

Prise en charge des affections chirurgicales graves : Étude multicentrique à propos de 104 cas

Oumar Bachar Loukoumi

Assistant en Anesthésie-Réanimation, Faculté des Sciences de la Santé,
Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant, Tchad

Chaibou Maman Sani

Professeur Titulaire en Anesthésie-Réanimation, Faculté des Sciences de la
Santé de Niamey, Hôpital National de Niamey, Niger

Daddy Hadjara

Professeur Agrégé en Anesthésie-Réanimation, Faculté des Sciences de la
Santé de Niamey, Hôpital National de Niamey, Niger

Adoum Allamine Hassane

Assistant en Orthopédie-Traumatologie, Faculté des Sciences de la Santé
d'Abéché-Tchad, Centre Hospitalier Universitaire de la Renaissance, Tchad

Agbatan Paul Emmanuel

Médecin Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital National de Niamey, Niger

Approved: 08 June 2026

Posted: 10 June 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Loukoumi, O.B., Sani, C.M., Hadjara, D., Adoum, A.H., & Agbatan, P.E. (2026). *Prise en charge des affections chirurgicales graves : Étude multicentrique à propos de 104 cas*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.6.2026.p222>

Résumé

Objectif général : Faire un état des lieux de la prise en charge des affections chirurgicales graves des patients admis dans les unités de soins intensifs (USI) et les urgences au Niger. **Méthodologie :** Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle prospective multicentrique du 1^{er} au 26 décembre 2023. Étaient inclus dans l'étude : tous les patients âgés d'au moins 18 ans gravement malades admis aux services d'urgences chirurgicales, de soins intensifs et/ou de réanimation. Les critères de gravité retenus étaient : ceux ayant une ou plusieurs perturbations des paramètres vitaux (Score de Glasgow <8 ; FR <8 ou >30 cycles/min, spO₂ <94% , FC <40 ou >130 battements/min et PAS <90 mmHg). La saisie et le traitement des données ont été effectués grâce aux logiciels du pack Microsoft Office

version 2016, Epi Info version 7.2.5.0 et SPSS 25. **Résultats** : Au total, 104 patients ont été inclus dans l'étude. La tranche d'âge de 20 à 40 ans prédominait avec un âge moyen de 45 ans. Les pathologies retrouvées étaient l'accident vasculaire cérébral hémorragique, les traumatismes crâniens graves suivis des péritonites avec respectivement 31,73% ; 16,35% et 11,54% des admissions. En tenant compte des critères de gravité, les détresses respiratoires représentaient 25,9% (n = 27) et neurologiques 23% (n = 24). Au 7^e jour suivant l'admission, 29 des 104 patients, soit 27,88%, étaient décédés. **Conclusion** : Malgré un profil de risque faible du fait de la jeunesse de la population d'étude, un taux de mortalité non négligeable était observé. Cette étude met en lumière le fardeau des maladies graves auquel sont confrontés les hôpitaux et la nécessité d'assurer la disponibilité et la qualité des soins d'urgence et des soins intensifs dans l'ensemble de ces derniers.

Mots-clés : Pathologie chirurgicale graves; réanimation ; Niger

Management of Serious Surgical Conditions: Multicenter Study of 104 Cases

Oumar Bachar Loukoumi

Assistant en Anesthésie-Réanimation, Faculté des Sciences de la Santé,
Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant, Tchad

Chaibou Maman Sani

Professeur Titulaire en Anesthésie-Réanimation, Faculté des Sciences de la
Santé de Niamey, Hôpital National de Niamey, Niger

Daddy Hadjara

Professeur Agrégé en Anesthésie-Réanimation, Faculté des Sciences de la
Santé de Niamey, Hôpital National de Niamey, Niger

Adoum Allamine Hassane

Assistant en Orthopédie-Traumatologie, Faculté des Sciences de la Santé
d'Abéché-Tchad, Centre Hospitalier Universitaire de la Renaissance, Tchad

Agbatan Paul Emmanuel

Médecin Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital National de Niamey, Niger

Abstract

General objective: To assess the management of severe surgical conditions in patients admitted to intensive care units (ICUs) and emergency departments in Niger. **Methodology:** This was a prospective, multicenter observational cohort study conducted from December 1 to 26, 2023. Included in the study were all patients aged 18 years and older with severe

illnesses admitted to surgical emergency departments, intensive care units, and/or resuscitation units. The severity criteria used were: those with one or more disturbances in vital signs (Glasgow Score <8; respiratory rate <8 or >30 cycles/min, SpO₂ <94%, heart rate <40 or >130 beats/min, and systolic blood pressure <90 mmHg). Data entry and processing were performed using Microsoft Office 2016, Epi-Info version 7.2.5.0, and SPSS 25 software.

Results: A total of 104 patients were included in the study. The 20-40 age group predominated, with a mean age of 45 years. The pathologies found were hemorrhagic stroke, severe head trauma followed by peritonitis, representing 31.73%, 16.35%, and 11.54% of admissions, respectively. Taking into account the severity criteria, respiratory distress accounted for 25.9% (n=27) and neurological distress for 23% (n=24). On the 7th day following admission, 29 of the 104 patients, or 27.88%, had died.

Conclusion: Despite a low-risk profile due to the young age of the study population, a significant mortality rate was observed. This study highlights the burden of serious illnesses faced by hospitals and the need to ensure the availability and quality of emergency and intensive care throughout these hospitals.

Keywords: Severe surgical pathology; intensive care; Niger

Introduction

Dans le monde, près de quarante-cinq (45) millions de personnes souffrent de maladies graves chaque année (Buowari DY et al., 2022). Malheureusement, de récentes études en Afrique sur la qualité des soins administrés aux patients en unité de soins intensifs ont révélé des lacunes dans la préparation et la fourniture de soins intensifs dans les hôpitaux (Kayambankadzanja RK et al., 2023). Les soins essentiels d'urgence et critiques (EECC) ont donc été développés et définis comme les soins de première ligne qui devraient être fournis à tous les patients gravement malades (Schell CO et al., 2021). Dans une étude, un besoin non satisfait d'EECC de 50 à 90 % a été constaté dans les hôpitaux du Malawi et de nombreux appels ont été lancés pour augmenter la couverture des EECC afin de combler cette lacune (Schell CO et al., 2018). Le Niger, comme nombre d'autres pays d'Afrique subsaharienne, fait également face à des défis considérables dans la prise en charge des affections chirurgicales graves, notamment en raison de l'insuffisance des infrastructures, de la pénurie de ressources humaines qualifiées et de la disponibilité limitée des équipements médicaux. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés, les disparités en matière de soins chirurgicaux demeurent préoccupantes, et la prise en charge des maladies chirurgicales continue d'impacter lourdement la santé

publique. Au Niger, aucune étude n'a été faite sur ce sujet, d'où l'intérêt de notre étude.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude de cohorte observationnelle prospective multicentrique du 1^{er} au 26 décembre 2023. Étaient inclus dans l'étude : tous les patients âgés d'au moins 18 ans gravement malades admis aux services d'urgence chirurgicale, de soins intensifs et/ou de réanimation. De plus, étaient considérés comme graves les patients ayant une ou plusieurs perturbations sévères des paramètres vitaux selon les critères retenus (Score de Glasgow <8 ; FR <8 ou >30 cycles/min ; spO₂ <94% ; FC <40 ou >130 battements/min et PAS <90 mmHg). Pour chaque patient inclus, les variables suivantes ont été étudiées : les données sociodémographiques, les paramètres hémodynamiques et respiratoires, l'état de conscience, le diagnostic retenu, la notion d'une maladie chronique ou d'une grossesse, le traitement reçu, la notion d'intervention chirurgicale, l'évolution au 7^e jour. Les données ont été saisies et analysées en utilisant les logiciels Excel 2016 et Epi Info version 7.2.5.0. Le test du khi carré ou le test exact de Fisher a été calculé pour comparer la proportion des différentes étiologies en fonction des variables susmentionnées. Toute valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

Résultats

Durant la période d'étude, **2996** patients étaient hospitalisés dans les différents centres, parmi lesquels 104 présentaient des affections chirurgicales graves ; soit **3,47%**. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 40 ans avec 37 cas (35,58%) avec un âge moyen de 45 ans. Le sexe masculin représentait 75% des cas dans notre étude avec un sex-ratio de 3. L'hypertension artérielle était la comorbidité la plus retrouvée chez 30 (28,85%) patients, suivie du diabète chez 14 patients (13,46%). Dans notre série, la pression artérielle systolique moyenne était de $132,49 \pm 30,29$ mmHg avec des extrêmes de 56 et 225 mmHg. Parmi les patients, 10,58% (n) = présentaient une hypotension artérielle systolique, répondant ainsi à l'un des critères de gravité circulatoire (PAS < 90 mm Hg). La fréquence cardiaque moyenne était de $102,48 \pm 24,78$ pouls/min avec des extrêmes allant de 30 à 177 pouls/min. Une tachycardie (FC > 100 bpm) a été observée chez 55,77% (n = 58) des patients, parmi lesquels 9,62% (n = 10) répondaient à un critère de gravité hémodynamique. Par ailleurs, une bradycardie (FC < 40 bpm) a été identifiée chez 0,96% (n = 1) des patients, correspondant également à un critère de gravité hémodynamique. La fréquence respiratoire moyenne était de $28,75 \pm 11,55$ battements/min avec des extrêmes de 14 et 95. Une tachypnée a été observée chez 81,74% (n =

85), parmi lesquels 34,62% (n = 36) répondaient à un critère de gravité respiratoire (FR > 30 cpm). Par ailleurs, une bradypnée a été identifiée chez 1,92% (n = 2) des patients, correspondant également à un des critères de gravité respiratoire. Dans cette étude, la SPO₂ était de 94,46 ± 7,92% avec des extrêmes de 52 et 100%. Une hypoxie (SpO₂ < 94%) a été observée chez 25,96% (n = 27) des patients, répondant à l'un des critères de gravité respiratoire. Le score de Glasgow moyen était de 12 ± 3 avec des valeurs extrêmes allant de 3 à 15. Parmi les 104 patients inclus, 23,08% (n = 24) présentaient un score de Glasgow ≤ 8 reflétant un des critères de gravité neurologique. Selon les critères de gravité des affections chirurgicales prédéfinis dans cette étude, la détresse respiratoire dominait le tableau clinique, suivie de la détresse neurologique et circulatoire, avec respectivement 25,96% (n = 27), 23% (n = 25) et 10,57% (n = 11) (Figure 1). Les pathologies les plus retrouvées étaient l'accident vasculaire cérébral hémorragique, les traumatismes crâniens graves, suivis des péritonites avec respectivement 31,73% ; 16,35% et 11,54%. Parmi les 104 patients inclus, 38,46% (n = 40) nécessitaient une oxygénothérapie. Dans cette étude, 9,62% (n = 10) des patients ont nécessité l'utilisation de drogues vasopressives. Dans notre série, 9,62% (n = 10) des patients avaient été intubés. Concernant la couverture des soins critiques, 90,90% (n = 10/11) des patients présentant une défaillance circulatoire ; 74,07% (n = 20/27) de ceux présentant une défaillance respiratoire et 75% (n = 18/24) de ceux présentant une défaillance neurologique recevaient les soins appropriés (Tableau I). Dans notre série, 69,23% (n = 72) avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale. La réhydratation hydroélectrolytique avec la chirurgie et l'oxygénothérapie constituait la quasi-totalité des soins prodigués dans la prise en charge des urgences chirurgicales graves avec respectivement 93,27% ; 69,23% et 38,46%. L'hospitalisation a duré plus de 7 jours chez 50% des patients. Au 7^e jour suivant l'admission, 27,88% (n = 29) des patients étaient décédés. Dans notre série, une prédominance des cas de décès observés chez les patients ayant un score de Glasgow ≤ 8, avec 15 cas (51,72%) avec une corrélation statistiquement significative (p < 0,0001) (Tableau II). Une prédominance des cas de décès observés chez les patients hospitalisés aux urgences, avec 25 cas (86,21%) et une corrélation statistiquement significative (p = 0,04). Dans notre étude, une prédominance des cas de décès a été enregistrée chez les patients ayant des AVC et des TC graves avec respectivement 10 cas (34,48%) et 8 cas (27,58%) (Tableau III).

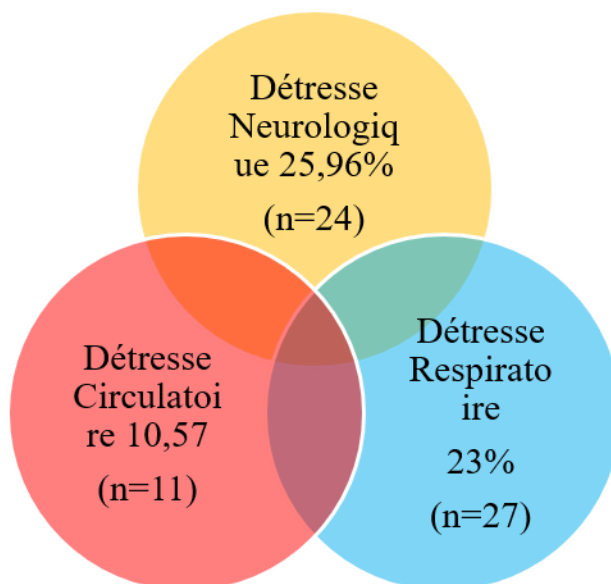


Figure 1: Répartition des patients selon les détresses

Tableau I: Couverture des soins critiques

Type de détresse	Soins/Interventions (EECC)	Effectif	Couverture EECC
Détrese circulatoire	Réhydratation	8	90,90% (10/11)
	Réhydratation + Drogues vasoactives	2	
	Aucun	1	
Détrese respiratoire	Oxygène	20	74,07% (20/27)
	Aucun	7	
Détrese neurologique	Position latérale de sécurité	8	75% (18/24)
	Intubation orotrachéale	10	

Tableau II: Corrélation entre score de Glasgow et décès

Score de Glasgow	Décès				Total	
	Non		Oui			
	N	(%)	n	(%)	N	(%)
≤8	9	12,00	15	51,72	24	23,08
[9 ; 12]	17	22,67	6	20,69	23	22,12
[13 ; 15]	49	65,33	8	27,59	57	54,81
Total	75	100,00	29	100,00	104	100,00

Tableau III: Corrélation entre diagnostic et décès

Diagnostic	Décès					
	Non		Oui		Total	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
AVC hémorragique	23	30,67	10	34,48	33	31,73
TC grave	9	12,00	8	27,59	17	16,35
Péritonite appendiculaire	11	14,67	1	3,45	12	11,54
Péritonite	11	14,67	1	3,45	12	11,54
Occlusion sur bride	4	5,33	2	6,90	6	5,77
HSDC	4	5,33	1	3,45	5	4,81
Polytraumatisme	4	5,33	0	0,00	4	3,85
Fracture fémur	3	4,00	1	3,45	4	3,85
Contusion abdominale	2	2,67	0	0,00	2	1,92
HSDA	1	1,33	1	3,45	2	1,92
Pied diabétique	0	0,00	1	3,45	1	0,96
Tumeur cérébrale	0	0,00	2	6,90	2	1,92
Tumeur laryngée	1	1,33	0	0,00	1	0,96
Contusion thoracique	1	1,33	0	0,00	1	0,96
Hernie inguinale étranglée	1	1,33	0	0,00	1	0,96
MCA décompensée	0	0,00	1	3,45	1	0,96
Total	75	100	29	100	104	100

Discussion et commentaires

Durant la période d'étude, **2996** patients étaient hospitalisés dans les différents centres de notre étude. Parmi lesquels, nous avons enregistré cent quatre (104) patients ayant des affections chirurgicales graves. Ils représentaient donc **3,47%** des patients hospitalisés. Il s'agit d'une fréquence considérable qui reflète l'accessibilité à ces différents hôpitaux de 3e niveau qui constituent les références nationales en matière de prise en charge des patients gravement malades. Cette fréquence est similaire à celle obtenue par Kiremeji MK. Et al. en Tanzanie en 2020 qui retrouvaient 6,9% de patients gravement malades, mais inférieurs à ceux de Mboya E. et al. en Tanzanie 2023 (10,46 %) et Schell CO. et al. en Suède en 2023 (10,5%) qui retrouvaient en moyenne 1 patient sur 10 gravement malade en ayant utilisé les mêmes critères de gravité que ceux de notre étude. Concernant les caractéristiques sociodémographiques, une prédominance masculine était rapportée dans notre étude, avec un sex-ratio de 3, avec une fréquence de 75%. Nos données concordent avec celles de Ndong A. et al. (2024) dans leur méta-analyse en Afrique subsaharienne et de Magagi IA. Et al. (2017) retrouvaient également un sex ratio de 1,94 et 3,23. Cela reflète l'exposition masculine aux activités à risque et aux traumatismes. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 40 ans avec 37 cas ; soit 33,65%. Ce résultat est superposable à celui de Ndong A. et al. (2024), qui avaient retrouvé la même tranche d'âge avec 45% des patients inclus dans l'étude. L'âge moyen dans notre série était de 45 ± 19,25 ans. Hanhart WA et al. (2006) en Suisse avaient retrouvé un âge moyen

similaire (49 ans). Ce résultat est cependant supérieur à ceux de Ndong A. et al. (2024) qui avaient retrouvé une moyenne d'âge plus basse, **32,5 ans** ($\pm 12,5$ ans). Cette tranche d'âge de 20 à 40 ans reflète la population active souvent exposée à des urgences chirurgicales diverses. L'hypertension artérielle était la comorbidité la plus retrouvée chez 28,85% (n = 30) des patients de notre étude, suivie du diabète retrouvé dans 13,46% (n = 14) des cas. Des résultats similaires avaient été retrouvés dans l'étude de Kiremeji MK. et al. (2020) en Tanzanie qui retrouvait 33,8% et 16,3%. Biccard B. et al. (2018) dans l'African Surgical Outcomes Study (ASOS) avaient également retrouvé l'hypertension artérielle comme principale comorbidité dans 16,3% des patients (Schell et al., 2023, Baker et al., 2015). Dans notre série, les patients étaient retrouvés dans un tableau clinique qui se résumait à une hypertension artérielle systolique (29,81%), une hypertension artérielle diastolique (20,19%), une tachycardie (55,77%), une hypotension (10,58%), ou encore une altération de la conscience (23,08%). En ce qui concerne le profil des patients gravement malades, nous avons retrouvé 24 (23,07%) patients présentant une détresse neurologique ; 27 (25,96%) patients présentant une détresse respiratoire et 11 (10,57%) patients présentant une détresse circulatoire. Ces résultats sont différents de ceux de Mboya E. et al. (2023) qui trouvaient 0,5% de patients en détresse neurologique ; 1,8% de patients en détresse respiratoire ; 4% de patients en détresse circulatoire. Kiremeji MK. et al. (2020) lui retrouvait dans son étude , 6,1% de patients en détresse neurologique ; 17,6% de patients en détresse respiratoire ; 49% de patients en détresse circulatoire. Hyarfner et al. (2020) trouvaient dans leur étude 1% des patients en détresse neurologique ; 30,1% des patients en détresse respiratoire ; 39,4% des patients en détresse circulatoire (fréquence cardiaque > 130 bpm). Baker T. et al. (2015) trouvaient dans leur étude 3% des patients en détresse neurologique ; 38 % des patients en détresse respiratoire ; 37% des patients en détresse circulatoire. La proportion relativement plus importante de détresse neurologique dans notre étude par rapport aux autres pourrait être imputable au fait que la majorité des patients admis dans notre étude présentaient soit un accident vasculaire cérébral hémorragique (AVC H) soit un traumatisme crânien, qui sont des tableaux cliniques dans lesquels l'on retrouve régulièrement une altération de l'état de conscience. Dans notre étude, les pathologies chirurgicales graves retrouvées étaient dominées par les AVC H (31,73%) et les traumatismes crâniens graves (16,35%) qui sont des pathologies relevant plus de la neurochirurgie. Ces résultats sont cependant différents de ceux de Biccard B. et al. (2018) dans l'ASOS qui retrouvait plus de pathologies relevant de la chirurgie orthopédique (15,5%) et de Pearse et al. (2011) dans l'EuSOS qui retrouvait également plus de pathologies relevant de la chirurgie orthopédique (26,24%). Cette différence pourrait être imputable au fait que ces deux dernières études prenaient en compte des patients de plusieurs pays des

continents européens et africains et avaient donc des échantillons beaucoup plus volumineux que le nôtre. Les soins essentiels d'urgence et de soins intensifs (EECC) ont été développés comme les traitements et les actions les plus simples et les plus efficaces qui peuvent sauver la vie des patients atteints d'une maladie grave : le « premier niveau » de soins pour les maladies graves qui est moins complexe que les formes intermédiaires ou avancées d'urgence et de soins intensifs. Dans notre série, 90,90% des patients gravement malades en raison d'un critère circulatoire bénéficiaient d'une réhydratation hydroélectrolytique. Le constat est similaire dans la série de Kiremeji MK. Et al. (2020) qui trouvaient que la majorité (85%) des patients gravement malades de leur série recevaient des fluides en IV. À l'opposé, Kayambankadzanja RK et al. au Malawi (2021) avaient signalé après leur étude que 91,3% des patients présentant une détresse circulatoire ne bénéficiaient pas de la prise en charge adéquate. Aussi, parmi les patients présentant une détresse respiratoire de notre série, 74,07% bénéficiaient d'une oxygénothérapie. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Kiremeji MK. et al. (2020) qui retrouvait 24,3% de patients gravement malades bénéficiant d'une oxygénothérapie. À l'opposé, encore une fois, Kayambankadzanja RK et al. (2021) avaient signalé après leur étude que 88,9% des patients présentant une détresse circulatoire ne bénéficiaient pas de la prise en charge requise, correspondante ou essentielle. L'intubation orotrachéale était le geste le plus réalisé pour la réanimation respiratoire. Dans notre série, 75% des patients gravement malades en raison du niveau de conscience avaient bénéficié des EECC. Kayambankadzanja RK et al. (2021) signalaient, quant à eux, 53,0% de patients en détresse neurologique ne recevant pas les soins essentiels. À noter que plusieurs patientes dans notre étude avaient des indications pour des soins tels que l'intubation ou l'administration de vasopresseurs, mais n'étaient pas en mesure de les recevoir, certainement par manque d'équipement, comme très souvent dans les pays à revenus faibles. Ceci pourrait indiquer qu'avec de meilleures ressources, plus de patients recevraient les soins appropriés. Sur le plan de la prise en charge chirurgicale, dans notre étude, 69,23% des patients avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale durant leur séjour à l'hôpital. Ce résultat est supérieur à celui de Schell CO. et al. (2023), qui retrouvait 16% de patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale. L'étude de Schell et al.(2023) prenait également en compte des patients de médecine et même quelques-uns de gynécologie-obstétrique et n'était pas axée uniquement sur des patients de services chirurgicaux. Ceci expliquerait donc que l'on ait une proportion plus faible de patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale dans son étude par rapport à la nôtre. Une hospitalisation de plus de sept jours a été observée chez près de 50% des patients de cette étude. Ce résultat contraste avec ceux de Biccard B. et al. (2018) dans l'ASOS qui retrouvait une durée moyenne d'hospitalisation de 3 jours et de Pearse et al.

(2011) dans l'EuSOS qui retrouvait une durée moyenne de 3 jours également. La durée de séjour prolongée dans notre étude pourrait constituer un facteur de risque pour nos patients qui pourraient développer des complications. Au septième jour après l'admission, 29 des 104 patients inclus dans l'étude, soit 27,28%, étaient décédés, représentant un peu plus du quart des admissions de cette série. Ce résultat est différent de ceux retrouvés par Biccard B. et al. (2018) dans l'ASOS qui retrouvait une mortalité intra-hospitalière de 2,1% et également de ceux retrouvés par Pearse et al. (2011) dans l'EuSOS qui retrouvait 4% de mortalité intra-hospitalière. Concernant les facteurs associés à la mortalité, une corrélation statistiquement significative ($p < 0,0001$) était retrouvée entre une altération de l'état de conscience et la survenue du décès. En effet, 15 patients sur 24 ayant présenté une altération de l'état de conscience sont décédés. Ceci suggère que ces patients devraient bénéficier d'une attention toute particulière, surtout en matière de soins critiques, afin d'augmenter leurs chances de survie. En somme, malgré le fait que la majorité des patients de notre série recevaient des soins essentiels d'urgence et critiques (EECC) appropriés, l'on note quand même un taux de mortalité considérable (27,88%). Ceci fait penser que si l'accent était davantage mis sur la reconnaissance des signes de gravité dès l'admission des patients et que l'on faisait en sorte que tous les patients reçoivent des soins essentiels d'urgence et critiques appropriés, nous contribuerions sûrement à réduire la mortalité dans nos hôpitaux.

Conclusion

Au terme de cette étude prospective, nous retenons que les affections chirurgicales graves constituent un lourd fardeau pour le système de santé. Malgré un profil de risque faible du fait de la jeunesse de la population d'étude, un taux de mortalité non négligeable était observé et ceci bien que la majorité des patients classés gravement malades recevait des soins essentiels d'urgence et critiques appropriés. Les initiatives visant à accroître l'accès aux traitements chirurgicaux et à une surveillance de qualité par un personnel qualifié dans des unités équipées de façon optimale doivent donc être associées à une surveillance améliorée afin de diminuer la morbi-mortalité liée à ces affections dans nos hôpitaux.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Buowari DY, Gupta, Owoo C, Schell CO, Baker T. Essential Emergency and Critical Care: A Priority for Health Systems Globally. *Crit Care Clin.* 2022;38(4):639-56.
2. Kayambankadzanja RK, Likaka A, Mndolo SK, Chatsika GM, Umar E, Baker T. Emergency and critical care services in Malawi: Findings from a nationwide survey of health facilities. *Malawi Med J J Med Assoc Malawi.* mars 2020;32(1):19-23.
3. Schell CO, Khalid K, Wharton-Smith A. Essential Emergency and Critical Care: a consensus among global clinical experts. *BMJ Glob Health.* 2021;6(9):e006585.
4. Schell CO, Gerdin Wärnberg M, Hvarfner A. The global need for essential emergency and critical care. *Crit Care Med.* 2018;21(1):284.
5. Kiremeji MK., Said Kilindimo, Hendry R. Sawe, Deus Kitapondya, Uwezo Edward1, Asha Iyullu, et al. Clinical Profile and Outcome of Critically ill adult patients presenting to an Urban Emergency Department in Sub-Saharan Africa: A Prospective Cohort Study in Tanzania. *SM Emerg Med Crit Care.* 2020;(3):6.
6. Erick A. Mboya, Harrieth P. Ndumwa, Davis E. Amani, Paulina N. Nkondora, Victoria Mlele, Happiness Biyengo, et al. Critical illness at the emergency department of a Tanzanian national hospital in a three-year period, 2019–2021. *BMC Emerg Med.* 2023;(23):86.
7. Carl Otto Schell, Andreas Wellhagen, Miklós Lipcsey, Lisa Kurland, Petronella Bjurling-Sjöberg, Cecilia Stålsby Lundborg, et al. The burden of critical illness among adults in a Swedish region—a population-based point-prevalence study. *Eur J Med Res.* 2023;(28):322.
8. Ndong A, Togtoga L, Bah MS, Ndoeye PD, Niang K. Prevalence and mortality rate of abdominal surgical emergencies in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. 2024;
9. Magagi IA, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. *Bull. Société Pathol Exot.* août 2017;110(3):191-7.
10. Hanhart WA, Malinverni R, Kehtari R. Enquête sur les délais d'attente au Centre médico-chirurgical d'urgences, Hôpital des Cadolles, Neuchâtel. *Enq Sur Délais Attente Au Cent Méd- Chir Urgences Hôp Cadolles Neuchâtel.* 2006;2(84):2429-33. .
11. Biccard B, Madiba T, Kluyts H, Munlemvo D, Madzimbamuto F, Apollo Basenero. The African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study (ASOS). *Lancet Glob Health.* 2018;

12. Hvarfner A, Blixt J, Schell CO, Castegren M, Lugazia ER, Mulungu M, et al. Vital Signs Directed Therapy for the Critically Ill: Improved Adherence to the Treatment Protocol Two Years after Implementation in an Intensive Care Unit in Tanzania. *Emerg Med Int.* 1 Janv 2020;2020:4819805.
13. Baker T, Blixt J, Lugazia E. Single Deranged Physiologic Parameters Are Associated With Mortality in a Low-Income Country. *Crit Care Med.* 2015;43(10):2171-9.
14. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: a 7-day cohort study. *Lancet.* 22 sept 2012;380(9847):1059.