



Prospective single-centre study on the management of respiratory emergencies at the Emergency Department of the Heinrich Lübke Regional Hospital in Diourbel, Sénégal

Victor Olela Risasi^{1,2}, Manguma Mbavu³, Modou Kassé⁴, Cheikh Lo⁴, Mamadou Guéné⁴

Auteur correspondant

Victor Olela Risasi

Courriel : victorolela0214@gmail.com

Téléphone : +221775128666

Service de pneumophtisiologie de centre hospitalier régional Heinrich Lübke, Diourbel, Sénégal

Summary

Context and objective. Respiratory emergencies are defined as the clinical signs observed in a patient following a sudden deterioration in respiratory function that is life-threatening and requires appropriate treatment. The objective of the present study was to describe clinical and outcomes profile of patients for respiratory emergencies. **Methods.** This was a case descriptive series including all patients attending the Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel (CHRHL-D-SAU) department for a respiratory emergency over a two-month period from 15 March to 15 May 2025. **Results.** A total of 58 patients were admitted for respiratory emergencies out of 1173 emergency medical consultations, representing a prevalence of 5.02%. The majority were male (67.24%). The highest rate of recourse was among those over 55 years of age (39.6%). Farmers and livestock breeders were the most common occupations (23.91%). Seventy-five percent were self-referred. More than half (51.72%) presented with acute symptoms. The main functional signs were dyspnoea (82.75%) and cough (81.03%). Acute respiratory distress was present in 72.41% of cases. Acute exacerbation of asthma (32.75%) and infectious pneumonia (31.03%) were the most common diagnoses. Finally, 34 patients were transferred to the pulmonology department for hospitalization. **Conclusion.** Respiratory emergencies account for five percent of admissions to this hospital and most often affect elderly males, with acute asthma attacks and infectious pneumonias being the most common causes.

Keywords: respiratory emergencies, Emergency Department, CHRHL-D

Received: May 28, 2025

Accepted: December 1, 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.16>

1. Service de pneumophtisiologie de centre hospitalier régional Heinrich Lübke de Diourbel, Diourbel, Sénégal
2. Police Nationale Congolaise, Hôpital

Résumé

Contexte et objectif. L'urgence respiratoire est l'ensemble des signes cliniques observés chez un patient suite à une altération brutale du mécanisme respiratoire mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une prise en charge appropriée. L'objectif de la présente étude était de décrire le profil clinique et évolutif des patients admis pour urgences respiratoires. **Méthodes.** Il s'agissait d'une série descriptive et consécutive des patients admis au SAU du CHRHD, pour une urgence respiratoire sur une période de deux mois du 15 mars au 15 mai 2025. **Résultats.** Au total, 58 patients ont été admis pour des urgences respiratoires sur 1173 consultations d'urgences médicales, soit une fréquence hospitalière de 5,02%. La majorité d'entre eux était de sexe masculin (67,24%). Le taux de recours le plus élevé concernait les plus de 55ans (39,6%). Les professions d'agriculteurs et d'éleveurs prédominaient (23,91%). Soixante-quinze pourcents ont été auto-référés. Plus de la moitié (51,72%) présentaient une symptomatologie aiguë. Les principaux signes fonctionnels étaient la dyspnée (82,75%) et la toux (81,03%). Une détresse respiratoire aiguë était présente dans 72,41% des cas. L'exacerbation aiguë de l'asthme (32,75%) et la pneumopathie infectieuse (31,03%) étaient les diagnostics les plus retenus. Enfin, 34 patients ont été transférés au service de pneumologie pour l'hospitalisation. **Conclusion.** Les urgences respiratoires rendent compte de cinq pourcents d'admission dans cet hôpital et concernent le plus souvent les personnes âgées, de sexe masculin et sont dominées par les crises aiguës de l'asthme et les pneumopathies infectieuses.

Mots-clés : urgences respiratoires, CHRHL-D, Service d'accueil des urgences

Reçu le 28 mai 2025

Accepté le 1 décembre 2025



Provincial de la Tshopo, Kisangani,
République Démocratique du Congo

3. Service de pneumophtisiologie de l'hôpital provincial du nord Kivu, Goma, République démocratique du Congo
4. Service d'accueil des urgences de centre hospitalier régional Heinrich Lübke de Diourbel, Diourbel, Sénégal.

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.16>

Introduction

L'urgence fait référence à toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si aucune action médicale n'est entreprise immédiatement (1). L'urgence respiratoire est l'ensemble des signes cliniques observés chez un patient suite à une altération brutale du mécanisme respiratoire mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une prise en charge appropriée. Le service d'urgence est pour beaucoup de patients, le lieu privilégié de recours aux soins de santé. Son rôle est d'accueillir à tout moment et de prendre en charge, toute personne se présentant en situation d'urgence, que son état soit réellement urgent d'un point de vue médical ou qu'il soit ressenti comme tel (2-3). Il accueille de ce fait, des consultations non programmées, quelle qu'en soit la nature, et ce, avec les mêmes compétences et le même plateau technique, 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7(2). Les maladies respiratoires englobent les infections respiratoires aiguës ainsi que les maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et le cancer du poumon. Les facteurs socioéconomiques jouent un rôle important dans la hausse de la prévalence et la gravité de la maladie du fait de déterminants environnementaux et peuvent être associés à un manque d'accès à des soins appropriés (4). Selon L'OMS les pathologies respiratoires occuperaient le quatrième rang des causes de décès en 2019 derrière les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète. Ainsi, plus de 1 milliard de personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques et 2 milliards de personnes sont exposées aux effets toxiques environnementaux (5). L'Afrique et l'Asie du sud, zones généralement en proie au sous-développement et à la précarité par manque de structures sanitaires semblent être les plus touchées par les affections respiratoires aiguës enregistrant notamment le plus de décès liés à la pneumonie par an (6). Le

Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel (CHRHL) est un établissement de première référence qui dispose d'une Unité d'Urgence organisée pour la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, pédiatriques et gynéco-obstétricales. Cette unité constitue la principale porte d'entrée des patients et reflète, à ce titre, la qualité des services offerts par l'hôpital.

Cependant, malgré son rôle essentiel, le profil des patients admis ainsi que les pathologies les plus fréquemment rencontrées, notamment les urgences respiratoires, n'ont jamais fait l'objet d'une étude approfondie. Or, une organisation rationnelle et une adaptation efficiente de l'offre de soins dans une Unité d'Urgence nécessitent une connaissance précise de la demande, incluant le nombre de patients admis, la typologie des pathologies rencontrées ainsi que les coûts de prise en charge qui y sont associés.

D'où l'importance de la présente étude dont l'objectif est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques ainsi que l'évolution des patients admis pour urgences respiratoires au Service d'accueil des urgences de centre hospitalier régional Heinrich Lübke de Diourbel.

Méthodes

Nature, cadre et période de l'étude

Il s'agissait d'une série descriptive et consécutive des patients admis au SAU du CHRHD pour une urgence respiratoire sur une période de deux mois du 15 mars au 15 mai 2025.

Le Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke de Diourbel (CHRHL) est un hôpital de référence de niveau II situé dans la ville de Diourbel, chef-lieu du département éponyme, à environ 150 km à est de Dakar. Implanté à 64km de Kaolack et intersecté par la route nationale n°3 et la ligne de chemin de fer Dakar – Niamey, il dessert à la fois la ville de Diourbel mais également d'importants pôles religieux tels que Touba.



L'hôpital a été construit grâce à la coopération allemande, à la suite à une promesse faite par le président allemand Heinrich Lübke lors de sa visite au Sénégal en 1962. Il a été inauguré le 26 mai 1966 et porte le nom de Heinrich Lübke, alors président de la République fédérale d'Allemagne. La capacité litière théorique est de 232 lits ; le nombre de lits réellement installés est de 188 ainsi répartis.

Le CHRHL dispose d'une offre de soins diversifiée, organisée autour de plusieurs services spécialisés :

- Chirurgie : chirurgie générale, orthopédique, urologique et pédiatrique.
- Santé de la femme et de l'enfant : gynécologie-obstétrique et pédiatrie.
- Médecine : médecine générale, médecine interne, cardiologie, pneumologie, diabétologie-endocrinologie ainsi que néphrologie avec hémodialyse.
- Services de soutien : anesthésie-réanimation, imagerie médicale, laboratoire et banque de sang, pharmacie et kinésithérapie.
- Spécialités complémentaires : odontostomatologie, ophtalmologie, psychiatrie, histologie-embryologie-cytogénétique.
- Service des urgences : porte d'entrée principale de l'hôpital.

Le service de pneumologie est une structure récemment créée qui a débuté ses activités le 1er mai 2024 au sein de service de médecine interne. Le contexte local est marqué par les activités de l'UFR SANTE de l'Université Alioune DIOP de Bambey qui constitue une opportunité à saisir dans le renforcement de l'offre de services.

Diourbel se situe au cœur du bassin arachidier du pays, avec plus de 54% de la population active dans l'agriculture ; L'économie, essentiellement agropastorale, génère des revenus modestes en dehors des grands centres urbains. Indice de développement faible et fort exode rural. Le taux de chômage des jeunes atteint environ 40 %, les poussant à migrer massivement vers Dakar et Thiès.

Population d'étude et critères de sélection.

La population d'étude était représentée par les patients admis au service des urgences pour une urgence respiratoire.

Echantillonnage.

L'échantillonnage était de convenance. Ainsi, tous les patients qui acceptaient de participer à

l'étude ont été inclus et constituaient l'échantillon retenu.

Critères de sélection.

• Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les patients âgés de 15 ans ou plus, admis pour urgence respiratoire au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHRHL de Diourbel durant la période d'étude, et ayant donné leur consentement éclairé à la participation.

• Critères de non inclusion

Les patients ayant réalisé les paramètres d'intérêts de l'étude.

Sources de données et paramètres d'intérêts.

Le recueil des données n'a pu être parfaitement exhaustif. Il a été réalisé à l'aide d'une fiche standardisée de la collecte élaborée à cet effet.

Paramètres d'intérêt.

Les paramètres d'intérêt de l'étude concernaient :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, adresse, état civil, profession ainsi que l'itinéraire des patients
- Les données cliniques : facteurs de risque et antécédents, durée d'évolution des symptômes, signes fonctionnels respiratoires et signes physiques respiratoires
- Les données paracliniques : demande d'examens biologiques, de la radiographie du thorax et du scanner thoracique
- Les principales affections diagnostiquées
- La durée de séjour au service des urgences et issue thérapeutique

Saisie et analyse des données.

Les données recueillies des fiches de collectes ont été renseignées dans le logiciel Epi info version 7. L'analyse des données s'est limitée à la description de l'échantillon d'étude. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne plus écart type et les variables qualitatives en termes des effectifs et pourcentages.

Aspects éthiques

Les données recueillies ont été traitées et archivées de façon à sauvegarder confidentialité de chaque patient.

Résultats

Au total, 1173 patients ont été admis au service d'accueil des urgences (SAU) pour des urgences médicales, dont 58 pour motif respiratoire, soit une fréquence de 5,02%. Et cela a concerné la période allant du 15 mars au 15 mai 2025.

Données sociodémographiques.



Les données sociodémographiques des patients incluant la prévalence, les tranches d'âge, le sexe,

l'adresse, l'état civil, les professions et leurs itinéraires sont réparties dans le tableau 1.

Tableau 1. Répartition des patients selon le profil sociodémographique

	Effectifs N=58	%
Fréquence	58/1173	5,02
Tranches d'âge (ans)		
• [15-25]	15	25,86
•]25-35]	11	18,97
•]35-45]	5	8,62
•]45-55]	4	6,90
Plus de 55 ans	23	39,6
Sexe		
• Homme	39	67,24
• Femme	19	32,76
Adresse		
• Zone urbaine	30	51,72
• Banlieue de Diourbel	21	36,21
• Autre région	7	12,07
Etat civil		
• Marié	31	53,45
• Célibataire	20	34,48
• Veuf (Ve)	4	6,90
• Divorcé(e)	3	5,17
Profession		
• Agriculteur/éleveur	14	23,91
• Commerçant	10	16,92
• Élève/étudiant	12	20,62
• Femme au foyer	7	12,09
• Maçon	2	3,45
• Maître coranique	2	3,45
• Chauffeur	2	3,45
• Autres	8	16,11
L'itinéraire des patients		
• Auto-orientés	41	70,69



Au total, 1173 patients ont été admis au SAU pour urgence médicale dont 58 patients pour urgence respiratoire, soit une proportion hospitalière de 5,02%. Une prédominance masculine a été constatée (67,24%). Selon le statut matrimonial, la majorité des patients était mariée (53,45%). La tranche d'âge prépondérante était celle des patients de plus de 55ans (39,6%). Cinquante et un pourcent de nos patients résidaient dans la zone urbaine. Concernant la profession, les agriculteurs et éleveurs constituaient le groupe le plus fréquent

(23,91 %), suivis des élèves/étudiants (20,62 %) et des commerçants (16,92 %). Enfin, 41 patients (70,69 %) se sont présentés par auto-référence.

Données cliniques.
Les données cliniques incluant les facteurs de risque et les antécédents, la durée d'évolution des symptômes, les signes fonctionnels respiratoires ainsi que les signes physiques sont consignés dans le tableau 2.

Tableau 2. Répartition des patients selon les données cliniques

	Effectifs N=58	%
Facteurs associés/antécédents		
• Diabète	25	43,10
• Tabagisme	23	39,66
• Dénutrition	19	32,75
• Tuberculose	12	20,68
• Hypertension artérielle/cardiopathie	8	13,79
• Cancer	3	5,17
• Maladie du système	2	3,44
• Insuffisance rénale	2	3,44
Durée d'évolution des symptômes		
• Moins de 3 semaines	30	51,72
• Plus de 3 semaines	28	48,28
Signes fonctionnels respiratoires		
• Dyspnée	48	82,75
• Toux	47	81,03
• Expectoration	38	65,51,
• Douleur thoracique	34	58,62
• Amaigrissement	25	43,10
• Fièvre	24	41,37
• Asthénie	23	39,65



• Anorexie	22	37,93
• Hémoptysie	3	5,17

Signes physiques respiratoires

• Détresse respiratoire aigüe	42	72,41
• Syndrome de condensation pulmonaire	31	53,44
• Signe de lutte	25	43,10
• Syndrome bronchique	21	36,21
• Syndrome d'épanchement pleural liquidien	9	15,51
• Syndrome d'épanchement pleural gazeux	1	1,72
• Syndrome d'épanchement pleural mixte	2	3,45

Les principaux terrains retrouvés chez nos patients étaient le diabète et tabagisme dans respectivement 43,10% et 39,66% des cas. Trente patients (51,72%) présentaient une symptomatologie aigüe. Concernant les signes fonctionnels, la dyspnée (82,75%) et la toux (81,03%) étaient les plus retrouvées. Sur le plan physique, 42 patients (72,41%) avaient une

détresse respiratoire aigüe et 31 patients (53,44%) un syndrome de condensation pulmonaire.

Données paracliniques.

La fréquence des explorations paracliniques demandées dont la biologie, la radiographie du thorax et le scanner thoracique sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3. La fréquence des explorations paracliniques demandées

Paramètres	Effectifs N=58	%
Biologie demandée		
• Oui	44	75,86
• Non	14	25,14
La radio de thorax demandée		
• Oui	40	68,96
• Non	18	31,04
Scanner thoracique demandée		
• Oui	20	34,48
• Non	38	65,51

Un bilan biologique a été demandé chez 44 patients (75,86%), la radiographie du thorax chez 40 patients (68,96%) et le scanner thoracique chez 20 patients (34,48%).

Les principales affections diagnostiquées.

Le tableau 4 présente les principales affections diagnostiquées.

Tableau 4. Principales affections diagnostiquées chez les patients inclus



Principales affections diagnostiquées	Effectifs N=58	%
• Exacerbation aiguë de l'asthme	19	32,75
• Pneumopathie infectieuse	18	31,03
• Tuberculose pulmonaire	14	24,13
• Pleurésie	7	12,06
• Embolie pulmonaire	5	8,62
• Décompensation de BPCO	3	5,17
• Pneumopathie interstitielle diffuse	3	5,17
• Pneumothorax	2	3,44
• Hydropneumothorax	2	3,44
• Abscess pulmonaire	1	1,72
• Œdème aiguë du poumon	1	1,72
• Hémorragie alvéolaire	1	1,72

Les principales affections diagnostiquées étaient l'exacerbation aiguë de l'asthme (32,75%), la pneumopathie infectieuse (31,03%) et la tuberculose (24,13%).

Données thérapeutiques

La durée de prise en charge et issue thérapeutique des patients sont consignées dans le tableau 5.

Tableau 5. Répartition des patients selon la durée de prise en charge et issue thérapeutique

Paramètres	Effectifs N=58	%
Durée de séjour		
• 1 jour	36	62,07
• 2- 7 jours	22	37,93
• Plus de 7 jours	0	0
Issue		
• Transféré au service de pneumologie	34	58,62
• Retour à domicile puis suivi en pneumologie	22	37,93
• Transféré au service de réanimation	1	1,72
• Décédé	1	1,72

Parmi les 58 patients, Plus de la moitié (62,09%) ont séjourné moins de 24 heures au SAU. Trente-quatre patients (58,62%) ont été transférés pour hospitalisation au service de pneumologie. Un cas particulier concernant une patiente de 16 ans, célibataire, élève, suivie pour une insuffisance rénale chronique, dialysée qui avait une hémorragie alvéolaire a été transférée au service de réanimation. Et un autre patient de 65

ans , marié, policier de profession , tabagique actif à base de tabac manufacturé à raison de 16 paquet année sevré il y a une année, avec antécédent de tuberculose pulmonaire il y a 5 ans qui serait traité et déclaré guéri après 6 mois de traitement qui avait une destruction pulmonaire importante, suivi dans le service de pneumologie depuis 2 mois pour la prise en charge d'une pneumopathie à *Pseudomonas aeruginosa*



multirésistant sur destruction pulmonaire séquellaire, est décédé au deuxième jour de son hospitalisation.

Discussion

L'objectif de la présente étude était de décrire le profil clinique et l'issue des patients admis pour urgences respiratoires au SAU de CHRHL. Les deux grandes forces de la présente étude est premièrement son caractère prospectif qui a permis d'enregistrer les données au fur et à mesure, réduisant ainsi le biais de mémoire et les erreurs de reconstitution rétrospective et deuxièmement la présente étude est pionnière dans notre milieu qui a permis de donner une idée sur le profil des patients reçus pour urgences respiratoires. Mais sa principale limite est inhérente à sa petite taille de l'échantillon ne conférant pas assez de puissance statistique.

Pendant la période d'étude, un total de 1173 patients a été vue au SAU pour urgence médicale, dont 58 pour urgence respiratoire, soit une fréquence de 5,02%. Dans notre étude, les patients de plus de 55ans étaient majoritaires. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Souilah S *et al.* (7) au centre de tri du CHU Bab El Oued à Alger, où la proportion la plus élevée concernait les patients de plus de 70 ans (29,4 %). Cette prédisposition liée à l'âge peut s'expliquer par les modifications fonctionnelles et structurales du poumon, ce qui expose cet organe plus vulnérable aux agressions, et par une diminution de la capacité ventilatoire, rendant les personnes âgées plus sensibles aux infections et à l'insuffisance respiratoire (8). De plus la présence fréquente de comorbidités chroniques telles Mais aussi les personnes âgées ont souvent les pathologies chroniques que la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou le diabète favorise la survenue et la complication des maladies respiratoires, notamment les pneumologies et l'embolie pulmonaire (9). Le sexe masculin était prédominant, représentant 67,24% de l'échantillon avec un sexe ratio de 2,05. Ce résultat se rapproche de ceux de nombreux auteurs (8,10). La prédominance masculine observée pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, le poids des charges sociales traditionnellement assumées par les hommes pourrait accentuer l'expression des affections ou des facteurs de risque liés au vieillissement. D'autre part, l'exposition plus importante des hommes au tabac les rend particulièrement vulnérables à certaines pathologies respiratoires, notamment la broncho-

pneumopathie chronique obstructive (BPCO), le cancer bronchique et certaines maladies interstitielles (11). Les hommes sont également davantage exposés à des environnements professionnels à risque, tels que les mines ou le secteur de la construction, ce qui accroît leur vulnérabilité aux pneumoconioses (12). Par ailleurs, les œstrogènes exerceraient chez les femmes un rôle protecteur vis-à-vis de certaines affections respiratoires (13). Toutefois, certaines études, notamment celles menées aux États-Unis par Hunt et Lacalle, ont rapporté une prédominance féminine (14-15). La variabilité de ces résultats peut s'expliquer par des populations différentes. Plus de la moitié de nos patients (51,72%) étaient des citoyens rejoignant l'observation faite également par Kane (16) avec une fréquence de 78% chez ses patients. Cette prédominance urbaine pourrait s'expliquer par le fait que le site de CHRHL est en zone urbaine. Notre résultat est inférieur à celui de l'Institut canadien d'information sur la santé en 2005 (17) qui indiquait un recours plus fréquent aux services d'urgence chez les répondants des zones rurales comparativement à ceux des zones urbaines (15% contre 13%). Dans notre série, la majorité des patients était mariée (53,45 %). Ce résultat est identique à celui rapporté par Mobio *et al.* (10) dans une étude réalisée au service d'accueil des urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire d'Abidjan, où 53,7 % des patients étaient également mariés. En revanche, il diffère de celui observé par Abdoulaye Z (18). La diversité des us et coutumes pourrait expliquer la différence des résultats. Les professions d'agriculteurs et d'éleveurs prédominaient (23,91%). Ce résultat pourrait refléter le caractère essentiellement agropastoral de la région de Diourbel, située au cœur du bassin arachidier du Sénégal, où plus de 54% de la population active travaille dans le secteur agricole. La présence de certains antécédents pathologiques et comorbidités constitue un facteur de risque important dans le développement d'une urgence respiratoire. Ainsi dans la présente étude, les principales comorbidités et antécédents retrouvés étaient le diabète (43,10%), le tabagisme (39,66%), la dénutrition (32,75%) et la tuberculose (20,68%). Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par Kane (16), qui observait respectivement 19,7 % de tuberculose et 22,7 % de tabagisme. Par ailleurs, il existe cependant une corrélation entre l'ancienneté du tabagisme et la survenue



d'urgence respiratoire. De même, l'étude de Souilah S (7) rapportait qu'au moins la moitié des patients présentaient une comorbidité. Dans notre série, 70,69 % des patients se sont présentés par auto-référence. Ce résultat est similaire à ceux rapportés par de Gentile *et al.* en 2004 (19) et par Mbutiwi *et al.* à Kinshasa en 2012 (20) qui ont trouvé respectivement, 68,3% et 85% des patients auto-référés. De même Mobio *et al.* (10) ont trouvé que la majorité des patients provenaient directement de leur domicile, soit 1164 cas (63,7%). Le manque de moyens financiers, l'ignorance ainsi que le recours fréquent aux médicaments traditionnels dans nos populations pourraient expliquer ce résultat. Les principaux signes fonctionnels retrouvés étaient la dyspnée (82,75%), suivie de la toux (81,03%), de l'expectoration (65,51, %) et de la douleur thoracique (58,62%). Ces résultats sont semblables aux résultats obtenus par Souilah S *et al.* (7) qui ont trouvé par ordre de fréquence, la dyspnée, la toux, la fièvre et la douleur thoracique chez leurs malades. La dyspnée est un symptôme extrêmement fréquent qui se définit comme une sensation d'inconfort ou de difficulté respiratoire ne survenant que pour un niveau d'activité usuelle, ce qui pousse donc les patients à se faire consulter. Chez nos patients, les signes physiques étaient dominés par la détresse respiratoire aiguë (72,41%), suivie du syndrome de condensation pulmonaire (53,44%), des signes de lutte (43,10%) et du syndrome bronchique (36,21%). Sur le plan para clinique, Un bilan biologique a été demandé chez 44 patients (75,86%), une radiographie du thorax chez 40 patients (68,96%) et un scanner thoracique chez 20 patients (34,48%). Malheureusement, les différents examens demandés n'ont pu être réalisés chez l'ensemble des patients qui en avaient l'indication. L'absence d'assurance maladie, le coût des différents examens et la précarité socio-économique de la population pourraient expliquer ces résultats. A titre comparatif, dans la série de Souilah S *et al.* (7), tous les patients avaient bénéficié d'au moins un examen complémentaire. Dans notre série, les urgences respiratoires étaient dominées par l'exacerbation aiguë de l'asthme et pneumopathie infectieuse dans respectivement 32,75% et 31,03% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de Kane (16). Dans l'étude de Souilah S, *et al.* (7), les diagnostics les plus fréquents étaient les infections respiratoires aiguës, suivies des exacerbations de BPCO. Dans notre série, plus de

la moitié des patients (62,09%) ont séjourné pendant moins de 24 heures. La durée moyenne de séjour des patients de Mobio N'kan, *et al.* (12) était de 7 jours. Cette courte durée de séjour observée dans notre série pourrait s'expliquer par la disponibilité de lits d'hospitalisation dans le service de médecine, vers lequel «34 patients ont été transférés pour être hospitalisés. Notre résultat est différent à celui de Souilah S *et al.* (7), chez qui la majorité des patients regagnaient leur domicile après leur passage aux urgences et seuls 16 étaient hospitalisés.

Conclusion

Les urgences respiratoires sont des situations critiques rencontrées souvent aux Service d'accueil des urgences. Leur gravité tient à la possibilité d'une défaillance respiratoire. La présente étude a permis de montrer que les urgences respiratoires sont le plus souvent rencontrées chez les personnes âgées et de sexe masculin et sont dominées par les exacerbations aiguë de l'asthme et pneumopathies infectieuses et la majorité des patients ont été plus auto-orientés et transférés au service de pneumologie pour leurs hospitalisations.

Conflit d'intérêt : aucun

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la réalisation et la rédaction du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU). Critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences. Référentiel SFMU ; 2007 [cité 1 sept 2011]. Disponible sur : <http://www.sfm.org/documents/ressources/référentiels/REFERENTIEL.pdf>
2. Borsali-Falfoul N, Rezgui M, Kefi M, Zaghdoudi I, Asta L, Jerbi Z. Fonctionnement d'un service d'accueil des urgences d'un centre hospitalo-universitaire. *Tunis Med.* 2007 ;**85** (12) :1004-1010.
3. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, *et al.* Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique.* 2004 ;**16** (1) :63-74.
4. World Health Organization – Regional Office for the Eastern Mediterranean. Maladies respiratoires [Internet]. [Cité 23 nov 2022]. Disponible sur :



- <http://www.emro.who.int/fr/health-topics/respiratory-tract-diseases/Page-1.html>
5. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. [Internet]. Genève : WHO ; [cité 23 nov 2022]. Disponible sur : https://www.who.int/gard/news_events/1-3.GARD-06-07-K1.pdf
 6. Réseau Canopé. Les infections respiratoires aiguës : la géographie – Corpus [Internet]. [Cité 23 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.reseau-canope.fr/corpus/video/les-infections-respiratoires-aigues-la-geographie-206.html>
 7. Souilah S, Benfarhat A, Djatit S, Messaoudi I, Rekouche K, Azib Y, *et al.* Étude prospective sur les urgences pneumologiques prises en charge au centre de tri du CHU Bab El Oued à Alger, Algérie. *Rev Mal Respir.* 2017 ;**34** (Suppl 1) : A117. Doi : 10.1016/j.rmr.2016.10.451.
 8. Janssens JP, Pache JC, Nicod LP. Physiological changes in respiratory function associated with ageing. *Eur Respir J.* 1999 ;**13** (1) :197-205. Doi :10.1183/09031936.99.13119799
 9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. 2024 Report [Internet]. Disponible sur : <https://goldcopd.org>
 10. Mobio N'kan MP, Kouamé KI, Ango PD, Bédie YV, Koffi B, Traoré S. Profil des patients admis aux services d'accueil des urgences médicales d'un centre hospitalier universitaire à Abidjan. *Rev Afr Anesth Med Urg.* 2024 ;**29** (3) :58-64.
 11. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, *et al.* 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013 ;**368** (4) :351-364.
 12. Blanc PD, Toren K. Occupation in chronic obstructive pulmonary disease and chronic bronchitis: an update. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007 ;**11** (3) :251-257.
 13. Carey MA, Card JW, Voltz JW, Arbes SJ, Germolec DR, Korach KS, *et al.* The impact of sex and sex hormones on lung physiology and disease. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2007 ;**293**(2) : L272-278.
 14. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2006 ;**48** (1) :1-8.
 15. Lacalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med.* 2010 ;**56** (1) :42-48.
 16. Kane. Prise en charge des urgences respiratoires au Sénégal. *Resp Trop.* 2003 ;**28**(109) :15-16.
 17. Institut canadien d'information sur la santé. *Emergency departments and how long are they waiting?* Ottawa : ICIS ; 2005. ISBN : 1-55392-676-5.
 18. Abdoulaye Z, Chaibou S, Alkassoum I, Samaila A, Lilla H, Nafissa Dd. Caractéristiques socio-épidémiologiques et évolutives des patients référés aux urgences pédiatriques de l'hôpital national de Niamey : une étude rétrospective à propos de 528 cas. *RAMUR* 2021 ;**Tome 26** (3) : 8-12.
 19. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, *et al.* Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique.* 2004 ;**16** (1) :63-74.
 20. Mbutiwi IN, Meert P, Malengreau M, Nseka NM, Dramaix-Wilmet M, Longo LA, *et al.* Profil épidémiologique des patients admis dans le service des urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa (République Démocratique du Congo). *Ann Afr Med.* 2012 ;**5** (2) :1030-1043.

Voici comment citer cet article : Risasi VO, Mbavu M, Kassé M, Lo C, Guéné M. Etude prospective monocentrique sur la prise en charge des urgences respiratoires au Service des urgences de centre hospitalier régional Heinrich Lübke de Diourbel, Sénégal. *Ann Afr Med* 2026; **19** (2): e6956-e6965. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i2.16>