésie : hémiplégie et hémi-parésie étaient les plus rencontrés.

## 4 ASPECTS PARACLINQUES

**TABLEAU 34: Répartition suivant la réalisation des examens complémentaires par le sujet âgé.**

TYPE D' EXAMENS	Fréquences absolues	Pourcentage
Bilan standard	422	86.70
Examens spécialisés	218	44.80
Non fait	58	11.9

Le bilan standard est plus demandé (86.70%).



## 5. ASPECTS THERAPEUTIQUES

### 5.1. Répartition suivant les motifs de l'option thérapeutique

**TABLEAU 35:**

MOTIFS	Fréquence	Pourcentage
Recherche du confort du patient	487	100.00
Traitement adapté à l'état du malade	481	98.80
Traitement adapté au stade évolutif	304	62.40
Refus du patient	3	0.60

Sur 487 patients le confort du patient et son état étaient nos préoccupations premières.

### 5.2. Répartition suivant l'option thérapeutique

**TABLEAU 36 :**

OPTION THERAPEUTIQUE	Fréquence	Pourcentage
Paliative	279	57.30
Radical	208	42.70
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

Le traitement paliatif était le plus utilisé en gériatrie. Soit 57,30% des cas.

### 5.3. Répartition suivant le type de traitement

**TABLEAU 37 :**

TYPE TRAITEMENT	Fréquence	Pourcentage
Médical	319	65.50
Médico-Chirurgical	166	34.10
Chirurgical	2	0.40
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

Le traitement médical est le plus utilisé, il soutient l'acte chirurgical.



#### 5.4. La consommation médicamenteuse

La médication chez le sujet âgé a comporté quotidiennement 1 à 14 médicaments. Soit une moyenne de 5,25 pour 487 patients.

#### 5.5. Répartition suivant le pronostic de sortie

**TABLEAU 38 :**

PRONOSTIC DE SORTIE	Fréquence	Pourcentage
Bon	386	79.30
Décès	75	15.40
Reservé	26	5.30
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

Les affections du sujet âgé étaient curables dans 79.30% des cas. Cependant elles étaient grévées d'une forte mortalité : 15.40%.

**TABLEAU 39: Répartition suivant les causes de décès.**

CAUSES DE DECES	Fréquences absolues	Pourcentage
Cancers	17	22.66
AVC	15	20.00
Indéterminées	15	20.00
Infections	14	18.67
Cardiaques	8	10.67
Autres	6	8.00
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Les principales causes de décès sont les cancers (22,66%) au premier rang desquels se trouvent les cancers digestifs, surtout hépatiques (41.1%), et les AVC (20%).

Parmi les infections, se trouvent la méningite, la septicémie, la rétrovirose.

Les causes cardiaques sont dominées par les insuffisances cardiaques globales (62.5%).

**Autres** : Acidocétose diabétique, Bouffées délirantes, Cirrhose, RCH, Traumatisme crânien.



## 6. ASPECTS ECONOMIQUES

### 6.1. Répartition suivant la catégorie hospitalière

**TABLEAU 40 :**

CATEGORIE	Fréquence	Pourcentage
Première	120	24.60
Deuxième	133	27.30
Troisième	234	48.10
<b>Total</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

Près de la moitié des malades étaient hospitalisés en troisième catégorie : **48.10%**.

### 6.2. Le séjour hospitalier

L'hospitalisation des patients a duré de 1 à 120 jours: Soit une moyenne de 18.91 jours pour 487 patients.

### 6.3. Le coût d'hospitalisation par catégorie

**TABLEAU 41 :**

CATEGORIE	Prém.ière	Deuxième	Troisième
Coût moyen	55029.167	30518.797	18425.650
Ecart type	37951.666	17328.205	13375.149

Les tests statistiques ont été faits au test de student  $T=21.073$ . Nous observons des écart type assez larges du faite d'une mauvaise maîtrise des déterminants des coûts en matière de santé.



## II - RESULTATS ANALYTIQUES

### 1. Répartition des patients suivant la tranche d'âge et le sexe

**TABLEAU 42 : Répartition suivant la tranche d'âge et le sexe.**

SEXE	TRANCHE D'AGE				TOTAL
	60-64	65-69	70-75	75 et +	
Femmes	41	36	35	34	146
Hommes	98	63	78	102	341
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>99</b>	<b>113</b>	<b>136</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 3.6$  (Yates corrigé) cette différence n'est pas significative. La répartition est homogène.  
 $P=0,30$

### 2. Répartition des patients suivant le sexe et la résidence

**TABLEAU 43 : Répartition suivant le sexe et la résidence.**

SEXE	RESIDENCE		TOTAL
	Rural	Urbain	
Femmes	79	67	146
Hommes	207	134	341
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>201</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 1.57$  (Yates corrigé) cette différence n'est pas significative.  $P=0,20$



### 3. Répartition des patients suivant la tranche d'âge et la résidence

**TABLEAU 44 : Répartition suivant la tranche d'âge et la résidence.**

RESIDENCE	TRANCHE D'AGE				TOTAL
	60-64	65-69	70-75	75 et +	
Rural	86	58	73	69	286
Urbain	53	41	64	43	201
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>99</b>	<b>137</b>	<b>112</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 2.62$  cette différence n'est pas significative.  $P=0,44$

### 4. Répartition des patients suivant le sexe et la profession

**TABLEAU 45 : Répartition suivant le sexe et la profession**

PROFESSION	SEXE		TOTAL
	Femmes	Hommes	
Commerçant	1	53	54
Ménagère	75	0	75
Ouvrier	0	52	52
Paysan	68	169	237
Retraité	2	67	69
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>341</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 242.08$  (Yates corrigé), DDL = 4 cette différence est fortement significative.  $P=0,0001$



### 5. Répartition des patients suivant le sexe et le service

**TABLEAU 46 : Répartition suivant le sexe et le service.**

SERVICE	SEXE		Total
	Femmes	Hommes	
Urologie	8	107	115
Cardiologie	38	67	105
Médecine interne	35	55	90
Neurologie	18	31	49
Chirurgie	11	34	45
Néphrologie	14	21	35
Pneumologie	6	25	31
Gynécologie	14	0	14
Psychiatrie	2	1	3
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>341</b>	<b>487</b>

$\chi^2 = 74,6$  (Yates corrigé) DDL = 8 et  $P = 0,0001$  cette différence est statistiquement significative. L'hospitalisation masculine est la plus forte quelque soit le service.

### 6. Répartition des patients suivant la fréquentation des consultations

**TABLEAU 47 : Répartition suivant le sexe et la fréquentation des consultations.**

CONSULTATION	SEXE		TOTAL
	Femmes	Hommes	
Aucune	6	5	11
Plusieurs	140	336	476
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>341</b>	<b>487</b>

$\chi^2 = 2,15$  (Yates corrigé) cette différence n'est pas significative. La fréquentation des consultations ne dépend pas du sexe.  $P=0,14$ .



### 7. Répartition des patients suivant la résidence et l'habitude à la consultation

**TABLEAU 48 : Répartition suivant la résidence et la fréquentation des consultations.**

CONSULTATION	RESIDENCE		TOTAL
	Rural	Urbain	
Aucune	10	1	11
Plusieurs	276	200	476
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>201</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 3.55$  (Yates corrigé) cette différence n'est pas significative.  $P=0,059$

### 8. Répartition des patients suivant le séjour hospitalier et le sexe.

**TABLEAU 49 : Répartition suivant le sexe et l'ATCD de séjour hospitalier**

ATCD D'HOSPITALISATION	SEXE		TOTAL
	Femmes	Hommes	
Avec ATCD	74	175	249
Sans ATCD	72	166	238
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>341</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 0.000$  cette différence n'est pas significative.  $P=0,97$



9. Répartition des patients suivant le type de pathologie et le service.

**TABLEAU 50 : Répartition suivant le type de pathologie et le service.**

SERVICE	TYPE DE PATHOLOGIE		TOTAL
	Aigue	Chronique	
Urologie	1	114	115
Cardiologie	5	100	105
Médecine interne	15	75	90
Neurologie	6	43	49
Chirurgie	9	36	45
Néphrologie	3	32	35
Pneumologie	8	23	31
Gynécologie	0	14	14
Psychiatrie	1	2	3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>439</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 36.08$  (Yates corrigé) cette différence est significative. DDL = 8 et  $P = 0.00001$ . Quelque soit le service, la pathologie gériatrique est surtout chronique.

10. Répartition des patients suivant le type de pathologie associé et la Tranche d'âge.

**TABLEAU 51 : Répartition suivant la tranche d'âge et la fréquence de pathologie associée.**

TRANCHE D'AGE	FREQUENCE DE LA PATHOLOGIE		TOTAL
	Mono	Poly	
60 - 64 ans	64	75	139
65 - 69 ans	44	55	99
70 - 74 ans	62	75	137
75 et +	50	62	112
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>267</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 0.08$  (Yates corrigé) cette différence n'est pas significative. Le nombre de pathologie ne dépend pas de la tranche d'âge.  $P=0,99$



### 11. Répartition des patients suivant le pronostic de sortie et le sexe

**TABLEAU 52 : Répartition suivant le sexe et le pronostic de sortie.**

SEXE	PRONOSTIC DE SORTIE			TOTAL
	Bon	Décès	Reservé	
Femmes	109	25	12	146
Hommes	277	50	14	341
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>75</b>	<b>26</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 4.20$  cette différence n'est pas significative. Le pronostic de sortie n'est pas lié au sexe.  $P=0,12$

### 12. Répartition des patients suivant le pronostic de sortie et le type de pathologie.

**TABLEAU 53 : Répartition suivant le pronostic de sortie et le type de pathologie.**

TYPE DE PATHOLOGIE	PRONOSTIC DE SORTIE			TOTAL
	Bon	Décès	Reservé	
Aigue	37	11	0	48
Chronique	349	64	26	439
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>75</b>	<b>26</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 4.83$  cette différence n'est pas significative.  $P=0,08$



**13. Répartition des patients suivant le pronostic de sortie et la tranche d'âge.**

**TABLEAU 54 : Répartition suivant le pronostic de sortie et la tranche d'âge.**

TRANCHE D'AGE	PRONOSTIC DE SORTIE			TOTAL
	Bon	Décès	Reservé	
60 - 64 ans	110	18	11	139
65 - 69 ans	80	16	3	99
70 - 74 ans	91	15	7	113
75 et +	105	26	5	136
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 5.83$  (Yates corrigé) cette différence n'est pas significative. Le pronostic de sortie ne dépend pas de la tranche d'âge.  $P=0,44$

**14. Répartition des patients suivant le pronostic de sortie et la durée d'hospitalisation.**

**TABLEAU 55 : Répartition suivant le pronostic de sortie et la durée du séjour.**

DUREE DE SEJOUR	PRONOSTIC DE SORTIE			TOTAL
	Bon	Décès	Reservé	
1 - 18	215	56	19	290
19 - et +	171	19	7	197
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>75</b>	<b>26</b>	<b>487</b>

$\text{Khi}^2 = 11.47$  (Yates corrigé) DDL = 2 cette différence est significative. Le pronostic de sortie dépend de la durée de séjour.

$P=0,0032$



**COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSIONS**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre travail portait sur une population de sujets âgés hospitalisés à l'Hôpital National du Point G. Cette étude dont l'objectif était d'étudier les affections du sujet âgé en milieu hospitalier, a été une étude prospective et descriptive sur une durée de douze (12) mois.

Les patients ont été recrutés et suivis par nous même pendant leur hospitalisation. La répartition spatiale des services a influencé dans plusieurs cas le recueil des données. Le faible niveau de revenus de nos patients n'a pas facilité leur participation à la prise en charge. Cette participation relative a réduit la base de données nécessaires pour notre analyse.

Il est à signaler que nous n'avons pas pris en compte les services de Dermatologie, Odontostomatologie, Ophtalmologie, ORL et Traumatologie. Ces services sont inexistantes à l'Hôpital National du Point G.

Notons que les difficultés diagnostiques et thérapeutiques n'ont pas permis une meilleure interprétation de la mortalité gériatrique.

Par son caractère global, notre travail n'a pas pris en compte les spécificités des différentes affections. Il reste à compléter par des études spécifiques comme celle de MENTA [47].

### 1. LES ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES :

Notre échantillon concerne 487 patients dont l'âge moyen est de 70 ans avec des extrêmes de 60 et 109 ans. Les tranches d'âges [60 - 64 ans] et [75 ans +] avec des fréquences relatives de 28,54% et 27,92% sont les plus représentées. Le sexe ratio est de 2,33 en faveur des hommes.

Pour ce qui est de la profession, nous observons une nette prédominance de paysans (48,66%) par rapport aux ménagères (15,40%) et retraités (14,17%). Ces constatations sont comparables à celles de AG- RHALY et All [2].

Notre population est essentiellement rurale (58,73%). Cette donnée est semblable aux données de la littérature. [2, 35, 59]

Le support matériel du sujet âgé reste encore la famille dans 95,1% des cas. Ce constat concorde avec les données de la littérature. [2, 35, 59, 63, 65].

Notre échantillon est entièrement de nationalité Malienne à l'exception d'un patient de nationalité Guinéenne. Notons que cette notion de nationalité reste très relative du fait du brassage des populations, des migrations et du morcellement territorial hérité des indépendances.



## 2. LES ASPECTS CLINIQUES :

Nous avons observé que **44,1%** des patients sont arrivés en urgence. Ceci est la résultante de plusieurs facteurs n'incombant pas toujours au patient. Cette observation est bien en rapport avec le constat de BRANCHE et coll [12] et ARNAL [6]. Cet état de fait n'est pas pour faciliter le diagnostic, l'orientation et la prise en charge de ces patients. [4,18, 48].

Nous avons relevé que **97,7%** des patients de notre échantillon consultent dans les structures de santé. Ce résultat est comparable à celui de AG- RHALY [2] qui avait trouvé plus de **60%**. Ce fait est certainement lié aux efforts des pouvoirs publics à rapprocher les structures de santé des populations. Les multiples campagnes de sensibilisation et d'information sont également en faveur de ce fait.

La moitié de nos patients (**51,13%**) avaient une fois déjà été hospitalisés. Nous pouvons rapprocher cette observation à celle de VEYSSET [63], et ALIX [5] qui pensent que le sujet âgé aurait très peu de propensions à se faire hospitaliser.

Notre étude nous a permis de constater que le sujet âgé consentirait à se faire hospitaliser après un délai moyen de **876,80** jours. Nous n'avons pas retrouvé d'arguments sur cet aspect dans la littérature.

Le manque d'information (**83,8%**), l'orientation tardive (**55%**), les reticences (**40%**) et la bénignité supposée (**37%**) sont les principales causes de ce retard à l'hospitalisation. Dans la littérature, le retard à l'hospitalisation est lié à la chronicité, aux réticences et au développement infraclinique des affections. [2, 5, 15, 16, 34, 63]

Le contexte d'urgence et le mauvais état général (**41,1%**) des patients, compliquent la décision médicale. L'examen clinique pour aider à dénouer la complexité du tableau, est souvent difficile. [12, 27, 39, 50, 56, 58].

Au cours de notre étude, l'examen clinique a conduit au diagnostic dans **64,7%** des cas. Ceci serait dû à l'installation complète de tous les signes et complications durant le retard de prise en charge. Ces problèmes diagnostiques ont engendré une mauvaise gestion des ressources. Elles ont ainsi pesé sur la qualité de la prise en charge. [12, 41].

La pathologie du sujet âgé reste dominée par son caractère chronique (**90,1%**) dans notre étude. Ce résultat est identique à celui de AG- RHALY [2] ; qui comme VEYSSET [63], CABALIN [16] et Ka [34] ; relève la chronicité.

Les affections aiguës du sujet âgé sont dominées par la pathologie infectieuse (**56,2%**). Ces affections sont respiratoires (**39,16%**), digestives (**29,16%**) et ostéo-articulaires (**8,33%**).

Les affections chroniques sont ici coiffées par la pathologie urologique (**26,4%**) au sein de laquelle prime l'adénome de la prostate. Ce résultat peut être rapporté aux constatations de BRUSKEWITZ [15]. L'adénome de la prostate touche environ **50%** des hommes après 60 ans.



Nos résultats sont aussi comparables à ceux de Ka [34] au Sénégal, qui place l'adénome de la prostate en tête des affections du sujet âgé.

Les autres pathologies chroniques sont par ordre de fréquence :

- Cardio-vasculaires (18,7%) dominées par l'insuffisance cardiaque
- Neurologiques (15,3%) dominées par l'AVC par HTA ou par diabète.
- Malignes (12,5%) où priment les cancers digestifs. Notamment le cancer du foie et le cancer de l'estomac.

Le sujet âgé souffre d'affections multiples. Cette polyopathie a été largement déjà décrite par plusieurs auteurs. [16, 20, 23, 27, 34, 45, 46, 50, 58, 63].

Notre étude nous a permis de constater que 54,8% de nos patients souffrent de plus d'une pathologie.

Il en découle que la moyenne de pathologie par patient est de 1,76. Les extrêmes étant 1 et 5.

Cette polyopathie nous a fait distinguer à côté du diagnostic principal ; des affections associées décrites par les tables 17A et B. Ces affections pouvant être des complications liées à la maladie du fait de sa longue évolution ; ou simplement des affections coexistantes. Souvent inapparentes ces affections sont de découverte fortuite.

Notre moyenne est comparable à celle de Ka [34] au Sénégal, qui trouve 1,5 pathologies par patient.

Ces affections associées de découverte fortuite sont dominées par les pathologies cardio vasculaires (30,5%) et urinaires (30,3%).

Pour ce qui est des invalidités, les déficits neurologiques sont au premier rang. Les causes d'accident vasculaire cérébral que nous avons retrouvées sont l'hypertension artérielle et/ou le diabète.

### **3. LES ASPECTS PARACLINIQUES :**

#### **3-1 Le bilan standard**

Il est constitué de la numération et formule sanguine, la glycémie et créatininémie, l'ECG, la radiographie du thorax de face. Il sert de base d'appréciation voire de repère pour les conduites diagnostique et thérapeutique. Son contenu est variable d'un service à l'autre.

Il a été utile dans 86,70% des cas. Son utilité se retrouve tant au niveau du diagnostic que de la surveillance clinique. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études faisant état de l'utilité du bilan standard.

#### **3-2 Les examens spécialisés :**

Les examens paracliniques sont nécessaires aux fins de lever les difficultés perçues lors de l'examen clinique [44].

Les examens complémentaires spécialisés ont été utiles dans 44,80% des cas. Ils ont permis dans ce cas d'accélérer la démarche diagnostique.

Leur utilité a été limitée par leur accessibilité, leur réalisation et leur interprétation. Ce constat concorde avec les données de la littérature [16, 19, 32, 56, 58].

Les difficultés économiques et techniques obligent le médecin à cultiver sa sagacité clinique. Cette nécessité est retrouvée dans la littérature [6, 27, 57, 58].



#### 4. LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

La pathologie du sujet âgé pose des problèmes essentiels au plan thérapeutique. Elle reste parfaitement curable. Son traitement tient surtout compte des exigences du terrain. [27, 30, 32, 50, 64]

Le traitement médical a été utile dans 99,6% des cas. Cet état de fait avait déjà été noté par DELACHAUX [20] et VIGUALOU [64] qui pensent qu'il éviterait de perturber l'équilibre précaire de ce terrain fragile.

Dans notre approche thérapeutique, l'option a été radicale dans 42,7% des cas et palliative dans 57,3% des cas. Ces résultats sont proches des constatations de BERGAL [9]. Ces résultats sont le reflet du retard de consultation et des difficultés de prise en charge.

Notre option thérapeutique a été guidée par : le confort du patient (100%), son état (98,8%) et enfin le stade évolutif de son affection (62,4%). Ces préoccupations sont semblables aux données de la littérature. [9, 13, 20, 30, 32, 61, 64].

Nous avons relevé une forte consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. La moyenne de médicaments consommés quotidiennement est de 5,25.

Ce résultat est comparable à celui de DUPORTAIL et BEINIS [24] qui ont observé une moyenne de 4,5 dans les pays développés.

Ce fait a souvent posé des problèmes d'interactions médicamenteuses que seule une surveillance assidue permet de résoudre [50].

Nous avons évalué sur la base d'arguments cliniques et biologiques, le pronostic à la sortie de nos patients. Nous avons ainsi guéri ou soulagé 79,3% des patients. 15,4% des patients sont malheureusement décédés en raison du pronostic grave dès leur arrivée à l'hôpital.

5,3% des patients sont sortis sans diagnostic pour des raisons économiques ou par simple évasion.

Ces observations sont semblables à celles de DELACHAUX [20] qui lie la diminution des chances de guérison au retard de prise en charge. Notre étude ne nous a pas permis de retrouver de relation entre le pronostic à la sortie et l'âge, le sexe ou le type de pathologie. Seuls restent en cause le retard de prise en charge et les tares associées [12, 34, 50].

Toutefois, il convient de différencier l'âge chronologique de l'âge physiologique qui lui reste tributaire des tares associées, de l'hérédité et des différents facteurs de risque.

L'âge physiologique en effet devrait influencer le pronostic de sortie. Cette influence a été relevée dans la littérature [10, 11, 21].



## **5. LES ASPECTS ECONOMIQUES**

Nos patients qui sont en majorité paysans, ont surtout été hospitalisés en troisième catégorie. Ce fait serait certainement lié à leur faible niveau de revenus.

Le séjour hospitalier moyen dans notre étude a été de **19 jours** avec des extrêmes de 1 à 120 jours et une médiane à **16 jours**.

Notre durée de séjour est comparable à celle de l'ensemble de l'HNPG. (**17,86 jours**). Notons qu'elle est variable d'un service à l'autre. Elle va de **14,14 jours** dans le service de médecine à **15,62 jours** en chirurgie. Les extrêmes sont **7,30 jours** en Gynécologie-obstétrique et **79,13 jours** en Psychiatrie. (Ces renseignements sont tirés du rapport annuel d'activité de l'Hôpital National du Point "G" de 1997).

La durée moyenne de séjour serait influencée par la qualité de la prise en charge [34]. Dans la littérature, DUPORTAIL et coll [25] ont trouvé une durée moyenne de **93,5 jours** pour des extrêmes de 1 à 365 jours et une médiane à **67 jours**. Ka au Sénégal [34] a trouvé 31 jours pour des extrêmes de 1 et 365 jours.

Les différences entre nos résultats et ceux de la littérature serait le fait du système de prise en charge. [25, 34]

Les coûts moyens d'hospitalisation auront été de :

- 55029,167 FCFA pour la première catégorie
- 30518,797 FCFA pour la deuxième catégorie
- 18425,650 FCFA pour la troisième catégorie

Le coût hospitalier global quelque soit la catégorie, pour une prise en charge gériatrique a été de :

**- 82861,242 FCFA**

Le coût hospitalier global moyen dépend moins de la tarification hospitalière mais surtout des problèmes diagnostiques et de prise en charge. Ce même constat a été fait par O. Ka qui accuse la durée de l'hospitalisation dans son étude [34].

Ce coût reste une approximation tant les déterminants paraissent mal maîtrisés.

## **6 - LA PRISE EN CHARGE**

La prise en charge au cours de notre étude est restée très partielle.

En effet, plusieurs facteurs qui déterminent le confort et le pronostic chez les patients, n'ont pas été pris en compte. Ceci serait la conséquence d'une inadéquation des structures et d'un déploiement inapproprié voire insuffisant du personnel [4, 18, 42, 48].

Les sujets âgés souvent grabataires nécessitent des soins complémentaires. Car le Nursing, l'hygiène, la nutrition et l'accompagnement manquent à notre système de prise en charge. [42, 63, 64].

Une bonne prise en charge suppose aussi la maîtrise des coûts intégrés pour une meilleure information et l'adhésion des patients. Cet aspect est encore loin d'être un acquis pour notre système sanitaire à actualiser [23, 48].



Globalement, nos résultats sont comparables à ceux de la littérature.

Nous l'observons notamment au niveau du sexe, de la catégorie socio-professionnelle et des ressources pour ce qui est des auteurs africains.

Les caractères globaux de la pathologie sont partagés par l'ensemble des auteurs tant africains qu'occidentaux.

Ce, malgré le fait que chez nous, la prise en charge de ces affections s'effectue avec un retard considérable.

Pour les aspects liés aux spécificités pathologiques, au recours aux examens paracliniques, l'option thérapeutique, la consommation médicamenteuse et la durée de séjour ; nos résultats sont différents de ceux des occidentaux.

Nous pensons que ces différences seraient le fait de l'implication des facteurs environnementaux dans la genèse des affections du sujet âgé.

Dans le même cadre, la différence de plateau technique, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques et le contexte général de prise en charge sont autant de paramètres qui nous distinguent des autres auteurs.

Les différences relevées impliquent à la fois, des facteurs déontologiques, des facteurs techniques, environnementaux et économiques.

En ce qui concerne le retard à l'hospitalisation, le taux d'invalidité, le coût hospitalier global et le taux de mortalité nous n'avons pas retrouvé d'arguments afférents dans la littérature.

Toutefois, ces éléments constituent pour nous des indices perfectibles d'appréciation pour notre système de prise en charge.



**RECOMMENDATIONS**

**ET**

**CONCLUSION**



## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 1. CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons conclure que les besoins de santé du sujet âgé sont nombreux.

La pathologie gériatrique est diverse et reste caractérisée par sa chronicité. Son développement souvent insidieux se voit activé par divers facteurs. Elle conduit assez fréquemment le patient à consulter en urgence. (44,10%)

La prise en charge de ces patients exige la conjugaison rationnelle de plusieurs facteurs.

Cette pathologie gériatrique lorsqu'elle est aigue, reste à prédominance infectieuse (56,20%). La sphère la plus atteinte est la sphère broncho pulmonaire.

Les affections urogénitales dont l'adénome de la prostate (26,4%) et cardio-vasculaires [hypertensive et ischémique] (18,7%) dominent les affections chroniques.

La prise en charge tient compte de la polypathologie fréquente (54,8%). Ces affections restent curables bien que grevées d'une forte mortalité (15,4%).

La valeur sémiologique des examens complémentaires requiert une attitude constamment critique du médecin. Les contextes clinique et physiologique sont les principaux recours pour une meilleure interprétation des résultats d'analyses complémentaires.

Le pronostic à la sortie dépend des difficultés de la prise en charge. Car il n'est lié ni à l'âge, ni au sexe, ni au type de pathologie.

### 2. RECOMMANDATIONS

#### Aux Praticiens Hospitaliers :

- Savoir que la prise en charge gériatrique exige disponibilité, patience et dévouement.
- Elle appelle notre sagacité dans une approche rationnelle des cas.
- Savoir que l'âge de ces patients n'est pas un présage d'échec.
- Savoir que le pronostic de ces affections dépendra de notre clairvoyance et de nos aptitudes.

#### Aux Autorités :

- Renforcer les campagnes d'information et d'éducation pour la santé.
- Mieux informer sur les prestations et l'accès dans les structures de soins.
- Développer et animer les clubs d'échanges et de partages entre individus du 3e âge.
- Développer les filières d'encadrement et de soins gériatriques.
- Améliorer les capacités techniques et de rendement de nos laboratoires et centres d'analyses.
- Améliorer l'hospitalité dans nos structures de soins.

#### Aux populations :

- Adopter et respecter une meilleure hygiène de vie.
- Savoir recourir à la consultation dès les premiers symptômes de la maladie.
- Harmoniser les informations de santé à leur mode de vie.



## RESUME

Au Mali, peu d'études ont été consacrées au domaine de la gériatrie. Le but de notre travail a été d'étudier les affections du sujet âgé hospitalisé à l'hôpital national du point G.

Il s'est agi d'une étude prospective et descriptive, menée à l'HNPG d'Avril 1997 à Août 1998. Elle a concerné tous les patients âgés de 60 ans et plus, hospitalisés dans les services de : Cardiologie, Urologie, Neurologie, Médecine interne, Néphrologie, Pneumologie, Chirurgie, Gynécologie et Psychiatrie.

Les patients dont les dossiers étaient incomplets ont été exclus de l'étude.

Au cours de notre étude 4389 patients ont été hospitalisés dans les services concernés. 701 sujets âgés ont été recensés. Les hospitalisations des sujets âgés ont représenté 15,97%.

Après sélection; seuls 487 dossiers ont répondu aux critères d'inclusion de notre étude. Il apparaît que la pathologie gériatrique est dominée par deux caractères : la chronicité (90,10%) et ses associations "Polypathologie" (54,8%).

La pathologie aiguë a été dominée par les infections (52,20%). Les affections broncho-pulmonaires (39,60%) et digestives (26,16%) ont été les plus fréquentes.

La pathologie chronique a été dominée par les affections uro-génitales (27%), cardio-vasculaires (18,70%) et neurologiques (15,30%).

Le contexte d'urgence dans lequel le sujet âgé consulte fréquemment pose des difficultés décisionnelles importantes. Il influence à la fois l'orientation, la prise en charge, les coûts et le pronostic.

Devant les difficultés cliniques, les examens complémentaires ont souvent été d'un apport important : Soit 86,70% des cas pour le bilan standard et 44,80% pour les examens spécialisés.

Le taux d'invalidité de ces affections a été de 14,16%, dominé par les déficits neurologiques.

Le taux de mortalité a été de 15,40%. Les affections malignes et les AVC ont été les principales causes de léthalité.

Le coût moyen de la prise en charge a été de 82 861,242 F CFA.

La prise en charge encore partielle devra être précoce pour améliorer les résultats.

Le pronostic ne dépend ni de l'âge, ni du sexe, ni du type de pathologie. Il dépendrait du contexte général de survenue et de prise en charge.

Ces résultats suggèrent de dynamiser la participation et l'adhésion des personnes âgées aux prestations sanitaires. Cette option permettrait une prise en charge précoce et de fait l'amélioration du pronostic de ces affections.

**MOTS CLES : Sujet âgé - GERIATRIE - Polypathologie - Chronique - Aiguë - Prise en Charge - Hospitalisé - Coûts - Pronostic - Réhabilitation - HNPG - Bamako - Mali.**



## SOMMARY

In Mali, few studies have been devoted to geriatrics. Our goal was to study the affections of patients of a certain age at Pt "G" National hospital.

That's about a prospective and descriptive study carried out in PGNH from April 1997 to August 1998. It has concerned all the patients aged 60 years or more admitted in following services : Urology, Cardiology, Neurology, Internal medicine, Nephrology, Surgery, Gynecology, Pneumology and Psychiatry.

The patients whose files weren't complete have not been considered in the study.

During the study 4389 patients have been hospitalized in the appropriate services. 701 elders were registered. Hospitalization of elders represented 15,97%.

After selection, only 487 cases fulfilled to our criteria and were included to our study.

Geriatric pathology happens to be dominated by two characters : the chronicity (90,10%) and the associations : "polypathology" (54,8%).

The acute pathology was dominated by the infections (56,20%). The broncho-pneumonia affections (36,60%) and digestive ones (29,16%) were most frequent.

The chronic pathology was dominated by the uro-genital affections (27%), the cardiovascular ones (18,70%) and the neurological ones (15,30%).

The emergency context in which the elder is usually observed bears important decision making difficulties. It influences the orientation, the expenses, the costs and the forecasting.

With the clinical difficulties, the additional tests have been of an important contribution : that is 86,70% of cases for standard check up and 44,80% for specialized tests.

The disability rate of these affections was 14,16% dominated by the neurological deficit. The death rate was 15,40% the clinical affections and the AVC were the main lethal causes.

The average amount of the expenses was 82861,242 F CFA

The expenses still partial must be precocious in order to ameliorate the results.

The forecasting does not depend neither on the age, nor the sex, nor the type of pathology. It would depend on the general context of and expenses.

These results suggested to dynamize the participation and the admission of elders into sanitary services. This option will allow precocious expenses and the amelioration of the forecasting of these affections.

**Key words : Elders-Geriatrics-Polypathology-Chronics-Forecasting-Costs-Expenses-Hospitalized-PGNH-Bamako-Mali**



**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Abitbol G.**  
Alimentation du sujet age. In :  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1992 ; 11 (8/9) : 215-216.
2. **Ag rhaly A, Konate H, Traore Ak, Traore G , Sissoko M B, Diallo A.**  
Etude comparative de l'état sanitaire et la situation socio-économique des personnes âgées en milieu urbain et en milieu rural.  
Bamako : MSPAS, 1989.
3. **Albrand G, Drevon T, Druguet M, Chuzville M, Courpron P.**  
Traitement de gonarthrose chez la personne âgée de 70 ans et plus. Influence de l'age sur la survenue des complications et sur le résultat fonctionnel de la prothèse totale à glissement du genou. In :  
Rev Gériatrie, 1995 ; 20 (5) : 291 - 296
4. **Alfandari P.**  
L'hospitalisation en urgence des personnes agees analyses et propositions strategiques de regulation pour le projet medical du centre hospitalier de vienne.  
Thèse, Méd, Rennes, 1995 ; 0005
5. **Alix M.**  
Qu'est-ce qu'un sujet age ?  
Impact medecin hebdo, n° spécial, juillet 1997 : 13-14.
6. **Arnal I.**  
Itinéraire d'une personne âgée en situation de crise dans les circuits hospitaliers (...).  
Thèse, Méd, Rennes, 1995 ; 0013.
7. **Balique JG, Chabert M, Porcheron J, Cadi F, Chatard N, Peng J, Sangare D**  
Cancer du colon gauche en occlusion. Place et résultats des exérèses chez le sujet de plus de 75 ans.  
Lyon chirurgical, 1992, 88 (4) : 331 - 334
8. **Belette J, Garbarg S et Moreau Ph.**  
Problèmes thérapeutiques particuliers au 3<sup>e</sup> age. In :  
Le 3<sup>e</sup> age. Pathologie médicale et sociale.  
Malesherbes : Sandoz, 1975. pp 166 - 169.
9. **Bergal S et Nores J m.**  
Introduction . in :  
Pratique quotidienne en neuro gériatrie.  
Paris : Specia, copyright 1985. pp 7 - 8



**10. Bourliere F.**

Aspects physiologiques de la sénescence - in :  
E. Martin et Jp. Junod. Gérontologie.  
3e édition. Paris : Masson, 1983. pp 34-45

**11. Bourliere F.**

Introduction. In :  
Le troisième âge. pathologie médicale et sociale.  
Malesherbes : Sandoz, 1975. pp 9-11

**12. Branche G, Mijon F, Marchi C, Florent -Longchal C, Gelee B,  
Taurand P et Longchal J.**

La personne âgée dans un service d'accueil des urgences. In :  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1994 ; 13 (6/7) : 116-124

**13. Brasseur C.**

Alternatives a. l'hospitalisation des personnes âgées. In :  
G. Sebbane et J.C. perilliat- attitudes pratiques en gérontologie.  
Paris : Deltacom, 1992 ; 448 (9) : 137-139.

**14. Brass L m , Fayad P b et Levine S R.**

Accidents ischémiques transitoires chez le sujet age : Diagnostic et traitement  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1993 ; 12 (3) : 49-56

**15. Bruskewitz R C.**

Traitement de l'hypertrophie benigne de la prostate.  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1993 ; 12 (3) : 69-72.

**16. Cabalin J N.**

Antigène spécifique de prostate : Intérêt dans le diagnostic et la prise en charge du cancer  
de la prostate.  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1993 ; 12 (1/2) : 29-33.

**17. Chahwakilian A, Ponche A, Debray S M.**

Les affections aiguës en service gerontologique.  
Rev Geriatr, 1996, 21 (8) : 535 - 542

**18. Chansiaux C, Teillet L, Despoisse J M, Sebbane G, Maolain M F O,  
Piau A, Moulias R, Lebree C, Roger M.**

Une nouvelle prise en charge en gériatrie : exemple de l'hôpital bichat depuis 1992.  
Rev Geriatr, 1996 ; 21 (1) : 15-22.

**19. Coulombel I, Motyra G, Naga F, Kirkacharian S et Vincent J P.**

TSH ultrasensible anormale chez le sujet age.  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1993 ; 12 (1/2) : 9 à 14



**20. Delachaux A.**

principes de traitement et nursing - In :  
**E. Martin Et Jp. Junod** : Gérontologie  
3<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 1983. pp 435-442.

**21. Domart A et Bourneuf J.**

Définition Sur La Sénescence. In :  
Le nouveau Larousse médical  
Paris : Larousse, 1991. pp - 930.

**22. Domart A et Bourneuf J.**

Définition sur La Gérontologie. In :  
Le nouveau Larousse médical.  
Paris : Larousse, 1991. pp 452

**23. Dragne Bnd.**

Les spécificités du PMSI en milieu gériatrique.  
L'expérience de l'hôpital Charles foix? Assistance publique hôpitaux de paris.  
Thèse, Méd., Rennes, 1995 ; 0093.

**24. Duportail F et Beinis J Y.**

Pathologie colique médicamenteuse. Du sujet âgé.  
Rev Général Gerontol, 1997; 32 : 6p

**25. Duportail P, Palisson M, Coulombel I, Cachin H, Maury S.**

Etude des durees de sejour des patients en moyen sejour de geriatrie.  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1995 ; 14 (3/4) : 37 à 40.

**26. Flack J M, Wooley A, Esunge P et Grimm Jr. R H.**

Une approche rationnelle du traitement de l'hypertension du sujet age.  
Geriatrics - praticiens et 3e age, 1993 ; 12 (3) : 41-48.

**27. Forette F.**

Préface . In :  
Pratique quotidienne en neuro-gériatrie  
Paris : specia, copyright 1985. 126 p

**28. Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare- Riche T.**

Def gériatrie in :  
Dictionnaire des termes de médecine. 23<sup>e</sup> édition, Paris : Maloine, 1992. pp 368.

**29. Gordon G.**

Problèmes sociaux . In :  
Le troisième age. Pathologie médicale et sociale.  
Malesherbes : Sandoz, 1975 . pp 171 - 175;



- 30. Gregorio F, Ambrosi F, Filipponi P, Manfrini S, et Testa I.**  
L'utilisation de la metformine chez des diabétiques de type 2 âges est-elle suffisamment sûre ? In :  
Diabète et métabolisme 1996 ; 22 (1) : 43-50
- 31. Huguenot R.**  
Prévention du vieillissement. In :  
E. Martin et Jp. Junod. Gérontologie.  
3<sup>e</sup> édition .Paris : Masson, 1983. pp 105-111
- 32. Jeannin C.**  
Le Diabète Du Sujet Age . In :  
**G. Sebbane Et JG. Perilliat** - Attitudes pratiques en gérontologie.  
Deltacom, 1992 ; 448 (9) : 121 - 123.
- 33. Junod J P et Reymond J.**  
Etapas de la Gériatrie. In :  
E. Martin et Jp. Junod. Gérontologie.  
3<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 1983. pp 27-28.
- 34. Ka O.**  
Gérontologie-gériatrie au Sénégal.  
Emergence des problèmes- recherche de solutions.  
Thèse, Méd, Dakar, 1991 ; 5
- 35. Kone F Y.**  
Age statuts et rôles sociaux.  
Bamako : Séminaire atelier sur le 3<sup>e</sup> age, 1992.
- 36. Koumare B Y.**  
Evaluation de la dépense publique de santé au Mali.  
Approche économétrique.  
Thèse, Méd., Bamako, 1985.
- 37. Kunin N, Letoquart J P, Lagamma A, Chaperon J et Mambrini A.**  
La cholécystite aigue chez le sujet age.  
J Chir, 1994 ; 131 (5) : 257-260
- 38. Lalau J D.**  
L'apport de la metformine.  
Impact médecin hebdo - n<sup>o</sup> spécial juillet 1997 : 16-17
- 39. Laudet J.**  
Conduite a tenir devant une insuffisance cardiaque de la personne âgée. In :  
**G. Sebbane et Jg. perilliat.** Attitudes pratiques en gérontologie.  
Deltacom, 1992 ; 448 (9) : 31-32



- 40. Linderman R D, Tobin J T et Shock N W.**  
Longitudinal studies on the rate of décline in rénal function with age.  
J Am Geriatr soc, 1985 ; 33 : 278-285
- 41. Lorson P.**  
Hospitalisation et orientation des personnes âgées vulnérables : la réponse du centre hospitalier intercommunal de creteil à leurs besoins médicaux et sociaux.  
Thèse, Méd., Rennes, 1995 ; 0185.
- 42. Lubatti A.**  
Le personnel aide soignant du centre gerontologique départemental de Marseille dans l'enjeu du pole de référence.  
Thèse, Méd, Rennes, 1995 ; 0189
- 43. Margerit D, Kraimps J L, Richer J P, Carretier M et Barbier J.**  
Suivi des patients ages, traités médicalement pour cholécystite aigüe lithiasique non compliquée.  
J Chir, 1994 ; 131 (1) : 34 -36
- 44. Martin E.**  
Examen du sujet age. In :  
E. Martin et Jp Junod. Gérontologie.  
3° édition, Paris : Masson, 1983. pp 95 - 104.
- 45. Martin E et Junod J P.**  
Avant propos. In :  
E. Martin et Jp. Junod. Gérontologie.  
3° édition, Paris : Masson, 1983. 613 p.
- 46. Maury S, Sebbane G, Perilliat J G.**  
Troubles du rythme chez le sujet age. In :  
G. Sebbane et JG. Perilliat. Attitudes pratiques en gérontologie.  
Deltacom, 1992 ; 448 (9) : 21-29.
- 47. Menta I A.**  
Pathologie Cardio-vasculaire du sujet Agé : Socio-démographie, épidémiologie, clinique, traitement et évolution.  
Thèse, Méd, Bamako, 1999. N°1.
- 48. Moulias R.**  
Pour un projet gériatrique dans chaque centre hospitalier.  
Rev Geriatr, 1996 ; 21 (1) : 41-48
- 49. Passone N, Zerzina, Navez B, Cambier E, Baert G, Richir Ch et Guiot P.**  
Cholecystectomie coelioscopique chez le sujet age. In :  
Ann chir, 1995 ; 45 (4) : 291 - 195.



**50. Peguignot H et Grandjouan S.**

Problèmes de pharmacologie pratique en gériatrie. In :  
Jp. Giroud, G. Mathe et G. Meyniel. Pharmacologie clinique. Bases de la thérapeutique 2.  
Paris : Expansion scientifique française, 1979. pp 2161-2170.

**51. Perilliat J G.**

Conditions d'emploi des différents médicaments. In :  
Attitudes pratiques en gérontologie.  
G. Sebbane et Jg. perilliat. Attitudes pratiques en gérontologie.  
Deltacom, 1992 ; 448 (9) : 63 - 64

**52. Reynier J.**

La chirurgie chez le vieillard. In :  
Le troisième âge. Pathologie médicale et sociale.  
Malesherbes : Sandoz, 1975. pp 159-165

**53. Rochemaure J et Bientz M.**

Appareil respiratoire. In :  
Le troisième âge. Pathologie médicale et sociale.  
Malesherbes : Sandoz , 1975. pp 22-30

**54. Rohner A.**

La Chirurgie du Vieillard-in :  
E. Martin et Jp. Junod. Gérontologie.  
3<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 1983. pp 544-551;

**55. Santoni J.**

Incontinence et régression mentale : analyse en service de long séjour.  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1992 ; 11 (11) : 279-281

**56. Sebbane G.**

Déshydratation . in :  
G. Sebbane et JG. perilliat. Attitudes pratiques en gérontologie.  
Deltacom, 1992 ; 448 (9) : 33- 35

**57. Sebbane G.**

Paramètres essentiels à considérer lors de prescription chez le sujet age. In :  
G. Sebbane et Jg. perilliat.  
Attitudes pratiques en gérontologie.  
Deltacom, 1992 ; 448 (9) : 61 -62.

**58. Teillet L, Faucher N et Roger M.**

Particularités sémiologiques du sujet age.  
Concours Méd, 1997 ; 119(32) : 2403-2407.



**59. Traoré G.**

La solidarité et la santé des personnes âgées comme nouveaux axes de la politique nationale d'action sociale. Contenu et limites.  
Bamako : Séminaire Atelier sur le 3<sup>e</sup> Age, 1994.

**60. Veil S.**

Politique en faveur des personnes âgées.  
Rev Hosp Fra, 1995 ; 03/04 (2) : 150 - 151

**61. Verny C.**

Existe-t-il une spécificité des complications ?  
Impact médecin hebdo- n° spécial. Juillet 1997 : 14.15

**62. Verzar F.**

Aspects biologiques de la sénescence. In :  
E. Martin et Jp. Junod. Gérontologie  
3<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 1983. pp 30-33.

**63. Veysset B et Deremble J P.**

Dépendances et vieillissement.  
Paris : l'harmattan, 1993-161 p

**64. Vignalou J et Beck H.**

Thérapeutique Chez Les Personnes Âgées. In:  
E. Martin et Jp. Junod. Gérontologie.  
3<sup>e</sup> édition. Paris : Masson, 1983. pp 454-473.

**65. Wolmark Y.**

Les personnes âgées. In :  
G. Brucker et D. Fassin. santé publique.  
Paris : Ellipse, copyright 1989.843 p.

**66. Zinetti J, Dare F et Rabus M T.**

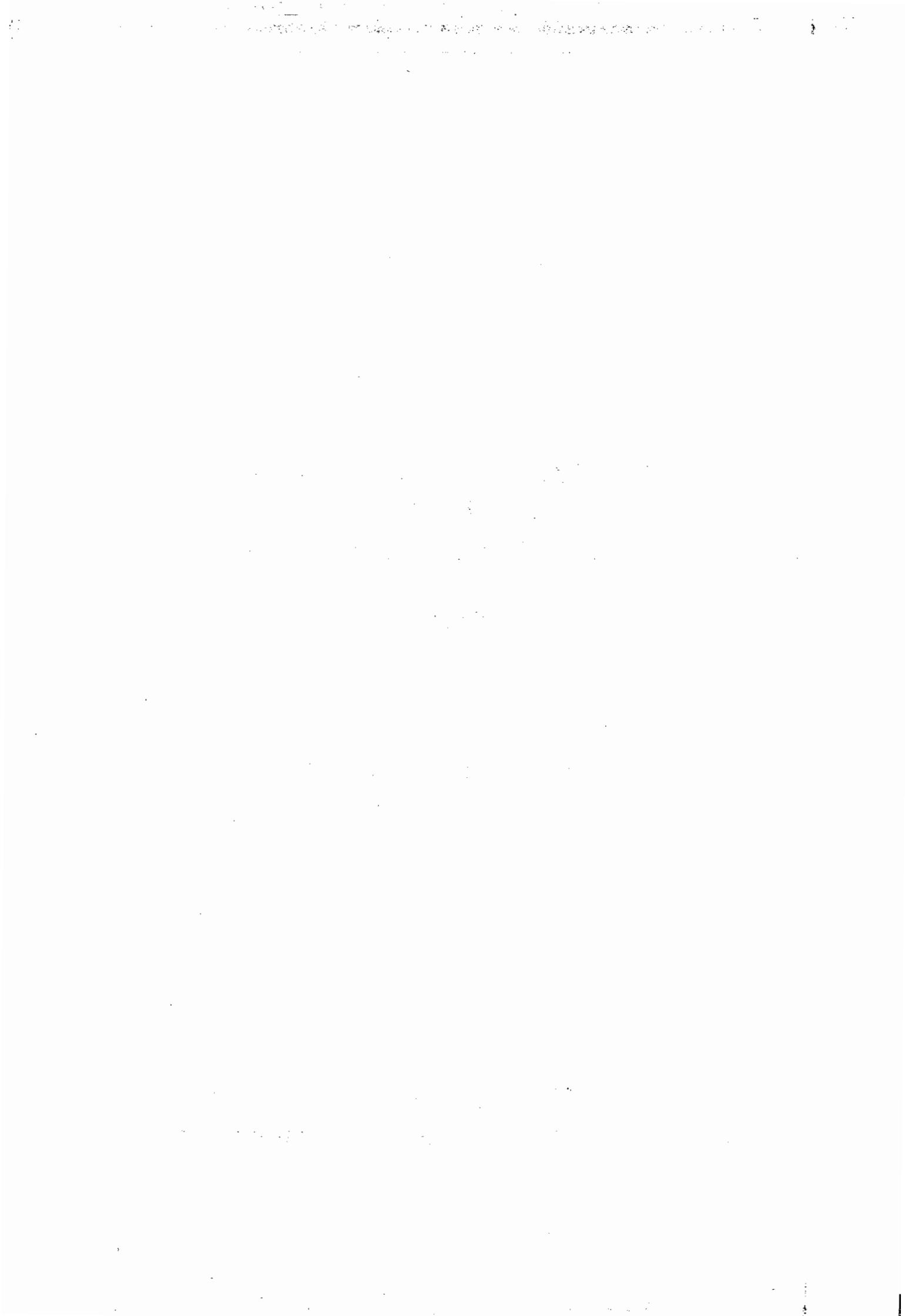
La souffrance psychologique de la personne âgée. In :  
Geriatrics - praticiens et 3<sup>e</sup> age, 1991 ; 10 (8/9) : 225-226.

**67. Zuccala G, Cocchi A, Gambassi G, Benabei R, Carbonin P.**

Post surgical complications in older patients - the rôle of pharmacological intervention.  
Drugs se aging, 1994, 5 (6) : 419 - 430.



# ANNEXES



# INTRODUCTION

## **1 - Importance du sujet:**

Les sujets âgés sont de plus en plus nombreux dans nos sociétés du fait de l'augmentation de l'espérance de vie.

Déjà fragilisés par la sénescence, ils deviennent le terrain de prédilection d'affections diverses, souvent chroniques et associées; voire intercurrentes [1]

La prise en charge de ces affections, rendue difficile par l'intrication des processus pathologiques, se veut multidisciplinaire.

Peu d'études ont été menées sur la gériatrie en Afrique et dans notre région plus particulièrement. Autant il n'existe pas de service affecté à la prise en charge de ces patients.

Les initiatives dans notre pays prises dans ce domaine, doivent être soutenues et concrétisées au travers d'études et de dispositions adéquates [2]

C'est à ce besoin que répond notre travail.

## **2 - Objectifs**

### **a) Objectif général**

Ce travail vise l'étude des affections des personnes âgées hospitalisées à l'hôpital National du Point G

### **b) Objectifs spécifiques**

- Dans ce travail nous déterminerons la prévalence des affections des personnes âgées en milieu hospitalier
- Nous recenserons les problèmes diagnostics et thérapeutiques.
- Nous évaluerons le coût de la prise en charge hospitalière de ces affections.



# METHODOLOGIE

## A / PATIENTS

### 1 - Critères d'inclusion

Nous ne retenons dans notre étude que les patients âgés de 60ans et plus hospitalisés à l'hôpital National du Point G quelque soit le motif.

### 2 - Critères d'exclusion

Les sujets âgés de moins de 60 ans ne sont pas concernés par notre étude.

## B / METHODES

### 1 - Type d'étude

Nous menons une étude prospective.

### 2 - Lieu d'étude

L'étude se déroule à l'hôpital National du Point G. Les services retenus pour l'étude sont tous les services de médecine et de chirurgie.

### 3 - Période d'étude :

Notre étude s'étendra d'Avril 1997 à Octobre 1998.

### 4 - Matériel

Nous nous servirons pour notre étude :

- des registres d'hospitalisation des services
- des dossiers des malades
- des fiches d'enquêtes comportant :

a) des données socio-épidémiologiques (nom, prénom, âge, sexe, profession, nationalité entre autres)

b) des données cliniques qui vont préciser: les dates d'entrée et de sortie des patients, le mode d'entrée, les consultations antérieures, les antécédents du malade, le motif d'hospitalisation antérieur, le délai de prise en charge, les causes du retard de prise en charge, le diagnostic à l'entrée, l'état général à l'entrée, les renseignements fournis par un examen physique, pratiqué appareil par appareil.

c) des données paracliniques fournies par un bilan systématique standard (NFS, glycémie, créatininémie, ECG, radiographie du thorax de face), et les autres examens spécialisés requis en fonction de l'orientation diagnostique.

d) des données thérapeutiques qui prendront en compte : ( le type de traitement, médical ou chirurgical, le régime de traitement et la nature des médicaments utilisés, les règles de traitement, les modalités évolutives, le type d'intervention, les motifs du choix thérapeutique).



Nous évaluerons les facteurs pronostiques au sortir de l'hospitalisation.

e) les données économiques qui seront établies sur la base des dates d'entrée et de sortie des malades, de la durée d'hospitalisation, de la catégorie hospitalière, des examens pratiqués, des actes pratiqués, et des médicaments consommés pour établir le coût global de prise en charge et apprécier la qualité de cette prise en charge.

#### **5 - Limites:**

Elles se rapportent aux contraintes matérielles et financières, à l'adhésion des autres services à l'étude, à la disponibilité logistique, et aux contraintes administratives.

## **ANALYSE DES RESULTATS**

Nos résultats seront présentés sous forme de tableaux, analysés de façon descriptive et corrélationnelle, vérifiés par comparaison des moyennes et des pourcentages, application du test de KHI<sup>2</sup> à la probabilité P inférieure à 0,05

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] - E, Martin et JP, Junod. Avant propos. In :  
E, Martin et JP, Junod. Gérontologie.  
3<sup>ème</sup> édition, Paris: Masson, 1983. 613 P.
- [2] - I, Arnal. Itinéraire d'une personne âgée en situation de crise dans les circuits hospitaliers (...)  
Thèse, med, Rennes, 1995; 0013
- [3] - Y, Wolmark, les personnes âgées, In :  
G, Brucker et D, Fassin. SANTE PUBLIQUE  
Paris: Ellipse, Copyright 1989. 848 P
- [4] - O, K. Gérontologie Gériatrie au Sénégal.  
Emergence des problèmes - Recherche des solutions  
Thèse, med, Dakar, 1991; 5



# ETUDE DES AFFECTIONS DES PERSONNES AGEES A L'H.N.P.G: PROBLEMATIQUE ET PERSPECTIVES

## FICHE D'ENQUETE

Q1 N° DE LA FICHE: \_\_\_\_\_

Q2 SERVICE: \_\_\_\_\_

Q3 N° D'HOSPITALISATION: \_\_\_\_\_

### A DONNEES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES

Q4 NOMS ET PRENOMS: \_\_\_\_\_

Q5 AGE DU MALADE (EN ANNEE): \_\_\_\_\_

Q6 SEXE DU MALADE

- MASCULIN  
 FENIMIN

Q7 RESIDENCE°

- MILIEU URBAIN  
 MILIEU RURAL  
 INDETERMINE

Q8 NATIONALITE

- MALIENNE  
 AUTRE (A PRECISER)

Q9 PROFESSION

- |                          |                 |                          |                     |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | CADRE SUPERIEUR | <input type="checkbox"/> | MENAGERE            |
| <input type="checkbox"/> | CADRE MOYEN     | <input type="checkbox"/> | RETRAITE            |
| <input type="checkbox"/> | OUVRIER         | <input type="checkbox"/> | SANS PROFESSION     |
| <input type="checkbox"/> | COMMERCANT      | <input type="checkbox"/> | INDETERMINEE        |
| <input type="checkbox"/> | PAYSAN          | <input type="checkbox"/> | AUTRES (A PRECISER) |

Q10 RESSOURCES

- |                          |          |                          |                     |
|--------------------------|----------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | SALAIRE  | <input type="checkbox"/> | SANS RESSOURCES     |
| <input type="checkbox"/> | RENTE    | <input type="checkbox"/> | ASSOCIATIONS        |
| <input type="checkbox"/> | PENSION  | <input type="checkbox"/> | INDETERMINEES       |
| <input type="checkbox"/> | COMMERCE | <input type="checkbox"/> | AUTRES (A PRECISER) |
| <input type="checkbox"/> | FAMILLE  |                          |                     |

### B DONNEES CLINIQUES

Q11 DATE D'HOSPITALISATION: \_\_\_\_\_

Q12 MODE D'ENTREE

- ORDINAIRE (CONSULTATION)  
 URGENCE  
 INDETERMINE

Q13 CONSULTATIONS ANTERIEURES

- AUCUNE  
 UNE AU PLUS  
 PLUSIEURS



Q14 ANTECEDENTS DU MALADE (A PRECISER)

- MEDICAUX  
 CHIRURGICAUX

Q15 MOTIF D'HOSPITALISATION ANTERIEUR: \_\_\_\_\_

Q16 DELAI ENTRE DEBUT DE LA MALADIE ET HOSPITALISATION: **ACTUELLE**

Q17 CAUSE DU RETARD DE PRISE EN CHARGE

- |                          |                      |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | BENIGNITE            | <input type="checkbox"/> | ORIENTATION TARDIVE  |
| <input type="checkbox"/> | RETICENCES           | <input type="checkbox"/> | MANQUE D'INFORMATION |
| <input type="checkbox"/> | PROBLEMES FIANCIERES | <input type="checkbox"/> | AUTRES (PRECISER)    |
| <input type="checkbox"/> | MANQUE D'ASSISTANCE  |                          |                      |

Q18 DIAGNOSTIC A L'ENTREE: \_\_\_\_\_

Q19 ETAT GENERAL A L'ENTREE:-

- BON  
 MAUVAIS

Q20 EXAMEN PHYSIQUE

Q21 EXAMEN GENERAL (PEAU ET MUCQUEUSES): \_\_\_\_\_

Q22 EXAMEN APPAREIL DIGESTIF ET VISCERES ABDOMINAUX \_\_\_\_\_

Q23 EXAMEN URO-GENITAL: \_\_\_\_\_

Q24 EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE: \_\_\_\_\_

Q25 EXAMEN RESPIRATOIRE: \_\_\_\_\_

Q26 EXAMEN GANGLIONNAIRE: \_\_\_\_\_

Q27 EXAMEN NEURO-PSYCHIATRIQUE: \_\_\_\_\_

Q28 EXAMEN OSTEO-ARTICULAIRE: \_\_\_\_\_

Q29 EXAMEN ENDOCRINOLOGIQUE: \_\_\_\_\_

Q30 EXAMEN OCULAIRE: \_\_\_\_\_

Q31 EXAMEN ORL \_\_\_\_\_

Q32 AUTRES EXAMENS (PRECISER): \_\_\_\_\_



**C**      **DONNEES PARACLINIQUES**

Q33    EXAMENS PARACLINIQUES PRATIQUES

Q34    HEMOGRAMMES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q35    HEMOCULTURES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q36    SEROLOGIES (A PRECISER): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q37    IONOGRAMMES (A PRECISER): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q38    ENDOSCOPIES (A PRECISER): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q39    PONCTIONS (A PRECISER): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q40    ECHOGRAPHIES (A PRECISER): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q41    RADIOGRAPHIES (A PRECISER): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q42    BIOCHIMIE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q43    BIOPSIES (A PRECISER): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Q44    AUTRES EXAMENS INDISPENSABLES: \_\_\_\_\_

FAISABLES A BAMAKO

IRREALISABLES A BAMAKO

Q45    DIAGNOSTIC RETENU: \_\_\_\_\_

Q46    PATHOLOGIES ASSOCIEES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D**      **DONNEES THERAPEUTIQUES**

Q47    TYPE DE TRAITEMENT

MEDICAL

CHIRURGICAL



- Q48 REGIME DE TRAITEMENT  
 MONOTHERAPIE (A PRECISER)  
 POLYTHERAPIE (A PRECISER)

- Q49 REGLES DE TRAITEMENT:  
 POSOLOGIES USUELLES  
 POSOLOGIES ADAPTEES

- Q50 NATURE DES MEDICAMENTS  
 SPECIALITES  
 ESSENTIELS (DCI)

- Q51 MODALITES EVOLUTIVES  
 FAVORABLE  
 CHRONICITE  
 DECES

- Q52 TYPE D'INTERVENTION (CURE)  
 PALIATIVE  
 RADICALE  
 ABSTENTION

- Q53 MOTIF DU CHOIX THERAPEUTIQUE  
 BON ETAT GENERAL  
 ETAT GENERAL ALTERE  
 STADE EVOLUTIF COMPATIBLE  
 OPERABILITE DEPASSEE  
 CONFORT DU PATIENT  
 REFFUS

- Q54 PRONOSTIC A LA SORTIE  
 BON  
 RESERVE  
 DECES

E DONNEES ECONOMIQUES

Q55 DATE D'ENTREE: \_\_\_\_\_

Q56 DATE DE SORTIE: \_\_\_\_\_

Q57 DUREE D'HOSPITALISATION (EN JOUR): \_\_\_\_\_

Q58 CATEGORIE HOSPITALIERE \_\_\_\_\_

Q59 COUT D'HOSPITALISATION: \_\_\_\_\_

Q60 COUT DES EXAMENS PRATIQUES: \_\_\_\_\_

Q61 COUT DES MEDICAMENTS: \_\_\_\_\_

Q62 COUT DES ACTES: \_\_\_\_\_

Q63 COUT HOSPITALIER GLOBAL: \_\_\_\_\_

- Q64 QUALITE DE PRISE EN CHARGE:  
 TOTALE  
 PARTIELLE  
 AUTRES (A PRECISER)



**NOM** : KEDY YOMBO

**PRENOM** : JEAN DIDIER

**TITRE DE THESE** : **ETUDE DES AFFECTIONS DU SUJET AGE A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G. PROBLEMATIQUE ET PERSPECTIVES.**

**VILLE DE SOUTENANCE** : BAMAKO

**PAYS D'ORIGINE** : MALI

**LIEU DE DEPOT** : Bibliothèque de la Faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

**SECTEUR D'INTERET** : GERIATRIE

**RESUME** :

Le but de notre travail a été d'étudier les affections du sujet âgé hospitalisé à l'hôpital national du point G. Il s'est agi d'une étude prospective et descriptive, menée à l'HNPG d'Avril 1997 à Août 1998. Elle a concerné tous les patients âgés de 60 ans et plus, hospitalisés à l'HNPG. Les hospitalisations des sujets âgés ont représenté 15,97%.

Après sélection ; seuls 487 dossiers ont répondu aux critères d'inclusion de notre étude : Soit 69,47% des patients. Il apparaît que la pathologie gériatrique est dominée par deux caractères : la chronicité (90,10%) et ses associations "Polypathologie" (54,8%).

La pathologie aiguë a été dominée par les infections (52,20%). Les affections broncho-pulmonaires (39,60%) et digestives (26,16%) ont été les plus fréquentes.

La pathologie chronique a été dominée par les affections uro-génitales (27%), cardio-vasculaires (18,70%) et neurologiques (15,30%).

Le contexte d'urgence dans lequel le sujet âgé consulte fréquemment pose des difficultés décisionnelles importantes. Il influence à la fois l'orientation, la prise en charge, les coûts et le pronostic. Devant les difficultés cliniques, les examens complémentaires ont souvent été d'un apport important : Soit 36,70% des cas pour le bilan standard et 44,80% pour les examens spécialisés. Le taux d'invalidité de ces affections a été de 14,16%, dominé par les déficits neurologiques. Le taux de mortalité a été de 15,40%. Les affections malignes et les AVC ont été les principales causes de létalité. Le coût moyen de la prise en charge a été de 82 861,242 F CFA. La prise en charge encore partielle devra être précoce pour améliorer les résultats. Le pronostic ne dépend ni de l'âge, ni du sexe, ni du type de pathologie. Il dépendrait du contexte général de survenue et de prise en charge.

Ces résultats suggèrent de dynamiser la participation et l'adhésion des personnes âgées aux prestations sanitaires. Cette option permettrait une prise en charge précoce et de fait l'amélioration du pronostic de ces affections.

**MOTS CLES** : Sujet âgé - GERIATRIE - Polypathologie - Chronique - Aiguë - Prise en Charge - Hospitalisé - Coûts - Pronostic - Réhabilitation - HNPG - Bamako - Mali.



# 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.

Admis dans 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 sa conception.

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

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



