

# Analyse des Procédures Médicales des Références au Service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

## Analysis of Reference Medical Procedures in Emergency Department of Brazzaville University Hospital Center

Tiafumu Arnaud <sup>1,2</sup>, Elombila Marie <sup>1,3,\*</sup>, Pea Elkat <sup>2</sup>, Avedang Caleb <sup>2</sup>, Niengo Gilles <sup>3</sup>, Mpoiy Emy Monkessa Christ <sup>3</sup>, Bingui Diogène <sup>2</sup>, Otiobanda Fabrice Gilbert <sup>1,3</sup>

1. Université Marien NGOUABI, Faculté des Sciences de la Santé

2. Service des Urgences, CHU de Brazzaville

3. Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Brazzaville

**Auteur correspondant :** ELOMBILA Marie, [elombila@gmail.com](mailto:elombila@gmail.com), 00 242 064956650

### Résumé :

**Introduction** Le système de référence au Congo présente de nombreux dysfonctionnements, notamment des références mal organisées et non justifiées. Cette étude réalisée au service des urgences du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHU-B) vise à analyser les procédures médicales des références afin de proposer des améliorations pour optimiser les soins prodigués. **Méthodes.** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et prospective réalisée entre mai et juillet 2023 auprès des patients référés des structures sanitaires de niveaux inférieurs sur la base d'un échantillonnage simple et exclusif. Les données étaient collectées via des formulaires anonymes, analysées avec le logiciel Epi Info. **Résultats.** Sur 5384 admissions, 920 patients étaient référés (17,1 %). L'échantillon d'étude comprenait 394 cas. Sur le plan administratif, 93,4 % des patients avaient une lettre de référence, mais seulement 17,7 % de ces lettres mentionnaient l'adresse téléphonique du centre référent. Le signalement de l'arrivée des patients n'était effectué que pour 1,3 % des cas. Les motifs de référence étaient rapportés dans 55,8 % des cas, mais les raisons précises n'étaient spécifiées que dans 33 %. Les diagnostics pré-référentiels et ceux posés à l'admission concordaient dans 47,5 % des cas. Seulement 64,7 % des patients avaient reçu un traitement avant transfert, mais celui-ci était jugé non adapté chez 67,1 % de cas. La majorité des patients (72,4 %) étaient transportés en ambulance, mais peu étaient accompagnés par un médecin (1,5 %). Le signalement d'événements cliniques pendant le transport était quasi inexistant (0,76 %). **Conclusion.** Cette étude a révélé des dysfonctionnements majeurs dans la communication et la gestion des transferts de patients. Il est crucial de mettre en place un système de référence plus rigoureux permettant d'améliorer la qualité des soins et de mieux gérer les flux de patients référés vers les urgences.

**Mots clés :** référence – urgences – procédures médicales – Brazzaville

### Abstract

**Introduction.** The referral system in Congo presents numerous dysfunctions, notably disorganized and unjustified referrals. The Emergency Department of the University Hospital of Brazzaville, as a tertiary care facility, receives a significant influx of referred patients, often in precarious conditions. This study aimed to analyze the medical referral procedures to propose improvements for optimizing the care provided and reducing morbidity and mortality. **Methods.** This was a prospective descriptive cross-sectional study conducted over a three-month period (May to July 2023) at the Emergency Department of the University Hospital of Brazzaville. The study included patients referred from lower-level healthcare centers based on simple and exclusive sampling. Data were collected using anonymous forms, analyzed using Epi Info software, and subjected to quantitative and qualitative analysis. **Results.** Out of 5384 admissions, 920 patients were referred, representing a frequency of 17.1%. The study sample included 394 cases. The median age of referred patients was 49 years, and the majority resided in urban areas (89.4%). Professionally, 41.9% were engaged in informal activities, and 25.4% were unemployed. Administrative aspects: 93.4% of patients had a referral letter, but only 17.7% of these letters included the phone number of the referring healthcare facility. Notification of patient arrival was made in only 1.3% of cases. Referral reasons: The reasons for referral were documented in 55.8% of cases, but specific reasons were only provided in 33%. Diagnostic concordance: Pre-referral diagnoses and those made upon admission were concordant in 47.5% of cases. Pre-referral management: 64.7% of patients received treatment before transfer, but this treatment was deemed inappropriate in 67.1% of these cases. The majority of patients (72.4%) were transported by ambulance, but few were accompanied by a physician (1.5%). Reporting of clinical events during transport was almost nonexistent (0.76%). **Conclusion.** The analysis of medical referral procedures for patients referred to the Emergency Department of the University Hospital of Brazzaville revealed major dysfunctions in communication and patient transfer management. It is crucial to establish a more rigorous referral system, with standardized referral letters, enhanced training of healthcare personnel, and better coordination between healthcare centers and tertiary hospitals. These measures will improve the quality of care and better manage the flow of patients referred to the emergency department.

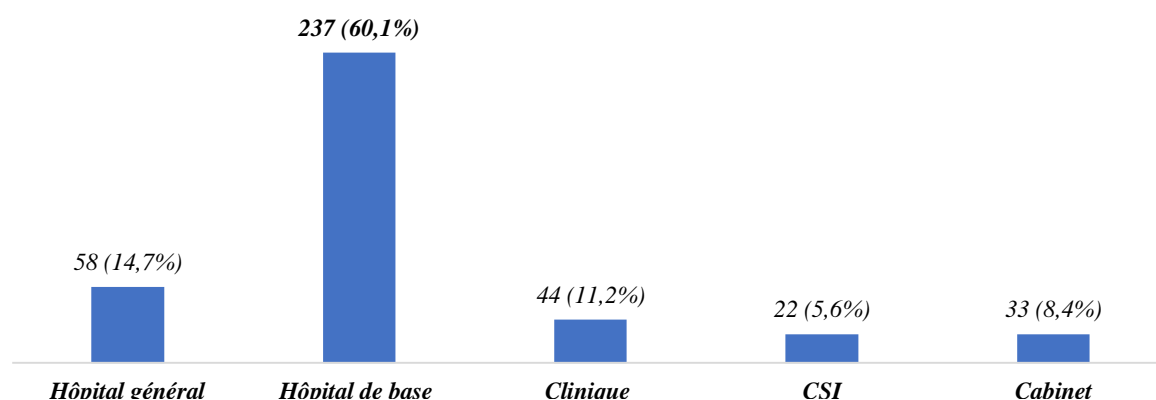
**Key words :** reference - emergencies - medical procedures - Brazzaville

**Introduction** L'analyse situationnelle de la santé en République du Congo relève une mauvaise performance dans la qualité de soins, parmi les problèmes identifiés : la surfréquentation des structures de troisième niveau corrélées à une sous fréquentation des structures de bases. Le système de référence au Congo souffre de dysfonctionnements, avec des références parfois non justifiées ou mal organisées [1]. De plus, la coordination entre les structures référentes et les hôpitaux de niveau supérieur n'est pas toujours optimale, compromettant ainsi l'efficacité des soins. On y assiste à des références hâtives non justifiées et mal exécutées, du niveau inférieur vers le niveau supérieur. Cela impacte particulièrement sur les services d'urgence qui, déjà confrontés à la surpopulation, doivent gérer un afflux important de patients référés, souvent dans des conditions précaires [2]. Le service des urgences du CHU de Brazzaville représente un pivot central dans la gestion des soins de santé à Brazzaville en particulier et au Congo en général. Ce service, en charge de l'accueil et de la prise en charge des patients de gravité variable, reçoit de nombreux patients référés depuis des centres de soins primaires, secondaires et parfois même tertiaire de tout le pays [2]. L'étude des procédures médicales appliquées aux patients référés est cruciale pour évaluer la qualité des soins prodigués et identifier les lacunes du système de référence. Cette analyse permettra de proposer des solutions pour améliorer la continuité des soins, réduire la morbidité et la mortalité, et optimiser les ressources du service des urgences du CHU de Brazzaville. L'objectif principal de cet article était de décrire les procédures médicales des références au service des urgences du CHU-B en 2023, en s'intéressant à l'analyse de la phase pré-référentielle, à la phase de transport et à l'accueil lors des admissions au CHU-B, dans le but d'améliorer la qualité des soins prodigués. **Méthodes** L'étude s'est déroulée au sein du service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B), qui 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. Le service des urgences est un service clé dans la prise en charge des patients en situation critique, avant de les orienter vers les services adéquats pour la poursuite des soins. Ce service comprend plusieurs zones, dont celle des soins médicaux (non chirurgicaux), celle des soins chirurgicaux, et une salle d'accueil des urgences vitales, appelée « salle de déchocage », dédiée aux patients présentant des détresses vitales. Il s'est agi d'une étude descriptive transversale, à recueil des données prospectif, réalisée sur une période de trois mois, entre mai et juillet 2023. La population source de l'étude était constituée des patients admis au service des urgences du

CHU-B, la population cible était constituée par les patients référés du service des urgences du CHU-B. Étaient inclus dans cette étude tous les patients référés depuis un centre de santé inférieur, avec ou sans fiche de référence, 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. L'échantillonnage était simple et exhaustif. Tous les patients répondant aux critères d'inclusion pendant la période de l'étude étaient retenus. La taille N de l'échantillon a été déterminée à l'aide de la formule de Schwartz, en se basant sur une prévalence estimée de 16,18 % de références en 2022, donnant une taille d'échantillon nécessaire de 208 patients. Les données étaient collectées via un formulaire anonyme comportant diverses variables à étudier. Le recueil des données était effectué par l'enquêteur principal, puis analysé avec un médecin urgentiste, après avoir obtenu le consentement éclairé des patients ou leurs ayants droit. L'information était recueillie 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 de l'étude comprenaient les variables sociodémographiques (âge, sexe, le niveau d'instruction, la profession, le niveau socio-économique, le lieu de résidence), les variables liées au personnel de santé référent (qualification professionnelle et lieu d'exercice), ainsi que les variables liées aux procédures médicales au cours des transferts). La procédure de référence d'un patient d'un hôpital à un autre [3] devrait respecter plusieurs étapes clés pour assurer une continuité optimale des soins. Ces étapes dont les suivantes : 1) évaluation médicale : le médecin traitant évalue l'état du patient et détermine si son cas nécessite une prise en charge dans un établissement mieux équipé ou spécialisé. 2) communication entre hôpitaux : le médecin contacte l'hôpital de destination pour vérifier la disponibilité des services requis (spécialités, unités de soins intensifs, équipements spécifiques) et pour fournir un compte-rendu médical du patient. 3) documentation et dossier médical : un dossier médical détaillé, incluant l'historique clinique, les résultats d'examen, les traitements en cours et les raisons de la référence, est préparé et transmis à l'hôpital récepteur. 4) transport médicalisé : Selon l'état du patient, un transport médicalisé (ambulance, hélicoptère) peut être organisé. Une équipe médicale accompagne le patient si nécessaire, pour maintenir les soins pendant le transfert. 5) admission et suivi : à l'arrivée à l'hôpital de destination, le patient est pris en charge par l'équipe médicale qui poursuit les soins en fonction des informations fournies par l'hôpital référent. Une communication continue entre les deux établissements permet de coordonner le suivi. 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). L'étude était menée dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité des données. Nous avons obtenu les autorisations de la Faculté des Sciences de la Santé, du CHU de Brazzaville et du Comité d'Éthique et de la Recherche en Sciences de la Santé (N°088-40/MESRSIT/DGRST/CERSSA/-23). Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt. **Résultats** Durant la période d'étude, nous avons enregistré 5384 cas admis au service des urgences, parmi lesquels nous avons identifié 920 cas référés, soit une fréquence de 17,1 %. Nous avons inclus 394 cas. 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 de 1 mois et 99 ans. La

répartition par tranche d'âge montrait que les patients de 46 à 60 ans représentaient 27,7 % des cas. En termes de répartition par sexe, 52,8 % des patients étaient de sexe masculin, avec un sex-ratio de 1,1. En ce qui concerne le niveau d'instruction, 53,8 % des patients avaient un niveau secondaire, 28,5 % un niveau primaire, tandis que 14,7 % étaient universitaires. 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. Concernant les aspects administratifs, les patients étaient référés des hôpitaux généraux, des hôpitaux de références, des Centres de Santé Intégrés (CSI) et des structures privées. **La Figure 1** montre la répartition des patients référés selon le type d'établissement de santé référant. L'agent de santé référant était un médecin dans 88,8 % de cas.



**Figure 1.** Répartition des patients référés selon le type d'établissement de santé référant.

La répartition des patients selon la qualification de l'agent de santé référant est montrée dans le **Tableau I**.

**Tableau I.** Répartition des patients selon la qualification de l'agent de santé référant

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Médecin	350	88,8
Infirmier	34	8,6
Assistant sanitaire	9	2,3
Sage-femme	1	0,3
Total	394	100

Cependant, le signalement de l'arrivée des patients n'était effectué que pour 6 patients (1,3 %). De plus, 93,4 % des patients étaient munis d'une lettre de référence, mais seulement 17,7 % de ces lettres mentionnaient l'adresse téléphonique du centre de santé référant. A leur arrivée au service des urgences

du CHU de Brazzaville, les patients étaient reçus et examinés par les médecins (49,7 %) et les étudiants internes (50,3 %). La répartition des patients selon la qualification de l'agent de santé ayant reçu les patients à leur arrivée au niveau du service des urgences est consignée dans le **Tableau II**.

**Tableau II.** Répartition des patients référés selon la qualification de l'agent de santé à l'admission.

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Médecin généraliste	188	47,7
Médecin spécialiste	2	0,5
Médecin DES*	6	1,5
Étudiant interne	198	50,3
Total	394	100

\*Médecin en DES : médecin en formation pour le Diplôme d'Étude Spécialisée (DES)

Les motifs de référence étaient rapportés dans 55,8 % des cas, mais les raisons précises n'étaient spécifiées que dans 33 % des cas. Les raisons incluaient la nécessité d'une prise en charge spécialisée (17 %) ou un plateau technique insuffisant (16 %). Les

principaux signes cliniques pré-référentiels étaient : l'altération de l'état de conscience, la douleur, le trouble respiratoire et l'instabilité hémodynamique. La répartition des patients selon les signes cliniques pré-référentiels décrits est consignée dans le **Tableau III**

**Tableau III.** Répartition des patients selon les signes cliniques pré-référentiels

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

Les diagnostics pré-référentiels étaient dominés par les affections neurologique et traumatique. **Le Tableau**

**IV** montre la répartition des patients selon les principaux diagnostics pré-référentiels.

**Tableau IV.** Répartition des patients selon les diagnostics pré-référentiels

	<i>Effectif (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Neurologique</i>	52	16,7
<i>Traumatique</i>	51	16,5
<i>Digestive et anxieuse</i>	48	15,5
<i>Pleuropulmonaire</i>	43	13,9
<i>Cardiovasculaire</i>	22	7,1
<i>Sepsis/Etat de choc</i>	21	6,8
<i>Métabolique/ Endocrinienne</i>	20	6,4
<i>Dermatologique</i>	18	5,8
<i>Signe clinique/Syndrome*</i>	17	5,5
<i>Tumorale</i>	9	2,9
<i>Néphrologique</i>	5	1,6
<i>Psychiatrique</i>	4	1,3
<i>Hématologique</i>	2	0,6
<i>Systémique</i>	1	0,3

\*Signe clinique/syndrome : coma, détresse respiratoire, anémie.

À l'admission au CHU de Brazzaville, les diagnostics principaux retrouvés étaient aussi dominés par les affections neurologiques et traumatiques, mais pas

dans les mêmes proportions qu'en pré-référentiel. La répartition des patients selon les diagnostics à l'admission est consignée dans le **Tableau V**.

**Tableau V.** Répartition des patients selon le diagnostic principal à l'admission au CHU-B

	<i>Effectif (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Neurologique</i>	86	21,8
<i>Traumatique</i>	57	14,5
<i>Digestive et anxieuse</i>	54	13,7
<i>Pleuropulmonaire</i>	42	10,6
<i>Sepsis/ Etat de choc</i>	36	9,1
<i>Métabolique/ endocrinienne</i>	26	6,6
<i>Décès</i>	21	5,3
<i>Tumorale</i>	18	4,6
<i>Dermatologique</i>	16	4,1
<i>Cardiovasculaire</i>	15	3,8
<i>Uro-néphrologique</i>	11	2,8
<i>Malformative</i>	3	1,0
<i>Psychiatrique</i>	2	0,5
<i>Hématologique</i>	2	0,5
<i>Systémique</i>	1	0,2
<i>Gynécologique</i>	1	0,2
<i>Examen clinique normal</i>	1	0,2

Concernant la concordance des diagnostics, les diagnostics pré-référentiels et ceux posés à l'admission aux urgences étaient concordants dans 47,5 % des cas, non concordants dans 33,2 %, tandis que dans 19,3 % des cas les diagnostics n'étaient pas rapportés avant la référence. En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique pré-référentielle, 64,7 % des patients référés avaient reçu un traitement avant leur transfert. Toutefois, le traitement était jugé non adapté dans 67,1 % des cas ayant reçus un traitement pré-référentiel. Les patients étaient transportés en ambulance (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 et d'un infirmier dans 69,6 % des cas. Ils n'étaient pas accompagnés par un agent de santé dans 28,9% de cas. Une voie veineuse périphérique (VVP) avait été posée chez 75,6 % des patients. Le signalement d'un événement clinique pendant le transport était quasiment inexistant, il était rapporté que chez 3 patients soit 0,76% des cas. **Discussion** Le signalement du transfert ne représentait que 1,3% des cas. Ces résultats se superposent à ceux de **Ndiaye** et *al* au Sénégal où le signalement de la référence n'était effectif que dans 1% des cas [4]. Par ailleurs aux États Unis, **Bruenderman** rapporte une communication entre les hôpitaux dans une proportion de 22% [5]. Cette faible fréquence de signalement met en évidence l'inexistence d'un système de régulation médicale et d'un réseau de communication entre les hôpitaux des pays africains en développement. De ce fait l'accueil d'un malade urgent ne peut-être anticipé faute de communication. La lettre de référence était présente dans 93,4% cas. Ces résultats se rapprochent de ceux de **Faye** et *al* au Sénégal qui rapportent que dans 83,9% cas, un document de référence était joint [6]. Ces résultats traduisent la reconnaissance par le personnel soignant de l'importance de ce document dans la continuité des soins. L'agent de santé ayant décidé de la référence était majoritairement un médecin dans 88,8% des cas. Ces résultats se rapprochent de ceux de **Ndiaye** et *al* ainsi que ceux de **Assè** et *al* : 99,5% cas et 61% cas respectivement [4,7]. Cependant au Mali, **Coulibaly** et *al* retrouvaient majoritairement comme agent de santé référant, un infirmier dans 52,8% cas [8]. Ces différences s'expliqueraient par la répartition inégale du personnel médical dans chaque pays. Les principaux signes cliniques décrits en pré-référence étaient, par ordre de fréquence : l'altération de l'état de conscience dans 18,1% des cas, la douleur dans 16% des cas, le trouble respiratoire dans 15,6% des cas, l'instabilité hémodynamique dans 13% cas et la fièvre dans 11,4% des cas. Les autres signes comme : le déficit moteur, le trouble du transit, la solution de continuité cutanée, la convulsion, le trouble urinaire et le saignement étaient moins représentés. **Assè** et *al* décrivaient comme principaux signes, la fièvre (62%), la pâleur (49,5%), la

convulsion (18,3%), la déshydratation (16%), le coma (11,1 %) et le syndrome de condensation (6,2%) [7]. Ces différences s'expliquent par la non-inclusion de la population adulte par **Assè**. Le diagnostic pré-référentiel principal était majoritairement fait des affections neurologiques (16,7%), traumatiques (16,5%), affections digestives et anxieuses (15,5%). Les affections cardiovasculaires représentaient 7,1% des cas. Ces résultats se joignent à ceux de **Otiobanda** et *al*. qui retrouvaient 48,8% des patients traumatisés admis en réanimation polyvalente du CHU-B, qui étaient transférés du service des urgences médico-chirurgicales du CHU-B [9], et de Gombet et *al* qui retrouvait l'AVC comme la première urgence cardiovasculaire au service des urgences [10]. L'AVC étant une affection partagée entre la neurologie et la cardiologie. Ceux-ci traduisent non seulement la fréquence élevée des affections traumatiques et neurologiques, mais aussi leur gravité. Les diagnostics principaux à l'admission au service des urgences du CHU-B étaient représentés par les affections neurologiques (21,8%), traumatique (14,5%), les affections digestives (13,7%). Aux Etats Unis, seules les affections du tube digestif et de ses annexes constituaient les diagnostics d'admission d'après **Bruenderman** et *al* [5]. Cette différence s'expliquerait par l'inclusion exclusive des affections chirurgicales par **Bruenderman**. Aussi, le manque d'uniformité de lettre de référence, la négligence de l'agent de santé référant expliqueraient des différences de reporting des données d'un agent à un autre au sein d'une même structure sanitaire, d'une structure à une autre au sein d'un même district sanitaire. Près de 65% des patients avaient bénéficié d'un traitement pré-référentiel contre 110 (27,9%). Dans 7,4% cas seulement, la prise en charge n'avait pas été rapporté. Aussi, dans les cas où une prise charge était effective, celle-ci n'était adaptée au diagnostic pré-référentiel que dans 32,9% cas. Ces résultats se rapprochent de **Faye** et *al* qui retrouvaient 37,7% de nouveaux nés qui étaient transférés sans avoir reçu un seul soin au préalable [6]. **Ndiaye** et *al* retrouvaient également des résultats similaires avec une fréquence de 53,2% des gestantes ayant reçu une prise en charge médicale avant l'évacuation sanitaire [4]. Le motif de référence était très souvent confondu à la raison de référence. Le motif de référence était rapporté dans 55,8% cas. La prise en milieu spécialisé et le plateau technique insuffisant étaient les deux raisons de référence rapportées dans 17% et 16% 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%) [5]. Ces résultats traduisent les faiblesses des systèmes de santé tant dans un pays développé qu'un pays en développement.



Les ressources humaines mais aussi en infrastructure de pointe demeure une préoccupation pour tout système de santé. Les patients référés avaient une voie veineuse périphérique dans 75,6% des cas au moment de leur transport. Ces résultats rejoignent ceux de **Théra et al** qui retrouvaient la présence d'un abord veineux dans 86,7% cas [10]. **Ndiaye et al** retrouvaient quant à eux une proportion inférieure de 53,6% [4]. Ces différences s'expliqueraient par une différence méthodologique caractérisée pour **Ndiaye** par une étude rétrospective sur une durée d'un an. Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance dans 72,4% des cas. Les résultats similaires ont été rapporté par **Coulibaly et al** avec 63% cas [12]. Cependant, **Théra et al** ainsi que **Ndiaye et al** rapportaient 50,7% et 58,7% des cas respectivement [11, 4]. 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, l'agent de santé accompagnait le patient dans 71% des cas. Cet agent de santé était un médecin que dans 1,5 % de cas. **Coulibaly et al** ont trouvé des résultats similaires avec une présence de l'agent de santé dans un peu plus de la moitié des cas (52,11 %) [12]. Cependant, **Faye et al**, ainsi que **Théra et al**, ainsi que O. Thiam et al ont retrouvé des résultats proportionnellement inverses : 2,3% des cas, 15,46%, et 0 % des cas respectivement [6, 11, 13]. Ces résultats négatives s'expliqueraient par la quasi-inexistence du SAMU (sauf à Dakar), de l'absence de la réglementation des transferts 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** ils s'agissaient pour la plupart des références intra urbaines. Le signalement d'un événement clinique pendant le transport était quasiment inexistant et ne représentait que 0,76% des cas. Ces résultats se rapprochent de ceux de **Widimsky et al** qui rapportaient la survenue de complications dans 1,2% des cas [13]. Cependant une différence significative rapporté par **Paul et al** qui décrivaient la survenue dans 25% cas d'une complication [14]. Celle-ci s'expliquerait par l'inclusion par **Paul** de tous les patients transférés par la SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation). Pendant le transport des patients, 1,3% avait reçu un traitement. Cette faible fréquence traduit le fait que les ambulances ne sont pas médicalisées et de ce fait se limite à un rôle de transport uniquement.

**Conclusion** La présente étude sur les procédures médicales des références des patients au service des urgences du CHU de Brazzaville révèle plusieurs insuffisances dans le processus de transfert des

patients. Avec une fréquence de 17,1 % de patients référés parmi ceux admis, les résultats mettent en lumière des faiblesses tant sur le plan administratif que médical. D'une part, les patients sont majoritairement référés avec une lettre, mais celle-ci est souvent incomplète, en particulier l'absence d'informations clés comme l'adresse téléphonique du centre de santé référent. De plus, les motifs de référence étaient rapportés dans plus de la moitié des cas, mais mal spécifiés, limitant la pertinence de l'orientation des soins au service des urgences. D'autre part, la gestion thérapeutique pré-référentielle montre des faiblesses avec une adaptation insuffisante. Cela impacte directement la concordance des diagnostics pré-référentiels et ceux établis à l'admission, où moins de la moitié sont concordants. Ce manque d'adéquation entre les soins pré-référentiels et l'évaluation à l'admission indique la nécessité d'une meilleure formation et communication entre les établissements référents et le CHU de Brazzaville. Enfin, la sécurité des transports des patients vers le CHU de Brazzaville reste préoccupante. Le manque de signalement des événements cliniques durant le transport, et la faible présence d'un agent de santé accompagnant soulignent des risques potentiels pour les patients. L'amélioration des processus de référence passe par une normalisation des lettres de transfert, une formation continue des professionnels de santé sur les critères de référence, et une sécurisation accrue du transport des patients, notamment en intégrant des protocoles de surveillance clinique pendant le transfert. Ces mesures sont essentielles pour optimiser la prise en charge des patients au service des urgences et réduire les disparités observées dans les soins.

## Références

1. **République du Congo.** Rapport de la revue du secteur de la Santé . Brazzaville : Ministère de la Santé et de Population ; août 2018. P. 1-70. Disponible sur internet : URL: <https://sante.gouv.cg/wp-content/uploads/2021/09/RAPPORT-DE-LA-REVUE-DU-SECTEUR-DE-LA-SANTE.pdf>
2. **République du Congo.** Politique nationale de la santé 2018-2030. Brazzaville : Ministère de la Santé et de Population ; 2018. P. 1-69. Disponible sur internet : URL: <https://sante.gouv.cg/wp-content/uploads/2021/09/POLITIQUE-NATIONALE-DE-SANTE-2018-2030-PNS-2018-2030.pdf>

3. **Gandhi, Tejal.** "Improve the Referral Process, Improve Safety." Institute for Healthcare Improvement, 19 décembre 2017. Disponible sur : [www.ihi.org](http://www.ihi.org) (Institute for Healthcare Improvement)
4. **Ndiaye P, Thiam P, Niang K, Sylla B, Gueye M, Gassama O 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
5. **Bruenderman EH, Bloc Stacy B, Kedhy FJ, Bennis MV, Miller KR, Motameni A et al.** An evaluation of emergency general surgery transfers and a call for standardization of practices. *Elservier* 2020;169(2021):567-72
6. **Faye PM, Dieng YJ, Diagne-Gèye NR, Guèye M, Bâ A, Seck MA et al.** Problématique des transferts néonataux dans la région de Dakar (Sénégal). *Rev. Med. Périnat* 2016;2(8):94-102
7. **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). *RAMUR* 2012;3(17):81-7
8. **Coulibaly MB, Traoré A, Camara MA, Kane B, Sima M, Touré B, Sangaré A, Théra T, Tégueté I, Traoré Y.** 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.
9. **Otiobanda GF, Monkessa CMME, Elombila M, Mbaki HBE, Outsala GN, Nde Ngala MA.** Aspects épidémiologique, clinique et évolutif des traumatisés graves admis en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, République du Congo. *Médecine intense reanimation* 2020 ;29(3):173-82
10. **Gombet TH, Ellenga-Mbolla BF, Ikama MS, Okiemy G, Etitielle F.** Urgences cardiovasculaires au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Médecine d'Afrique noire* 2007;54(10):506-11
11. **Théra T, Traoré ET, Kouma UN, Diallo B, Traoré ZO, Traoré M et al.** Problématique du système de rééférence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. *Mali Medical* 2015;3(XXX):34-7.
12. **Coulibaly MB, Traoré A, Camara MA, Kane B, Sima M, Touré B, Sangaré A, Théra T, Tégueté I, Traoré Y.** 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.
13. **Widlmskyt P, Budesinsky T, Vorac D, Groch L, Zelizko M, Aschermann M et al.** Long distance transport for primary angioplasty vs immediate thrombolysis in acute myocardial infarction. *European Heart Journal* 2003;24:94-104
14. **Paul E, Konan B, Guitteny S, Chatoui A, Joye F, Hulard G.** Syndrome coronaire aigu : analyse des complications lors des transferts interhospitaliers depuis un centre hospitalier général vers les plateaux de cardiologie interventionnelle. *Presse Med* 2008;10(37):1366-70