Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°……

TITRE

BILAN D'UNE ANNEE D'ACTIVITE DANS LE SERVICE DE REANIMATION DU CHU GABRIEL TOURE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 30/07/2026 à la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. AHALI ABDOU

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)

JURY

Président : M. Djibo Mahamane DIANGO (Professeur titulaire)

Membres : M. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE (Maître de conférences)

M. Alfousseïni SOUMARE (Médecin anesthésiste réanimateur)

M. Salia KEITA (Maître-assistant en santé publique)

Directeur : M. Moustapha Issa MANGANE (Maître de conférences)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025 – 2026

ADMINISTRATION

DOYEN : Mme Mariam SYLLA	PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Mr Mamadou Lamine DIAKITE	PROFESSEUR
SECRÉTAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE	MAITRE DE CONFÉRENCES
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE	INSPECTEUR DU TRÉSOR

LES ENSEIGNANTS À LA RETRAITE

1. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
2. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
5. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7. Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
8. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
9. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
10. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11. Mr Issa TRAORE	Radiologie
12. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
13. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
14. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
15. Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
16. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
17. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
18. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
19. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
20. Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique

39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco-Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
68. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
69. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
70. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
71. Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale et éthique Santé
72. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
73. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
74. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
76. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

1. Professeurs / Directeurs de Recherche

1. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
2. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
4. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale — Chef de DER
6. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
7. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique

9. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
10. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
11. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
12. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
13. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
14. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
15. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
16. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
17. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
19. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
20. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
21. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
22. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique
23. Mr Seydou TOGOChirurgie	Thoracique et Cardio Vasculaire
24. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

2. Maitres de Conférences / Maitres de Recherche

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
3. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
4. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
5. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
6. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
7. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
8. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
9. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
10. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
11. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
12. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
15. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
16. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
17. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
18. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
20. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
21. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
22. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
23. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
24. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
25. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
26. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
27. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
28. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
29. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
30. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
31. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
32. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
33. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
34. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
35. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale

36. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
37. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
38. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
39. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
40. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
41. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
42. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
43. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
44. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
45. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
46. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
47. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
49. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
50. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
51. Mr Bougadary Coulibaly	Prothèse Scellée
52. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
53. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
54. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
56. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
57. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
58. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
59. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
60. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
61. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
62. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie

3. Maitres Assistants / Chargés de Recherche

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
7. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
8. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
9. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
10. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
11. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

4. Assistants / Attachés de Recherche

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

<u>D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES</u>

1. Professeurs / Directeurs de Recherche

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie — Chef de DER
2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
4. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
5. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
6. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
7. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie

2. Maitres de Conférences / Maitres de Recherche

1. Mr Karim TRAORE	Parasitologie-Mycologie
2. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie-Mycologie
3. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
7. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
8. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
9. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
11. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
12. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
13. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
14. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
15. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
16. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
17. Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
18. Mr Adama DAO	Entomologie médicale
19. Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie

3. Maitres Assistants / Chargés de Recherche

1. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
2. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
3. Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
5. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
7. Mr Sidy BANE	Immunologie
8. Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie

4. Assistants / Attachés de Recherche

1. Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4. Mr Tata TOURE	Anatomie
5. Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
6. Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

1. Professeurs / Directeurs de Recherche

1. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
6. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie — Chef de DER
9. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

13. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
15. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

2. Maitres de Conférences / Maitres de Recherche

1. Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
6. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
7. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
8. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
9. Mr Massama KONATE	Cardiologie
10. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
11. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
13. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
14. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
15. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
16. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
17. Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato-Gastro-Entérologie
19. Mme Hourouma SOW	Hépato-Gastro-Entérologie
20. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépato-Gastro-Entérologie
21. Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
22. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
23. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
24. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
25. Mr Issa KONATE Maladies	Infectieuses et Tropicales
26. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
28. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
29. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
30. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
31. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
32. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
33. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
34. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
35. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
36. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
37. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
38. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
39. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
40. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
41. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
43. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
44. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
45. Mme Fatoumata François DIAKITE	Pédiatrie
46. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
47. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
48. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie

49. Mr Karamoko SACKO — Pédiatrie
50. Mme Lala N'Drainy SIDIBE — Pédiatrie
51. Mme SOW Djénéba SYLLA — Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
52. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE — Pneumologie
53. Mme Khadidia OUATTARA — Pneumologie
54. Mr Hamadoun YATTARA — Néphrologie
55. Mr Seydou SY — Néphrologie
56. Mr Mamadou A.C. CISSE — Médecine d'Urgence

3. Maitres Assistants / Chargés de Recherche

1. Mr Mahamadoun GUINDO — Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE — Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA — Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Mamadou DEMBELE — Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Alassane KOUMA — Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE — Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Boubacar DIALLO — Médecine Interne
8. Mr Adama Seydou SISSOKO — Neurologie-Neurophysiologie
9. Mme Siritio BERTHE — Dermatologie
10. Mr Djigui KEITA — Rhumatologie
11. Mr Souleymane SIDIBE — Médecine de la Famille/Communautaire
12. Mr Drissa Mansa SIDIBE — Médecine de la Famille/Communautaire
13. Mr Issa Souleymane GOITA — Médecine de la Famille/Communautaire
14. Mr Diakalia Siaka BERTHE — Hématologie
15. Mr Yacouba FOFANA — Hématologie

4. Assistants / Attachés de Recherche

1. Mr Boubacari Ali TOURE — Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTÉ PUBLIQUE

1. Professeurs / Directeurs de Recherche

1. Mr Seydou DOUMBIA — Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO — Santé Publique — Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO — Informatique Médicale

2. Maitres de Conférences / Maitres de Recherche

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA — Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO — Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO — Epidémiologie
4. Mr Cheick Abou COULIBALY — Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY — Epidémiologie
6. Mr Moctar TOUNKARA — Epidémiologie
7. Mr Nafomon SOGOBA — Epidémiologie
8. Mr Abdourahmane COULIBALY — Anthropologie de la Santé
9. Mr Oumar THIERO — Biostatistique/Bioinformatique
10. Mr Birama Apho LY — Santé Publique

3. Maitres Assistants / Chargés de Recherche

1. Mr Ousmane LY — Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO — Santé Publique
3. Mme Lalla Fatouma TRAORE — Santé Publique
4. Mr Mahamoudou TOURE — Santé publique
5. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE — Nutrition
6. Mr Salia KEITA — Médecine de la Famille/Communautaire
7. Mr Samba DIARRA — Anthropologie de la Santé

8. Mr Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie

4. Assistants / Attachés de Recherche

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé Communautaire
4. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
5. Mr Bakary DIARRA Santé Publique
6. Mr Ilo DICKO Santé Publique
7. Mme Niélé Hawa DIARRA Santé Publique
8. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahmoud CISSE Informatique médicale
10. Mme Djénéba DIARRA Santé de la reproduction

CHARGÉS DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie — Maître de Recherche
2. Mr Amsalla NIANG Odonto Préventive et Sociale — Chargé de Recherche
3. Mme Daoulata MARIKO Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY Gestion — Maître de Conférences
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie
6. Mr Brahima DICKO Médecine Légale — Chargé de Recherche
7. Mr Bah TRAORE Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE Parodontologie — Attaché de Recherche
12. Mme Rokia SANOGO Médecine Traditionnelle — Professeur
13. Mr Benoît Y KOUMARE Chimie Générale — Professeur
14. Mr Oumar KOITA Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA Chirurgie Buccale — Maître de Recherche
16. Mr Baba DIALLO Epidémiologie — Maître de Recherche
17. Mr Mamadou WELE Biochimie — Professeur
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY Biochimie — Maître de Conférences
19. Mr Tietie BISSAN Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTA Méthodologie de la recherche-Directeur de Recherche
21. Mr Babou BAH Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO Economie de la santé
26. Mr Madani LY Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE Anglais
30. Mr Kassoum BARRY Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUO Chimie organique
32. Mr Madani MARICO Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed HAIDARA Droit médical appliqué à l'odontologie
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO PAP / PC / Implantologie
38. Mr Cheick Tidiane KONE Physique

39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42. Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
43. Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
44. Mr Ibrahima FALL	OCE
45. Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
46. Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

ALLAH, Le Tout-Puissant, L'Omniscient, Le Seul et Unique digne de toute louange, Le Très Miséricordieux,

Toi qui m'as accordé la vie, la santé, la force, la patience et le courage nécessaires pour mener à bien ce travail. Merci pour Ta protection, Tes innombrables bienfaits et Ton assistance à chaque étape de mon parcours.

Je Te prie de m'accorder la sagesse, de raffermir ma foi, de me permettre de Te connaître davantage et de Te servir avec sincérité. Puisse Ta lumière guider chacun de mes pas et faire de moi un médecin utile à mon prochain.

À notre Bien-Aimé Prophète Mohammed (ﷺ),

Que la paix, la miséricorde et les bénédictions d'Allah soient sur Lui.

Nous Vous témoignons notre fidélité, notre amour et notre profonde gratitude pour le noble héritage que Vous avez laissé à l'humanité. Puisse Allah nous accorder la grâce de suivre Votre exemple et de bénéficier de Votre intercession au Jour du Jugement. Que la paix et le salut d'Allah soient sur Vous.

À mon très cher père M. Yehya ABDOU,

Aucun mot ne saurait exprimer toute ma reconnaissance pour les sacrifices consentis tout au long de ma vie. Tu as toujours été un modèle de courage, de dignité et de persévérance. Merci pour ton soutien indéfectible, tes conseils avisés et les valeurs que tu m'as inculquées.

Puisse ce travail être le témoignage de mon profond respect, de mon amour filial et de ma gratitude infinie. Qu'Allah t'accorde une longue vie, une excellente santé et Sa miséricorde.

À ma très chère mère Mme. Aicha ADAM,

Tu es la source de mon inspiration et de ma force. Tes prières, ton affection, ta patience et les innombrables sacrifices que tu as consentis ont été le fondement de ma réussite.

Aucune dédicace ne saurait traduire l'immensité de mon amour et de ma reconnaissance envers toi. Puisse Allah te préserver, te combler de Ses bienfaits et t'accorder le plus haut rang au Paradis.

À mon très cher oncle, Yehya Oumar Ismaïl,

Tu as été pour moi un modèle de droiture, de patience et de foi. Ce travail t'est spécialement dédié, en témoignage de ma reconnaissance infinie. Qu'Allah te récompense pour tous tes sacrifices et t'accorde une longue vie dans la santé et la piété.

REMERCIEMENTS

Je remercie…….

Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et dont je vais peut-être oublier de mentionner le nom

Au Professeur Djibo DIANGO,

Vous avez été pour nous un père au sein du DARMU et au Mali. Nous ne saurions comment vous remercier pour la qualité de votre enseignement et votre dévouement pour notre formation. Par-dessus tout, vous êtes un homme formidable, de ceux qui nous procurent la joie de vivre et le plaisir de ce travail au quotidien. Vous êtes tout simplement un modèle d'excellence ; nous vous en sommes infiniment reconnaissants.

Au Professeur Moustapha Issa MANGANE,

Votre indulgence, votre grand sens de l'humanisme et votre complicité avec vos élèves ne peuvent inspirer que respect et admiration. Nous sommes fiers de compter parmi vos élèves. Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les précieux conseils prodigués tout au long de ce travail.

Aux Professeurs DIOP et ALMEIMOUNE,

À vos côtés, j'ai appris la démarche thérapeutique, le raisonnement médical, mais surtout l'amour des patients. La qualité de vos staffs nous a, sans aucun doute, forgé une solide expérience professionnelle. C'est l'occasion pour moi de vous rendre un vibrant hommage à travers ce document.

Aux médecins anesthésistes-réanimateurs du service de Réanimation Polyvalente : Dr Alfousseiny Soumaré, Dr Dramane Sanogo, Dr Adama Coulibaly, Dr Amadou Gamby, Dr Aliou Traoré, Dr Bagayoko, Dr Benjamin,

L'apprentissage médical au sein de la réanimation ne fut qu'une agréable partie, car l'enseignement et la rédaction médicale sont bien plus faciles lorsqu'on vous écoute. Merci pour tout.

À mes aînés du service de Réanimation Polyvalente : Dr Lucrèce, Dr Kevin, Dr Amadou Coulibaly, Dr Kampoko, Dr Fopossi, et plus particulièrement les Dr Sidi Sako, Dr Ibrahim Niang, Dr Frédéric Zoua,

Ce fut un privilège pour moi d'apprendre à vos côtés. Merci pour les qualités transmises et pour vos précieux conseils. Je vous porte tous dans mon cœur.

AUX DESAR : Dr Oudou, Dr Ballo, Dr Thieri, Dr Soul, Dr Haidara, Dr Bernard, Dr Momo, DrMika……

À mes collègues internes du service de Réanimation Polyvalente : Dr M. Tchatchibara, Dr Sall, Dr Marianne Mapoko, Dr Korotoumou, Dr Hamadou Sidibe, Dr Salimata Maiga, Dr Melissa, Dr Modibo, Dr Abdoul, Dr Fany,

Merci pour toutes ces années passées ensemble. Nous avons appris à nous accepter et à vivre ensemble. Ce fut un réel plaisir.

À mon équipe de garde Sidi Sako, Fréderic Zoua, Ibrahim Niang, Salimata Maiga, Modibo, Mariam et tous ses rotateurs et externes
Toutes les nuits agitées mais agréables passées ensemble laisseront un grand vide en moi.

AUX INFIRMIERS DU SERVICE : Tanti Djeneba, Baga, yal, Fousseyni, Nour, Yali, Inza… MERCI à tous pour la collaboration dans le travail.

À Oumar Salou Maïga, Abdoul Aziz Maïga, Sidi Yaya Diallo, Roch OULAI,

Vous m'avez chacun aidé à aller de l'avant, et pour cela je vous suis reconnaissant. Plus que des amis, vous faites partie de ma famille. Merci à tous.

À Hamadou Sidibé,

Depuis notre première année à la Faculté de Médecine, tu as été bien plus qu'un camarade : un véritable frère d'une autre mère. Merci pour ta loyauté, ton soutien indéfectible et ton amitié sincère, dans les bons comme dans les mauvais moments. Puisse notre fraternité perdurer.

À Salimata Maïga,

Le service de réanimation nous a réunis, et tu es devenue bien plus qu'une collègue : ma véritable partenaire de parcours. Merci pour ta présence, ton soutien et ta complicité dans les gardes difficiles comme dans les moments de réussite. Puisse notre amitié perdurer.

À Aissata TOUNKARA, Fatoumata DIABY, Rokia, Djeneba Berthe, Maimouna sissoko, Afsétou ouro-sama,Djeneba Diakite, Penda Sow, …… : merci à chacun de vous.

À Augustin N'DANOU et Gaius TATFO : merci pour tout le temps que vous m'avez accordé pour l'élaboration de ce document et pour votre disponibilité.

Mes camarades de la 15ème promotion du numérus clausus,

A jamais nous formons une véritable famille. Vivement le monde professionnel.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA FMOS ET DU CHU GABRIEL TOURE
MERCI à tous ceux que je n'ai pas cité.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

Professeur Djibo Mahamane DIANGO

- **Anesthésiste-Réanimateur et Urgentiste**
- **Professeur titulaire à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Chef du DARMU du CHU Gabriel Touré**
- **Chef du service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré**
- **Spécialiste en Pédagogie Médicale**
- **Secrétaire général de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)**
- **Vice-secrétaire général de la Société Africaine des Brûlés**
- **Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)**
- **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)**
- **Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie-Réanimation (WFSA)**
- **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé**

Cher Maître,

Cet humble hommage ne saurait rendre justice à vos qualités humaines, votre leadership, vos compétences scientifiques ainsi qu'à vos qualifications pédagogiques.

Pour pouvoir mener les hommes, il faut gagner leur admiration et leur respect ; par votre professionnalisme et la rigueur dont vous faites preuve chaque jour, vous avez su gagner la loyauté de tous ceux qui vous entourent.

Recevez, à travers ces quelques mots, l'expression de notre profonde gratitude et de notre très grande estime. Nous ferons de notre mieux pour porter avec nous les enseignements acquis à vos côtés.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

- **Anesthésiste-réanimateur**
- **Maître de conférences agrégé**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Chef de service de la Régulation médicale au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la SARMU-Mali**
- **Membre de la SARAF**
- **Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et de Réanimation (WFSA)**
- **Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)**
- **Diplômé en techniques ultrasoniques en anesthésie-réanimation et médecine critique**
- **Diplômé en pédagogie médicale**
- **Certifié en lecture critique d'articles scientifiques**

Cher Maître,

Nous sommes très fiers de vous compter parmi les membres de ce jury, malgré vos multiples responsabilités liées à la prise en charge des malades. Nous n'avons pas été surpris de votre franche contribution à l'amélioration de la qualité de ce travail. Nous avons été émerveillés par votre richesse intellectuelle, mais surtout par votre disponibilité. Recevez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Alfousseïni SOUMARE

- **Médecin Anesthésiste-Réanimateur**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Chef de service adjoint de la Réanimation Polyvalente du CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence (SARMU) du Mali**
- **Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)**
- **Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et de Réanimation (WFSA)**

Cher Maître,

C'est un honneur de vous avoir dans notre jury, et un plus grand honneur encore d'avoir travaillé à vos côtés et appris avec vous. Votre modestie, vos compétences professionnelles et votre capacité à transmettre parlent pour vous et imposent le plus grand respect.

Recevez, cher Maître, l'expression de notre plus haute considération.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Salia KEITA

- Spécialiste en santé publique ;
- Maître assistant à la FMOS ;
- Enseignant au département de santé publique à la FMOS

Cher Maître,

Merci d'avoir accepté de participer à l'évaluation de ce travail. Votre disponibilité, votre expertise et l'attention que vous y avez portée constituent pour nous un réel honneur.

Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

À notre Maître et Directeur

Pr Moustapha Issa MANGANE

- **Médecin Anesthésiste Réanimateur**
- **Praticien Hospitalier et Chef du service de Réanimation du CHU Gabriel Touré**
- **Ancien Interne des Hôpitaux**
- **Titulaire d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de Neuro- réanimation à l'université de Lorraine (UL) à Nancy en France**
- **Maître de Conférences Agrégé en Anesthésie Réanimation à la FMOS**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU)**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)**
- **Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation (WFSA)**

Cher Maître,

C'est un honneur d'avoir été votre élève, et un plus grand honneur encore d'avoir travaillé à vos côtés et appris avec vous tout au long de ce travail. Votre modestie, vos compétences professionnelles et votre capacité à transmettre le savoir parlent pour vous et imposent le plus grand respect.

Nous vous témoignons notre vive gratitude pour votre disponibilité constante à notre égard, malgré vos nombreuses occupations. Vos qualités humaines, votre courtoisie, votre exigence d'excellence et votre générosité dans le partage du savoir font de vous un maître d'exception, dont l'enseignement restera pour nous une référence précieuse.

Nous vous prions, cher Maître, de trouver à travers ce travail l'expression de notre profond respect, de notre fidélité et de notre sincère reconnaissance. Puisse le Tout-Puissant vous entourer de Ses bénédictions, vous préserver et vous accorder une longue vie.

Liste des abréviations

ACR : Arrêt cardio-respiratoire

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CRP : Protéine C-réactive

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

GE : Goutte épaisse

Hb : Hémoglobine

IGS II : Indice de Gravité Simplifié II

Na+ : Sodium

K+ : Potassium

Cl- : Chlore

qSOFA : Quick Sequential Organ Failure Assessment

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TDM : Tomodensitométrie

VVC : Voie veineuse centrale

VVP : Voie veineuse périphérique

OAP : Œdème aigu pulmonaire

HRP : Hématome rétroplacentaire

PAVM : Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux..... 18
Figure 2 : Répartition des patients selon le mois d´admission……...19
Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe..... ……20
Figure 4 : Répartition des patients selon la résidence……21

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge 20

Tableau II : Répartition des patients selon l'occupation 21

Tableau III : Répartition des patients selon la nationalité 22

Tableau IV : Répartition des patients selon le type d'antécédents médicaux 22

Tableau V : Répartition des patients selon le type d'antécédent chirurgical 23

Tableau VI : Répartition des patients selon le service de provenance 23

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif d'admission 24

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'état général 24

Tableau IX : Répartition des patients selon les paramètres cliniques à l'admission 24

Tableau X : Répartition des patients selon l'examen cardiovasculaire 27

Tableau XI : Répartition des patients selon l'examen respiratoire 28

Tableau XII : Répartition des patients selon l'examen abdominal 28

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'examen neurologique 29

Tableau XIV : Répartition des patients selon le score IGS II 29

Tableau XV : Répartition des patients selon le type de pathologies 30

Tableau XVI : Répartition des patients selon le type de pathologies gynécologiques 30

Tableau XVII : Répartition des patients selon le type de pathologies chirurgicales 31

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le type de pathologies traumatiques 31

Tableau XIX : Répartition des patients selon le type de pathologies médicales 32

Tableau XX : Répartition des patients selon les données à la biologie 33

Tableau XXI : Répartition des patients selon les données à l'ionogramme 34

Tableau XXII : Répartition des patients selon les données du bilan infectieux 35

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le type de bilans d'imageries réalisées 36

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le conditionnement 37

Tableau XXV : Répartition des patients selon le traitement initié 38

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la présence de complications..... 39

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le type de complications 39

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation..... 40

Tableau XXIX : Répartition des patients selon l'évolution 40

Tableau XXX : Répartition des patients selon la mortalité en fonction du sexe 41

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de la tranche d'âge .. 41

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la mortalité en fonction du Q-SOFA..... 42

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de l'IGS II 42

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de la présence de complications 43

Tableau XXXV : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de la durée d'hospitalisation 43

Table des matières

1 INTRODUCTION 1
2 OBJECTIFS 4
2.1 Objectif général 4
2.2 Objectifs spécifiques 4
3 GÉNÉRALITÉS 6
3.1 Organisation et gestion d'un service de réanimation 6
3.1.1 Historique de la réanimation 6
3.2 Définitions 7
3.2.1 Service de réanimation 7
3.2.2 Les unités de soins intensifs 7
3.2.3 Les unités de surveillance continue 8
3.2.4 Organisation générale du service 8
3.3 Organisation des soins 8
3.4 Mesure de la charge de travail et moyens techniques 9
3.5 Analyse de la performance en réanimation 9
4 METHODOLOGIE 12
4.1 Cadre d'étude 12
4.2 Type d'étude 14
4.3 Population d'étude 14
4.4 Échantillonnage 14
4.5 Outils et collecte des données 14
4.6 Technique de collecte 14
4.7 Saisie et analyses statistiques 15
4.8 Aspects éthiques 15
4.9 Définitions opérationnelles 15
5 RESULTATS 18
5.1 Fréquence globale 18
5.2 Caractéristiques socio démographiques 20
5.3 Données cliniques 24
5.4 Différents de pathologies 30
5.5 Données paracliniques 32
5.6 Données thérapeutiques 38
5.7 Données évolutives 40
5.8 Données analytiques 42

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION 46
6.1 Fréquence globale 46
6.2 Caractéristiques sociodémographiques 46
6.3 Données cliniques 47
6.4 Différents types de pathologies 48
6.5 Données paracliniques 49
6.6 Données thérapeutiques 50
6.7 Données évolutives 51
6.8 Données analytiques 52
7 CONCLUSION 56
8 RECOMMANDATIONS 57
9 REFERENCES 59
10 ANNEXES 65

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

La réanimation hospitalière occupe une place centrale dans tout système de santé moderne, car elle regroupe l'ensemble des moyens humains et techniques nécessaires pour assurer la prise en charge de patients présentant une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu leur pronostic vital à court terme [1]. Depuis sa structuration comme spécialité à part entière, la réanimation a permis de réduire significativement la mortalité hospitalière dans les pays à revenu élevé grâce à des avancées considérables en monitorage hémodynamique, ventilation mécanique, prise en charge du sepsis et développement de protocoles de soins standardisés [1,2]. Cette évolution s'accompagne toutefois d'inégalités persistantes à l'échelle mondiale : le nombre de lits de réanimation varie de 0,1 pour 100 000 habitants dans les pays à faible revenu comme le Malawi, à 5,8 en Suède, jusqu'à 35 pour 100 000 habitants aux États-Unis [8], illustrant un accès aux soins critiques largement conditionné par le niveau de richesse des nations plutôt que par les besoins réels des populations.

Cette évolution rapide n'a pas suivi le même rythme en Afrique subsaharienne, où la mise en place et le fonctionnement efficace des unités de soins intensifs se heurtent encore à de nombreux obstacles structurels et organisationnels [3]. Les contraintes majeures sont liées à l'insuffisance d'équipements biomédicaux adaptés, au coût élevé des consommables spécifiques (cathéters, respirateurs, drogues vasoactives), à l'accès limité aux examens paracliniques de pointe, mais également au déficit chronique en personnel médical et paramédical formé aux techniques de soins intensifs [2,3]. Cette pénurie se traduit par des capacités de réanimation parmi les plus faibles au monde : certains pays comme l'Ouganda ne comptent qu'un seul lit de réanimation par million d'habitants [9]. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande pourtant un minimum de 5 lits de réanimation pour 100 000 habitants, seuil que la grande majorité des pays africains n'atteint pas [10].

Au Mali, pays enclavé d'Afrique de l'Ouest avec une population majoritairement jeune et rurale, ce déficit structurel se confirme à l'échelle nationale, avec seulement une quarantaine de lits de réanimation pour l'ensemble du pays [10], et le recours aux soins intensifs reste globalement tardif, souvent après échec des mesures thérapeutiques de première intention dans les centres périphériques [4]. Dans ce contexte, le Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT), principal hôpital de référence de Bamako, joue un rôle de pivot pour la prise en charge des urgences vitales venant non seulement de la capitale mais également des régions environnantes et même des pays voisins. Son service de réanimation polyvalente, d'une capacité restreinte d'une dizaine de lits, accueille une patientèle hétérogène, regroupant des urgences obstétricales graves telles que l'éclampsie et l'hématome rétro placentaire, des traumatismes crâniens, des polytraumatismes, des péritonites compliquées et des syndromes infectieux sévères, notamment le choc septique [4,5]. Une étude menée par Diarra et al. [4] a révélé que plus du tiers des admissions en réanimation concernaient des complications obstétricales, confirmant la charge considérable représentée par la santé maternelle dans les pays à ressources limitées. Le taux de mortalité observé dans ce service oscille entre 30 et 40 %, ce qui reste largement supérieur aux moyennes rapportées dans les pays développés, mais se justifie par la gravité des tableaux cliniques, les retards fréquents de transfert et la disponibilité restreinte d'options thérapeutiques avancées [4–6]. C'est dans cette perspective que la réalisation régulière de bilans d'activités s'avère primordiale, seul moyen d'évaluer l'adéquation entre les ressources disponibles et les besoins réels, d'orienter la planification hospitalière et de plaider pour l'allocation de budgets spécifiques en faveur de la réanimation [2,7]. La présente étude se propose ainsi de dresser un bilan analytique et exhaustif d'une année d'activité du service de réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

- Évaluer l'activité médico-chirurgicale du service de réanimation du CHU Gabriel TOURE

2.2 Objectifs spécifiques

a. Décrire les aspects épidémio-cliniques des patients admis en réanimation ;
b. Déterminer les principales pathologies rencontrées dans le service de réanimation ;
c. Décrire les aspects thérapeutiques ;
d. Identifier les facteurs pronostiques.

GENERALITES

3 GÉNÉRALITÉS

3.1 Organisation et gestion d'un service de réanimation

3.1.1 Historique de la réanimation

La réanimation est une spécialité médicale relativement récente dont l'émergence remonte au milieu du XX^{e} siècle. Elle s'est développée à la suite des progrès technologiques en médecine et de la nécessité de prendre en charge des patients présentant des défaillances vitales aiguës. L'un des événements marquants dans l'histoire de la réanimation est l'épidémie de poliomyélite survenue à Copenhague en 1952, au cours de laquelle de nombreux patients ont présenté des insuffisances respiratoires graves nécessitant une assistance ventilatoire prolongée. Cette situation a conduit à l'organisation des premiers dispositifs de ventilation assistée et à la mise en place d'unités de soins spécialisées pour les patients en état critique [8].

Le terme « réanimation » a été utilisé pour la première fois en 1953 par le médecin français Jean Hamburger, qui l'a employé pour désigner l'ensemble des moyens destinés à restaurer l'homéostasie de l'organisme chez les patients dont les fonctions vitales sont menacées [9]. Cette définition mettait déjà en évidence l'objectif fondamental de la discipline, qui consiste à maintenir ou restaurer les fonctions vitales lorsque celles-ci sont compromises par une pathologie aiguë grave.

Aux États-Unis, Max Harry Weil est considéré comme l'un des pionniers de la médecine de soins intensifs modernes. Au début des années 1960, il créa une unité de déchoquage de quatre lits au Los Angeles County – University of Southern California Medical Center, marquant une étape importante dans l'organisation des unités de soins intensifs modernes [10]. Depuis cette période, la médecine intensive a connu une évolution rapide grâce aux progrès de la technologie médicale, de la pharmacologie et des techniques de surveillance physiologique. L'introduction de dispositifs tels que les ventilateurs mécaniques, les moniteurs multiparamétriques et les techniques d'épuration extra-rénale a profondément modifié la prise en charge des patients critiques [11].

Aujourd'hui, la réanimation constitue une discipline essentielle du système hospitalier. Elle est destinée à la prise en charge de patients présentant des défaillances vitales aiguës ou susceptibles de survenir rapidement. Ces patients ont en commun la gravité de leur état clinique mais également la possibilité d'une récupération fonctionnelle grâce à une surveillance continue et à des soins hautement spécialisés. Dans les pays anglo-saxons, cette discipline est souvent désignée sous le terme de « médecine des soins intensifs » ou « intensive care medicine » [12].

La médecine de réanimation a également bénéficié du développement de nombreuses disciplines associées, notamment l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence, la pneumologie et la cardiologie. Cette interdisciplinarité constitue aujourd'hui l'une des caractéristiques majeures des soins intensifs modernes, qui reposent sur une collaboration étroite entre différents spécialistes afin d'assurer une prise en charge globale et coordonnée des patients critiques.

3.2 Définitions

3.2.1 Service de réanimation

La réanimation est une unité médico-technique spécialisée destinée à la prise en charge de patients présentant une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital à court terme [13]. Elle repose sur l'utilisation de techniques de surveillance et de traitement complexes telles que la ventilation mécanique, la surveillance hémodynamique invasive, les techniques d'assistance circulatoire ou encore l'épuration extra-rénale.

La prise en charge en réanimation nécessite la présence permanente d'une équipe médicale et paramédicale qualifiée capable d'assurer une surveillance continue des patients. Cette organisation permet d'intervenir rapidement en cas d'aggravation de l'état clinique et d'adapter les stratégies thérapeutiques en fonction de l'évolution du patient. La surveillance continue repose sur l'utilisation de systèmes de monitoring permettant d'évaluer en permanence les paramètres vitaux tels que la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la saturation en oxygène ou encore la fonction respiratoire.

Selon l'organisation hospitalière, plusieurs types de services de réanimation peuvent être distingués. Les services de réanimation médicale prennent en charge les patients relevant principalement des disciplines médicales, notamment les pathologies infectieuses graves, les défaillances respiratoires aiguës ou les états de choc. Les services de réanimation chirurgicale accueillent quant à eux les patients nécessitant une surveillance intensive après une intervention chirurgicale majeure. Enfin, les services de réanimation médico-chirurgicale ou polyvalente prennent en charge indifféremment des patients médicaux et chirurgicaux.

Des unités spécialisées peuvent également être dédiées à la réanimation pédiatrique pour les patients âgés de la naissance à l'adolescence. Ces unités disposent d'équipements et de protocoles adaptés aux spécificités physiologiques de l'enfant.

3.2.2 Les unités de soins intensifs

Les unités de soins intensifs sont des structures spécialisées destinées à la prise en charge de patients présentant une pathologie aiguë susceptible d'entraîner une défaillance d'un organe vital. Elles nécessitent une surveillance continue et la mise en œuvre de techniques diagnostiques et thérapeutiques spécifiques à une spécialité donnée [13].

Les unités de soins intensifs cardiologiques représentent l'exemple le plus courant de ce type de structure. Elles accueillent notamment les patients présentant des syndromes coronariens aigus, des troubles du rythme cardiaque ou des insuffisances cardiaques aiguës. Ces unités permettent une surveillance électrocardiographique continue et une prise en charge rapide des complications cardiovasculaires.

Lorsque l'état du patient nécessite des techniques de suppléance plus avancées ou en cas de défaillance multiviscérale, un transfert vers un service de réanimation doit être envisagé. Cette organisation

hiérarchisée des structures de soins permet d'adapter le niveau de prise en charge à la gravité de l'état clinique du patient.

3.2.3 Les unités de surveillance continue

Les unités de surveillance continue constituent un niveau intermédiaire entre les services de réanimation et les unités d'hospitalisation conventionnelles. Elles accueillent des patients dont l'état clinique est instable ou susceptible de se dégrader et nécessitant une surveillance rapprochée [13].

La prise en charge dans ces unités repose principalement sur l'observation régulière des paramètres cliniques et biologiques. Ces unités permettent d'assurer une surveillance plus étroite que dans les services d'hospitalisation classique tout en mobilisant moins de ressources que les services de réanimation. Cependant, elles ne disposent pas des moyens techniques nécessaires à la prise en charge des défaillances viscérales sévères nécessitant des techniques de suppléance prolongées.

3.2.4 Organisation générale du service

L'organisation d'un service de réanimation repose sur une structure hiérarchique clairement définie et une coordination étroite entre les différents professionnels de santé. Le service est généralement dirigé par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ou en médecine intensive, assisté d'un cadre infirmier chargé de la coordination des activités paramédicales [13].

Le fonctionnement du service s'appuie également sur l'existence d'un conseil de service réunissant régulièrement les membres de l'équipe afin de définir les orientations stratégiques, d'évaluer l'activité du service et d'améliorer l'organisation des soins.

Le projet de service constitue un document fondamental précisant les missions de l'unité, les objectifs à atteindre, les moyens humains et matériels nécessaires ainsi que les modalités d'évaluation de l'activité du service.

L'architecture du service joue également un rôle déterminant dans l'organisation des soins. Les unités de réanimation doivent être situées à proximité du bloc opératoire, des services d'urgence et des plateaux techniques d'imagerie afin de faciliter la prise en charge rapide des patients et la réalisation des examens complémentaires nécessaires au diagnostic et au suivi thérapeutique.

Par ailleurs, la gestion des ressources humaines constitue un élément central du fonctionnement d'un service de réanimation. Le personnel soignant doit posséder des compétences spécifiques permettant de prendre en charge des patients présentant des défaillances vitales complexes. La formation continue du personnel est donc essentielle afin d'assurer une actualisation permanente des connaissances et des pratiques professionnelles.

3.3 Organisation des soins

L'organisation des soins en réanimation repose sur un ensemble de procédures et de protocoles visant à garantir une prise en charge optimale des patients. L'objectif principal est d'assurer la surveillance continue des fonctions vitales et d'intervenir rapidement en cas d'aggravation de l'état clinique.

L'admission en réanimation constitue une décision médicale importante qui doit tenir compte de la gravité de la pathologie, de la réversibilité potentielle de la défaillance d'organe et du bénéfice attendu pour le patient.

Afin d'évaluer la gravité des patients admis en réanimation et de prédire leur pronostic, plusieurs scores de gravité ont été développés. Parmi les plus utilisés figurent le Simplified Acute Physiological Score (SAPS) [14], l'Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) [16,17] et le Mortality Probability Model (MPM) [18].

D'autres scores permettent d'évaluer l'importance des défaillances d'organes chez les patients critiques. Il s'agit notamment du Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) [15], du Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) [19] et du Logistic Organ Dysfunction System (LODS) [20].

Ces outils permettent d'évaluer la gravité initiale des patients, de suivre leur évolution clinique et de comparer les performances des services de réanimation.

3.4 Mesure de la charge de travail et moyens techniques

La prise en charge des patients en réanimation nécessite des ressources humaines et matérielles importantes. La mesure de la charge de travail permet d'évaluer les besoins en personnel soignant et d'optimiser l'organisation du service.

Plusieurs outils ont été développés pour mesurer l'intensité des soins délivrés en réanimation. Le Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) constitue l'un des systèmes les plus utilisés pour évaluer la charge de travail liée aux interventions thérapeutiques [24]. D'autres systèmes tels que le système Oméga ou le Nine Equivalents of Nursing Manpower Score (NEMS) permettent également d'estimer les besoins en personnel infirmier et d'apprécier l'activité des services de réanimation [25,26].

3.5 Analyse de la performance en réanimation

L'évaluation de la performance d'un service de réanimation constitue un élément essentiel de la gestion hospitalière. Elle permet d'apprécier l'efficacité de la prise en charge des patients, d'identifier les axes d'amélioration et d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

La performance d'un service de réanimation ne peut être évaluée à partir d'un seul indicateur. Elle doit être analysée de manière multidimensionnelle en tenant compte de plusieurs paramètres, notamment les résultats cliniques, l'utilisation des ressources et la qualité des soins [28,29].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les établissements de santé doivent garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques permettant d'obtenir le meilleur résultat possible en termes de santé, tout en minimisant les risques et les coûts associés aux soins [30].

La mortalité constitue l'un des indicateurs les plus fréquemment utilisés pour évaluer les résultats en réanimation. Cependant, cet indicateur doit être interprété avec prudence car il dépend fortement de la gravité initiale des patients admis et des caractéristiques de la population prise en charge [31,32].

Les infections nosocomiales représentent également un problème majeur dans les services de réanimation en raison de la gravité des patients hospitalisés et de l'utilisation fréquente de dispositifs invasifs tels que les cathéters veineux centraux ou les sondes d'intubation [33].

L'évaluation de la qualité des soins repose sur l'analyse conjointe de trois types d'indicateurs décrits par Donabedian : les indicateurs de structure, les indicateurs de procédure et les indicateurs de résultat [35]. Les indicateurs de structure concernent les ressources humaines et matérielles disponibles dans le service. Les indicateurs de procédure évaluent le respect des protocoles et des recommandations de bonnes pratiques [39]. Les indicateurs de résultat mesurent les effets des soins sur l'état de santé des patients, notamment la mortalité, la durée de séjour et la qualité de vie après l'hospitalisation [42,43].

Ainsi, l'évaluation globale de la performance d'un service de réanimation nécessite une approche intégrée prenant en compte l'ensemble de ces dimensions afin d'améliorer en permanence la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients critiques.

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude

Notre étude s´est déroulée dans le service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako.

Cet hôpital est l'un des Hôpitaux nationaux de la République du Mali ; il s'agit d'un ancien dispensaire du district de Bamako, devenu Institution Hospitalière le 17 Février 1959 et portant le nom d'un étudiant décédé des suites de la peste contractée auprès d'un de ses malades.
Le CHU Gabriel TOURE est situé en Commune III du district de Bamako. Limité à l'Est par le CHU IOTA, à l'Ouest par l'École Nationale d'Ingénierie, au Nord par l'État-Major des Armées et au Sud par la gare du chemin de fer. Hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali, il se compose d'une administration générale, un service de maintenance, un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie hospitalière, une morgue, un service d'imagerie et de médecine nucléaire, dix services de Médecine, quatre services de chirurgie et un service d'Anesthésie-Réanimation et Urgences.

Le Service de réanimation : Il fait partie du Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence (DARMU). C'est une unité de réanimation polyvalente (médicale et chirurgicale).

Le Service compte en son sein :

- ✓ 08 bureaux : 01 bureau pour le Chef de Service ; 03 bureaux pour les autres médecins anesthésistes-réanimateurs ; 01 bureau pour la Secrétaire ; 01 bureau pour les D.E.S ; 01 bureau pour la Major ; 01 bureau pour les Internes et Thésards
- ✓ 01 salle de surveillance des patients,
- ✓ 05 Salles d'hospitalisation contenant au total 08 lits. Soit 02 salles uniques et 03 salles de 02 lits chacune.

- **Les équipements du service :**

Le Service de Réanimation dispose de :

- ✓ 08 scopes multiparamétriques (TA, FR, SpO_2, FC, Température, ECG) pour la surveillance de l'activité cardiaque et des paramètres hémodynamiques.
- ✓ 08 Seringues auto-pousseuses à double piste
- ✓ 02 insufflateurs manuels

- ✓ 01 trousse à intubation
- ✓ 05 aspirateurs fonctionnels
- ✓ Un réfrigérateur pour conservation des médicaments et produits sanguins
- ✓ 07 respirateurs
- ✓ Un stérilisateur de salle
- ✓ 07 barboteurs pour oxygénation nasale
- ✓ Un brancard
- ✓ 03 fauteuils roulants de transport
- ✓ 01 appareil d'échographie
- ✓ 01 défibrillateur
- ✓ 01 fauteuils roulants pour mobilisation
- ✓ 01 système de réchauffement des patients
- ✓ 02 système OHD ambulatoire

- **Personnel de la réanimation :**

Le service de Réanimation compte :

- ✓ Le chef du Service de Réanimation Polyvalente qui est Médecin Anesthésiste Réanimateur.
- ✓ 06 autres médecins spécialistes en anesthésie-réanimation
- ✓ Le major du service, qui est une Infirmière anesthésiste diplômée d'État.
- ✓ Des Médecins en spécialisation d'anesthésie-réanimation
- ✓ Des étudiants en année de thèse
- ✓ 19 infirmiers
- ✓ 11 aides-soignants
- ✓ 05 techniciens de surface

- **Fonctionnement du service**

Le service est animé par diverses activités telles que :

-le staff qui a lieu du lundi au jeudi au service d'accueil des urgences à partir de 7H30 ;

- la présentation des thèmes d'exposés le Mercredi à 8h30
- les admissions en réanimation des patients venant de divers services via des transferts intra et inter-hospitaliers ainsi que du bloc opératoire ;
- la surveillance stricte des patients hospitalisés au service.

4.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données allant du **1er Janvier 2025** au **31 Décembre 2025.**

4.3 Population d'étude

L'étude a concerné tous les patients admis dans l'unité de réanimation adulte.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

- Tout patient admis en réanimation ayant séjourné plus de 6 heures dans le service pendant la collecte des données.

Critères de non-inclusion :

Ont été exclus de cette étude :

- Les patients ou accompagnants ayant refusé de participer à l'étude.

4.4 Échantillonnage

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif de tous les patients admis en réanimation pendant la période d'étude.

4.5 Outils et collecte des données

❖ **Outils :**

Les outils utilisés ont été : la fiche d'enquête (en annexe), la fiche de traitement dans le service, la fiche de transfert et le dossier médical du service de réanimation,

4.6 Technique de collecte :

Elle a été faite par la lecture des documents suscités ensuite par consignation des informations dans la base de données

4.7 Saisie et analyses statistiques :

Les données ont été saisies grâce au logiciel Excel 2016 et analysées à partir du logiciel SSPS 22.0. Le Test de Khi2 a été utilisé pour la comparaison des variables et un seuil de 5% a été considéré comme statistiquement significative.

4.8 Aspects éthiques :

L'étude a été réalisée :

- Avec l'autorisation du Directeur du CHU Gabriel Touré et des chefs de service qui ont accepté de travailler avec nous.
- Après obtention du consentement éclairé des patients ou de leurs accompagnants pour leur participation à l'étude ;
- Dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat des données recueillies.

4.9 Définitions opérationnelles :

❖ **Q-Sofa**

Le qSOFA repose sur **3 critères cliniques simples**, faciles à évaluer au lit du patient, sans aucun examen complémentaire :

Critère	Seuil anormal	SCORE
Fréquence respiratoire	≥ 22 cycles/min	1
Score de Glasgow	< 15	1
Pression artérielle systolique (PAS)	≤ 100 mmHg	1

Interprétation : Chaque critère anormal vaut 1 point avec score coté de 0 à 3

- **qSOFA ≥ 2** : Signale un risque accru de complications sévères, de passage en choc septique et de mortalité hospitalière élevée.
- **qSOFA < 2** : Risque moins élevé, mais ne doit pas exclure une surveillance rapprochée.

❖ **IGS II**

L'**Indice de Gravité Simplifié II (IGS II)** est un score pronostique utilisé en réanimation pour évaluer la gravité initiale d'un patient à l'admission.

Le calcul de l'IGS II se fait sur la base de **17 variables cliniques et biologiques** recueillies **dans les 24 premières heures suivant l'admission en réanimation [14]**, notamment :

Catégories	Exemples de paramètres
Variables physiologiques	Température corporelle, fréquence cardiaque, pression artérielle systolique, fréquence respiratoire, PaO_2/FiO_2, pH artériel, taux de sodium, taux de potassium, créatininémie, taux de leucocytes, hématocrite, score de Glasgow
Données démographiques	Âge du patient
Contexte d'admission	Mode d'admission (urgence chirurgicale, chirurgie programmée, médecine)
Pathologies chroniques	Existence d'un cancer métastatique, d'une maladie hématologique maligne, ou d'une immunosuppression sévère

Grille de cotation du score IGS II (SAPS II) [14]

A. Âge

Âge (ans)	Points
< 40	0
40–59	7
60–69	12
70–74	15
75–79	16
≥ 80	18

B. Fréquence cardiaque (bpm)

Valeur	Points
< 40	11
40–69	2
70–119	0
120–159	4
≥ 160	7

C. Pression artérielle systolique (mmHg)

Valeur	Points
< 70	13
70–99	5
100–199	0
≥ 200	2

D. Température centrale

Valeur	Points
< 39 °C	0
≥ 39 °C	3

E. PaO_2/FiO_2 (si ventilé ou sous CPAP uniquement)

Valeur	Points
< 100	11
100–199	9
≥ 200	6
Non ventilé	0

F. Diurèse (L/24h)

Valeur	Points
< 0,5	11
0,5–0,999	4
≥ 1	0

G. Urée sanguine

Valeur	Points
< 10 mmol/L (< 0,6 g/L)	0
10–29,9 mmol/L (0,6–1,79 g/L)	6
≥ 30 mmol/L (≥ 1,8 g/L)	10

H. Globules blancs ($\times 10^9$/L)

Valeur	Points
< 1	12
1–19,9	0
≥ 20	3

I. Kaliémie (mEq/L)

Valeur	Points
< 3	3
3–4,9	0
≥ 5	3

J. Natrémie (mEq/L)

Valeur	Points
< 125	5
125–144	0
≥ 145	1

K. Bicarbonatémie (mEq/L)

Valeur	Points
< 15	6
15–19,9	3
≥ 20	0

L. Bilirubine (uniquement si ictère)

Valeur	Points
< 4,9 mg/dL (< 68,4 µmol/L)	0
4,9–14,9 mg/dL (68,4–102 µmol/L)	4
≥ 15 mg/dL (≥ 102 µmol/L)	9

M. Score de Glasgow

Valeur	Points
< 6	26
6–8	13
9–10	7
11–13	5
14–15	0

N. Type d'admission

Type	Points
Chirurgie programmée	0
Malade médical	6
Chirurgie non programmée	8

O. Maladies chroniques associées (un seul choix, le plus grave)

Pathologie	Points
Aucune	0
Cancer métastatique	9
Hémopathie maligne	10
SIDA	17

NB : Cas particulier de **l'arrêt cardiaque** : fréquence cardiaque = 11 points, pression artérielle systolique = 13 points, score de Glasgow < 6 = 26 points.

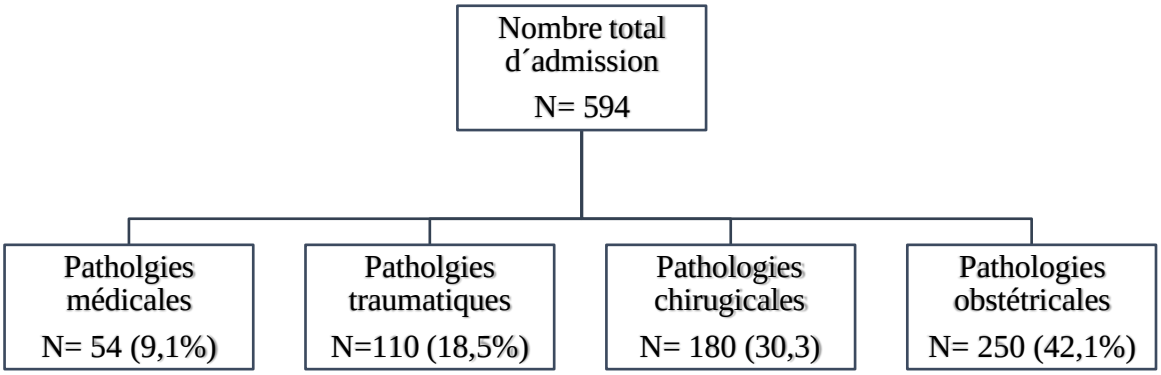
Chaque variable est pondérée selon une grille de score. Le score final peut varier de 0 à plus de 100.

- **IGS II < 20** : gravité modérée.
- **IGS II entre 30 et 60** : gravité élevée, mortalité modérée à forte.
- **IGS II > 60** : gravité extrême, mortalité très élevée (souvent >50 %).

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 Fréquence globale



Les admissions en réanimation étaient dominées par les pathologies obstétricales avec 42,1 % des cas (N = 250). Elles étaient suivies par les pathologies chirurgicales représentant 30,3 % (N= 180). Les pathologies traumatiques représentaient 18,5 % des admissions (N = 110), tandis que les pathologies médicales étaient les moins fréquentes avec 9,1 % (N = 54).

Figure 1 : Diagramme de flux

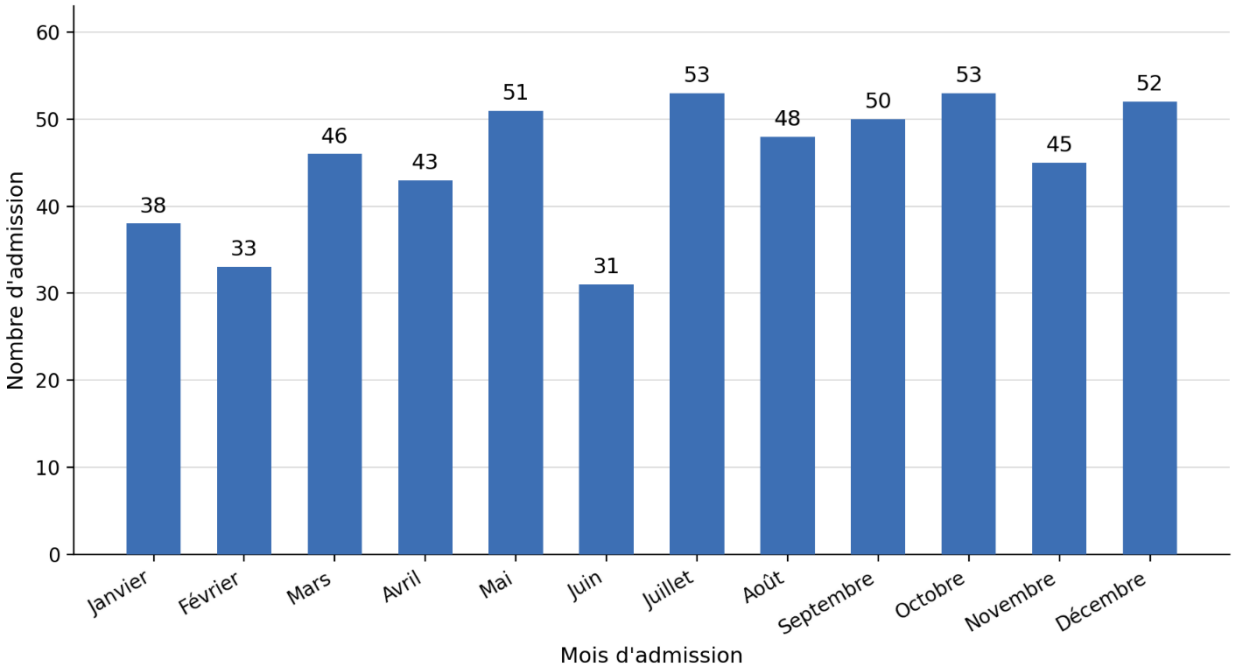


Figure 2 : Répartition des patients selon le mois d´admission

La distribution mensuelle révèle que les mois de juillet et d'octobre ont enregistré le plus grand nombre d'admissions, avec 53 patients chacun (9,8 % chacun), tandis que le mois de juin a connu le nombre d'admissions le plus faible, avec 31 patients (5,7 %).

5.2 Caractéristiques socio démographiques

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
< 1 ans	22	3,7
1 à 15 ans	52	8,8
16 à 30 ans	**282**	**47,5**
31 à 45 ans	132	22,2
46 à 60 ans	38	6,4
≥ 61 ans	68	11,4
Total	594	100,0
Âge moyen (± écart-type)	31,11 ± 18,48 ans	—
Âge médian	27,9 ans*	—

La tranche d'âge de 16 à 30 ans était prédominante, représentant 47,5 % des cas, avec des valeurs extrêmes allant de 6 mois à 80 ans.

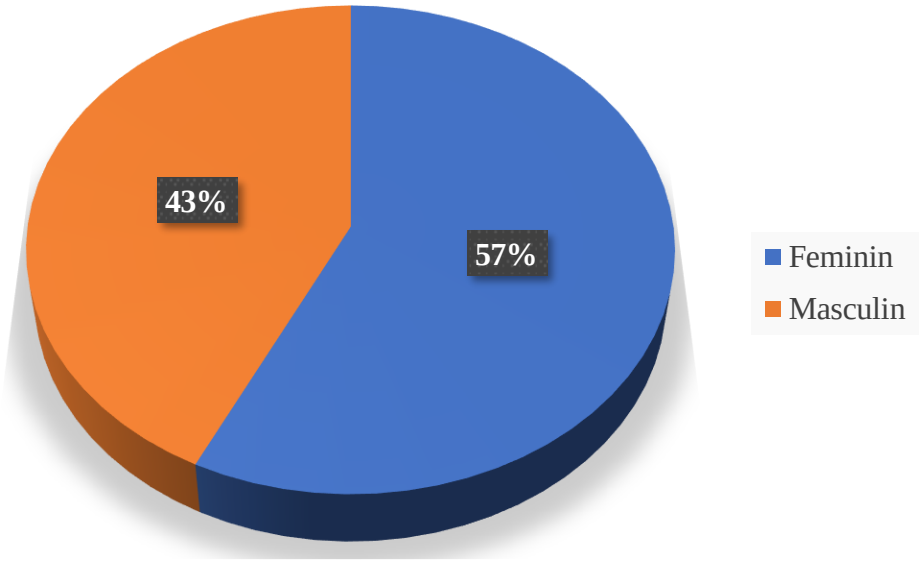


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était prédominant dans 57% avec un sex-ratio de 0,74.

Tableau II : Répartition des patients selon l'occupation

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Sans profession	174	**29,3**
Ouvrier	98	16,5
Commerçant(e)	90	15,2
Enfant	74	12,4
Fonctionnaire	70	11,8
Retraité(e)	34	5,7
Étudiant	28	4,7
Cultivateur	26	4,4
Total	594	100,0

La répartition selon la profession montre une prédominance des patients sans profession (29,3 %), suivis des ouvriers (16,5 %) et des commerçants (15,2 %).

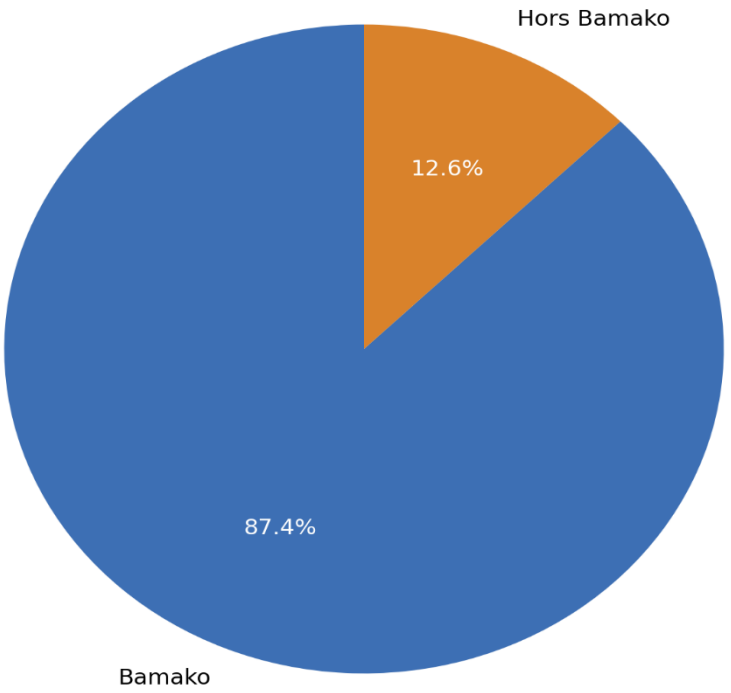


Figure 4 : Répartition des patients selon la résidence

Dans 87,4 % des cas, les patients résidaient à Bamako, contre seulement 12,6 % provenant de l'extérieur de la capitale.

Tableau III : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
Malienne	569	95,8
Guinéenne	15	2,5
Autres	10	1,7
Total	594	100,0

NB : Autres : Ivoirienne, Sénégalaise, Burkinabè, Mauritanienne.
La nationalité malienne était représentée dans 95,8 % des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon le type d´antécédents médicaux

Antécédents médicaux	**Effectifs (n=118)**	**Pourcentage (%)**
Non	476	80,1
Oui	118	19,9
Type (n=118)		
HTA	76	64,4
UGD	24	20.3
Diabète	14	11,9
Asthme	14	11,9
AVC	8	6,8
Drépanocytose	8	6,8
Épilepsie	6	5,1

L´HTA était représentée dans 64,4% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon le type d´antécédent chirurgical

Antécédents chirurgical	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	492	82,8
Oui	102	17,2
Type (n=102)		
Césarienne	46	45,9
Péritonite	24	23,5
Hernie ombilicale	20	19,6
Tumeur gastrique	10	9,8
Abcès cérébral	2	2,0
Kyste ovarien	2	2,0
AVC hémorragique	2	2,0
Cataracte	2	2,0

La césarienne était représentée dans 45,9% des cas

Tableau VI : Répartition des patients selon le service de provenance

Service de provenance	Effectifs	Pourcentage (%)
Gynéco-obstétrique	214	36,0
Bloc du SAU	198	33,3
SAU	100	16,8
Bloc technique	40	6,7
CHU	14	2,4
CSREF	10	1,7
Structure privée	10	1,7
ORL	4	0,7
Cardiologie	4	0,7
Total	594	100,0

La gynéco obstétrique était représentée dans 36% des cas

5.3 Données cliniques

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif d´admission

Motif d´admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Prise en charge poste-opératoire	262	44,1
Instabilité hémodynamique	146	24,6
Eclampsie	90	15,2
État de choc	28	4,7
ACR récupéré	16	2,7
Altération de la conscience	16	2,7
Retard de réveil	16	2,7
HRP	8	1,3
Hémorragie du post partum	4	0,7
OAP	4	0,7
Détresse respiratoire	4	0,7
Total	594	100,0

La prise en charge post-opératoire constituait le principal motif d'admission (44,1 %), suivie de l'instabilité hémodynamique (24,6 %) et de l'éclampsie (15,2 %).

Tableau VIII : Répartition des patients selon l´état général

État général	Effectifs	Pourcentage (%)
Altéré	230	38,7
Bon	364	61,3
Total	594	100,0

Tableau IX : Répartition des patients selon les paramètres cliniques à l'admission

Paramètres cliniques	Effectifs (n=594)	Pourcentage (%)
Conjonctives		
Colorées	342	57,6
Pâles	248	41,8
Ictériques	4	0,7
PAS		
Normo tension (90–140 mmHg)	306	51,5
Hypertension (> 140 mmHg)	199	33,5
Hypotension (< 90 mmHg)	88	14,8
PAD		
Normo tension (60–90 mmHg)	290	48,8
Hypertension (> 90 mmHg)	195	32,8
Hypotension (< 60 mmHg)	108	18,2
FC		
Tachycardie (> 100 bpm)	448	**75,5**
Fréquence normale (60–100 bpm)	139	23,4
Bradycardie (< 60 bpm)	6	1,0
FR		
Respiration normale (12–20 cpm)	369	62,1
Tachypnée (> 20 cpm)	204	34,3
Bradypnée (< 12 cpm)	20	3,4
Température corporelle		
Normothermie (36–37,5 °C)	301	50,7
Hypothermie (< 36 °C)	244	**41,1**
Hyperthermie (> 37,5 °C)	48	8,1

Glycémie capillaire		
Non réalisée	438	73,7
Normoglycémie (0,7–1,1 g/L)	77	13,0
Hyperglycémie (> 1,1 g/L)	66	11,1
Hypoglycémie (< 0,7 g/L)	12	2,0
Saturation en O2		
< 90%	26	4,4
90 – 95%	62	10,4
> 95%	506	85,2
Score Q-SOFA		
Score ≤ 2	146	24,6
Score > 2	448	**75,4**

L'examen clinique retrouvait une pâleur conjonctivale (41,8 %), une tachycardie (75,5 %) et une hypothermie (41,1 %) fréquentes.

Un score Q-SOFA > 2, signe de gravité, était présent dans 75,4 % des cas.

Tableau X: Répartition des patients selon l´examen cardiovasculaire

Examen cardiovasculaire	**Effectifs (n=594)**	**Pourcentage (%)**
Anormal	300	50,5
Normal	294	49,5
Type d´anormalité (n=300)		
Tachycardie	284	94,7
Extrémités froides	116	38,7
Bradycardie	12	4,0
Troubles du rythme	8	2,7
Cyanose	6	2,0

L´examen cardiovasculaire était anormal dans 50,5% des cas

Tableau XI: Répartition des patients selon l´examen respiratoire

Examen respiratoire	**Effectifs (n=594)**	**Pourcentage (%)**
Anormal	124	20,9
Normal	470	79,1
Type d´anormalité (n=124)		
Polypnée	110	90,2
Crépitants	22	18,0
Râles d´encombrement	14	11,5
Sibilants	2	1,6
Ronchus	2	1,6

L´examen respiratoire était anormal dans 20,9% des cas

Tableau XII: Répartition des patients selon l´examen abdominal

Examen abdominal	**Effectifs (n=594)**	**Pourcentage (%)**
Anormal	8	1,3
Normal	586	98,7
Type d´anormalité (n=8)		
Contracture abdominale	4	50,0
Organomégalie	2	25,0
Défense abdominale	2	25,0

L´examen abdominal était anormal dans 1,5% des cas

Tableau XIII: Répartition des patients selon l´examen neurologique

Examen neurologique	Effectifs (n=594)	Pourcentage (%)
Anormal	126	21,2
Normal	468	78,8
Type d´anormalité (n=126)		
Myosis	42	33,3
Anysochorie	26	20,6
Mydriase réactives	26	20,6
Crises convulsives	16	12,7
Mydriases aréactive	10	7,9
Hémiplégie	8	6,3
Hémiparésie	8	6,3
Syndrome pyramidal	2	1,6
Coma	2	1,6

L´examen neurologique était anormal dans 50,5% des cas

Tableau XIV: Répartition des patients selon le score IGS II

IGS	Effectifs	Pourcentage (%)
30 -60	146	24,6
>60	448	75,4
Total	594	100,0

Le score était > 60 dans 75,4% des cas.

5.4 Différents de pathologies

Tableau XV: Répartition des patients selon le type de pathologies

Type de pathologies	Effectifs	Pourcentage (%)
Gynéco-obstétricales	250	42,1
Chirurgicales	180	30,3
Traumatologiques	110	18,5
Médicales	54	9,1
Total	**594**	**100,0**

Les pathologies gynécologiques étaient présentes dans 42,1% des cas

Tableau XVI: Répartition des patients selon le type de pathologies gynécologiques

Pathologie Gynéco-Obstétricale	Effectifs	Pourcentage (%)
Eclampsie	150	60,0
HRP	70	28,0
Prééclampsie sévère	10	4,0
Rupture utérine	6	2,4
Polymyome utérin	4	1,6
Grossesse extra-utérine	4	1,6
Insuffisance cardiaque sur Grossesse	2	0,8
Dépassement de terme	2	0,8
Gigantomastie	1	0,4
Dilatation stationnaire	1	0,4
Total	250	**100,0**

L'éclampsie domine nettement les pathologies obstétricales (60,0 %), suivie du HRP (28,0 %)

Tableau XVII : Répartition des patients selon le type de pathologies chirurgicales

Pathologie Chirurgicale	Effectifs	Pourcentage (%)
Péritonite	70	38,9
Occlusion intestinale	40	22,2
Hémopéritoine	30	16,7
Invagination intestinale	10	5,6
Hernie (ombilicale, hiatale)	8	4,4
Cholécystite	6	3,3
Tumeur abdomino-pelvienne	6	3,3
Tumeur intracrânienne	4	2,2
Abcès / empyème cérébral	4	2,2
Ostéonécrose	2	1,1
Total	180	**100,0**

La péritonite était représentée dans 38,9% des cas

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le type de pathologies traumatiques

Pathologie traumatiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Fracture de la jambe	40	36,4
Fracture embarrure	20	18,2
Hématome extra-dural	20	18,2
Hématome sous-dural	10	9,1
Hématome intra-parenchymateux	8	7,3
Traumatisme vertébro-médullaire	6	5,5
Polytraumatisme	4	3,6
Plaie vasculaire / cranio-cérébrale	2	1,8
Total	**110**	**100,0**

La fracture de la jambe était représentée dans 36,4% des cas

Tableau XIX : Répartition des patients selon le type de pathologies médicales

Pathologies médicales	Effectifs	Pourcentage (%)
AVC hémorragique	40	74,1
AVC ischémique	6	11,1
OAP	4	7,4
Céto-acidose diabétique	2	3,7
Paludisme grave	2	3,7
Total	54	**100,0**

L´AVC hémorragique était représenté dans 74,1% des cas

Tableau XX : Répartition des patients selon les données à la biologie

Biologie	Effectifs (n=594)	Pourcentage (%)
Créat		
Normale	236	39.8
Non fait	152	25.6
Élevée	129	21.8
Basse	76	12.8
Hb		
Basse	317	53.5
Normale	144	24.3
Non fait	122	20.6
Élevée	10	1.7
GR		
Basse	234	39.5
Non fait	219	36.9
Normale	122	20.6
Élevée	18	3.0
GB		
Élevée	325	54.8
Non fait	160	27.0
Normale	96	16.2
Basse	12	2.0
Plaquette		
Normale	250	42.2
Basse	161	27.2
Non fait	142	23.9
Élevée	40	6.7

Une hyperleucocytose était présente dans 54,5% des cas

Tableau XXI: Répartition des patients selon les données à l´ionogramme

Ionogramme	Effectifs (n=594)	Pourcentage (%)
Na+		
Non fait	248	41.8
Normale	236	39.8
Basse	83	14.0
Élevée	26	4.4
K+		
Non fait	248	41.8
Normale	224	37.8
Basse	64	10.8
Élevée	57	9.6
Cl-		
Non fait	288	48.6
Normale	190	32.0
Élevée	93	15.5
Basse	23	3.9
Mg2+		
Non fait	254	42,7
Normale	282	47,7
Élevée	23	3,9
Basse	35	5,9
Ca2+		
Non fait	263	44,27
Normale	271	45,62
Élevée	34	5,7
Basse	26	4,3

L´hyperkaliémie était présente dans 9,6% des cas.

Tableau XXII: Répartition des patients selon les données du bilan infectieux

Bilan infectieux	Effectifs (n=594)	Pourcentage (%)
GE		
Non fait	500	84,2
Positif	60	10,1
Négatif	34	5,7
CRP		
Non fait	400	67,3
Normale	100	16,8
Élevée	94	15,8
Procalcitonine		
Non fait	450	75,8
Normale	90	15,2
Élevée	54	9,1
Hémocultures		
Non fait	500	84,2
Positif	50	8,4
Négatif	44	7,4
ECBU		
Non fait	480	80,8
Positif	70	11,8
Négatif	44	7,4
Ponction lombaire avec analyse du LCR		
Non fait	498	83,8
Positif	10	1,68
Négatif	86	14,47

La recherche de germes et parasites (GE) était positive dans 10,1 % des cas, la CRP et la procalcitonine étaient élevées respectivement chez 15,8 % et 9,1 % des patients.

L'hémoculture et l'ECBU ont montré une positivité respectivement de 8,4 % et 11,8 %

Tableau XXIII: Répartition des patients selon le type de bilans d´imageries réalisées

Type d´imagerie	Effectifs (n=151)	Pourcentage (%)
TDM cérébrale	60	39,7
TDM thoracique	25	16,6
ECG	20	13,2
TDM abdomino-pelvienne	15	9,9
Body scan (TDM corps entier)	15	9,9
Angioscanner cérébral	6	4,0
Angioscanner thoracique	4	2,6
Échographie abdomino-pelvienne	4	2,6
TDM cervicale	2	1,3

La TDM cérébrale a été réalisée dans 39,7% des cas

5.5 Données thérapeutiques

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le conditionnement

Conditionnement	Effectifs (n=594)	Pourcentage (%)
VVP	**594**	**100,0**
Sonde urinaire	**500**	**84,2**
Sonde nasogastrique	495	83,3
Oxygénothérapie	488	82,2
Ventilation mécanique	270	45,5
VVC	228	38,4

La VVP était représentée dans 100% des cas

Tableau XXV: Répartition des patients selon le traitement initié

Traitement	Effectifs (n=594)	Pourcentage (%)
Antalgiques	594	100.0
Sérum	594	100.0
Antibiotique	505	84,4
IPP	388	65.3
Anticoagulant	302	50.8
Antihypertenseur	256	43.1
Catécholamines	230	38,7
Transfusion	226	38,0
Hémostatique	118	19.9
Corticoïde	110	18.5
Antipaludique	60	10.1
Diurétique	54	9.1
Supplément	50	8.4
Anesthésique	46	7.7
Anticonvulsivant	28	4.7
Antipsychotique	20	3.4
Nootropique	12	2.0
Autre	10	1.7
Diurétique osmotique	8	1.3
Laxatif	8	1.3
AINS	4	0.7
Correction acido-basique	2	0.3
Antinauséeux	2	0.3
Antiarythmique	2	0.3

Les antalgiques étaient représentés dans 100% des cas

NB : Autres = Pneumo 23, Sérum Anti venimeux (SAV)

Données évolutives

Tableau XXVI: Répartition des patients selon la présence de complications

Type de complications	Effectifs (n=250)	Pourcentage (%)
Respiratoire	92	36.8
Cardiovasculaire	32	12.8
Infectieuse	76	30.4
Rénale	108	**43.2**
Digestive	26	10.4
Hémorragique	14	5.6

Les complications rénales étaient représentées dans 43,2% des cas

Tableau XXVII: Répartition des patients selon le type de complications

Complications	Effectifs (n=250)	Pourcentage (%)
PAVM	60	**24.0**
OAP	30	12.0
ACR	16	6.4
État de choc	16	6.4
Vomissements	15	6.0
Détresse respiratoire	12	4.8
Diarrhée	10	4.0
Hémorragie digestive	10	4.0
Hémopéritoine	4	1.6

La PAVM était représentée dans 24% des cas

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la durée d´hospitalisation

Durée d´hospitalisation	Effectifs	Pourcentage (%)
1 à 3	410	69,0
4 à 6	118	19,9
> 6	66	11,1
Total	**594**	**100,0**
Durée moyenne (± écart-type)	3,32 ± 2,56 jours	—
Durée médiane	2,7 jours*	—

La majorité des patients (69,0 %) ont été hospitalisés entre 1 et 3 jours.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon l´évolution

Évolution	Effectifs	Pourcentage (%)
Décès	**144**	**24,2**
Exeat	2	0,3
Transfert	448	75,4
Total	594	100,0

Le transfert des patients stabilisés vers un autres service pour la suite de la prise en charge était de 75,54%.

5.6 Données analytiques

Tableau XXX : Répartition des patients selon la mortalité en fonction du sexe

Sexe	Décès		Total	OR [IC]
	Oui	Non		
Féminin	56	284	340	
Masculin	88	166	254	2,69[1,88 – 3,85]
Total	144	450	594	

Khi-deux de Pearson=26,150 ddl= 1 p=0,000

Les hommes ont un risque de décès multiplié par 2,69 par rapport aux femmes.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Décès		Total
	Oui	Non	
< 1 ans	12	10	22
1 à 15 ans	12	40	52
16 à 30 ans	40	242	282
31 à 45 ans	44	88	132
46 à 60 ans	12	26	38
≥ 61 ans	24	44	68
Total	144	450	594

Khi-deux de Pearson=38,148 ddl= 5 p=0,000

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative ente le décès et la tranche d'âge

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la mortalité en fonction du Q-SOFA

Q-SOFA	Décès		Total	OR [IC]
	Oui	Non		
≤ 2	10	136	146	-
> 2	134	314	448	5,80 [2,96 – 11,38]
Total	144	450	594	

Khi-deux de Pearson= 31,88 ; ddl = 1 ; p < 0,0001

Les patients avec un Q-SOFA > 2 ont un risque de décès multiplié par 5,80 par rapport à ceux avec un Q-SOFA ≤ 2

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de l´IGS II

IGS II	Décès		Total	OR [IC]
	Oui	Non		
30–60 %	93	355	448	-
> 60 %	51	95	146	2,05 [1,36 – 3,09]
Total	144	450	594	

Khi-deux de Pearson=12,05 ; ddl = 1 ; p < 0,001

Les patients avec un IGS II > 60 % ont un risque de décès multiplié par 2,05 par rapport à ceux avec un IGS II de 30-60 %

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de la présence de complications

Complications	Décès		Total	OR [IC]
	Oui	Non		
Oui	100	150	250	4,55 [3,03 – 6,82]
Non	44	300	344	-
Total	144	450	594	

Khi-deux de Pearson= 58,37 ; ddl = 1 ; p < 0,0001

Les patients avec complications ont un risque de décès multiplié par 4,55 par rapport à ceux sans complication (p < 0,0001).

Tableau XXXV : Répartition des patients selon la mortalité en fonction de la durée d´hospitalisation

Durée d´hospitalisation	Décès		Total
	Oui	Non	
1 à 3	84	326	410
4 à 6	30	88	118
> 6	30	36	66
Total	144	450	594

Khi-deux de Pearson= 19,407 ddl= 2 p=0,000061

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la durée d´hospitalisation et la mortalité (p=0,000061)

COMMENTAIRES ET DISUCSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Fréquence globale

Dans notre étude, prospective, déroulée sur une période de 12 mois, les admissions en réanimation ont été dominées par les pathologies obstétricales, qui sont 42,1 % des cas, devant les pathologies chirurgicales (30,3 %), traumatiques (18,5 %) et médicales (9,1 %). Cette répartition traduit d'abord un recrutement fortement orienté vers les urgences obstétricales sévères, ce qui est cohérent avec le rôle de recours joué par la structure d'étude. Elle suggère également que la réanimation, dans notre contexte, remplit une fonction importante de soutien aux soins obstétricaux d'urgence, en particulier pour les complications hypertensives et hémorragiques de la grossesse.

Cette forte proportion d'admissions obstétricales est supérieure à celle rapportée dans la méta-analyse africaine d'Abie et al. [44], qui estimait à 17,2 % la proportion poolée des admissions obstétricales en réanimation sur le continent, avec les troubles hypertensifs de la grossesse comme première indication (43,0 %) et les hémorragies obstétricales comme deuxième cause (24,2 %). Elle est également plus élevée que celle observée au Malawi par Prin et al. [45], où les patientes obstétricales représentaient 23,0 % de l'ensemble des admissions en réanimation. En revanche, elle reste compatible avec les constats d'Afrique subsaharienne selon lesquels les services de réanimation des pays à ressources limitées accueillent une charge obstétricale bien plus importante que ceux des pays à revenu élevé [51].

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce profil. D'une part, le poids élevé de la morbidité maternelle sévère dans notre contexte augmente le recours à la réanimation. D'autre part, la proximité fonctionnelle avec la gynéco-obstétrique et le rôle de centre de référence favorisent l'orientation de ces patientes vers l'unité de soins intensifs. Enfin, l'absence ou l'insuffisance d'unités intermédiaires spécialisées peut conduire à hospitaliser en réanimation des patientes nécessitant avant tout une surveillance rapprochée post-interventionnelle ou post-événement aigu.

Ainsi, la fréquence globale observée dans notre série reflète moins une simple distribution nosologique qu'une organisation locale des filières de soins, marquée par le poids des urgences obstétricales graves dans l'activité de réanimation.

6.2 Caractéristiques sociodémographiques

La population étudiée était relativement jeune, avec un âge moyen de 31,1 ± 18,5 ans et une prédominance de la tranche de 16 à 30 ans (47,5 %). Cette observation indique que la réanimation, dans notre cadre, concerne principalement des sujets jeunes, donc théoriquement en pleine période d'activité sociale et reproductive. Cette jeunesse de la population admise

contraste avec les profils plus âgés souvent décrits dans les pays à revenu élevé, mais elle rejoint les données africaines, où les patients de réanimation sont globalement plus jeunes. En Ouganda, Atumanya et al. [46] rapportaient par exemple un âge moyen de 39 ans, tandis qu'au Malawi, Prin et al. [45] retrouvaient chez les patientes obstétricales un âge médian de 26 ans. La forte proportion de femmes jeunes dans notre série s'explique donc en grande partie par le poids des admissions gynéco-obstétricales.

Le sexe féminin prédominait dans 57,0 % des cas, avec un sex-ratio de 0,74. Cette observation est cohérente avec notre profil de recrutement dominé par les complications obstétricales. Elle est proche de celle rapportée par Diop et al. [48] à Bamako, où le sexe féminin représentait 57,3% des patients dans une série d'urgences cardiovasculaires. Dans l'étude nigériane d'Iyoha et al. [47], la répartition des admissions montrait également l'influence importante des cas obstétricaux et chirurgicaux dans l'activité des unités de soins intensifs. Dans notre étude, cette distribution par sexe ne traduit donc pas une vulnérabilité féminine intrinsèque, mais plutôt le poids des pathologies liées à la grossesse dans l'activité du service.

La prédominance des patients sans profession parmi les professions recensées va dans le même sens. Elle reflète probablement le profil sociologique des patientes obstétricales admises en réanimation, mais aussi, plus largement, le contexte socio-économique local, où une part importante des femmes en âge de procréer exerce une activité domestique non salariée. De même, la forte proportion de patients résidant à Bamako (87,4 %) suggère une accessibilité plus grande des structures de référence pour les populations urbaines. À l'inverse, la sous-représentation des patients hors Bamako peut traduire les difficultés de référence, le retard d'évacuation ou les obstacles géographiques et financiers qui limitent l'accès à la réanimation pour les patients venant de zones périphériques.

Au total, le profil sociodémographique de notre série est celui d'une population jeune, majoritairement féminine, urbaine, dominée par les femmes en âge de procréer, ce qui conforte l'idée d'une réanimation fortement sollicitée par les urgences obstétricales graves.

6.3 Données cliniques

Sur le plan clinique, le principal motif d'admission était la prise en charge post-opératoire, observée dans 44,1 % des cas, suivie de l'instabilité hémodynamique (24,6 %) définie comme une variation significative de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque ou une hypoperfusion tissulaire nécessitant une surveillance ou une intervention rapprochée et de l'éclampsie (15,2 %). Ce résultat montre que la réanimation n'est pas seulement un lieu de prise en charge des défaillances constituées, mais aussi un espace de surveillance rapprochée après chirurgie ou après un événement aigu à haut risque de décompensation. Cette observation rejoint les données ougandaises d'Atumanya et al. [46], où les soins postopératoires

représentaient 42,9 % des admissions en réanimation. Elle est également compatible avec les descriptions faites dans plusieurs études africaines, où la réanimation reste largement sollicitée pour les suites postopératoires et les urgences chirurgicales sévères [47].

L'importance de l'éclampsie comme motif d'admission confirme le poids des complications hypertensives de la grossesse dans notre recrutement. Dans la méta-analyse d'Abie et al. [44], les troubles hypertensifs de la grossesse constituaient également la première indication d'admission obstétricale en réanimation en Afrique. De même, Okafor et al. [53] ont montré, dans une étude nigériane portant sur les admissions obstétricales non programmées en réanimation, que la prééclampsie et l'éclampsie représentaient 41,1 % des indications, devant les hémorragies obstétricales (37,5 %).

Les constantes d'admission montraient une grande fréquence de la tachycardie (75,4 %), une proportion non négligeable d'hypotension artérielle, ainsi qu'un Q-SOFA > 2 chez 75,4 % des patients. L'ensemble évoque une population admise dans un contexte de gravité élevée, souvent marquée par une réponse physiologique au stress aigu, à la douleur, à l'hypovolémie, à l'infection ou à l'atteinte neurologique. La fréquence élevée des anomalies cardiovasculaires et respiratoires confirme ce niveau de sévérité initiale.

L'HTA représentait l'antécédent médical le plus fréquent chez les patients ayant des antécédents. Cette donnée est cohérente avec l'étude de Diop et al. [48], où l'hypertension artérielle était le principal facteur de risque cardiovasculaire retrouvé, à 54,0 %. Dans notre étude , ce terrain hypertensif peut avoir contribué à la survenue ou à l'aggravation d'événements critiques, en particulier dans les tableaux d'éclampsie, d'AVC hémorragique ou d'instabilité hémodynamique.

Ainsi, les données cliniques de notre étude décrivent des patients admis à un stade de gravité élevé, souvent dans un contexte postopératoire, obstétrical ou hémodynamique, ce qui justifie pleinement le recours à une surveillance intensive.

6.4 Différents types de pathologies

L'analyse des pathologies confirme la prédominance du groupe gynéco-obstétrical, au sein duquel l'éclampsie représentait 60,0 % des cas et l'hématome rétro placentaire 28,0 %. Cette distribution s'inscrit dans la continuité des observations africaines, où les troubles hypertensifs de la grossesse et les hémorragies obstétricales dominent les admissions en réanimation maternelle [44]. Okafor et al. [53] rapportaient ainsi, parmi les admissions obstétricales imprévues en réanimation, 41,1 % de prééclampsie/éclampsie et 37,5 % d'hémorragie obstétricale. La place majeure de l'éclampsie dans notre étude suggère des insuffisances

persistantes dans le dépistage, le suivi prénatal ou la prise en charge précoce des syndromes vasculo-rénaux gravidiques.

Dans le groupe chirurgical, la péritonite représentait 38,9 % des cas, devant l'occlusion intestinale (22,2 %) et l'hémopéritoine (16,7 %). Cette hiérarchie souligne le poids des urgences abdominales graves dans notre activité. Elle rejoint l'expérience africaine selon laquelle les services de réanimation reçoivent fréquemment des patients opérés en urgence pour pathologies abdominales compliquées [47]. Au Mali, Kanté et al. [49] rappelaient d'ailleurs que, dans les péritonites aiguës généralisées à Mopti, la mortalité restait élevée et que le retard de consultation ainsi que l'insuffisance des moyens de réanimation constituaient des facteurs majeurs de mauvais pronostic. Dans notre contexte, la fréquence des péritonites admises en réanimation peut donc être reliée à la fois à la gravité intrinsèque de ces tableaux et au retard fréquent d'accès aux soins spécialisés.

Dans le groupe traumatique, les fractures de jambe dominaient (36,4 %), suivies des lésions neurotraumatiques, notamment les embarrures et hématomes extra-duraux. Cette distribution peut s'expliquer par l'importance des traumatismes liés aux accidents de la voie publique et par la sélection des formes les plus graves nécessitant une surveillance postopératoire ou neurologique rapprochée. Toutefois, contrairement à certaines études africaines où le traumatisme crânien domine largement la pathologie traumatique de réanimation, notre profil apparaît plus hétérogène [47].

Enfin, parmi les pathologies médicales, l'AVC hémorragique représentait 74,1 % des cas. Cette prédominance est cohérente avec les données de Diop et al. [48], qui retrouvaient également l'AVC comme premier diagnostic dans les urgences cardiovasculaires à Bamako, avec 51,4 % des cas. Cette situation traduit probablement la fréquence de l'hypertension mal contrôlée dans la population générale et la sévérité des complications neurologiques qui en découlent.

Au total, la distribution pathologique observée traduit un triple fardeau : complications obstétricales sévères, urgences abdominales chirurgicales et pathologies neurovasculaires ou traumatiques graves.

6.5 Données paracliniques

Dans notre étude, les bilans biologiques étaient réalisés chez 81,8 % des patients, alors que l'imagerie n'était effectuée que dans 25,4 % des cas. Cette différence traduit une hiérarchisation pragmatique des examens dans un contexte de soins critiques à ressources contraintes. Les examens biologiques de base sont plus facilement accessibles, plus rapides et directement utiles

à la décision thérapeutique immédiate, tandis que l'imagerie est plus coûteuse, moins disponible ou difficilement réalisable chez des patients instables.

Les anomalies biologiques dominantes étaient l'anémie, l'hyperleucocytose et, dans une moindre mesure, l'élévation de la créatininémie. L'anémie peut s'expliquer par la fréquence des contextes obstétricaux hémorragiques, des états septiques et des chirurgies abdominales lourdes. L'hyperleucocytose renvoie quant à elle aux processus infectieux, inflammatoires ou postopératoires. La proportion non négligeable de patients avec créatininémie élevée est cohérente avec la fréquence des complications rénales observées secondairement dans l'étude.

Le faible recours à certains examens, notamment l'ionogramme complet, l'hémoculture, la procalcitonine ou l'ECBU, illustre les contraintes matérielles auxquelles sont confrontées de nombreuses unités de réanimation africaines. En Éthiopie, Kifle et al. [50] ont montré que l'offre de soins intensifs restait fortement limitée par les insuffisances en ventilation, en monitorage invasif et en techniques de suppléance d'organe. De même, Prin et al. [45] au Malawi soulignaient que les besoins en banque de sang, en infrastructure et en personnel formé restaient un déterminant majeur des résultats en réanimation obstétricale. Dans notre étude, la sous-réalisation de certains examens ne signifie donc pas nécessairement une insuffisance de prescription, mais reflète probablement les limites d'accessibilité et le tri imposé par l'urgence clinique.

La TDM cérébrale était l'examen d'imagerie le plus réalisé, ce qui est logique au regard de la fréquence des AVC hémorragiques, des traumatismes crâniens et des troubles de conscience. Cela montre que l'imagerie, lorsqu'elle est demandée, est utilisée prioritairement dans les situations où elle modifie rapidement la conduite thérapeutique.

En somme, les données paracliniques de notre étude témoignent d'une pratique de réanimation adaptée au contexte, centrée sur les examens les plus immédiatement utiles, mais encore limitée par les contraintes structurelles et logistiques.

6.6 Données thérapeutiques

Sur le plan thérapeutique, tous les patients avaient bénéficié d'une voie veineuse périphérique, d'antalgiques et de solutés, ce qui correspond au socle minimal de prise en charge en réanimation. La fréquence élevée des sondes urinaires, sondes nasogastriques, de l'oxygénothérapie et de la ventilation mécanique traduit le recours fréquent à des mesures de support vital.

La ventilation mécanique concernait 45,5 % des patients, ce qui témoigne d'un niveau élevé de sévérité des cas admis. Cette proportion reste néanmoins inférieure à celle rapportée par Prin et

al. [45] chez les patientes obstétricales en réanimation au Malawi, où 95,0 % avaient nécessité une ventilation mécanique. Elle reste aussi inférieure à celle rapportée par Anane-Fenin et al. [51] au Ghana, où 77,0 % des patientes avaient été intubées avant ou pendant l'admission en réanimation. Cette différence peut s'expliquer par un recrutement plus diversifié dans notre étude, incluant des surveillances postopératoires, ou par des limites d'accès aux respirateurs conduisant à une sélection plus stricte des indications.

L'utilisation importante des antibiotiques (84,4 %), des IPP, des anticoagulants, des antihypertenseurs, des catécholamines et des transfusions est cohérente avec le profil clinique observé, fait de chirurgie abdominale, de complications obstétricales, de défaillances hémodynamiques et de suspicion infectieuse. Dans l'étude multicentrique ougandaise, Atumanya et al. [46] montraient que les patients décédés recevaient plus souvent une ventilation mécanique, une sédation-paralysie et un support vasopresseur, indépendamment de la sévérité initiale. Dans notre étude, la fréquence élevée des catécholamines et des transfusions traduit donc vraisemblablement une forte proportion de patients en choc, en hémorragie ou en défaillance circulatoire.

Ainsi, la thérapeutique observée reflète une réanimation essentiellement fondée sur le support d'organes, la stabilisation hémodynamique, la prévention des complications digestives et thromboemboliques, ainsi que le traitement des étiologies infectieuses ou obstétricales associées.

6.7 Données évolutives

Parmi les patients compliqués, les complications rénales étaient les plus fréquentes, suivies des complications respiratoires et infectieuses. Ce profil suggère que l'évolution des patients critiques est largement marquée par les défaillances multiviscérales acquises au cours du séjour, en particulier dans les contextes de sepsis, de choc, d'hémorragie sévère ou de chirurgie lourde. La place des complications respiratoires, avec notamment la pneumonie acquise sous ventilation mécanique, est classique en réanimation et confirme le risque nosocomial associé aux dispositifs invasifs et à la durée de ventilation.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,32 ± 2,56 jours, et 69,0 % des patients séjournaient entre 1 et 3 jours. Cette durée relativement courte rejoint les observations d'Anane-Fenin et al. [51], qui rapportaient au Ghana une moyenne de 2,8 jours et un séjour de 1 à 3 jours chez plus des trois quarts des patientes obstétricales en réanimation. En Ouganda, Atumanya et al. [46] rapportaient également une médiane de séjour de 3 jours. Dans notre contexte, cette brièveté du séjour peut avoir deux significations complémentaires : soit une amélioration rapide

permettant le transfert, notamment après surveillance postopératoire, soit au contraire une évolution rapidement défavorable chez les patients les plus graves.

L'évolution était marquée par un taux élevé de transfert (75,4 %) et une mortalité de 24,2 %. Cette mortalité est proche de celle observée dans l'étude multicentrique ougandaise, où la mortalité à 28 jours était de 25,6 % [46]. Elle apparaît en revanche inférieure à celles rapportées dans plusieurs séries nigérianes ou africaines de réanimation générale, qui variaient souvent entre 32,9 % et 49,2 % [47]. Elle est également inférieure à la mortalité poolée des patientes obstétricales admises en réanimation en Afrique, estimée à 30,7 % par Abie et al. [44]. Elle est également inférieure à celle rapportée par Ebog et al. [54] dans ce même service en 2018 (35,0 %), ainsi qu'à celle observée par Coulibaly [55] à la Polyclinique Pasteur (27,2 %). Cette différence peut être liée à la forte proportion de surveillances postopératoires dans notre étude, au transfert précoce vers d'autres services après stabilisation, ou encore à une moindre proportion de cas médicaux lourds, souvent associés à une létalité plus élevée.

En définitive, les données évolutives montrent une activité de réanimation fortement centrée sur la stabilisation initiale et le relais rapide vers d'autres unités, avec une mortalité qui demeure importante mais reste dans les ordres de grandeur observés en Afrique subsaharienne.

6.8 Données analytiques

L'analyse des facteurs associés à la mortalité montre d'abord une surmortalité masculine, les hommes ayant un risque de décès multiplié par 2,69 par rapport aux femmes (OR = 2,69 ; IC95 % : 1,88 – 3,85). Cette observation est intéressante car elle contraste avec la prédominance féminine des admissions. Elle suggère que, dans notre série, les hommes étaient probablement admis pour des pathologies plus sévères, notamment traumatiques, neurochirurgicales ou médicales. Cette interprétation est compatible avec les données africaines montrant que les admissions masculines sont souvent plus liées aux traumatismes et aux affections médicales graves, alors que les admissions féminines sont davantage portées par l'obstétrique [47].

La relation entre mortalité et tranche d'âge était statistiquement significative. Ce résultat est attendu, car l'avancée en âge s'accompagne généralement d'une moindre réserve physiologique, d'une charge comorbide plus importante et d'une capacité réduite à tolérer les agressions aiguës. Dans l'étude d'Iyoha et al. [47], l'âge était également significativement associé à la mortalité en réanimation. Dans notre série, cette relation doit cependant être interprétée à la lumière du profil pathologique, certaines classes d'âge correspondant à des pathologies plus graves que d'autres.

Le Q-SOFA > 2 était fortement associé à la mortalité, avec un odds ratio de 5,80 (IC95 % : 2,96 – 11,38). Cette observation conforte l'intérêt du Q-SOFA comme outil simple d'identification des patients à haut risque dans les contextes à ressources limitées. En Afrique du Sud, Savarimuthu et al. [52] ont montré que le qSOFA à l'admission ou au moment de la référence en réanimation était significativement associé à la mortalité en unité de soins intensifs, même si son pouvoir discriminant restait modéré. Dans notre étude, son association marquée avec le décès plaide pour son utilisation comme score d'alerte clinique précoce, en particulier à l'admission.

L'IGS II > 60 était également fortement associé au décès, avec un odds ratio de 2,05 (IC95 % : 1,36 – 3,09), confirmant statistiquement son rôle de facteur pronostique dans notre population. Ce résultat est conforme aux données classiques de la littérature, où l'IGS II demeure l'un des scores de gravité les plus robustes pour prédire la mortalité hospitalière en réanimation. Il conforte l'intérêt de l'utilisation systématique de ce score dès les 24 premières heures d'admission, en complément du Q-SOFA, pour une évaluation plus fine et plus complète de la gravité initiale des patients.

La présence de complications augmentait de manière nette le risque de décès, avec un odds ratio de 4,55 (IC95 % : 3,03 – 6,82). Ce résultat est cohérent avec la physiopathologie des patients critiques : toute complication acquise, notamment rénale, infectieuse ou respiratoire, traduit soit une aggravation de la maladie initiale, soit une défaillance secondaire, toutes deux péjoratives. Il rejoint les observations d'Okafor et al. [53], qui identifiaient la défaillance d'organe à l'admission, les pertes sanguines massives et la présentation tardive comme facteurs de mortalité dans les admissions obstétricales non programmées en réanimation.

Enfin, la durée d'hospitalisation était significativement associée à la mortalité. Dans notre série, la mortalité augmentait avec l'allongement du séjour, particulièrement au-delà de 6 jours. Ce résultat peut traduire deux phénomènes concomitants : d'une part, les patients les plus graves survivent plus longtemps tout en restant exposés aux complications ; d'autre part, un séjour prolongé peut lui-même majorer le risque d'infection nosocomiale, de dénutrition, d'alitement et de défaillance secondaire. Toutefois, la durée de séjour ne doit jamais être interprétée isolément, car elle dépend aussi des modalités de transfert, des disponibilités en aval et de la politique d'admission. Dans plusieurs revues africaines, la durée de séjour était également associée à l'issue, mais cette relation restait étroitement liée à la sévérité initiale et au type de pathologie [47].

En résumé, les principaux facteurs de mauvais pronostic retrouvés dans notre étude étaient le sexe masculin, l'âge, un Q-SOFA élevé, un IGS II élevé, la survenue de complications et la prolongation du séjour. Ces résultats soulignent la nécessité d'un tri initial rigoureux, d'une prise en charge précoce des défaillances d'organe et d'une prévention active des complications acquises en cours d'hospitalisation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 CONCLUSION

Cette étude met en lumière la complexité et la sévérité des tableaux cliniques admis en réanimation polyvalente au CHU Gabriel Touré. Le profil épidémiologique souligne une population jeune, marquée par une prédominance des urgences obstétricales, illustrant la charge considérable de la santé maternelle dans ce contexte hospitalier de référence.

La diversité des pathologies rencontrées confirme la nature pluridisciplinaire du service, où les complications gravidiques sévères, les urgences chirurgicales infectieuses et les traumatismes constituent les principaux motifs d'admission. Les stratégies thérapeutiques déployées reflètent une prise en charge intensive et multimodale, visant à stabiliser des fonctions vitales souvent précaires dès l'admission.

L'identification des facteurs pronostiques démontre une corrélation directe entre l'issue clinique et la gravité initiale des patients, ainsi qu'avec le développement de défaillances viscérales secondaires en cours d'hospitalisation.

8 RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités de santé

- **Faciliter l'accès aux soins d'urgence pour les femmes enceintes** et réduire le coût de leur prise en charge, les pathologies obstétricales ayant représenté 42,1 % des admissions, dominées par l'éclampsie (60,0 % des cas gynéco-obstétricaux).
- **Doter le service d'un appareil de dialyse**, les complications rénales étant les plus fréquentes parmi les complications observées (43,2 %) et constituant un facteur significativement associé à la mortalité (OR = 4,55 ; IC95 % : 3,03-6,82).
- **Renforcer l'accès à l'imagerie médicale**, celle-ci n'ayant été réalisée que dans 25,4 % des cas, contre 81,8 % pour la biologie, alors que l'AVC hémorragique représentait 74,1 **%** des pathologies médicales et nécessite une confirmation rapide par TDM cérébrale.
- **Renforcer les capacités en ventilation mécanique et en oxygénothérapie**, utilisées respectivement chez 45,5 % et 82,2 % des patients, témoignant d'un niveau de gravité élevé à l'admission (Q-SOFA > 2 chez 75,4 % des patients).
- **Créer des unités de soins intensifs spécialisées** en chirurgie et en neurologie, la péritonite (38,9 %) et l'AVC hémorragique (74,1 %) constituant respectivement les premières causes d'admission chirurgicale et médicale.

Au personnel soignant

- **Structurer la transmission des informations entre équipes de garde**, dans un contexte où la durée moyenne de séjour est courte (3,32 ± 2,56 jours) et où 75,4 % des patients sont transférés rapidement vers d'autres services, rendant la continuité des informations cliniques déterminante.
- **Renforcer les effectifs médicaux et paramédicaux**, au regard du volume d'activité du service (594 admissions sur les douze mois de l'étude) et de la charge de travail que cela représente pour un service de capacité restreinte.
- **Informatiser les dossiers patients**, afin de fiabiliser le suivi d'une patientèle nombreuse et diversifiée, comme en témoigne la variété des pathologies rencontrées (obstétricales, chirurgicales, traumatiques et médicales).
- **Généraliser l'usage systématique des scores Q-SOFA et IGS II dès l'admission**, tous deux confirmés dans notre étude comme des facteurs pronostiques significatifs (OR = 5,80 ; IC95 % : 2,96-11,38 pour le Q-SOFA > 2, et OR = 2,05 ; IC95 % : 1,36-3,09 pour l'IGS II > 60), afin de mieux repérer précocement les patients à haut risque de décès.

À la population

- **Consulter précocement dès les premiers signes de gravité**, la brièveté du séjour observée dans notre étude (69,0 % de séjours entre 1 et 3 jours) pouvant traduire soit une prise en charge efficace, soit au contraire une évolution rapidement défavorable chez les patients admis tardivement.
- **Assurer un suivi prénatal régulier**, afin de dépister précocement l'hypertension artérielle gravidique, l'éclampsie représentant à elle seule 60,0 % des pathologies gynéco-obstétricales et restant l'une des principales causes évitables d'admission en réanimation.

REFERENCES

9 REFERENCES

1. Vincent JL, Singer M. Critical care: advances and future perspectives. Lancet. 2010;376(9749):1354-61.
2. Adesanya AO, Oluwadiya KS. Intensive care in Nigeria: a neglected issue. J Intensive Care Soc. 2002;3(1):12-4.
3. Murthy S, Leligdowicz A, Adhikari NKJ. Intensive care unit capacity in low-income countries: a systematic review. PLoS One. 2015;10(1):e0116949.
4. Diarra M, Diallo A, Traoré I, et al. Bilan d'une année d'activité du service de réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré. Mali Médical. 2017;32(2):15-20.
5. Traoré I, Guindo O, Diarra M, et al. Morbidité et mortalité en réanimation polyvalente au Mali : étude prospective. Mali Médical. 2018;33(1):23-30.
6. Dünser MW, Festic E, Dondorp A, et al. Recommendations for sepsis management in resource-limited settings. Intensive Care Med. 2012;38(4):557-74.
7. Baker T. Critical care in low-income countries. Trop Med Int Health. 2009;14(2):143-8.
8. Lassen HCA. A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. Lancet. 1953;1(6749):37-41.
9. Hamburger J. La réanimation médicale. Presse Med. 1953;61:1793-6.
10. Weil MH, Shubin H. The development of intensive care medicine. Chest. 1971;59(3):296-9.
11. Vincent JL. Intensive care medicine: past, present and future. Ann Intensive Care. 2013;3(1):22.
12. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NKJ, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care. 2017;37:270-6.
13. Société de réanimation de langue française. Organisation et fonctionnement des services de réanimation. Paris: SRLF; 2016.
14. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA. 1993;270(24):2957-63.

15. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med. 1996;22(7):70710.
16. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med. 1985;13(10):818-29.
17. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, et al. The APACHE III prognostic system. Chest. 1991;100(6):1619-36.
18. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality probability models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. JAMA. 1993;270(20):2478-86.
19. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care Med. 1995;23(10):1638-52.
20. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, Saulnier F, Alberti C, Artigas A, et al. The logistic organ dysfunction system: a new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. JAMA. 1996;276(10):802-10.
21. Ranson JHC, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. Surg Gynecol Obstet. 1974;139(1):69-81.
22. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1997;336(4):243-50.
23. Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg. 1973;60(8):646-9.
24. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med. 1974;2(2):57-60.
25. Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G, TISS Working Group. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003;31(2):374-82.
26. Reis Miranda D, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Med. 1997;23(7):760-5.
27. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG, Moreno RP. The variability of critical care bed numbers in Europe. Intensive Care Med. 2012;38(10):1647-53.

28. Vincent JL, Moreno R. Clinical review: scoring systems in the critically ill. Crit Care. 2010;14(2):207.
29. Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. N Engl J Med. 2013;369(9):840-51.
30. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cité le 7 mars 2026]. Disponible sur: https://www.who.int
31. Wunsch H, Angus DC, Harrison DA, Collange O, Fowler R, Hoste EA, et al. Variation in critical care services across North America and Western Europe. Lancet. 2008;371(9622):1129-37.
32. Adhikari NKJ, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. Lancet. 2010;376(9749):1339-46.
33. Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, Martin CD, et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. JAMA. 2009;302(21):2323-9.
34. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011;377(9761):228-41.
35. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3):166-206.
36. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academy Press; 2001.
37. World Health Organization. Patient safety curriculum guide [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cité le 7 mars 2026]. Disponible sur: https://www.who.int
38. Vincent JL. The future of critical care. Crit Care. 2017;21(Suppl 3):284.
39. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA, Thom I, Watson SR, Holzmueller CG, et al. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. J Crit Care. 2008;23(2):207-21.
40. Kahn JM, Goss CH, Heagerty PJ, Kramer AA, O'Brien CR, Rubenfeld GD. Hospital volume and the outcomes of mechanical ventilation. N Engl J Med. 2006;355(1):41-50.
41. Garland A, Connors AF Jr. Optimal patient mix in intensive care units. Crit Care Med. 2013;41(4):1110-9.

42. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 2012;40(2):502-9.
43. Azoulay E, Vincent JL, Angus DC, Arabi YM, Brochard L, Brett SJ, et al. Recovery after critical illness: putting the puzzle together-a consensus of 29. Lancet Respir Med. 2017;5(2):147-57.
44. Abie A, Mehari MG, Dagnew TE, Teshome D, Adane F, Eshetu B, et al. Obstetric admission and maternal mortality in the intensive care unit in Africa: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2025;20(4):e0320254.
45. Prin M, Kadyaudzu C, Aagaard K, Charles A. Obstetric admissions and outcomes in an intensive care unit in Malawi. Int J Obstet Anesth. 2019;39:99-104.
46. Atumanya P, Sendagire C, Wasingya-Kasereka L, Kizito S, Kivumbi A, MacLeod J, et al. Characteristics and outcomes of patients admitted to intensive care units in Uganda: a descriptive nationwide multicentre prospective study. Crit Care Explor. 2024;6(4):e1114.
47. Iyoha EI, Ntoimo LFC, Okoebor IA, Eze GI, Idemudia JO, Iribhogbe OI, et al. Admission patterns and patient outcomes in intensive care delivery at a rural tertiary hospital in southern Nigeria: a five-year retrospective review. Cureus. 2024;16(11):e73251.
48. Diop TM, Diallo BA, Sanogo KM, Tangara M, Dembélé MS, Coulibaly S, et al. Urgences cardio-vasculaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré. Mali Médical. 2018;33(1):1-5.
49. Kanté L, Diakité I, Togo A, Dembélé BT, Traoré A, Maiga A, et al. Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti: aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Mali Médical. 2013;28(3):20-23.
50. Kifle F, Obsa MS, Mersha A, Negash B, Bifftu BB, Tsegaye A, et al. Intensive care in sub-Saharan Africa: a national review of the service status in Ethiopia. Int J Qual Health Care. 2022;34(2):mzac017.
51. Anane-Fenin B, Morhe ESK, Dassah ET, Kyei-Mensah A, Nakua EK, Agyei-Baffour P, et al. A ten-year review of indications and outcomes of obstetric admissions to an intensive care unit in a low-resource country. PLoS One. 2021;16(12):e0261974.

52. Savarimuthu SM, Nkabinde N, Zirabamuzaale C, Bhagwanjee S. qSOFA as a predictor of ICU outcomes in a resource-limited setting in KwaZulu-Natal Province, South Africa. S Afr Med J. 2022;112(5):320-4.
53. Okafor UV, Efetie ER, Nwabuobi C. Unplanned obstetric admissions to the intensive care unit: the role of the anaesthetist. Int J Obstet Anesth. 2011;20(4):335-41.
54. Ebog Samuel Teddy Chaïllard. Bilan des activités du service de réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2018.
55. Coulibaly Aminata Namouon. Bilan d'une année d'activité au service de réanimation de la Polyclinique Pasteur [Thèse de médecine]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2023.

ANNEXES

10 ANNEXES

FICHE D`ENQUETE
I. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Sexe

☐ Masculin
☐ Féminin

2. Âge (en années)

……

3. Tranche d'âge

☐ < 1 an
☐ 1 – 15 ans
☐ 16 – 30 ans
☐ 31 – 45 ans
☐ 46 – 60 ans
☐ ≥ 61 ans

4. Profession

☐ Ménagère
☐ Ouvrier
☐ Commerçant(e)
☐ Fonctionnaire
☐ Étudiant / Élève
☐ Cultivateur
☐ Personne âgée
☐ Enfant
☐ Autre : ……

5. Résidence

☐ Bamako
☐ Hors Bamako

6. Nationalité

☐ Malienne
☐ Guinéenne
☐ Autre : ……

II. ANTÉCÉDENTS

1. Antécédents médicaux

☐ Oui
☐ Non

Si oui :

☐ HTA
☐ Diabète
☐ Asthme
☐ UGD
☐ AVC
☐ Drépanocytose
☐ Épilepsie
☐ Autre : ……

2. Antécédents chirurgicaux

☐ Oui
☐ Non

Si oui :

☐ Césarienne
☐ Péritonite
☐ Hernie ombilicale

☐ Tumeur gastrique
☐ Abcès cérébral
☐ Kyste ovarien
☐ AVC hémorragique
☐ Cataracte
☐ Autre : ……

III. DONNÉES D'ADMISSION

1. Service de provenance

☐ Gynéco-obstétrique
☐ Bloc SAU
☐ SAU
☐ Bloc technique
☐ CHU
☐ CSREF
☐ Structure privée
☐ ORL
☐ Cardiologie

2. Motif d'admission

☐ Surveillance post-opératoire
☐ Instabilité hémodynamique
☐ Éclampsie
☐ État de choc
☐ ACR récupéré
☐ Altération de la conscience
☐ Retard de réveil
☐ HRP
☐ Hémorragie du post-partum
☐ OAP
☐ Détresse respiratoire
☐ Autre : ……

IV. EXAMEN CLINIQUE À L'ADMISSION

1. État général

☐ Bon
☐ Altéré

2. Conjonctives

☐ Colorées
☐ Pâles
☐ Ictériques

3. Paramètres vitaux

Pression artérielle systolique

☐ Hypotension (< 90 mmHg)
☐ Normale (90–140 mmHg)
☐ Hypertension (> 140 mmHg)

Pression artérielle diastolique

☐ Hypotension (< 60 mmHg)
☐ Normale (60–90 mmHg)
☐ Hypertension (> 90 mmHg)

Fréquence cardiaque

☐ Bradycardie (< 60 bpm)
☐ Normale (60–100 bpm)
☐ Tachycardie (> 100 bpm)

Fréquence respiratoire

☐ Bradypnée (< 12)
☐ Normale (12–20)
☐ Tachypnée (> 20)

Température

☐ Hypothermie (< 36°C)
☐ Normothermie (36–37,5°C)
☐ Hyperthermie (> 37,5°C)

Saturation O2

☐ < 90 %
☐ 90 – 95 %
☐ > 95 %

Glycémie capillaire

☐ Non réalisée
☐ Hypoglycémie
☐ Normale
☐ Hyperglycémie

4. Score Q-SOFA

☐ ≤ 2
☐ > 2

V. EXAMEN PAR APPAREIL
1. Cardiovasculaire

☐ Normal
☐ Anormal

Si anormal :

☐ Tachycardie
☐ Bradycardie
☐ Troubles du rythme
☐ Extrémités froides
☐ Cyanose

2. Respiratoire

☐ Normal
☐ Anormal

Si anormal :

☐ Polypnée
☐ Crépitants
☐ Râles d'encombrement
☐ Sibilants
☐ Ronchus

3. Abdominal

☐ Normal
☐ Anormal

Si anormal :

☐ Défense abdominale
☐ Contracture abdominale
☐ Organomégalie

4. Neurologique

☐ Normal
☐ Anormal

Si anormal :

☐ Myosis
☐ Mydriase
☐ Anisocorie
☐ Convulsions
☐ Hémiplégie

☐ Hémiparésie
☐ Syndrome pyramidal
☐ Coma

VI. SCORE DE GRAVITÉ

IGS II

☐ 30 – 60 %
☐ > 60 %

VII. TYPE DE PATHOLOGIE

☐ Gynéco-obstétricale
☐ Chirurgicale
☐ Traumatique
☐ Médicale

VIII. BILANS PARACLINIQUES
1. Biologie réalisée

☐ Oui
☐ Non

Paramètres biologiques

Créatinine :
☐ Normale ☐ Élevée ☐ Basse ☐ Non faite

Hémoglobine :
☐ Normale ☐ Basse ☐ Élevée ☐ Non faite

GB :
☐ Normaux ☐ Élevés ☐ Bas ☐ Non fait

Plaquettes :
☐ Normales ☐ Basses ☐ Élevées ☐ Non fait

2. Ionogramme

Na+
☐ Normal ☐ Bas ☐ Élevé ☐ Non fait

K+
☐ Normal ☐ Bas ☐ Élevé ☐ Non fait

Cl-
☐ Normal ☐ Bas ☐ Élevé ☐ Non fait

3. Bilan infectieux

GE
☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non fait

CRP
☐ Normale ☐ Élevée ☐ Non faite

Procalcitonine
☐ Normale ☐ Élevée ☐ Non faite

Hémoculture
☐ Positive ☐ Négative ☐ Non faite

ECBU
☐ Positive ☐ Négative ☐ Non faite

IX. IMAGERIE

Imagerie réalisée

☐ Oui
☐ Non

Type :

☐ TDM cérébrale
☐ TDM thoracique
☐ TDM abdomino-pelvienne
☐ Angioscanner
☐ Body scan
☐ ECG
☐ Échographie

X. TRAITEMENT
Conditionnement

☐ VVP
☐ VVC
☐ Sonde urinaire
☐ Sonde nasogastrique
☐ Oxygénothérapie
☐ Ventilation mécanique

Traitements

☐ Antalgique
☐ Antibiotique
☐ Anticoagulant
☐ Antihypertenseur
☐ Catécholamines
☐ IPP
☐ Transfusion
☐ Corticoïde
☐ Antipaludéen
☐ Diurétique
☐ Anticonvulsivant
☐ Autre : ……

XI. ÉVOLUTION
Complications

☐ Oui
☐ Non

Type :

☐ Respiratoire
☐ Cardiovasculaire
☐ Rénale
☐ Infectieuse
☐ Digestive
☐ Hémorragique

Durée d'hospitalisation

☐ 1 – 3 jours
☐ 4 – 6 jours
☐ > 6 jours

Issue

☐ Transfert
☐ Décès
☐ Exeat

BILAN D'UNE ANNEE D'ACTIVITE DANS LE SERVICE DE REANIMATION DU CHU GABRIEL TOURE (Janvier à Décembre 2025)

FICHE SIGNALITQUE

Nom : ABDOU
Prénom : Ahali
Pays : Togo
Ville de soutenance : Bamako
Adresse électronique : ahaliabdou@gmail.com
Année de soutenance : 2025-2026
Secteur d'intérêt : Réanimation
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d´odontostomatologie de Bamako.
Titre : Bilan d'activités du service de réanimation polyvalente du CHU Gabriel Touré

Introduction : La réanimation occupe une place stratégique dans le système hospitalier en assurant la suppléance des défaillances viscérales aiguës. Au Mali, le Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT) fait face à une demande croissante d'urgences vitales complexes. Cette étude a pour objectif spécifique principal d'évaluer l'activité médico-chirurgicale globale du service de réanimation polyvalente.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec une collecte de données prospective, réalisée du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025. La population d'étude comprend tous les patients adultes admis pour une durée supérieure à six heures. Les outils d'analyse statistique incluent le logiciel SPSS 22.0, tandis que la stratification de la gravité des patients repose sur l'utilisation systématique des scores cliniques qSOFA et IGS II.

Résultats : le profil épidémiologique est marqué par une population jeune (âge moyen de 31 ans) et une prédominance féminine (57 %). Les urgences obstétricales constituent le premier motif d'admission (42,1 %), dominées par l'éclampsie (60 %). Les pathologies chirurgicales (30,3 %), essentiellement les péritonites, et les traumatismes (18,5 %) complètent le profil de morbidité ; la prise en charge implique systématiquement un abord veineux et une analgésie. Le recours à l'assistance respiratoire est majeur, avec 82,2 % d'oxygénothérapie et 45,5 % de ventilation mécanique. Le taux de mortalité s'établit à 24,2 %. Le risque de décès est significativement corrélé au sexe masculin (OR = 2,69), à un score Q-SOFA supérieur à 2 (OR=5,80), à un IGS II supérieur à 60 (OR = 2,05) et à la présence de complications, notamment rénales, qui représentent 43,2 % des complications observées (OR = 4,55).

Conclusion : ce bilan d'activité démontre une charge de morbidité élevée, principalement portée par les urgences obstétricales et chirurgicales sévères. La mortalité reste étroitement liée à la gravité initiale des patients et à la survenue de défaillances multiviscérales.

Mots-clés : Soins critiques, Éclampsie, Morbidité hospitalière, Facteurs de risque, Bamako, Bilan, Réanimation, CHU Gabriel TOURE, Activités,

BILAN D'UNE ANNEE D'ACTIVITE DANS LE SERVICE DE REANIMATION DU CHU GABRIEL TOURE (Janvier à Décembre 2025)

DATA SHEET

Nom:ABDOU :
Prénom : Ahali
Pays : Togo
Ville de soutenance : Bamako
Adresse électronique : ahaliabdou@gmail.com
Année de soutenance : 2025-2026
Secteur d'intérêt : Intensive Care
Lieu de dépôt : Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology of Bamako.
Titre : Activity Report of the General Intensive Care Unit of the Gabriel Touré University Hospital

Introduction : Intensive care occupies a strategic position within the hospital system by ensuring the management and support of acute organ failures. In Mali, the Gabriel Touré University Hospital Centre (CHU-GT) faces an increasing demand for complex life-threatening emergencies. The main objective of this study was to evaluate the overall medical and surgical activity of the general intensive care unit.

Méthodologie : This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection conducted from 1 January 2025 to 31 December 2025. The study population included all adult patients admitted for a period longer than six hours. Statistical analyses were performed using SPSS version 22.0, while the assessment of patient severity was based on the systematic use of the qSOFA and IGS II clinical scores.

Results: The epidemiological profile was marked by a young population (mean age of 31 years) with a female predominance (57%). Obstetric emergencies constituted the leading reason for admission (42.1%), dominated by eclampsia (60%). Surgical pathologies (30.3%), essentially peritonitis, and trauma (18.5%) completed the morbidity profile; management systematically involved venous access and analgesia. Respiratory support was frequently required, with 82.2% receiving oxygen therapy and 45.5% mechanical ventilation. The mortality rate was 24.2%. The risk of death was significantly correlated with male sex (OR = 2.69), a Q-SOFA score greater than 2 (OR = 5.80), a SAPS II score greater than 60 (OR = 2.05), and the presence of complications, particularly renal complications, which accounted for 43.2% of observed complications (OR = 4.55).

Conclusion : This activity report highlights a high burden of morbidity mainly driven by severe obstetric and surgical emergencies. Mortality remains closely related to the initial severity of patients and the occurrence of multiorgan failure.

Keywords: Critical Care, Eclampsia, Hospital Morbidity, Risk Factors, Bamako, Assessment, Intensive Care, Gabriel Touré University Hospital, Activities

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 des soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 religions, 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 la conception, même sous la 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 confères si j'y manque.

Je le jure !