



Article original

Motifs d'hospitalisation et caractéristiques clinico-biologiques des patients hospitalisés au service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville en 2024

Reasons for Admission and Clinico-Biological Characteristics of Patients Hospitalized in the Infectious Diseases Department of the University Hospital Center of Libreville in 2024

M Essomeyo Ngue Mebale*^{1,2}, M Ntsame Owono^{1,2}, C Manomba Boulingui^{1,2}, M Bouyou Akotet³

Résumé

Introduction : Les maladies infectieuses constituent un problème de santé publique en raison de leur cortège sur les pathologies épidémiques et endémiques. Cette étude visait à décrire les motifs d'hospitalisation ainsi que les caractéristiques clinico-biologiques des patients hospitalisés au Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHU de Libreville.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, menée à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés, colligés en 2024 dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHUL. Ont été inclus les patients âgés de 18 ans et plus, hospitalisés au SMIT au cours de la période d'étude. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été analysées.

Résultats : Au total, 164 (16,1%) patients ont été inclus. L'âge moyen était de 44 ans. Les femmes représentaient 71,8% des cas et près d'un tiers vivait en couple (32,2%). Les signes neurologiques

constituaient les motifs d'hospitalisation les plus fréquents chez la majorité des PvVIH comparativement aux non VIH ($p=0,18$; $0,04$). Le diagnostic final de toxoplasmose cérébrale était retrouvé chez près de la moitié des PvVIH (48,3%) ($p= 0,002$) et le paludisme, chez les non VIH dans un tiers des cas. Les anomalies biologiques les plus fréquentes étaient l'anémie en majorité dans les deux groupes ($p=0,56$) et la thrombopénie, chez plus d'un tiers des PvVIH et plus de la moitié des non VIH ($p=0,17$).

Conclusion : Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents des patients au CHUL étaient la toxoplasmose cérébrale et la tuberculose, témoignant du stade avancé de la maladie chez les PvVIH. Chez les non VIH, l'encéphalite et le paludisme étaient les plus retrouvés. L'anémie et l'insuffisance rénale étaient les anomalies biologiques les plus observées chez les patients. La systématisation du dépistage du VIH en milieu hospitalier permettrait une prise en charge précoce des patients.

Mots-clés : Motif, clinique, hôpital, Libreville.

Abstract

Introduction: Infectious diseases are a public health problem due to their association with epidemic and endemic pathologies. This study aimed to describe the reasons for hospitalization and the clinical and biological characteristics of patients admitted to the Infectious and Tropical Diseases Department (SMIT) at the Libreville University Hospital.

Methodology: This was a retrospective study based on the medical records of hospitalized patients collected in 2024 in the Infectious and Tropical Diseases Department (SMIT) of the CHUL. Patients aged 18 years and older who were hospitalized in the SMIT during the study period were included. Sociodemographic, clinical, biological, and therapeutic data were analyzed.

Results: A total of 164 (16.1%) patients were included. The average age was 44 years. Women accounted for 71.8% of cases and nearly one-third lived with a partner (32.2%). Neurological signs were the most common reason for hospitalization in the majority of PLHIV compared to non-HIV individuals ($p=0.18$; 0.04). The final diagnosis of cerebral toxoplasmosis was found in nearly half of PLHIV (48.3%) ($p=0.002$) and malaria in one-third of non-HIV cases. The most common biological abnormalities were anemia in both groups ($p=0.56$) and thrombocytopenia in more than one-third of PLHIV and more than half of non-HIV individuals ($p=0.17$).

Conclusion: The most common reasons for hospitalization of patients at CHUL were cerebral toxoplasmosis and tuberculosis, reflecting the advanced stage of the disease in PLHIV. Among non-HIV patients, encephalitis and malaria were the most common conditions. Anemia and renal failure were the most common biological abnormalities observed in patients. Systematic HIV screening in hospitals would enable early treatment of patients.

Keywords: Reason, clinic, hospital, Libreville.

Introduction

Les maladies infectieuses constituent un problème de santé publique en raison de leur cortège sur les pathologies épidémiques et endémiques. Elles appartiennent au groupe des maladies transmissibles et sont responsables, dans le monde, de 2,5 millions de décès en 2021, soit 370 000 décès de moins qu'en 2000 en ce qui concerne les infections des voies respiratoires basses, maladies transmissibles les plus mortelles au monde [1]. Ces maladies infectieuses sont variées, allant du paludisme fréquent aux maladies tropicales négligées, constituant ainsi un fléau pour les pays pauvres [2]. Dans de nombreux pays africains, ces maladies infectieuses sont responsables d'un nombre important d'hospitalisations. Elles sont dues à l'invasion dans l'organisme d'agents infectieux pouvant être des bactéries, des virus, des parasites ou des champignons. Au sein de toutes ces maladies infectieuses, il y a l'infection à VIH apparue il y a plus de quatre décennies et qui occupe encore une place très importante dans le monde. Elle se caractérise par une baisse de l'immunité, favorisant ainsi la survenue d'autres infections appelées opportunistes et des tumeurs. D'après le dernier rapport sur les estimations les plus récentes du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), en 2024, 40,8 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 25,9 millions en Afrique subsaharienne. Cette même année, environ 630 000 décès liés au sida ont été enregistrés, marquant une réduction de près de 70% par rapport au pic observé en 2004, et 1,3 millions de nouvelles infections ont été notifiées [3]. Avec la découverte des antirétroviraux (ARV), l'infection à VIH a vu son pronostic changer, passant d'une maladie rapidement mortelle à une maladie chronique désormais maîtrisée, réduisant ainsi les taux de mortalité et de morbidité liés à cette infection. Au fil du temps, il y a eu une évolution sur le plan global de l'impact des maladies infectieuses dont le VIH, le paludisme et la tuberculose sur la santé des populations. Bien que des études africaines aient été menées sur les pathologies infectieuses dont le VIH en

hospitalisation, [4, 5], aucune étude menée au Gabon n'a décrit la dynamique de l'influence de l'infection par le VIH sur le recrutement en hospitalisation des patients dans le service de Maladies Infectieuses. C'est dans ce contexte que, l'objectif de la présente étude était de décrire les motifs d'hospitalisation ainsi que les caractéristiques clinico-biologiques des patients hospitalisés au Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL).

Méthodologie

Cadre et période d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective, menée à partir des dossiers colligés en 2024 dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL), sur une période de 12 mois. Elle portait sur l'analyse des dossiers des patients hospitalisés via transfert du service d'accueil des urgences (SAU), pour un diagnostic de Maladies Infectieuses. Les patients étaient VIH positifs et VIH négatifs, âgés d'au moins 18 ans et ayant bénéficié d'une sérologie rétrovirale pour ceux dont le statut sérologique était inconnu. Le SMIT est le service de référence dans la prise en charge de l'infection à VIH et des autres maladies infectieuses du Gabon. Chaque année, près de 5000 PvVIH sont suivis en ambulatoire pour la prise en charge du VIH.

Matériel d'étude

Le matériel d'étude comprenait l'ensemble des dossiers médicaux des patients hospitalisés durant la période considérée. Après une séance d'entretien pour le «counselling» chez le malade au SAU, un prélèvement sanguin était réalisé et transmis au laboratoire du SAU du CHUL. Conformément aux recommandations de l'OMS, le dépistage des anticorps anti-VIH a été réalisé au moyen de deux techniques immuno-enzymatiques, puis confirmé par le Western blot. Ces dossiers comprenaient d'une part, les patients infectés au VIH déjà sous traitement ARV, et d'autre part, des patients naïfs avec une sérologie

rétrovirale positive de découverte récente. Les dossiers de patients ayant donné leur consentement écrit pour l'utilisation anonyme de leurs informations aux fins de recherche scientifique ont été inclus.

Recueil des données

Les informations ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée élaborée pour cette étude. Les variables suivantes ont été recueillies :

- Caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale),
- Caractéristiques cliniques (le motif d'hospitalisation et le diagnostic final) et
- Caractéristiques biologiques (anémie, thrombopénie, urée, créatinine, ASAT, ALAT)

Analyses statistiques

Les données ont été saisies sous Microsoft Excel 2016, puis analysées à l'aide du logiciel Stat View 5.0 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne \pm écart-types ou de médiane avec intervalle interquartile [IQR], selon leur distribution. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences absolues et relatives. Les comparaisons de proportions ont été effectuées à l'aide du test de Chi-deux (χ^2) ou du test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Considérations éthiques

Les patients ont été inclus volontairement après obtention de leur consentement éclairé pour l'exploitation ultérieure de leurs données aux fins de recherche. L'étude a été conduite dans le strict respect des principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (révision 2013).

L'exploitation des données a été autorisée par :

- Le Directeur des Affaires Médicales du CHUL,
- Et le Chef du Département de Médecine et Spécialités Médicales.

Les dossiers ont été exploités de manière anonyme et confidentielle. Un numéro d'identification unique a été attribué à chaque patient et utilisé durant l'analyse afin d'assurer la confidentialité des données.

Résultats

Caractéristiques générales

Au total, 16,2% (n= 164/1014) dossiers de PvVIH ou non en provenance du SAU, ayant un diagnostic de Maladies Infectieuses ont pu être exploités, dans le service au cours de la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 44 ans [17-93 ans]. Environ trois quarts des PvVIH et moins de deux tiers des non VIH étaient des femmes. Parmi les 164 patients, 101 (67,7%) des PvVIH vivaient seuls et un tiers des non VIH étaient en couple.

Profil clinique

Dans cette étude, la majorité des patients étaient de sexe féminin avec un sex-ratio de 0,41. Une tendance similaire était observée au sein des patients infectés par le VIH et ceux non infectés avec des sex-ratios respectifs de 0,39 et 0,66. Ces résultats, bien que différents selon le sexe, étaient statistiquement non significatifs (p=0,33) (Tableau I).

Concernant le statut matrimonial, les célibataires (n= 105/164) constituaient le groupe le plus représenté, indépendamment du statut sérologique. Près d'un tiers des patients vivaient en couple dans les deux groupes et (n= 6/149) veufs n'étaient retrouvés que parmi les VIH positifs. La même tendance était observée au sein des patients infectés par le VIH et ceux non infectés, sans aucune différence significative observée entre les deux groupes (p = 0,73) (Tableau I).

S'agissant des motifs d'hospitalisation, les signes neurologiques à savoir les signes de localisation (n= 58/60) et l'altération de l'état de conscience (AEC) (n= 36/42) étaient retrouvés chez la majorité des patients. Les signes pulmonaires quant à eux représentaient près d'un quart de la population, constituant ainsi les deux principales causes d'admission au sein de nos patients. Chez les patients VIH négatifs, les hospitalisations étaient dominées par les arthralgies fébriles dans moins de la moitié des cas, contrastant avec la diversité symptomatique observée chez les patients séropositifs (p= 0,002) (Tableau I).

Au plan diagnostique, la toxoplasmose et la tuberculose représentaient les affections les plus

courantes parmi les patients VIH positifs, regroupant ensemble près des deux tiers des diagnostics finaux. Ces infections opportunistes restent exceptionnelles chez les VIH négatifs chez qui le paludisme occupait au contraire une place prépondérante (p= 0.012). Les infections respiratoires et digestives, bien que moins fréquentes, concernent exclusivement les patients séropositifs (Tableau I).

Profil biologique

Le tableau II présente les caractéristiques biologiques des patients hospitalisés au SMIT. L'anémie constituait l'anomalie la plus fréquente dans les deux groupes. Son taux moyen était de $9,4 \pm 2,5$ g/dl et touchait environ les trois quarts des patients. Bien qu'un peu plus fréquente chez les sujets VIH négatifs, la différence n'est pas statistiquement significative (p= 0,56). La thrombopénie a été mesurée chez 160 patients, avec un taux moyen de $213281,2 \pm 129807,3$ cellules/mm³. Elle était observée chez près d'un tiers des patients VIH positifs et chez un peu plus de la moitié des VIH négatifs. Cette tendance avec une fréquence légèrement plus élevée chez les séronégatifs ne montre toutefois pas de différence significative (p = 0,17).

Concernant la fonction rénale, seuls 105 patients avaient bénéficié d'un dosage de la créatinine, allant de 13,9 à 313000 $\mu\text{mol/l}$, avec un taux moyen de 2200,0 $\mu\text{mol/L}$. Des taux élevés d'urée ou de créatinine avaient été retrouvés chez environ un quart des patients, sans distinction marquée entre les deux groupes (p> 0,5). Les transaminases (ASAT et ALAT) ont été dosées chez 102 patients, avec un taux moyen de $71,9 \pm 114,7$ UI/L et de $39,9 \pm 61,0$ UI/L respectivement pour ASAT et ALAT. Les perturbations de ces marqueurs hépatiques, évaluées à travers les transaminases, étaient également présentes chez une proportion notable de patients, avoisinant un tiers des cas. Les élévations d'ASAT et d'ALAT apparaissaient légèrement plus fréquentes chez les séronégatifs comparativement aux PvVIH, avec des écarts non statistiquement significatifs (p = 0,72 et p = 0,70 respectivement) (Tableau II).

Tableau I : Caractéristiques cliniques des patients hospitalisés au SMIT

Variables	VIH+		VIH-		P
	Effectif (N)	Pourcentage (%)	Effectif (N)	Pourcentage (%)	
Sexe					0,33
Féminin	107	71,8	9	60	
Masculin	42	28,2	6	40	
Statut matrimonial					0,73
Célibataires	95	63,7	10	66,7	
Couple	48	32,2	5	33,3	
Veuf	6	4,0	0	0	
Motif d'hospitalisation					0,29
AEC*	36	24,2	6	40,0	
Signes de localisation	58	38,9	2	13,4	
Signes digestifs	20	13,4	0	0	
Signes pulmonaires	32	21,5	2	13,3	
Arthralgies fébriles	7	4,7	5	33,4	
Autres signes	16	10,7	0	0	
Diagnostic final					0,002
Toxoplasmose	72	48,3	6	40,0	
Tuberculose	32	21,5	2	13,3	
Infections respiratoires	11	7,4	0	0	
Infections digestive	10	6,7	0	0	
Paludisme	7	4,6	5	33,3	

AEC : altération de l'état de conscience

Tableau II : Caractéristiques biologiques des patients hospitalisés au SMIT

Variables		VIH+		VIH-		P
		Effectif (N)	Pourcentage (%)	Effectif (N)	Pourcentage (%)	
Anémie	Oui	102	70,4	12	80	0,56
	Non	43	29,6	3	20	
Thrombopénie	Oui	51	35,2	8	53,3	0,17
	Non	94	64,8	7	46,7	
Urée élevée	Oui	21	21,0	3	33,3	0,41
	Non	79	79,0	6	66,7	
Créatinine élevée	Oui	23	24,0	3	33,3	0,53
	Non	73	76,0	6	66,7	
ASAT élevées	Oui	33	35,5	4	44,4	0,72
	Non	60	64,5	5	55,6	
ALAT élevées	Oui	25	26,8	3	33,3	0,70
	Non	68	73,1	6	66,7	

Discussion

Cette étude réalisée sur des patients ayant été hospitalisés en 2024 au SMIT du CHU de Libreville, avait pour but de décrire les motifs d'hospitalisation des pathologies rencontrées et les caractéristiques clinico-biologiques des patients hospitalisés au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL).

Au plan sociodémographique, les patients inclus dans cette étude étaient majoritairement des femmes dans les deux groupes, avec un sex ratio H/F de 0,41. La plupart était célibataires et la moitié d'entre eux vivaient en couple aussi bien chez les PvVIH que chez les sujets VIH négatifs. Ce profil diffère de celui rapporté par Cissoko et ses collaborateurs à Bamako, Rein et ses collaborateurs à Londres ainsi que Chelli et ses collaborateurs à Tunis, où les hommes représentaient respectivement 64,3%, 74% et 61% des cas hospitalisés [6, 7,8]. Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure adhésion au suivi médical et une plus grande fréquentation des structures de santé par les femmes, comme déjà observées dans plusieurs contextes en Afrique Subsaharienne [7 ; 8]. Ce résultat bien que contraire aux données de l'OMS sur la prédominance féminine de l'infection à VIH, traduit le retard de prise en charge observé chez les hommes sur le plan sanitaire. L'âge moyen de notre population d'étude était de 44 ans. Ce résultat est similaire à celui de Chelli et Cissoko, qui rapportaient respectivement un âge moyen de 40 ans et 37,03 ans [8,6]. Ces données confirmeraient que les jeunes adultes demeurent les plus touchés.

Au plan clinique, les principaux motifs d'hospitalisation chez les PvVIH étaient des symptômes neurologiques, caractérisés par l'altération de l'état de conscience (85,7 %), suivis des signes de localisation (96,7%). Chez les non VIH, les causes d'hospitalisation étaient représentées par des atteintes neurologiques dont l'altération de l'état de conscience et des signes pulmonaires dans respectivement 14,3% et 13,3% des cas. Ces résultats sont conformes à ceux de Lakoh et collaborateurs en Sierra Léone,

Barreneche et collaborateurs en Colombie ainsi que Burke et collaborateurs dans une revue systématique et méta-analyse, qui rapportaient dans leurs études que, la cause commune d'hospitalisation des PvVIH étaient des pathologies liées à l'infection à VIH, particulièrement au stade SIDA et la présence d'infections opportunistes chez les PvVIH [9 ;10,11]. En effet, ces symptômes retrouvés font évoquer des pathologies telles que la toxoplasmose cérébrale. Aussi, Bellino et collaborateurs en Italie rapportaient dans leur étude que, les événements définissant le Sida et les infections non liées au VIH/SIDA constituaient les motifs d'hospitalisation les plus fréquents [12]. D'après les données d'une revue systématique réalisée en 2013, les maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, les maladies bactériennes et infection à VIH), constituaient les principales causes d'hospitalisation (19,8%) suivies des maladies respiratoires (16,2%) [13]. Par contre, chez des sujets VIH négatifs, ces symptômes seraient à l'origine des pathologies infectieuses telles que les encéphalites ou des pneumopathies communautaires. Par ailleurs, des arthralgies fébriles ont été retrouvées dans les deux groupes, avec des proportions quasi similaires, dans respectivement 58,4% et 41,6%, avec une différence statistiquement significative. Pour le groupe des PvVIH, selon Traoré et collaborateurs à Bamako, le paludisme était la principale pathologie non classante SIDA retrouvée majoritairement chez les sujets infectés et non traités [14].

En cours d'hospitalisation, les pathologies fréquemment diagnostiquées étaient la toxoplasmose cérébrale (48,3%) et la tuberculose (21,5%) chez les PvVIH. De plus, dans les études respectives de Lewden et Riziki, la tuberculose représentait la première cause d'hospitalisation avec respectivement une fréquence de 29% et 18%, suivie de la toxoplasmose cérébrale [15,16]. Ces similitudes témoigneraient d'un maintien d'un taux élevé de maladies opportunistes dans nos contextes africains, malgré les progrès du traitement antirétroviral. Elles suggéreraient également des retards diagnostiques et thérapeutiques, ainsi qu'une mauvaise observance.

Les anomalies biologiques retrouvées dans notre étude étaient plus importantes chez les PvVIH,

comparativement aux patients non VIH. Il s'agissait au niveau de l'hémogramme, des troubles hématologiques avec anémie et thrombopénie ; au niveau rénal, d'une insuffisance rénale et au niveau hépatique d'un syndrome de cytolysse. Ces résultats rejoignent ceux rapportés par Ghislain et ses collaborateurs dans leur méta-analyse sur les causes de décès et d'hospitalisation des PvVIH en Afrique Subsaharienne, où les désordres hématologiques et rénaux étaient des facteurs prédictifs de mortalité [16]. De même, pour Aderajew et collaborateurs, les anomalies des tests de la fonction hépatique constituent un facteur prédictif de mortalité [17]. Selon Abdourahimi, les facteurs de décès retrouvés dans son étude étaient : l'âge entre 25-49 ans, la présence de signes respiratoires ou une réadmission [18].

Notre étude comporte quelques limites. D'abord, nous avons réalisé cette étude dans un hôpital de référence concernant la prise en charge des PvVIH, mais dans un contexte de ressources limitées. En raison d'investigations insuffisantes ou incomplètes, certaines pathologies n'ont pas pu être diagnostiquées. Ensuite, le coût élevé de certains examens, encore à la charge du patient malgré une couverture par l'assurance maladie, n'ont pas permis d'assurer une prise en charge complète. De plus, tous les patients admis et ayant un diagnostic de suspicion de maladies infectieuses au SAU ne sont pas transférés au SMIT, pour des raisons de décharge, du fait de la stigmatisation et la non volonté d'être hospitalisé dans notre service. Enfin, le déséquilibre marqué entre les groupes étudiés, avec une prédominance des patients vivant avec le VIH par rapport aux patients non VIH, constitue une limite méthodologique importante. Ce déséquilibre s'explique en grande partie par la faible prévalence des patients non VIH hospitalisés dans notre service, celui-ci étant principalement dédié à la prise en charge des PvVIH. La faible taille du groupe non VIH réduit la puissance statistique des analyses comparatives et limite l'interprétation des tests statistiques, en particulier des p-values, qui peuvent être non significatives malgré l'existence

de différences réelles ou, à l'inverse, instables et peu robustes. Ainsi, les résultats statistiques doivent être interprétés avec prudence, en tenant compte de cette disparité d'effectifs et de l'incertitude accrue liée au faible nombre de patients non VIH.

Conclusion

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents au SMIT du CHUL, chez les PvVIH, étaient la tuberculose et la toxoplasmose cérébrale, témoignant du stade avancé de la maladie au moment de l'admission. Chez les sujets non infectés par le VIH, les principales causes d'hospitalisation étaient les encéphalites et le paludisme. Les complications biologiques les plus observées, notamment l'anémie et l'insuffisance rénale, traduisent la sévérité de l'état général des patients et constituaient également des causes d'hospitalisation de nos patients. Des efforts sont nécessaires pour une amélioration du plateau technique des formations sanitaires afin de faciliter le diagnostic des affections opportunistes développées par les PvVIH. Aussi, la suggestion d'une systématisation du dépistage du VIH chez tout patient lors de tout contact avec un service de santé doit être de mise. Cela permettrait un diagnostic plus précoce et ainsi réduire la proportion de patients admis à un stade avancé de la maladie.

Contribution des auteurs :

Essomeyo NM Magalie : Revue de la littérature, rédaction du manuscrit

Ntsame Owono Marion, Manomba Boulingui Charleine, Bouyou Akotet Marielle : apport critique, correction du manuscrit et approbation de la version finale à publier.

Remerciements : nos remerciements vont à l'endroit des patients ainsi qu'à l'équipe de recherche inclus dans ce protocole.

Règles d'éthique : les auteurs déclarent que les règles d'éthique ont été respectées lors de l'élaboration du travail.

*Correspondance

ESSOMEYO NGUE MEBALE Magalie

magmebale14@gmail.com

Disponible en ligne : 22 Janvier 2026

1 : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales,
Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

2 : Département de Médecine et Spécialités
Médicales, Université des Sciences de la Santé,
Gabon

3 : Département des Sciences Fondamentales,
Faculté de Médecine, Université des Sciences de
la Santé, Gabon

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Les 10 principales causes de mortalité. Genève: OMS; 2021.
- [2] Bhutta ZA, Sommerfeld J, Lassi ZS, Salam RA, Das JK. Global burden, distribution, and interventions for infectious diseases of poverty. *Infect Dis Poverty*. 2014;3:21.
- [3] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Update 2024: Let Communities Lead. Geneva: UNAIDS; 2024.
- [4] Fortes Déguénonvo L, Manga NM, Diop SA, Dia Badiane NM, Seydi M, Ndour CT, et al. Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal). *Bull Soc Pathol Exot*. 2011;104(5):361-370.
- [5] Kra O, Aba YT, Yao KH, Ouattara B, Abouo F, Tanon KA, et al. Profil clinicobiologique, thérapeutique et évolutif des patients infectés par le VIH hospitalisés au service des maladies

infectieuses et tropicales d'Abidjan (Côte d'Ivoire). *Bull Soc Pathol Exot*. 2013;106:1-8.

- [6] Cissoko Y, Traoré F, Dicko MS, Konaté I, Sidibé AF, Dembélé JP, et al. Profile of pathologies diagnosed in patients hospitalized in a ward of infectious diseases in the era of HIV in Bamako, Mali, West Africa. *J Infect Dis Epidemiol*. 2019;5:066.
- [7] Rein SM, Lampe FC, Chaloner C, Stafford A, Rodger AJ, Johnson MA, et al. Causes of hospitalisation among a cohort of people with HIV from a London centre followed from 2011 to 2018. *BMC Infect Dis*. 2021;21:395.
- [8] Chelli J, Bellagreg F, Aouem A, Hahab Z, Mesmia H, Ben Lasfar N, et al. Causes de décès des patients infectés par le VIH dans un centre tunisien. *Pan Afr Med J*. 2016;25:105.
- [9] Lako S, Jiba DF, Kanu JE, Poveda E, Baneira AS, Sahr F, et al. Causes of hospitalization and predictors of HIV-associated mortality at the main referral hospital in Sierra Leone: a prospective study. *BMC Public Health*. 2019;19:1320.
- [10] Alvarez Barreneche MF, Restrepo Castro CA, Hidron Botero A, Villa Franco JP, Trompa Romeo IM, Restrepo Carvajal L, et al. Hospitalization causes and outcomes in HIV patients in the late antiretroviral era in Colombia. *AIDS Res Ther*. 2017;14:60.
- [11] Burke RM, Ellis NSJ, Rangaraj A, Lawrence DS, Jarvis JN, et al. Causes of hospitalisation among people living with HIV worldwide, 2014–2023: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2025;12:355-366.
- [12] Bellino S, Borghetti A, Lombardi F, Camoni L, Ciccullo A, Baldin G, et al. Evolution des taux d'hospitalisation dans une cohorte de personnes infectées par le VIH suivies dans un hôpital italien de 1998 à 2016. *Epidemiol Infect*. 2019;147:e89.
- [13] Etyang AO, Scott JAG. Medical causes of admission to hospital among adults in Africa: a systematic review. *Glob Health Action*. 2013;6:19090.
- [14] Traoré AM, Minta DK, Fomba M, Cissé H, Diallo

K, Coulibaly I, et al. Profil épidémioclinique et évolutif de patients VIH+ référés au CHU du Point G, Bamako (Mali). *Sante Publique*. 2014;107:22-26.

[15] Lewden C, Drabo YJ, Zannou DM, Maiga MY, Minta DK, Sow PS, et al. Disease patterns and causes of death of hospitalized HIV-positive adults in West Africa: a multicountry survey in the antiretroviral treatment era. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:18797.

[16] Riziki Ghislain M, Azanze MMG, Phami M, Magula N. Causes of hospitalization and death in the antiretroviral era in sub-Saharan Africa (2008–2018): a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(43):e27342.

[17] Tekelehaimanot AN, Belachew T, Gudina EK, Getnet M, Amdisa D, Dadi LS. Predictors of mortality among adults living with HIV and implications for appointment spacing care models. *Ethiop J Health Sci*. 2021;31(5):925-936.

[18] Abdourahimi D, Yehadji D, Briskin E, Khine EM, Arias C, André KS, et al. Factors associated with mortality among patients hospitalized for advanced HIV disease. *Public Health Action*. 2023;13:19-24.

Pour citer cet article :

M Essomeyo Ngue Mebale, M Ntsame Owono, C Manomba Boulingui, M Bouyou Akotet. Motifs d'hospitalisation et caractéristiques clinico-biologiques des patients hospitalisés au service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville en 2024. *Jaccr Africa* 2026; 10(1): 18-26

<https://doi.org/10.70065/26101.jaccrAfri.004L012201>