



Évolution des patients référés à 24 heures d'admission au service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Evolution of patients referred within 24 hours of admission to the emergency department at the University Hospital Center of Brazzaville.

M ELOMBILA^{(1,3)*}, A TIAFUMU^(1,2), C M MPOY EMY MONKESSA⁽³⁾, C AVEDANG⁽²⁾, G NIENGO OUTSOUTA^(1,3),
PEA ELCAT⁽²⁾, S NDINGA⁽²⁾, F G OTIOBANDA^(1,3)

- (1) Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, République du Congo
(2) Service des Urgences, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, République du Congo
(3) Université Marien Ngouabi, Faculté des Sciences de la Santé

Soumis le 04 Mars 2025
Accepté le 23 Mars 2025

RESUME

Introduction : L'évolution des patients référés aux urgences dans les 24 heures suivant leur admission et les raisons qui expliquent leur maintien prolongé aux urgences restent peu étudiées au Congo. L'objectif était de décrire l'évolution des patients référés aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville. **Méthodes.** Il s'est agi d'une étude descriptive transversale, prospective menée sur une période de trois mois (1^{er} mai - 31 juillet 2023). Ont été inclus tous les patients référés aux urgences du CHU de Brazzaville. **Résultats.** La fréquence des patients référés était de 17,1%. L'âge médian était de 49 ans et 52,8 % des patients référés étaient de sexe masculin. La majorité des patients provenaient de centres de soins urbains (89,4 %). Parmi les raisons de référence, l'insuffisance de moyens techniques et la nécessité d'une prise en charge spécialisée étaient les plus fréquemment évoquées. Au cours des 24 premières heures suivant leur admission, 47,2 % des patients étaient transférés vers d'autres services spécialisés, tandis que 44,2 % étaient restés en observation au service des urgences. Les raisons principales de maintien aux urgences incluaient un manque de place dans les services d'accueil (33,9 %), la persistance d'une instabilité clinique (33,3%) et la non-réalisation complète du bilan d'orientation (32,8 %). La mortalité était de 5,3% dans les 24 heures suivant leur admission. **Conclusion.** Nos résultats soulignent la nécessité d'améliorer les capacités d'accueil du service des urgences, d'optimiser le financement des soins et de renforcer l'organisation des transferts intra-hospitaliers au CHU de Brazzaville pour optimiser les soins aux patients au niveau des urgences.

Mots clés : Congo (Brazzaville); Evolution; Référence; Urgences.

ABSTRACT

Background: The evolution of patients referred to the emergency department within 24 hours of admission and the reasons for their prolonged stay in the emergency department remain little studied in Congo. The aim was to describe the evolution of patients referred to the emergency department of Brazzaville University Hospital. **Methods.** This was a prospective, cross-sectional descriptive study conducted over a three-month period (May 1 - July 31, 2023). All patients referred to the emergency department of Brazzaville University Hospital were included. **Results.** The frequency of patients referred was 17.1%. The median age was 49 years, and 52.8% of referred patients were male. The majority of patients came from urban care centers (89.4%). Among the reasons for referral, insufficient technical resources and the need for specialized care were the most frequently cited. In the first 24 hours after admission, 47.2% of patients were transferred to other specialized services, while 44.2% remained in the emergency department for observation. The main reasons for remaining in the emergency department included a lack of space in reception departments (33.9%), persistent clinical instability (33.3%) and failure to complete the referral assessment (32.8%). Mortality was 5.3% within 24 hours of admission. **Conclusion.** Our results highlight the need to improve emergency department capacity, optimize the financing of care and strengthen the organization of intra-hospital transfers at Brazzaville University Hospital to optimize patient care at the emergency level.

Keywords: Congo (Brazzaville); Evolution; Reference; Emergency.

INTRODUCTION

Les services des urgences (SU) jouent un rôle clé dans le système de santé. Ils constituent un point d'entrée pour les patients nécessitant des soins immédiats, souvent après une référence des centres de soins primaires ou secondaires [1-3]. De façon général, la durée de séjour aux urgences n'excède pas 24 heures. Dans de rares situations, le patient peut être maintenu sous surveillance pendant 48 heures dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des urgences avant de décider de la sortie, du transfert vers un service d'hospitalisation ou de réanimation [2]. Ce maintien peut être attribué à la gravité de leur état, à l'attente des résultats des examens complémentaires ou à l'absence de lits disponibles dans les autres services. Mais également, il est à noter que l'hyperspécialisation des disciplines médicales accroît la difficulté des transferts des patients [2]. A cela, s'ajoute la grande sollicitation des services urgences, qui sont constamment surpeuplés sous le flux constant des recours de soins, parfois non appropriés, créant ainsi un engorgement du ser-

vice et rendant difficile le bon fonctionnement et la qualité des soins prodigués [1-4].

Au Mali, Almeimoune *et al.* au service des urgences du Centre hospitalier Universitaire (CHU) de Gabriel Touré ont trouvé une durée moyenne de séjour dans le service de 63,59 heures et une durée max de 45 jours au niveau du service des urgences [4]. Le même constat a été fait par Abdoulaye *et al.* au Niger où une durée moyenne de séjour aux urgences était de 3,52 jours [5]. L'instabilité de l'état clinique, l'attente des résultats des examens complémentaires et le manque de lit

Du Service de Réanimation Polyvalente,
Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, République du Congo

*Auteur correspondant :

Dr. Marie ELOMBILA

Adresse : Service de Réanimation Polyvalente,
Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
Brazzaville, République du Congo

Téléphone : 00 242 064956650

E-mail : elombila@gmail.com

en hospitalisation étaient les motifs les plus retrouvés dans plusieurs études [4,6-8].

Cependant, la problématique de l'évolution des patients référés dans ce contexte spécifique est peu étudiée au Congo. En effet, la rareté des données sur ce sujet limite notre compréhension des mécanismes sous-jacents à la prise de décision clinique dans les urgences surchargées, ainsi que des facteurs influençant le maintien prolongé des patients dans ce service. Ce travail avait pour objectif de décrire les aspects évolutifs des patients référés aux urgences du CHU de Brazzaville au cours des premières 24 heures suivant leur admission, dans le but de contribuer à l'amélioration des soins prodigués aux patients au niveau des services des urgences.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude descriptive, transversale à recueil de données prospectif. L'étude s'est déroulée sur une période de trois (03) mois, du 1^{er} mai au 31 juillet 2023, au sein du service des urgences du CHU de Brazzaville. C'est un centre hospitalier de niveau tertiaire, comprenant entre autres une unité des urgences pédiatriques (pour les cas non-chirurgicaux) rattachée au pôle pédiatrique, une unité des urgences gynécologiques rattachée au service de gynécologie-obstétrique. Le service des urgences est spécialisé dans la prise en charge médico-chirurgicale adulte et des cas chirurgicaux pédiatriques. Il prend en charge les patients en situation d'urgence, avant leur orientation vers les services adéquats pour la poursuite des soins. Il est structuré en plusieurs zones fonctionnelles permettant la prise en charge initiale des patients et la gestion des situations critiques, incluant une zone de consultations, des unités de soins (médicale et chirurgicale), et une zone réservée aux urgences vitales (salle de déchocage). Le service compte entre autres deux spécialistes urgentologues, cinq médecins généralistes, 65 agents paramédicaux, 49 personnels du service hospitalier (brancardiers et techniciens de surface). Les gardes sont assurés 24 heures sur 24 par les médecins généralistes et les étudiants en diplôme d'études spécialisées de la Faculté des Sciences de la Santé, supervisé par le spécialiste d'astreinte.

La population cible était constituée par les patients référés du service des urgences du CHU de Brazzaville. Étaient inclus dans cette étude tous les patients référés depuis un centre de santé inférieur, qu'ils soient décédés ou non à leur arrivée et chez qui un consentement était obtenu. Étaient exclus les patients dont les fiches de référence étaient égarées et ceux ayant retirés leur consentement. L'échantillonnage était simple et exhaustif. Tous les patients répondant aux critères d'inclusion pendant la période de l'étude étaient retenus. L'information était recueillie sur une fiche d'enquête préétablie à partir du registre d'admission, des fiches de référence, des observations médicales initiales, et, dans certains cas, à travers des entretiens semi-directifs avec les patients ou leurs ayants droit. Les variables d'étude comprenaient les variables sociodémographiques (âge, sexe, le niveau d'instruction, la profession, le niveau socio-économique, le lieu de résidence), la variable liée au centre de santé référant (qualification du centre), les variables liées aux procédures au cours des transferts (motif et raison de

référence, signes cliniques pré-référentiels, moyen de transport), des variables liées à l'évolution des patients au cours des 24 heures (devenir des patients référés 24 heures après leur admission, raisons de maintien au service des urgences 24 heures après leur admission). Les données étaient enregistrées et analysées à l'aide du logiciel Epi Info[®] version 7.2.5.0. Les variables qualitatives ont été présentées en effectif et proportion, tandis que les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne (ou médiane) avec écart-type (ou quartiles).

RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 5384 patients admis au service des urgences du CHU de Brazzaville, parmi lesquels, nous avons identifié 920 patients référés, soit 17,1 % (figure 1).

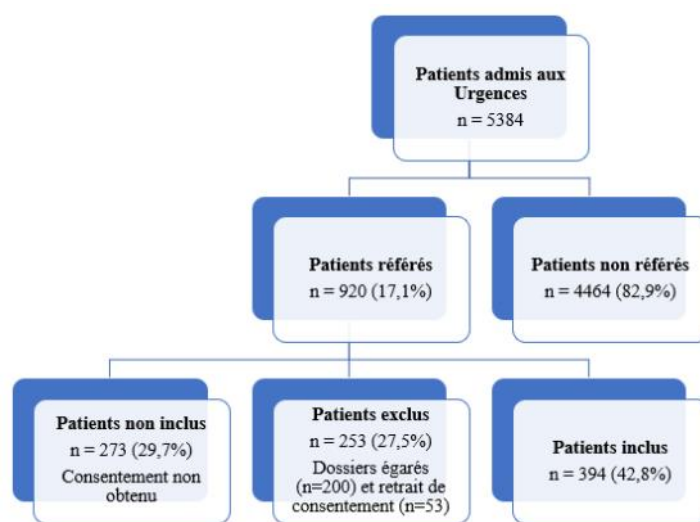


Figure 1: Diagramme de flux

Nous avons inclus 394 patients dans notre étude. L'âge médian des patients référés était de 49 ans, avec un quartile inférieur (Q1) à 33 ans et un quartile supérieur (Q3) à 64 ans. Les extrêmes d'âge étaient d'un (01) mois et 99 ans. La tranche d'âge de 46-60 ans étaient représenté à 27,7%. En termes de répartition par sexe, 52,8 % des patients étaient de sexe masculin soit un sex-ratio de 1,1. Concernant le niveau d'instruction, 53,8 % des patients avaient un niveau secondaire, 28,5 % un niveau primaire, tandis que 14,7 % étaient universitaires. La majorité des cas (55,6 %) appartenait à un niveau socio-économique bas. Professionnellement, 41,9 % des patients exerçaient une activité informelle et 25,4 % étaient sans emploi. La majorité des patients (89,4 %) résidaient en zone urbaine (tableau I).

Les patients étaient référés des hôpitaux de références (60,7 %), des structures privés (19,6%), des hôpitaux généraux (14,7 %) et des Centre de Santé Intégré (CSI) (5,6 %). Les motifs de référence étaient rapportés dans 55,8 % des cas, mais les raisons précises n'étaient spécifiées que dans 33,0 % des cas. Les raisons incluaient la nécessité d'une prise en charge spécialisée (51,0 %) ou un plateau technique insuffi-

sant (49,0 %). Les principaux signes cliniques pré-référentiels étaient l'altération de l'état de conscience (18,1%), la douleur (16,0%), le trouble respiratoire (15,6%) et l'instabilité hémodynamique (13,0%). La répartition des patients selon les signes cliniques pré-référentiels décrits est illustrée dans le tableau II.

Tableau I : Répartition des patients référés au service des urgences du CHU de Brazzaville selon la tranche d'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession, le niveau socio-économique et le lieu de résidence

Variable	Effectif n=394	Proportion %
Age (année)		
0-15	15	3,8
16-30	69	17,5
31-45	81	20,5
46-60	109	27,7
61-75	78	19,8
>75	42	10,7
Sexe		
Masculin	208	52,8
Féminin	186	47,2
Niveau d'instruction		
Secondaire	212	53,8
Primaire	112	28,5
Universitaire	58	14,7
Non scolarisé	12	3,0
Profession		
Activité informelle	165	41,9
Sans emploi	100	25,4
Fonctionnaire	39	9,9
Retraité	35	8,9
Élève/Étudiant	35	8,9
Secteur privé	20	5,0
Niveau socio-économique		
Bas	219	55,6
Moyen	164	41,6
Élevé	11	2,8
Lieu de résidence		
Zone urbaine	352	89,4
Zone rurale	42	10,6

Les patients étaient transportés en ambulance principalement (72,4 %), en taxi (21,3 %), en bus (3,8 %) et en véhicule personnel (2,5 %). Les patients étaient accompagnés d'un médecin dans 1,5 % de cas, d'un infirmier dans 69,6 % des cas et ils n'étaient pas accompagnés par un agent de santé dans 28,9% de cas. L'évolution des patients dans les 24 heures après leur admission était soldée par le transfert vers un autre service dans 46,7% des cas et le décès du patient dans 5,3 % des cas. La répartition des patients référés au service des urgences selon leur évolution au cours des premières 24 heures après l'admission est représentée sur la figure 2. Dans notre étude, 174 patients référés (44,2%) étaient maintenus dans le service des urgences pour observation, dont 33,9% étaient maintenus pour manque de place dans le service d'aval. La répartition des patients référés selon la raison de leur maintien

aux urgences 24 heures après l'admission est représentée sur la figure 3.

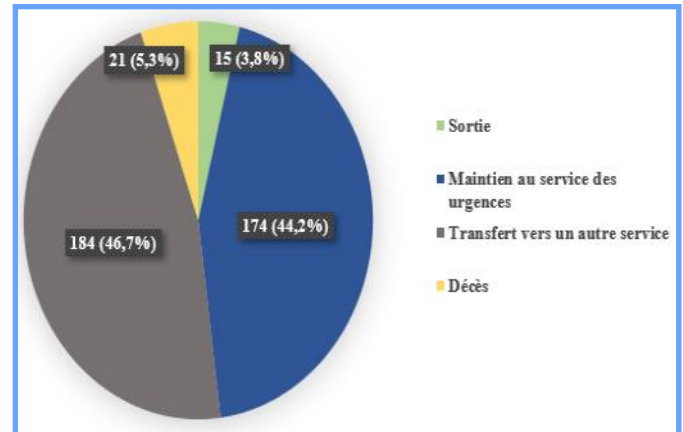


Figure 1 : Répartition des patients référés selon leur évolution dans les 24 heures suivant leur admission au service des urgences du CHU de Brazzaville

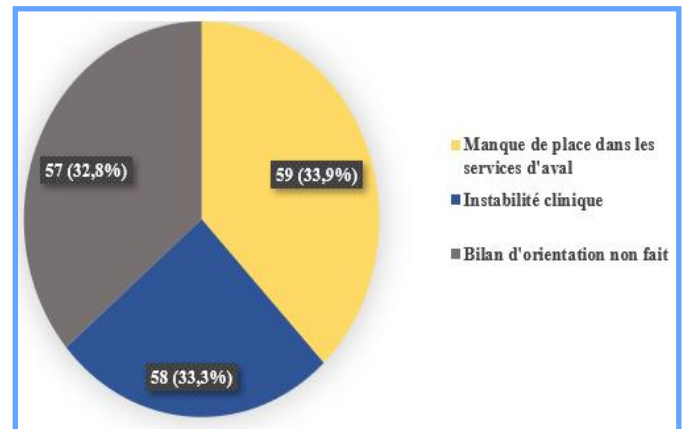


Figure 2 : Répartition des patients référés selon la raison de leur maintien aux urgences du CHU de Brazzaville 24 heures après l'admission

DISCUSSION

Certaines limites doivent être prises en considération pour une meilleure interprétation de nos résultats. En effet, plus de la moitié des patients n'ont pas été inclus dans notre étude du fait des consentements non obtenus et des dossiers égarés, ce qui a considérablement réduit notre population d'étude. Néanmoins, nos résultats peuvent être discutés avec ceux de la littérature. Notre étude portait sur les aspects évolutifs des patients référés aux urgences du CHU de Brazzaville au cours des premières 24 heures suivant leur admission. Au Congo, la référence des patients n'est pas suffisamment réglementée et peu de données sont disponibles sur le sujet [7]. A l'échelle continentale, également peu d'études ont abordé le sujet. Et lorsqu'il est abordé, ces études concernent beaucoup plus les cas de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie [8-10]. La fréquence des patients référés dans notre étude était de 17,1%. Assè *et al.* en Côte d'Ivoire avait retrouvé une fréquence des patients référés de 16,6% [8]. Par contre, Abdoulaye *et al.* au Niger avait quant à eux

retrouvés une fréquence de 25% de patients référés aux urgences. Cette différence s'explique par la population d'étude qui étaient essentiellement pédiatriques [11].

Tableau II : Répartition des patients référés au service des urgences du CHU de Brazzaville selon la tranche d'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession, le niveau socio-économique et le lieu de résidence

Variable	Effectif n=394	Proportion %
Altération de l'état de conscience	78	18,1
Douleur	67	16,0
Trouble respiratoire	66	15,6
Instabilité hémodynamique	56	13,0
Fièvre	49	11,4
Déficit moteur	40	9,3
Trouble du transit	22	5,1
Solution de continuité cutanée	17	3,9
Convulsion	12	2,8
Trouble urinaire	12	2,8
Saignement	09	2,1

Le motif de référence était très souvent confondu à la raison de référence. Dans notre étude, les motifs de référence étaient rapportés dans 55,8 % des cas, mais les raisons précises n'étaient spécifiées que dans les tiers des cas. La prise en charge en milieu spécialisé et le plateau technique insuffisant étaient les deux raisons de référence rapportées dans 51% et 49% de cas respectivement. Bruenderman *et al.* retrouvaient comme raisons : les limites de l'hôpital (36%), l'inconfort du chirurgien (24%), l'absence du chirurgien (20%), la continuité des soins (14%) et la demande du patient (6%) [12]. Ces résultats traduisent les faiblesses des systèmes de santé tant dans un pays développé qu'un pays en développement.

Les principaux signes cliniques décrits en préférentiel étaient l'altération de l'état de conscience (18,1%), la douleur (16,0%), le trouble respiratoire (15,6%), l'instabilité hémodynamique (13,0%) et la fièvre (11,4%). Assè *et al.* décrivaient comme principaux signes, la fièvre (62%), la pâleur (49,5%), la convulsion (18,3%), la déshydratation (16%). Ces différences s'expliqueraient par la non-inclusion de la population adulte par les auteurs dans leur étude [8].

Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance dans 72,4% des cas. Les résultats similaires ont été rapportés par Coulibaly *et al.* avec 63% de patients référés par ambulance [10]. Cependant, Théra *et al.* ainsi que Ndiaye *et al.* rapportaient 50,7% et 58,7%

des cas respectivement [9,13]. Ces résultats traduisent les efforts politiques par la mise à disposition des districts sanitaires des moyens roulants afin de faciliter les transferts entre les établissements de santé.

L'absence d'un agent de santé pendant le transport était constatée dans 28,9% des cas. Coulibaly *et al.* ont trouvé une présence de l'agent de santé dans un peu plus de la moitié des cas (52,1%) [10]. Cependant, Faye *et al.* ainsi que Théra *et al.*, ainsi que Thiam *et al.* ont retrouvé des résultats proportionnellement inverses : 2,3% des cas, 15,46%, et 0% des cas respectivement [9,14,15]. Ces résultats s'expliqueraient par l'absence de la réglementation des transferts, par l'absence de service d'aide médicale urgente (SAMU) et par le fait la plupart de ces transferts se faisait à partir des centres de zones rurales dépourvus d'ambulance et de personnels, alors que dans notre étude et celle de Coulibaly *et al.* [10], ils s'agissaient pour la plupart des références intra urbaines.

Dans les premières 24 heures après leur admission, l'évolution des patients référés étaient marqué par le maintien dans le service des urgences (44,2%). Les raisons du maintien des patients aux urgences dans notre étude étaient dominées par le manque de place dans les services d'accueil d'aval (33,9%) suivi de l'instabilité clinique (33,3%) et l'attente des examens complémentaires (32,8%). Ces résultats s'expliqueraient d'une part par la réalisation des travaux d'aménagement du CHU de Brazzaville pendant la période d'étude réduisant ainsi la capacité litière de l'hôpital et d'autre part par l'absence d'une caisse d'assurance maladie universelle et l'asphyxie financière des patients ayant déjà un bas niveau socio-économique et ayant payé les factures dans les centres de santé référant. Almeimoune *et al.* au Mali quant à eux avaient retrouvés comme motifs de retard de mutation l'instabilité de l'état clinique (26,6%), le retard de bilan (22,9%) et l'attente de lit d'hospitalisation d'aval (20,8%) occasionnant l'engorgement des urgences [4]. Un certain nombre de facteurs d'engorgement des services urgences sont rapportés dans la littérature [1,2,16]. La surcharge des services d'urgence est un facteur prédictif indépendant d'augmentation de la morbidité et de mortalité.

Afin de garantir un accès aux soins d'urgence de qualité face à la demande grandissante. Il est impératif de promouvoir la régulation médicale pour faciliter et sécuriser l'accès aux soins d'urgence, de favoriser la coopération entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, d'optimiser le temps de prise en charge des malades en améliorant l'organisation du parcours du patient dans la structure des urgences tout en améliorant les délais de réalisation des examens complémentaires.

CONCLUSION

Notre étude révèle plusieurs éléments significatifs concernant le profil des patients référés, les motifs de référence et de leur évolution. Avec une fréquence assez importante de cas référés parmi les admissions totales aux urgences, ils se caractérisaient par un jeune âge, une prédominance masculine et une majorité appartenant à un niveau socio-économique. Les principales raisons de référence incluaient l'insuffisance des plateaux techniques et la nécessité d'une prise en

charge spécialisée. Toutefois, l'absence de précision sur les motifs de référence est un aspect préoccupant. Cela met en lumière la nécessité d'une amélioration dans la communication et l'évaluation diagnostique des patients référés. Sur les premières 24 heures après l'admission montrent que dans la moitié des cas les patients restaient en observation dans le service des urgences, souvent en raison de manque de place dans les services d'hospitalisation et l'instabilité clinique. Ces résultats soulignent la nécessité de la mise en place d'une assurance maladie universelle et la nécessité de renforcer les capacités d'accueil dans les services d'hospitalisation afin d'optimiser la prise en charge et de permettre un flux de patients adéquat aux urgences. Cette étude offre ainsi une base pour améliorer les procédures de référence, la prise en charge pré-hospitalière et l'organisation du service des urgences afin de réduire la mortalité et améliorer les soins aux patients.

REFERENCES

- Berraho M, Boly A, Tachfouti N, Elmajjaoui A, Nejari C. Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc. *Pratiques et Organisation des Soins* 2012; 43(2): 197—204.
- Ouattara A. Les difficultés de gestion des services d'urgence en Afrique. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2021; 26(3): 1—2.
- Schmidt J, El Khoury C, Gueugniaud PY. Enquête nationale du 11 juin 2013 sur les structures d'urgences : où en sommes-nous ? *Ann Fr Med Urgence* 2014; 4(6): 387—9.
- Almeimoune A, Diop Madane T, Mangane M *et al.* Gestion du surpeuplement au Service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré, Bamako au Mali. *Pan Afr Med J* 2022; 41: 4.
- Abdoulaye Z, Chaibou M, Alkassoum I, Samaila A, Illa H, Nafissa Dd. Problématique de l'engorgement dans les services d'urgence : Etude des facteurs associés à l'Hôpital National de Niamey. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2021; 26(3): 13—7.
- Okoue Ondo R, Edjo Nkilly G, Matsanga A *et al.* Facteurs de risques de séjour prolongé à l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du SAU de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* 2022; 34(3): 119—28.
- République du Congo. Politique nationale de la santé 2018-2030, Congo, 2018, 1—69.
- Assè KV, Plo KJ, Yao KC, Konate I, Yenan J. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif des malades référés aux urgences pédiatriques du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). *Rev Afr Anesth Med Urg* 2012; 3(17): 81—7.
- Théra T, Traoré ET, Kouma UN *et al.* Problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. *Mali Med* 2015; 3 (XXX): 34—7.
- Coulibaly MB, Traoré A, Camara MA *et al.* Evaluation du système de référence/évacuation obstétricale du centre de santé de référence de Banamba, au Mali. *Journal of African Clinical Cases and Reviews* 2021; 2(5):162—70.
- Abdoulaye Z, Chaibou M, Alkassoum I, Samaila A, Illa H, Nafissa DD. Caractéristiques socio-épidémiologiques et évolutives des patients référés aux urgences pédiatriques de l'Hôpital National de Niamey : Etude rétrospective à propos de 528 cas. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2021; 26(3): 8—12.
- Bruenderman EH, Bloc Stacy B, Kedhy FJ A *et al.* An evaluation of emergency general surgery transfers and a call for standardization of practices. *Surgery* 2020; 169(3): 567—72.
- Ndiaye P, Thiam P, Niang K *et al.* Les évacuations sanitaires obstétricales au centre hospitalier régional de Saint-Louis, Sénégal : aspects épidémiologiques et pronostiques. *Journal de la SAGO* 2020; 2(21): 29—35.
- Faye PM, Dieng YJ, Diagne-Gèye NR *et al.* Problématique des transferts néonataux dans la région de Dakar (Sénégal). *Rev Med Périnat* 2016; 2(8): 94—102.
- Thiam O, Cissé ML, Mbaye M *et al.* La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du centre hospitalier de Ndioum. *Rev CAMES SANTE* 2013; 1 (2): 51—6.
- Durand AC, Gentile S, Devictor B *et al.* ED patients : how non urgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 2011; 29(3): 333—45.