

Article original

Analyse rétrospective des profils cliniques et du devenir des patients admis en réanimation au CHU d'Angré (2020–2022)**Retrospective Analysis of Clinical Profiles and Outcomes of Patients Admitted to the Intensive Care Unit at Angré University Hospital (2020–2022)**

Koffi Loes⁽¹⁾, Ayé Yikpe Denis⁽¹⁾, N'Guessan Yapi Francis⁽²⁾, Ahoungansi Serongui Emmanuel Raymond⁽¹⁾, Netro Djohui Brigitte⁽²⁾, Kouakou Cédric Marcel Yao⁽¹⁾, Blagon Ouesse Romaric⁽¹⁾, Adou Mel phillipe⁽¹⁾

(1) Service d'anesthésie réanimation, CHU Angré, Abidjan, Côte d'Ivoire

(2) Pôle mère-enfant, CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Koffi Loes, koffi.loess@gmail.com, +2250709561295

Soumis le 04/06/2025

Accepté le 11/08/2025

Mots clés :

profils cliniques,
pronostic, réanimation,
CHU d'Angré.

Résumé

Introduction :

Les motifs d'admission, les diagnostics et l'évolution des patients hospitalisés en réanimation varient selon les contextes géographiques. Objectif : dresser un état des lieux des profils cliniques et évolutifs des patients admis en réanimation polyvalente au CHU d'Angré.

Patients et méthode :

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée analytique, menée du 1^{er} octobre 2020 au 31 octobre 2022. Ont été inclus tous les patients hospitalisés durant cette période, à l'exception de ceux dont les dossiers étaient incomplets. L'analyse des données a été réalisée à l'aide des logiciels Epi Info 7.2.5 et SPSS 19.0. Les tests statistiques utilisés étaient le Chi² et le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité fixé à $p \leq 0,05$.

Résultats :

Sur 864 admissions, 771 dossiers ont été retenus. Les patients âgés de 25 à 64 ans étaient les plus représentés (52,66 %). Le sexe féminin prédominait (sexe-ratio : 0,66). Les principaux motifs d'hospitalisation étaient l'altération de la conscience (27,11 %) et la réanimation post-opératoire (20,75 %). Les pathologies les plus fréquentes incluaient l'éclampsie et ses complications (22,7 %), les suites post-opératoires (20,75 %) et les accidents vasculaires cérébraux (16,34 %). Les complications infectieuses étaient les plus fréquentes en cours d'hospitalisation (18,16 %). La mortalité globale était de 49,03 %, influencée par l'âge, l'état de conscience, le diagnostic initial et les complications survenues.

Soumitted on 18/05/2025

Accepted on 10/08/2025

Keywords:

Clinical profiles,
prognosis,
intensive care,
Angré University
Hospital

Abstract

Introduction: Reasons for admission, diagnoses, and outcomes of patients hospitalized in intensive care units vary according to geographical contexts. **Objective:** To establish an overview of the clinical and outcome profiles of patients admitted to the multipurpose intensive care unit at Angré University Hospital.

Patients and Methods

This was a retrospective analytical study conducted from October 1, 2020, to October 31, 2022. All patients hospitalized during this period were included, except those with incomplete medical records. Data analysis was performed using Epi Info 7.2.5 and SPSS 19.0 software. Statistical tests used were Chi-square and Fisher's exact test, with a significance threshold set at $p \leq 0.05$.

Results

Out of 864 admissions, 771 records were retained. Patients aged 25 to 64 years were the most represented (52.66%). Females predominated (sex ratio: 0.66). The main reasons for hospitalization were altered consciousness (27.11%) and postoperative intensive care (20.75%). The most frequent pathologies included eclampsia and its complications (22.7%), postoperative cases (20.75%), and cerebrovascular accidents (16.34%). Infectious complications were the most common during hospitalization (18.16%). Overall mortality was 49.03%, influenced by age, level of consciousness, initial diagnosis, and complications that occurred.

Introduction

La réanimation constitue une discipline médicale stratégique, dédiée à la prise en charge des patients présentant une ou plusieurs défaillances vitales aiguës. Dans les contextes à ressources limitées, les unités de soins intensifs sont confrontées à une diversité de pathologies graves, souvent associées à une mortalité élevée [1]. L'analyse des profils cliniques et du devenir des patients admis en réanimation permet d'identifier les déterminants pronostiques, d'orienter les stratégies thérapeutiques et d'optimiser l'organisation des soins [2]. Le CHU d'Angré, en tant que centre de référence en Côte d'Ivoire, reçoit une population hétérogène de patients en situation critique, issus principalement des urgences et du bloc opératoire. Cette étude rétrospective, menée entre 2020 et 2022, vise à décrire les caractéristiques épidémiologiques, les motifs d'admission, les pathologies dominantes et les issues cliniques des patients pris en charge en réanimation. Elle a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension des enjeux locaux en matière de soins intensifs et à l'amélioration des pratiques dans un environnement contraint.

Patients et Méthode

Il s'est agi d'une étude transversale, rétrospective à visée analytique, menée sur une période de 25 mois, du 1^{er} octobre 2020 au 31 octobre 2022, dans le service de réanimation polyvalente du CHU d'Angré. Ont été inclus tous les patients admis durant la période d'étude, à l'exception de ceux dont les dossiers médicaux étaient incomplets. Les variables étudiées comprenaient : l'âge, le sexe, le motif d'admission, les signes cliniques et paracliniques à l'entrée, le diagnostic retenu, les éléments de la prise en charge initiale, l'évolution clinique, l'orientation à la sortie et la durée du séjour. L'analyse des données a été réalisée à l'aide des logiciels Epi Info 7.2.5 et SPSS 19.0. Les tests statistiques utilisés étaient le test du Chi² et le test exact de Fisher, avec un seuil de significativité fixé à $p \leq 0,05$. La confidentialité des données a été assurée par l'attribution d'un numéro d'anonymat à chaque fiche d'enquête. Aucune information permettant d'identifier les patients n'a été enregistrée dans la base de données.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 849 patients ont été recensés, soit une moyenne de 33,96 admissions par mois. Parmi eux, 771 patients ont été retenus pour l'analyse, représentant 90,81 % de l'effectif total. L'âge des patients variait de 21 jours à 89 ans, avec une moyenne de 36,55 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 25 à 44 ans (34,37 %). Le sexe féminin prédominait avec une fréquence de 60,3 % (sexe-ratio : 0,66). Les patients provenaient principalement : du bloc opératoire (20,1 %), des

urgences médicales (18 %) et des urgences pédiatriques (9,3 %). Les principaux motifs d'admission étaient : L'altération de la conscience (27,1 %), la prise en charge post-opératoire (20,8 %) et la détresse respiratoire (19,5 %). Les diagnostics les plus fréquents étaient : les complications de la prééclampsie (22,7 %), les réanimation post-opératoire (20,75 %) et les accidents vasculaires cérébraux (16,34 %) (Tableau I). Les complications survenant au cours de l'hospitalisation ont été observées chez 55,64% des patients et la mortalité globale était de 49,03% (Tableaux II et III). Une liaison statistiquement significative a été observée entre le décès et la survenue d'un sepsis ou d'un paludisme ($p = 0,002$).

Tableau I : répartition des patients selon les diagnostics retenus

Diagnostics	n	(%)
Complications de la prééclampsie	175	22,7
Réanimation post-op	160	20,8
AVC	126	16,3
Sepsis	60	7,7
Paludisme grave	56	7,3
Polytraumatisme	39	5,1
Etats de choc	37	4,8
Pneumopathies **	36	4,7
Acidose cétose	33	4,3
Autres diagnostics ***	49	6,4
Total	771	100

*Eclampsie, hémolyse, syndrome, IRA, HRP

**covid 19, tuberculose pulmonaire, bactérien

***envenimation, intoxication, noyade, retard de réveil

Tableau II : répartition des patients selon le type de complication

Complications	n	(%)
Infection nosocomiale	140	18,6
Etats de choc	100	12,97
SDRA	68	8,82
Escarres	50	6,49
Engagement cérébral	40	5,19
IRA	15	1,95
Dénutritions	13	1,69
Autres	16	2,08

Tableau III : Répartition des patients selon le diagnostic et l'évolution

Diagnostic	Vivant	Décès	P
Complications de prééclampsie	135	40	0,032
Réanimation post-op	105	55	0,000
AVC	37	89	0,390
Choc septique	24	36	0,002
Paludisme grave	22	34	0,002
Polytraumatisme	22	17	0,332
Etat de choc	20	17	0,074
Pneumopathie	21	15	0,495
Acidose cétose	11	22	0,291

Discussion

Cette étude rétrospective menée au CHU d'Angré entre 2020 et 2022 met en lumière les caractéristiques cliniques et les issues des patients admis en réanimation dans un contexte à ressources limitées. Avec une moyenne mensuelle de 34 admissions, elle témoigne d'une activité soutenue, comparable à celle observée dans d'autres centres universitaires africains [3]. La prédominance féminine (60,3 %) et la forte représentation des adultes jeunes (25–44 ans) traduisent une charge obstétricale importante, déjà rapportée par Mobio et al., au CHU de Cocody [2] et par Abie et al [4]. L'éclampsie et ses complications (22,7 %) constituent la première cause d'admission, confirmant leur poids dans la morbi-mortalité maternelle en Afrique [4,5]. Les autres diagnostics fréquents à savoir les AVC (16,3 %), les sepsis (7,7 %) et le paludisme grave (7,3 %) reflètent la diversité des pathologies critiques prises en charge. Les complications nosocomiales (18,6 %), les états de choc (12,97 %) et le SDRA (8,82 %) traduisent les défis liés à la surveillance continue, à la prévention des infections et à la gestion des défaillances multiviscérales. Ces complications sont également rapportées dans les travaux de Bekoin-Abhé et al., sur la réanimation pédiatrique à Abidjan [6]. Dans notre série, les complications infectieuses représentaient 18,16 % des événements survenus en cours d'hospitalisation. Ce constat rejoint les données de Vincent et al., qui ont montré que près de 50 % des patients en réanimation dans le monde présentent une infection, avec une mortalité significativement plus élevée chez les patients infectés [7]. L'engagement cérébral, les escarres et les dénutritions, bien que moins fréquents, traduisent des retards de prise en charge ou des limitations techniques. Ces éléments sont discutés dans les recommandations de la SFAR pour les soins

intensifs en contexte contraint [8]. Enfin, les associations statistiques entre les diagnostics initiaux et les complications ($p < 0,05$ pour l'éclampsie, le paludisme et le sepsis) renforcent l'intérêt d'une stratification précoce du risque et d'une amélioration des protocoles de tri et de traitement. La mortalité observée dans notre série était de 49,03 %. Elle dépassait la moyenne rapportée par Wagstaff D et al., dans leur méta-analyse des pays à faibles revenus [9]. Cette mortalité s'inscrit dans une tendance rapportée par l'OMS, qui attribue ces taux élevés à la faible densité de lits de réanimation, au manque de protocoles standardisés et à l'accès limité aux médicaments essentiels dans les pays à faibles revenus [10]. De nos jours il est préconisé de renforcer la formation continue, de développer des réseaux de coopération régionale et d'adapter les standards internationaux aux réalités locales en vue d'améliorer les performances des unités de soins intensifs en Afrique francophone. Des initiatives comme le programme WHO-AFRO sur la qualité des soins intensifs en Afrique appuient cette démarche [11].

Conclusion

Cette étude a permis de caractériser les profils cliniques des patients admis en réanimation au CHU d'Angré entre 2020 et 2022. Les admissions concernaient majoritairement des femmes adultes, avec des motifs dominants tels que l'altération de la conscience et les soins post-opératoires. Les pathologies les plus fréquentes étaient l'éclampsie, les complications obstétricales et les AVC. La mortalité élevée était importante et significativement liée à la gravité clinique initiale des patients et aux complications associées.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références

1. **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)**. Information médicale sur la réanimation [Internet]. Paris : SFAR ; 2023 [cité 2025 oct 15]. Disponible sur : <https://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medecale-sur-la-reanimation/>
2. **Mobio NMP, Kouame KI, Bekoin-Abhe CM, Coulibaly KT, Bedie YV, et al.** Facteurs pronostiques des complications obstétricales en réanimation au Centre hospitalier universitaire de Cocody. Rev int sc méd Abj 2023 ;25,1 :49-54.
3. **Organisation mondiale de la Santé (OMS)**. Les progrès réalisés par l'Afrique en matière de mortalité maternelle et infantile sont en recul, selon un rapport de l'OMS [Internet]. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; 2022 [cité 2025 oct 15].
4. **Abie A, Mehari GM, Dagnew ET, Delie MA, Melese M 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.
5. **Organisation mondiale de la Santé (OMS)**. Atlas des statistiques sanitaires africaines 2022 : analyse de la

- situation sanitaire de la Région africaine [Internet]. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; 2022 [cité 2025 oct 15]
6. **Bekoin-Abhé CMJ , Mobio MP , Coulibaly KT , Kouadio C , Tetchi YD.** Étude sur la mortalité pédiatrique en réanimation au CHU de Cocody. *Rev Int Sc Méd Abidjan.* 2022 ;24(2) :33–39.
 7. **Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, et al.** EPIC II Group of Investigators International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *JAMA.* 2009 ;302(21) :2323–9.
 8. **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).** Recommandations pour la réanimation en contexte à ressources limitées [Internet]. Paris : SFAR ; 2023
 9. **Wagstaff D, Arfin S, Korver A, Chappel P, Rashan A.** Interventions for improving critical care in low- and middle-income countries : a systematic review. *Intensive Care Med.* 2024 ;50 :832–48.
 10. **World Health Organization.** Global Health Observatory data : Critical care capacity in low-resource settings. WHO Reports. 2021. Consultable sur le site du GHO
 11. **WHO Regional Office for Africa.** Improving critical care services in African hospitals: strategic framework 2023–2027. Brazzaville : WHO-AFRO ; 2023.