



Article original

Profil épidémiologique et thérapeutique des patients du service de réanimation de l'Hôpital de Référence de Maradi - Niger

Epidemiological and therapeutic profile of patients in the intensive care unit of the Reference Hospital of Maradi – Niger

M Maikassoua*^{1,2}, MB Abdoulaye^{1,2}, MB Alassane^{1,2}, ML Hassane³, A Magagi³, M Gagara⁴, R Mahaman Garba², N Hamissou², L James Didier^{2,4}, MS Chaibou⁴, M Boukari Bawa⁴

Résumé

Objectif : le but de ce travail était de faire un état de lieux des patients admis dans le service de la réanimation polyvalente de l'hôpital de référence de Maradi durant la période de notre étude.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale et descriptive sur une durée de 3 ans allant du 14 Juillet 2021 au 31 Aout 2024 dans le service de réanimation de l'Hôpital de Référence de Maradi. Ont été inclus dans notre étude tous les patients admis au service de réanimation de l'HRM quelle qu'en soit la cause et ayant un dossier médical exploitable.

Résultats : La série comportait 485 patients. L'âge moyen était de 37,23 +/- 22,71 an avec des extrêmes de 1 jour et 90 ans et une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,46. Les motifs d'admission étaient dominés par les patients nécessitant une prise en charge post opératoire spécifique avec 42,06 % des cas. Les pathologies traumatiques étaient au premier rang des admissions dans 45,57% des cas et étaient dominées par des traumatismes crâniens dans

20,20% des cas, suivies des pathologies chirurgicales (25,35%) et des pathologies médicales (22,49%). Une intubation a été faite chez 42,27% et les vasopresseurs ont été administrés chez 36,91% de cas. La mortalité était de 48 % de cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 2,1 jours.

Conclusion : les traumatismes et la surveillance postopératoire étaient les principales causes d'admission. L'amélioration de la prise en charge passe par l'équipement adéquat du service et la formation continue du personnel.

Mots-clés : Epidémiologie, Pronostic, Réanimation, Hôpital de Référence de Maradi.

Abstract

Objective: To take stock of patients admitted to the multipurpose intensive care unit of the Maradi Reference Hospital during the period of our study.

Methodology: This was a retrospective, cross-sectional, and descriptive study over a period of 3 years, from 14July 2021 to 31August 2024, in the

intensive care unit of the Maradi Reference Hospital. All patients admitted alive to the intensive care unit of the HRM, regardless of the cause, and with a usable medical record, were included in our study.

Results: The series included 485 patients. The mean age was 37.23 +/- 22.71 years, with extremes of 1 day and 90 years and a male predominance with a sex ratio of 2.46. The reasons for admission were dominated by patients requiring specific postoperative care with 42.06% of cases. Traumatic pathologies were the leading admissions in 45.57% of cases and were dominated by head injuries in 20.20% of cases, followed by surgical pathologies (25.35%) and medical pathologies (22.49%). Intubation was performed in 42.27% and vasopressors were administered in 36.91% of cases. Mortality was 48% with an average hospital stay of 2.1 days

Conclusion: This study shows that the majority of patients were postoperative trauma patients. Improving care requires adequate equipment for the department and ongoing staff training.

Keywords: Epidemiology. Prognosis. Resuscitation. Maradi Reference Hospital.

Introduction

La réanimation est une spécialité ayant pour mission de prendre en charge les patients dont le pronostic vital est immédiatement menacé par une ou plusieurs défaillances d'organes graves et consécutives à des pathologies diverses. De ce fait, elle assure une surveillance accrue des malades [1]. Elle a pour objectifs de prévenir et de pallier les différentes défaillances viscérales aiguës. Elle s'adresse aux malades graves et est actuellement considérée comme un élément normal de l'arsenal thérapeutique. Pour cela, il faut quelques prérequis à savoir l'utilisation de techniques et de matériels spécifiques, la surveillance continue et un personnel qualifié. Cependant le système de la réanimation polyvalente comme on le voit dans les pays en voie de développement, a des moyens très limités [1]. Par ailleurs, notre société a

connu plusieurs changements socioéconomiques et démographiques, ce qui implique de nouveaux défis en matière de santé publique surtout avec l'amélioration relative de notre système sanitaire et le développement de la médecine notamment la réanimation. Cet état de fait a eu pour conséquences, l'augmentation de l'utilisation du service de réanimation. Mais ce constat, bien que réel, reste timide dans les pays en voie de développement. C'est ainsi qu'en France, entre 2014 et 2022 environ 244 000 patients ont été admis dans un service de réanimation [2]. Alors qu'à Brazzaville au Congo, Otiobanda a enregistré en 2014, 1121 patients sur deux ans [3], Chaibou à Niamey au Niger a trouvé 1157 patients sur quatre ans [4]. Le service de réanimation polyvalente de l'hôpital de référence de Maradi n'échappe pas à ce constat. Cependant, étant jeune, aucune étude de ce genre n'a été réalisée, ce qui motiva cette étude afin d'étudier le profil des patients dans ce service.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale et descriptive sur une durée de 3 ans allant du 14 juillet 2021 au 31 Aout 2024 dans le service de réanimation de l'Hôpital de Référence de Maradi (HRM). Ont été inclus dans notre étude tous les patients admis au service de réanimation de l'HRM quelle qu'en soit la cause et ayant un dossier médical exploitable.

Les patients non inclus étaient ceux arrivés décédés, ceux avec un dossier médical incomplet et ceux dont les dossiers n'ont pas été retrouvés.

Les variables étudiées étaient : les ressources matérielles, les ressources humaines, les aspects socio-épidémiologiques (âge, sexe, provenance), les paramètres vitaux, les motifs d'admission, le diagnostic d'admission, l'utilisation ou pas de la ventilation mécanique, l'utilisation ou non des vasopresseurs, les aspects évolutifs.

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête préétablie. Les sources de données sont les registres d'hospitalisations de service et les dossiers des malades.

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête préétablie. Les données ont été saisies sur EXCEL 19 et analysées sur le logiciel MBI SPSS version 27.

En ce qui concerne les aspects éthiques, une autorisation d'étude a été octroyée par le doyen de la FSS de Maradi et l'administration de l'Hôpital de Référence de Maradi. Au cours de cette étude, nous avons suivi strictement les considérations éthiques de confidentialités, du respect d'intégrité physique et morale des patients et droits humains. L'anonymat des patients été préservé.

Comme toute étude rétrospective, des difficultés ont été rencontrées au cours de ce travail. Il s'agit entre autre de : mauvais enregistrement des dossiers et des dossiers manquants.

Résultats

• *Les ressources matérielles*

Pendant la période de cette étude, les matériels suivants étaient disponibles dans le service.

• *Les ressources humaines*

L'évolution du personnel de notre service au cours de la période de l'étude est présentée sur la figure 1.

Ces infirmiers, agents de santé de base (ASB) exerçaient pour la première fois dans un service de réanimation.

• *Aspects épidémiologiques*

Durant la période de notre étude 485 patients ont été admis en réanimation sur un total de 12795 patients admis à l'hôpital soit une fréquence hospitalière de 3,79%. Ils sont de sexe masculin dans 71,13% soit un sex ratio de 2,46. L'âge moyen des patients était 37,23 ans avec des extrêmes allant de 1 jour à 90 ans. La tranche d'âge [15-30[était la plus représentée suivie de la tranche d'âge [30-45[avec une place non négligeable des patients pédiatriques. La majorité de nos patients provenait de la région de Maradi, soit 83,09%. La figure 2 nous donne la répartition des patients selon la provenance.

• *Aspects cliniques*

Le principal mode d'admission des patients dans

notre service était le transfert intra hospitalier. En effet, 95,46% des patients proviennent des services hospitaliers de l'hôpital et seuls 4,54% étaient admis directement. Les patients étaient admis en réanimation pour des causes diverses. Le tableau ci-dessous nous résume les différents motifs d'admission des patients en réanimation durant la période de notre étude.

Les pathologies traumatiques étaient au premier rang des admissions dans 45,57% des cas et étaient dominées par des traumatismes crâniens dans 20,20% des cas, suivies des pathologies chirurgicales (25,35%) et des pathologies médicales (22,49%). Le tableau IV explique ce fait en détail.

L'examen neurologique à l'admission avait trouvé 42,68% des patients avec un score de Glasgow entre 3/15 et 8/15, 3,51% entre 9 et 12, 10,72% étaient obnubilés. Aussi, 43,09% des patients étaient sous l'effet de l'anesthésie car venant du bloc opératoire mais dont la plupart était extubée sur table d'opération. Un déficit moteur était notifié chez 36 patients, une mydriase bilatérale chez 16 patients et une anisocorie chez 14 autres.

Sur le plan hémodynamique, 248 patients présentaient une instabilité faite d'une hypotension artérielle, une tachycardie ou une bradycardie, diurèse effondrée.

Sur le plan respiratoire, 92% des patients présentaient une désaturation à l'air ambiant ($SpO_2 < 90\%$) et une fréquence respiratoire supérieure à 25 cycles par minute. L'auscultation avait mis en évidence des encombrements bronchiques (30%), des râles crépitants (23%), des sibilants (3%) et elle était normale dans 44% des patients.

• *Caractéristiques de la prise en charge*

La prise en charge des patients admis le service comprenait les éléments suivants, faits au cas par cas :

- les apports des besoins de base,
- la prévention de la maladie thromboembolique veineuse,
- la prévention de l'ulcère gastrique,
- les soins bucco-oculaires,
- la prévention des complications de décubitus,
- des traitements spécifiques ont été conduits,
- l'oxygénothérapie aux lunettes, masque facial

simple ou au masque à haute concentration,
 - la ventilation mécanique avec intubation orotrachéale chez 42,27% des patients,
 - le décubitus ventral pratiqué chez 21 patients. Environ 47% des patients ont bénéficié d'un
 - le remplissage vasculaire à base de cristalloïdes (47%),
 - l'administration des vasopresseurs types noradrénaline (96%), adrénaline (4,3%) et dobutamine (0,7%) chez 179 patients, soit 36,91%,
 - la transfusion sanguine faite chez 61,2% des patients,
 - les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire,
 - l'insulinothérapie chez 13 patients. Quatre patients ont bénéficié d'une
 - l'héparinothérapie curative (4 patients),
 - les antihypertenseurs type Nicardipine au pousse seringue électrique (32 patients).

• **Pronostic**

L'évolution a été marquée par la survenue de plusieurs types des complications. Un total de 198 complications était enregistré. Il faut noter qu'on peut trouver chez un seul patient plusieurs complications. Le tableau ci-dessous nous donne le détail des différentes complications survenues chez nos patients au cours de leur séjour en réanimation. L'ACR était la complication la plus retrouvée chez 9,07%, suivi de choc septique (5,36%) puis des pneumopathies.

Le pronostic était mauvais chez 233 patients, soit un taux de mortalité de 48,04 %. Cependant, 51% de nos patients étaient sortis vivants et 1% référés par insuffisance du plateau technique.

• **Les causes des décès**

Les patients étaient décédés des causes très diversifiées. Ceux admis pour une altération de la conscience représentaient 33,07% des décédés. Le tableau V nous donne plus de détail sur la répartition des patients selon la cause de leur décès.

• **Durée de séjour**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,1±2 jours avec des extrêmes allant de 14 min à 28 jours. Près de la moitié (48,04%) de nos patients ont duré entre 1 à 3 jours.

Cependant 18,35% des patients n'ont pas excédés les 24H en réanimation.

• **Analyse multivariée**

A la fin de cette analyse, nous avons constaté l'implications des plusieurs éléments dans la survenue du décès des patients. Ceci est élucidé dans le tableau VI.

Il ressort que le sexe n'influençait pas la mortalité et que la pratique d'une intubation, le type de pathologie, le score de Glasgow à l'admission ainsi que l'âge constituaient des facteurs significativement associés à la mortalité.

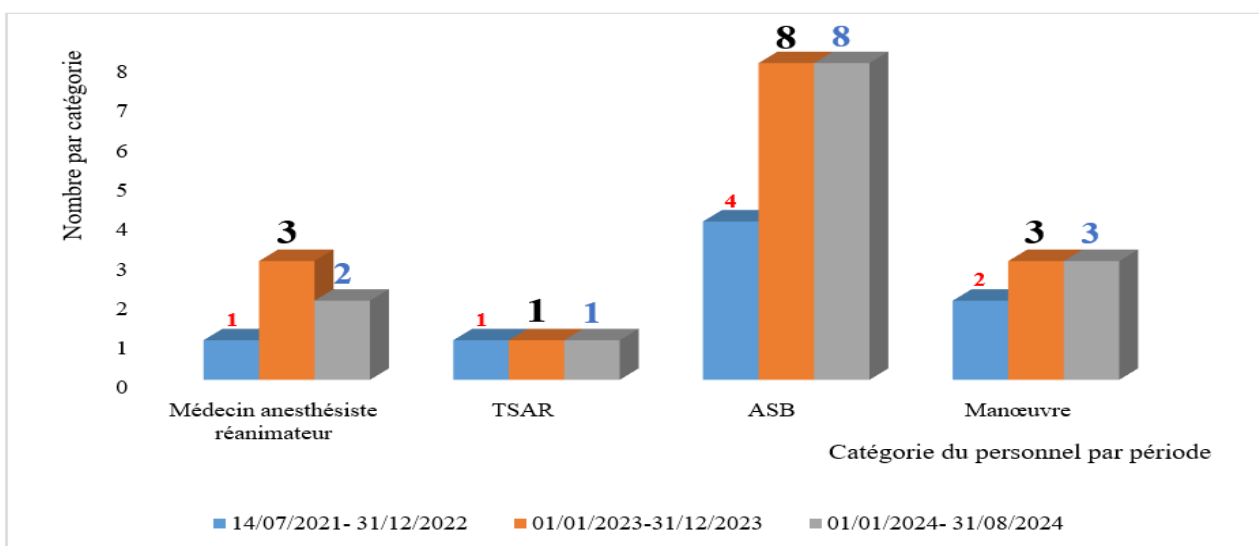


Figure 1 : évolution des agents du service pendant la période de l'étude

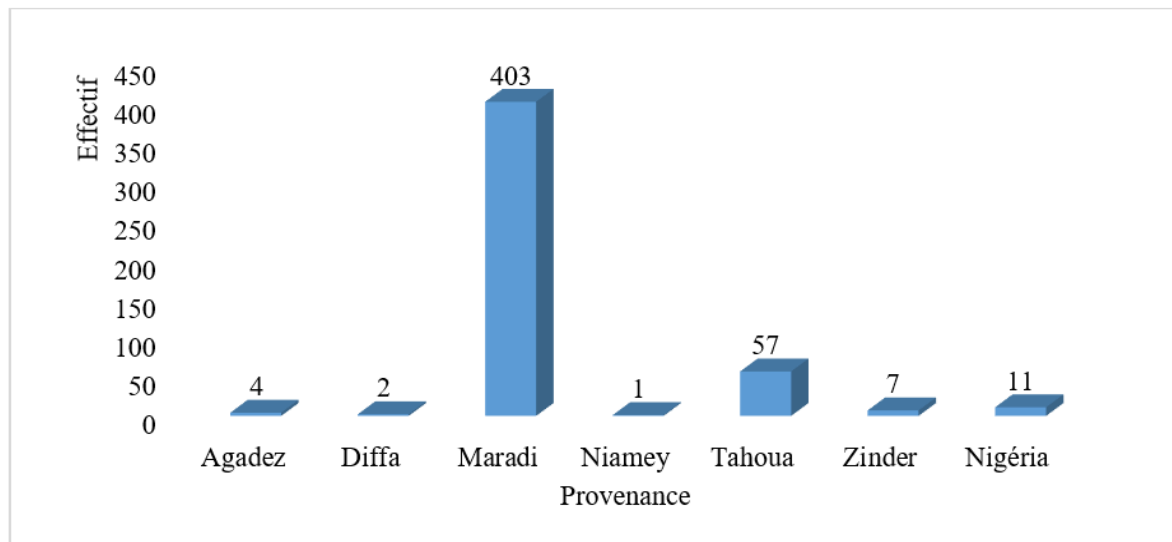


Figure 2 : Répartition des patients selon la provenance

Tableau I : liste des matériels du service

Matériels	Nombre	Etat
Lit	16	Bon
Prise murale d'oxygène	16	Bon
Vide mural	16	Non fonctionnel
Respirateur	09	Bon
Moniteur multiparamétrique	10	Bon
Pousse seringue électrique	9	Bon
Pompe à perfusion	9	Bon
Laryngoscope	2	Bon
Vidéo laryngoscope	1	Bon
Aspirateur mobile	4	Bon
Défibrillateur	2	Bon
Chariot d'urgence	1	Equipé
Gazomètre	1	Non fonctionnel
Ambu	8	Bon
Matelas anti-escarre	4	Bon
Concentrateur d'oxygène	1	Bon
Bouteille d'oxygène	2	Bon
Appareil ECG	1	Bon
Réfrigérateur	1	Bon

Tableau II : Répartition des patients selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Surveillance postopératoire	204	42,06
Altération de la conscience	93	19,17
Polytraumatisme	43	8,86
Détresse respiratoire	36	7,42
Prise en charge état de choc	25	5,15
Brulure	22	4,54
Surveillance post ACR	18	3,71
Trouble ionique	16	3,30
Cellulite cervico-faciale	8	1,65
Retard de réveil	6	1,24
Désaturation	6	1,24
Crises convulsives	2	0,41
Dénutrition	2	0,41
Intoxication médicamenteuse	1	0,21
PEC poly malformation	1	0,21
Traumatisme thoracique	1	0,21
Trouble de l'hémostase post op	1	0,21
Total	485	100,00

Tableau III : Répartition des patients selon le type de pathologies.

Pathologies	Type de pathologies	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
Chirurgicales	Neurochirurgicales	12	2,47%
	Cellulite maxillo-faciale	44	9,07%
	Vasculaires	9	1,86%
	Viscérales	58	11,95%
Traumatiques	Brulure	18	3,71%
	Trauma crânien	98	20,20%
	Trauma vertébral	13	2,69%
	Trauma maxillo-facial	29	5,98%
	Trauma des membres	63	12,99%
Médicales	Cardiovasculaires	26	5,36%
	Digestives	10	2,06%
	Infectieuses	14	2,89%
	Neurologiques	31	6,39%
	Métaboliques	13	2,69%
	Hydro électrolytiques	8	1,64%
	Hématologiques	7	1,46%
Tumorales		26	5,36%
Gynéco-obstétricales		6	1,23%
Total		485	100,00%

Tableau IV : Répartition selon les différentes complications

Complications	Fréquence	Pourcentage (%)
ACR	44	22,22
Choc septique	26	13,13
Pneumopathies	21	10,60
Hypotension	21	10,60
Anémie	12	6,06
Mort cérébrale	11	5,55
Engagement cérébral	10	5,05
Désaturation	9	4,54
Hyperthermie	7	3,53
Dégradation de la conscience	6	3,03
Défaillance multi viscérale	6	3,03
Trouble ionique	6	3,03
Escarres	5	2,52
Choc hémorragique	3	1,51
CIVD	3	1,51
Choc cardiogénique	2	1,01
Embolie pulmonaire	1	0,50
Encéphalopathie métabolique,	1	0,50
Hyperglycémie	1	0,50
Hypoglycémie	1	0,50
Méningo-encéphalite probable	1	0,50
Syndrome de loge	1	0,50
Total	198	100,0

Tableau V : répartition des patients selon la cause du décès

Causes	Effectif	Pourcentage (%)
Altération de la conscience	77	33,07
Traumatisme cranio-encéphalique	44	18,88
Suites opératoires	44	18,88
Polytraumatisme	21	9,01
Détresse respiratoire	17	7,3
Brûlure	15	6,44
Surveillance post ACR	10	4,29
Troubles ioniques	4	1,71
syndrome poly malformatif	1	0,42
Total	233	100

Tableau VI : Répartition des patients selon les facteurs associés à la mortalité

Facteurs associés	Mortalité			
	OR	IC	P-value	
Sexe	1,18	[0,8-1,7]	0,22	-
Type de pathologie	0,23	[0,13-0,37]	0,00	Risque
Intubation	2,61	[1,84-3,87]	0,00	Risque
Age	Non défini	Non défini	0,0061	Risque
Score de Glasgow	Non défini	Non défini	0,00	Risque
Complication	23,49	13,56-40,69	0,001	Risque

Discussion

• *Les ressources humaines et matérielles*

La réanimation représente un espace très performant en moyens matériels et personnels mis au service de certains malades ressortissant de discipline médico-chirurgicale nombreuse.

Ces malades, si diversifiés, ont en commun de révélant, par la gravité actuelle ou potentielle de leur état et la réversibilité raisonnablement étendue des troubles qui les affectent ou les menacent, qu'une surveillance et des soins d'une technicité particulière et d'une spéciale diligence leur soit appliqués.

Ces considérations expliquent que, dans les pays anglo-saxons, cette discipline soit appelée « médecine des soins intensifs » [2].

• *Epidémiologie*

- Fréquence

Le service de réanimation de l'Hôpital de Référence de Maradi est très jeune et que la référence vers un service de réanimation n'est pas du quotidien des agents de santé de la région. Ainsi, la fréquence hospitalière durant ses trois premières années d'activité n'était que de 3,79%.

- Sexe

La prédominance masculine représentait 71,13% de cas, soit un sex-ratio de 2,46. Nos résultats sont similaires à ceux de Magagi. et al.[5] au Niger en 2021, Chaibou et al. [4] au Niger en 2014, Diouf. E. et al. [6] au Sénégal en 2014 et Konan. K. et al.

[7] en Côte d'Ivoire en 2013 qui avaient rapporté respectivement une pré dominance masculine avec un sex-ratio de 1,27, 1,6, 1,2 et 1,15. Ceci pourrait s'expliquer par la plus grande activité du service de traumatologie où le sexe masculin est plus exposé aux traumatismes suite à un accident de la voie publique. Les femmes étant confinées au domicile et sont donc moins exposées.

- Âge

L'âge moyen des patients était de 37,23 ans. La tranche d'âge la plus retrouvée était celle de [15-30[. Les études de Chaibou. M.S. et al. [4] au Niger en 2014, Diouf. E. et al. [6] au Sénégal en 2014 et Konan. K. et al. [7] en Côte d'Ivoire en 2013 avaient rapporté un âge moyen similaire dans respectivement 34,63 ans, 30,47 ans et 34,30 ans. Cependant, Misset. B. et al. [8] en France en 1997 avait retrouvé un âge moyen avec une proportion plus élevée, soit 56 ans. Ceci s'expliquerait par le caractère jeune de la population de Maradi. Cette tranche d'âge est plus exposée aux traumatismes lors de la traversée de la route et au civisme.

• *Aspects cliniques*

- Mode d'admission

La majorité des patients provenaient des services inter-hospitaliers, soit 95,46%. Ceci peut se justifier par le fait que tous les patients ayant manifesté une complication peropératoire (anesthésique ou chirurgicale), ceux ayant fait l'objet de chirurgie lourde ou d'altération de conscience et ceux ayant

été victimes d'un accident de la voie publique sont admis en réanimation pour une surveillance continue et adéquate.

- Motif d'admission

Dans notre étude, le motif d'admission le plus fréquent était la surveillance post-opératoire dans 42,06%. L'altération de la conscience et le polytraumatisme viennent en 2^e et 3^e position avec respectivement 18,19% et 6,80%. Nos résultats sont similaires à ceux de Chaibou M.S. et al. [4] au Niger en 2014, Roussel. M [9] au Mali en 2024 et Chater. M.[10] au Maroc en 2012, qui avaient rapporté une surveillance post-opératoire au premier rang dans respectivement 58,77%, 45,3 % et 67% cas.

Par contre, Mangare SDM [11] au Mali en 2012 avait rapporté une altération de la conscience comme étant le principal motif d'admission. Ceci pourrait s'expliquer dans notre contexte par l'absence de salle de réveil correctement équipée et fonctionnelle au niveau des blocs des urgences et des chirurgies programmées. Il est aussi dit dans la littérature que les patients chirurgicaux en particulier ceux des chirurgies programmées, sont globalement plus acceptés en réanimation, car ils ont été préalablement sélectionnés par l'anesthésiste réanimateur [12].

- Etat neurologique des patients

A l'admission, 43,09% étaient sous anesthésie et 207 patients étaient dans un état comateux, soit 42,68%. Cette proportion élevée de patients sous anesthésie pourrait s'expliquer par une activité chirurgicale importante, avec des patients admis directement en postopératoire nécessitant une anesthésie. Par ailleurs, la proportion aussi importante de patients dans le coma pourrait s'expliquer par la fréquence des urgences vitales (traumatismes crâniens) nécessitant une prise en charge en réanimation.

- Les pathologies d'admission

Les pathologies traumatiques étaient au premier rang des admissions dans 45,57% des cas et étaient dominées par des traumatismes crâniens dans 20,20% des cas, suivies des pathologies chirurgicales (25,35%) et des pathologies médicales (22,49%).

Les études de Chaibou M.S. et al. [4] au Niger en

2014 ; Konan.K.J.et coll.[5] en Côte d'Ivoire en 2013 et Ouédraogo N. et al.[13] au Burkina Faso avaient rapporté les pathologies chirurgicales comme étant les principales pathologies d'admission dans respectivement 73,37%, 53,50% et 70,05% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les traumatismes occupent une place particulière de par leur fréquence et leur gravité dans notre contexte du fait de l'accident de la voie publique assez fréquent. Ainsi, les causes d'admission en réanimation à travers le monde sont multiples et variées. C'est d'ailleurs ce qui a conduit à la nécessité de catégoriser les services de réanimation en polyvalente, médicale, chirurgicale, neurochirurgicale, traumatique et pédiatrique.

• *Caractéristiques de la prise en charge*

- Intubation et ventilation

Une intubation a été faite chez 205 patients, soit 42,27%. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Roussel M [9] au Mali en 2024 et Mangané SM [11] au Mali en 2012 qui avaient rapporté une intubation orotrachéale dans respectivement 35,5 % et 36,8 %. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients étaient victime d'un traumatisme crânien et sont admis en réanimation avec un pronostic vital menacé. Ces derniers ont donc besoin soit d'une assistance ventilatoire soit d'une sédation afin de diminuer leur métabolisme cérébral ou basal.

- Utilisation de vasopresseurs

Les vasopresseurs ont été administrés chez 179 patients, soit 36,91%. L'étude de Chaibou M.S. et al. [4] au Niger en 2014 avait rapporté un taux de 5,79% d'utilisation des vasopresseurs. Ceci pourrait s'expliquer par la gravité des pathologies prises en charge et par la fréquence des retards de prise en charge préhospitalière qui aggravent l'état circulatoire des patients à l'admission.

• *Pronostic*

- Evolution des patients

Dans notre étude, au cours du séjour en réanimation, les complications observées étaient dominées par l'arrêt cardio-respiratoire survenu chez 9,07% des patients. Ce taux pourrait s'expliquer par la sévérité des états critiques pris en charge dans le service et

reflète à la fois la gravité des pathologies initiales (TC, détresses respiratoires, etc.) et les limites des moyens techniques disponibles pour la surveillance et la réanimation.

- Devenir des patients

La mortalité était de 48,04 % des cas. Ce taux de mortalité est supérieur à ceux retrouvés par Chaibou M.S. et al. [4] au Niger en 2014 et Ben Yacoub et al. [14] au Maroc en 2011 qui avaient rapporté respectivement 28,34% et 30% des cas. Cependant, les études de Roussel M [9] au Mali en 2024 et Bekoin-Abhé [15] en Côte d'Ivoire en 2023 avaient retrouvé un taux de mortalité plus élevé dans respectivement 65,8% et 54,7%. Cela se comprend par la gravité des cas admis en réanimation, par la pénurie en matériel de réanimation dans nos pays en voie de développement où la plupart des patients ne disposent pas d'assurance maladie.

• *Durée de séjour*

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,1 jours. Les études de Chaibou M.S. et al. [4] au Niger en 2014, Roussel M [9] au Mali en 2024 et Chater M. [10] au Maroc en 2012, avaient retrouvé respectivement une durée moyenne d'hospitalisation de 4,45 jours, 4,2 jours et 5 jours. Cette durée relativement courte de séjour d'hospitalisation pourrait s'expliquer par la diversité des situations cliniques rencontrées dans le service : certains patients très instables ou admis tardivement, décèdent rapidement.

Conclusion

De cette étude rétrospective, il ressort que le service de réanimation prend en charge une population jeune, de sexe masculin provenant majoritairement des services intra-hospitaliers. Les pathologies traumatiques touchant plus la population jeune (traumatismes crâniens), les pathologies chirurgicales et les pathologies médicales étaient les principales causes d'admission. Au cours du séjour des patients en réanimation, les complications observées étaient dominées par l'arrêt cardio-respiratoire. Un taux élevé de décès comparable dans la sous-région malgré le sous équipement a été enregistré. Par ailleurs il a été

notifié un manque crucial en personnel qualifié. Tous les infirmiers n'avaient aucune notion de réanimation avant leur affectation dans ce service. Malgré l'absence des certains moyens de réanimation, nous pouvons affirmer que c'est l'un des mieux équipés du pays. L'amélioration de cette situation passe d'abord par la sensibilisation sur la prévention des traumatismes, puis la modernisation de l'unité et aussi un accent particulier sur la formation du personnel.

Contributions des auteurs : chaque auteur, en ce qui lui concerne, a contribué à la réalisation de ce manuscrit.

*Correspondance

MAIKASSOUA Mamane

maikassouamamane@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2026

- 1 : Faculté des sciences de la santé, Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi
- 2 : Hôpital de Référence de Maradi
- 3 : Faculté des sciences de la santé, Université André Salifou de Zinder
- 4 : Faculté des sciences de la santé, Université Abdou Moumouni de Niamey

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ordre National de Médecins, Conseil National de l'Ordre : Référentiel de compétences et d'aptitudes du médecin réanimateur, Adopté par le Conseil National – Session du 31 mars 2017.
- [2] Diane Naouri, Matthieu Jamme (DREES), Alexandre Demoule et al. : L'évolution des

séjours en réanimation entre 2014 et 2022 marquée par l'apparition du Covid-19, Etudes et résultats, juillet 2024, n°1308

du CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2012.

- [3] Otiobanda GF et al. Profil of patients admitted on intensive care unit at University Hospital of Brazzaville, RAMUR Tome 22 n°2 2017.
- [4] Chaibou MS et al. Epidemiological aspects of patients admitted in the intensive care unit of Niamey National Hospital. RAMUR Tome 19 n°3, 2014.
- [5] Magagi A., Egbohou P., Maikassoua M., Boukari M.B. (2021). Epidémiologie De La Mortalité En Réanimation Polyvalente De l'Hôpital National De Zinder Au Niger. *European Scientific Journal*, ESJ, 17(21), 142.
- [6] Diouf. E, Leye. P.A, Bah. M.D, Ndiaye. P.I, Fall. M.L, Traoré. M.M et coll. Modalités d'admission des patients dans un service de réanimation en Afrique et conséquences sur l'évolution. *Rev Afr Anesth Med Urgence*. 2014 ; 19 : 79-84.
- [7] Konan. K.J, Babo. C.J, Ayé. Y.D, Bouh.K.J, Kouamé.Y.S, Soro.L et coll. Aspects épidémiologiques des admissions dans le service de réanimation du CHU de Yopougon au cours du conflit armé post électoral en Côte d'Ivoire. *Rev Afr. Anesth Med urgence*. 2013 ; 18 : 33- 38.
- [8] Misset. B, Naiditch. M, Saulnier.F et al. Construction d'une classification diagnostique pour le groupe médico-économique des patients de réanimation. *Informatique et Santé. Informatique et Gestion Médicalisée*. 1997 ; 9 : 39-46.
- [9] Mekontchou Tankeu Roussel. Admission des personnes âgées en réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, Bamako Mali 2024.
- [10] Chater Meryem. La mortalité chez le sujet âgé en réanimation étude rétrospective à propos de 200 cas. Thèse de Médecine, Université Mohammed V. Rabat, 2012.
- [11] Mangané SDM. Motifs d'admission des personnes âgées au Service de Réanimation
- [12] Guidet B, Boumendil A, Garrousteorgeas M, Pateron D. Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. *État des lieux. Réanimation* 2008;17:790–801. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2008.09.004>.
- [13] Ouédraogo. N, Ali. N, Andre. S, Svetlana. B, Hamade.O, Joahim.S. : Pronstic des patients dans le service de réanimation du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou Burkina Faso. *Cahier d'étude et de recherche francophone/santé*, Numero12, volume 4, 375-82, Octobre – Décembre 2002.
- [14] Ben Yacoub, Loukilih, Akkaoui. M, Chikhaoui H. Etude de la mortalité dans le service de réanimation polyvalente au CHR de l'hôpital Mohamed V de Meknès. *Rev Afr. Anesth Med urgence*. 2011 ; 28 : 13-15.
- [15] Bekoin-Abhé MJ, Mobio MP, Coulibaly KT, Olama EM, Coulibaly M, Tetchi YD. : Profil épidémiologique, clinique et évolutif des personnes âgées admis en réanimation au CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Ann Afr Med* 2023; 16 (2): p5039-p5045. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.3>.

Pour citer cet article :

M Maikassoua, MB Abdoulaye, MB Alassane, ML Hassane, A Magagi, M Gagara et al. Profil épidémiologique et thérapeutique des patients du service de réanimation de l'Hôpital de Référence de Maradi - Niger. *Jaccr Africa* 2026; 10(1): 97-107

<https://doi.org/10.70065/26101.jaccrAfri.003L013003>