

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2022 - 2023

Thèse N°...../

TITRE

**SORTIES CONTRE ET SANS AVIS MEDICAL DES PATIENTS
HOSPITALISES AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET
TROPICALES DU CHU DU POINT G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 08 / 11 / 2023 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

Mme NGUEKING DJUKEM Alida

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

JURY

Président : Mr Soukalo DAO, Professeur

Directeur : Mr Issa KONATE, Maitre de conférences

Co-directeur : Mr Dramane SOGOBA, Médecin

Membres : Mr Moctar TOUNKARA, Maitre-Assistant

Mr Bréhima Adama DIALLO, Médecin



DEDICACES

Je dédie ce travail à ma Maman

Maman, ça y es , ont l'as fait, j'aurai tellement aimé que tu sois là pour voir notre rêve se réaliser, ce travail es le tien maman, les mots ne suffiront jamais assez pour exprimer ma gratitude pour toutes les années de sacrifices dont tu as fait preuve pour que je puisse en arriver là, même si tu n'es plus de ce monde maman, sache que les conseils que tu me prodiguais perdurent et perdureront à jamais ; je te promet de toujours faire de mon mieux dans tout ce que j'entreprends comme tu me l'a appris , d'être la meilleure version du médecin que tu as toujours su voir en moi ; merci maman pour la vie, pour l'amour inconditionnel, pour toutes ces années de sacrifices pour mon éducation , j'espère toujours faire de mon mieux pour te rendre fière de moi de là-haut ; tu me manques tellement.

Je t'aime Mummy.

REMERCIEMENTS

❖ **À Dieu**

Merci d'être là, d'avoir guidée ce travail jusqu'à son aboutissement, et pour toutes tes nombreuses grâces au quotidien.

❖ **À mon père NGUEKING PIERRE**

Merci pour le support et la présence, que l'éternel continue de veiller sur toi, qu'il te protège et t'accorde une longue vie.

❖ **À ma grande sœur NGUEKING CARINE**

Merci grande sœur pour la motivation au quotidien, pour la présence et l'attention ; d'être toujours là pour t'assurer que je vais bien.

❖ **À ma sœur NGUEKING CHIMENE**

On peut motiver sa sœur dans ses études comme ça ? merci grande sœur d'être toujours là pour t'assurer que je vais bien, pour la motivation au quotidien.

❖ **À ma sœur NGUEKING VANESSA**

Van merci d'être la personne la plus aimante et attentionnée qui soit, d'avoir su rester la personne que tu es malgré toutes les épreuves traversés ses dernières années, que le seigneur te protège et veille sur toi.

❖ **À ma sœur NGUEKING DAMARIS**

Sœurette merci à toi pour l'encouragement et le support, que le seigneur continu de veiller sur toi.

❖ **À mon frère NGUEKING CEDRICK**

Frérot merci pour la motivation, et les nombreux messages pour t'assurer que je vais bien et que je ne manque de rien ; que le seigneur prenne soins de toi.

❖ **À mon Tonton MBONING XAVIER**

Tonton merci infiniment d'avoir toujours été là depuis toutes ses années, pour le support, et de t'assurer que la famille reste toujours unie, pour la motivation dans mes études ; que le seigneur continu de prendre soin de toi et qu'il t'accorde une longue vie.

❖ **Au Docteur Prudence OMAM**

Tu as été ma meilleure rencontre à Bamako, sans me connaître tu m'as accueillie chez toi dès mon arrivée au Mali, par la suite tu as toujours été là pour moi dans les bons comme les mauvais moments, pour cela je tiens à te dire sincèrement merci pour tout et d'être la merveilleuse personne que tu es.

❖ **A Vicky Léandros**

Merci d'être la personne que tu es et pour le chemin parcouru, je nous souhaite le meilleur dans nos carrières professionnelles.

❖ **Un merci particulier à Dieudonné Lepafo et Lucien Kabo**

Merci pour tout et pour le chemin parcouru

❖ **Au Mali**

Merci terre d'accueil et d'adoption, tu resteras à jamais ma deuxième patrie.

❖ **A la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**

Merci pour tout l'enseignement apporté.

❖ **À mes compatriotes de la 13^e promotion du numéris clausus**

Merci pour le chemin parcouru ensemble.

❖ **À mes collègues thésards du SMIT :**

TRAORE Aichata ; COULIBALY Sory ; DIOMBERA Hawa ; KEGNE Vicky ; COULIBALY Lassine ; KONE Madou ; Allarasse Lucien ; Abdelhamit Abdoulaye ; NOUHOEFLIN Julien ; DAO Aichetou ; MASSADO Tatiana ; DIAKITE Abdoulaye ; AMEGATSE Ruth ; DIABATE Yacouba : merci pour tous les moments passés ensemble, tellement de souvenirs à conserver ; je vous souhaite le meilleur pour vos carrières professionnelles.

❖ **À mes aînés docteurs du SMIT :**

OUEDRAOGO Dramane, Ibrahim A. BOUH, AKAKPO Essénam, Abdoulaye KEITA, Farimadiané COULIBALY, Ouou Ouou LOUA, Guélilou ZEMANE, Merveille ZITU, Moussa SIDIBE, Christine KEITA, Hawa TRAORE, Boubacar Z. KONE, Boubacar BARRY, Oumou SANOGO : merci pour l'encadrement et les conseils.

❖ **À mes cadets du SMIT :**

Nicolas, Trésor, salif, Badra : je vous souhaite le meilleur ; je sais que la relève est assurée.

❖ **A tout le personnel du service des maladies infectieuses**

Merci pour l'accueil et l'accompagnement durant ma formation dans le service.



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU
JURY**

❖ **À notre maître et Président du jury :**

Professeur Sounkalo DAO

- Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Responsable de l'enseignement des Maladies Infectieuses à la FMOS ;
- Investigateur principal au Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC)
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le VIH
- Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) des Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Coordinateur du D.U de VIH/Sida et co-infections à la FMOS ;
- Président de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT) ;
- Membre de la Société Africaine des pathologies Infectieuses (SAPI) ;
- Membre du Collège Ouest Africain des Médecins ;
- Membre de la Société des Pathologies Infectieuses de Langue Française (SPILF) ;
- Directeur de publication de la Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie.
- Chef de service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G.

Honorable maître,

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations. Qu'il nous soit permis de vous remercier pour l'enseignement de qualité que vous nous avez transmis. Veuillez trouver ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

❖ **À notre Maître et juge :**

Docteur Moctar TOUNKARA

- Docteur en médecine
- Spécialiste en épidémiologie
- Maître-assistant au département d'enseignement et recherche en santé publique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de ce jury. Votre courtoisie, votre humilité, et votre sens du travail bien fait font de vous une référence. Vous avez fait montre d'une grande disponibilité pour parfaire ce document. Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

❖ **À notre Maître et juge :**

Docteur Bréhima Adama DIALLO

- Spécialiste en santé publique internationale, orientation santé et développement
- Spécialiste en management et gestion de ressource humaine
- Ancien médecin chef du centre de santé de référence de la commune II
- Ancien chef de division santé publique à l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux
- Directeur général adjoint du CHU du Point G depuis 2018

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury et ce malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines, votre simplicité et votre modestie forcent notre admiration. Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

À notre maître et Co-directeur :

Docteur Dramane SOGOBA

- Médecin infectiologue
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Chargé de recherche
- Investigateur clinique à l'UCRC

Cher maître,

Nous vous remercions sincèrement pour l'encadrement dans ce travail. Nous vous sommes reconnaissants pour les conseils, l'implication et le temps accordé pour la réalisation de ce travail. Pour votre gentillesse, votre pédagogie et votre enseignement, nous vous exprimons notre plus profond respect et notre reconnaissance la plus sincère.

À notre maître et Directeur de thèse :

Professeur Issa KONATE

- Médecin spécialiste de Maladies infectieuses et Tropicales ;
- Maître de Conférences des Maladies infectieuses et Tropicales à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ;
- Diplômé interuniversitaire d'antibiologie et d'antibiothérapie en Afrique subsaharienne ;
- Praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- Secrétaire administratif de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses (SOMAPIT) ;
- Membre de la Société Africaine de Pathologies Infectieuses (SAPI) ;
- Membre de la cellule Assurance Qualité de l'Université des Sciences Techniques et Technologiques de Bamako (USTTB) ;
- Investigateur clinique à l'UCRC ;
- Membre du groupe de Coordination Multisectorielle de lutte contre les résistances aux antimicrobiens.

Cher maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de diriger ce travail. L'opportunité nous est ainsi donnée pour vous faire part de l'estime et de l'admiration que nous portons à votre égard. Auprès de vous, nous avons appris la rigueur, le sens du travail bien fait et la droiture. Vos qualités d'homme de science éclairé, de praticien infatigable, de pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous. Que le Tout Puissant vous accorde longévité et prospérité.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AEG	:	Altération de l'état général
AVC	:	Accident vasculaire cérébral
AVP	:	Accident de la voie publique
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
FMOS	:	Faculté de médecine et d'odontostomatologie
PvVIH	:	Personnes vivant avec le VIH
SMIT	:	Service des maladies infectieuses et tropicales
SCAM	:	Sortie contre avis médical
SSAM	:	Sortie sans avis médical
SIDA	:	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TID	:	Terrain d'immunodépression
UTTB	:	Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine



**LISTE DES
FIGURES**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux des sorties des patients hospitalisés	23
Figure 2 : Répartition des patients selon l'unité d'hospitalisation	23
Figure 3 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	24
Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe	24
Figure 5 : Répartition des patients selon la résidence	25
Figure 6 : Répartition des patients selon le type de services ou centres de santé fréquentés avant l'admission au SMIT	28
Figure 7 : Répartition des patients selon le nombre de jours effectués dans les autres services ou centres de santé avant l'hospitalisation au SMIT	29
Figure 8 : Répartition des patients selon le nombre des examens complémentaires réalisés....	30
Figure 9 : Répartition des patients selon la nature des examens complémentaires réalisés.....	31
Figure 10 : Répartition des patients selon les examens biologiques réalisés au cours de l'hospitalisation.	31
Figure 11 : Répartition des patients selon les examens d'imagerie médicale réalisés au cours de l'hospitalisation.	32
Figure 12 : Répartition des patients selon le motif de sortie.....	34
Figure 13 : Répartition des patients selon le degré de satisfaction du patient et/ou des accompagnants sur le service reçu au cours de l'hospitalisation sur une échelle de satisfaction de 1 à 10, 55,8% des patients avaient un degré de satisfaction de 8/10. Le degré de satisfaction moyen était de 7,10/10.	36
Figure 14 : Répartition des patients selon la qualité des relations du patient et/ou des accompagnants avec le personnel soignant au cours de l'hospitalisation	36
Figure 15 : Répartition des patients selon le nombre de jours d'hospitalisation	37



**LISTE DES
TABLEAUX**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Diagramme de Gantt	21
Tableau II: Répartition des patients selon la profession, le niveau d’instruction, le statut matrimonial et la nationalité.....	26
Tableau III : Répartition des patients selon l’ethnie	27
Tableau IV: Répartition des patients selon le nombre de service ou centre de santé effectués avant l’admission au SMIT	28
Tableau V : Répartition des patients selon le motif d’admission	30
Tableau VI: Répartition des patients selon le montant dépensé dans les examens paracliniques.....	32
Tableau VII : Répartition des patients selon le nombre de pathologies diagnostiquées	33
Tableau VIII : Répartition des patients selon le type de pathologies diagnostiquées	33
Tableau IX: Répartition des patients selon le montant dépensé dans les traitements médicaux	34
Tableau X : Répartition des patients selon l’initiateur de la sortie	35
Tableau XI : Répartition des patients selon l’estimation du cout total de la prise en charge pendant l’hospitalisation d’après les patients ou les accompagnants.....	35
Tableau XII : Répartition des patients selon le score de Glasgow au moment de la sortie....	38
Tableau XIII : Répartition des patients selon l’état des fonctions vitales au moment de la sortie	38
Tableau XIV : Répartition des patients selon l’indice de Karnofsky au moment de la sortie	39
Tableau XV : Répartition des patients selon la réadmission	39
Tableau XVI : Répartition des patients selon le motif de réadmission	39
Tableau XVII : Répartition des patients selon le diagnostic de réadmission	40
Tableau XVIII : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques et la sortie	41
Tableau XIX : Répartition des patients selon l’initiateur de la sortie, la durée d’hospitalisation, le séjour antérieur et la sortie.....	42
Tableau XX: Répartition des patients selon la profession et le motif de sortie	43

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	2
I.1 Question de recherche	3
I.2 Hypothèses de recherche	3
I.3 Objectifs.....	4
II. GENERALITES.....	6
II.1 Définition des concepts	6
II.2 Typologie des sorties sans autorisation médicale.....	6
II.2.1 Sortie avec décharge du patient.....	6
II.2.2 Sortie avec décharge d'un tiers	6
II.2.3 Sortie sans décharge (évasion)	7
II.3 Le droit du patient à l'information	7
II.4 Communication et réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné	7
II.4.1 Le langage verbal	8
II.4.2 Le langage non verbal	8
II.5 Consentement libre et éclairé	9
II.6 Gestion du patient difficile [26].....	11
II.6.1 Le patient qui n'écoute pas	11
II.6.2 Le patient qui ne comprend pas.....	11
II.7 Les sorties contre et sans avis médical	12
II.7.1 Sortie contre avis médical ou décharge.....	12
II.7.2 Sortie sans avis médical ou évasion	12
II.8 Le refus de soins	12
II.8.1 Conduite à tenir en cas de refus de soins.....	13
II.8.2 Matérialisation des preuves de l'information en cas de refus	13
II.9 Conséquences des sorties contre et sans avis médical.....	15
III. METHODOLOGIE	17
III.1 Le Cadre et le lieu d'étude	17

III.2	Le type et la période d'étude.....	18
III.3	La population d'étude	18
III.3.1	Les critères d'inclusion	18
III.3.2	Les critères de non inclusion.....	18
III.3.3	L'échantillonnage.....	19
III.3.4	La collecte, la saisie et l'analyse des données.....	19
III.3.5	Définitions opérationnelles	20
III.3.6	Les considérations éthiques.....	21
III.3.7	Le diagramme de GANTT	21
IV.	RESULTATS.....	23
IV.1	Résultats globaux	23
IV.2	Résultats descriptifs	23
IV.2.1	Unité d'hospitalisation	23
IV.2.2	Caractéristiques socio-démographiques	24
IV.2.3	Services ou centres de santé avant admission au SMIT.....	28
IV.2.4	Au SMIT	30
IV.2.5	Motif de Sortie	34
IV.2.6	Initiateur de la sortie.....	35
IV.2.7	Estimation du coût total de la prise en charge du patient.....	35
IV.2.8	Degré de satisfaction du patient et/ou des accompagnants sur le service reçu ..	36
IV.2.9	Qualité des relations avec le personnel soignant.....	36
IV.2.10	Nombre de jours d'hospitalisation.....	37
IV.2.11	État clinique du patient à la Sortie.....	37
IV.2.12	Réadmission.....	39
IV.3	Résultats analytiques.....	41
IV.3.1	Caractéristiques sociodémographiques et sortie	41
IV.3.2	Initiateur de la sortie, durée d'hospitalisation, séjour antérieur et sortie	42

IV.3.3	Profession et motif de sortie	43
V.	LA DISCUSSION.....	44
V.1	Les limites de l'étude.....	44
V.2	La fréquence	44
V.3	Les caractéristiques socio-démographiques	45
V.3.1	L'âge.....	45
V.3.2	Le sexe.....	45
V.3.3	La profession	45
V.3.4	Le niveau d'instruction.....	46
V.3.5	L'ethnie et la nationalité.....	46
V.4	Le motif d'admission.....	46
V.5	Le diagnostic.....	47
V.6	La durée d'hospitalisation et le séjour antérieur.....	47
V.7	Le motif de Sortie	47
V.8	L'initiateur de la Sortie.....	48
V.9	La réadmission.....	48
	CONCLUSION.....	51
	RECOMMANDATIONS.....	52
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
	ANNEXES.....	XXIII



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La sortie contre avis médical (SCAM) ou « Décharge » est un concept utilisé en médecine pour indiquer que le patient, malgré une information claire, loyale et intelligible, doté d'une autonomie s'engage à interrompre les soins qui lui sont proposés et à quitter l'hôpital ; alors que la sortie sans avis médical (SSAM) ou « Évasion » est une sortie de l'hôpital à l'insu du personnel de santé. Le patient décide d'interrompre les soins en quittant l'hôpital sans aviser le personnel médical [1,2].

En Afrique de manière générale, les SCAM et SSAM sont des situations couramment rencontrées en pratique hospitalière et leur fréquence varie en fonction des pays, des hôpitaux et en fonction des services d'hospitalisation au sein d'un même hôpital. En effet, les SCAM et SSAM représentaient 3,14% des admissions dans le service de pédiatrie médicale du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique-Charles De Gaulle [2], 7,7% dans le service de pédiatrie au CHU de Brazzaville au Congo [3], 8,6% aux urgences traumatologiques de l'hôpital général de référence de Niamey [4] et 25,85% au Centre Hospitalier Universitaire Départemental (Chud) Du Borgou-Alibori au Bénin [5].

Pour le médecin, la SCAM et la SSAM à titre d'exemple, l'empêche de procurer au patient des soins nécessaires, par conséquent, il ne sera pas dans les conditions optimales pour assurer des soins de qualité. Ainsi le devoir de collaboration du patient est affecté. Dans le cas des enfants, c'est le parent légal qui prend la décision. Les recherches démontrent que de tels patients courent un risque accru d'obtenir des résultats défavorables pour leur santé pouvant aller des complications médicales à la mort [6-8]. À noter qu'au-delà des conséquences médicales, elle peut aussi juridiquement constituer deux types de violations. Il s'agit d'une violation des droits du soignant et une violation des règles de l'établissement de santé [7].

Au Canada, selon une étude réalisée sur des patients atteints de VIH/Sida à l'hôpital St. Paul de Vancouver, 13% avaient quittés l'hôpital contre l'avis médical. De tels résultats ont d'importantes répercussions sur le coût total des soins qui leur sont prodigués, sur l'expérience de soins et sur leur qualité de vie. Au Mali, selon une étude menée sur 6 mois aux urgences du CHU Gabriel Toure en 2020, 5,8% des admissions sont sorties contre avis médical. Une autre étude à Sikasso sur une période de 45 jours avait enregistré 40% d'abandon de soins chez les patients admis aux services de pédiatrie et de médecine [7-10].

La plupart des études réalisées sur ce sujet se sont concentrées sur les caractéristiques communes des patients qui quittent l'hôpital contre ou sans l'avis du médecin, notamment, les facteurs socio-économiques, les comportements abusifs (exemples : tabac, alcool, drogues) et la présence de certaines comorbidités (troubles psychiatriques, VIH, etc.) [8,10,11].

Le service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHU du Point G est un service où plus de 70% des admissions sont des patients infectés par le VIH. Le VIH/sida, maladie de la pauvreté, fait basculer les ménages et les individus dans la pauvreté [12]. Si le traitement antirétroviral (ARV) est gratuit au Mali chez les PvVIH depuis 2004 [13], les coûts inhérents aux soins en situation d'hospitalisation sont généralement à la charge des patients et de leurs familles. Il n'est donc pas rare de rencontrer des SCAM et des SSAM au sein de ces populations de patients.

Etant donné qu'aucune étude n'a été effectuée sur ce sujet au service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G, nous avons décidé d'initier ce travail afin de déterminer la fréquence et d'identifier les facteurs associés à ses sorties.

I.1 Question de recherche

- Les sorties contre et sans avis médical sont-elles fréquentes chez les patients hospitalisés au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G ?
- Le manque de moyens financiers serait-il la principale cause de sortie contre et sans avis médical des patients.

I.2 Hypothèses de recherche

- Les sorties contre et sans avis médical sont fréquentes chez les patients hospitalisés au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G.
- Le manque de moyens financiers serait la principale cause de sortie contre et sans avis médical des patients.

I.3 Objectifs

➤ Objectif général

Évaluer les sorties contre et sans avis médical des patients hospitalisés au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU Point G

➤ Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer la fréquence des sorties contre et sans avis médical chez les patients hospitalisés au SMIT du CHU du Point G
- 2- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients sortis contre et sans avis médical au SMIT du CHU du Point G
- 3- Identifier les facteurs associés aux sorties contre et sans avis médical chez les patients hospitalisés au SMIT du CHU du Point G



GENERALITES

II. GENERALITES

II.1 Définition des concepts

La sortie contre avis médical (SCAM) ou « Décharge » est un concept utilisé en médecine pour indiquer que le patient, malgré une information claire, loyale et intelligible, doté d'une autonomie s'engage à interrompre les soins qui lui sont proposés et à quitter l'hôpital.

La sortie sans avis médical (SSAM) ou « Évasion » est une sortie de l'hôpital à l'insu du personnel de santé ; le patient décide d'interrompre les soins en quittant l'hôpital sans aviser le personnel médical [1,2].

II.2 Typologie des sorties sans autorisation médicale

Il existe plusieurs types de sortie sans autorisation médicale : la sortie avec décharge du patient, la sortie avec décharge d'un tiers, la sortie sans décharge.

II.2.1 Sortie avec décharge du patient

Il arrive fréquemment pour les professionnels de santé de se trouver face à des patients qui refusent les soins et qui veulent quitter l'établissement. Dans ces situations, le professionnel de santé ne peut en principe les retenir contre leur gré. Partir est une liberté qui leur appartient. Confrontés à ce problème, les professionnels font signer au patient une attestation, dans laquelle ce dernier reconnaît quitter l'établissement contre l'avis des médecins[14]. Il est prévu par le code de la santé publique une réglementation spécifique aux établissements publics. Au Mali, selon l'article 32 de la Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière, il est stipulé que " Tout patient qui demande à sortir d'un établissement hospitalier contre avis médical doit signer une décharge. En cas de refus, un procès-verbal sera établi par un médecin de l'établissement" [15].

II.2.2 Sortie avec décharge d'un tiers

Le malade doit désigner une personne de confiance (un proche) qui signera une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt.

Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale [14].

II.2.3 Sortie sans décharge (évasion)

Si un malade quitte l'hôpital sans prévenir, il convient, si les recherches entreprises à l'intérieur et aux abords de l'établissement sont restées vaines :

- 4- De constater la « fugue » et, si la situation l'exige, d'informer le commissariat de police
- 5- D'informer la famille sauf pour les mineurs opposés à l'information de ses parents (ou du titulaire de l'autorité parentale) sur leur hospitalisation
- 6- D'appeler au domicile du malade afin de l'aviser des risques qu'il encourt [14].

II.3 Le droit du patient à l'information

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Selon l'article 4 de la Loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière du Mali « Tout malade hospitalisé a le droit d'obtenir, par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, les informations contenues dans son dossier médical » [15]. Il s'agit d'un droit fondamental du patient. Cette information doit avoir pour objet non seulement les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposée, mais aussi leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les autres solutions possibles et les conséquences en cas de refus. L'information porte sur l'affection dont souffre l'intéressé et son évolution. Elle concerne également la nature des soins envisagés, les conditions normales de leur administration en termes de durée d'hospitalisation, de précautions à prendre, de temps de convalescence [16].

II.4 Communication et réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné

La communication, vectrice et messagère de l'information, est la clé de la relation médecin-malade. La communication est un échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs que sont les soignants et les soignés, ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini. La communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité [17].

Elle nécessite des voies de communication qui sont de 2 ordres : le langage verbal et le langage non verbal.

II.4.1 Le langage verbal

Il s'agit de la parole et l'écriture.

❖ La parole

C'est un lien essentiel dans l'explication des soins effectués auprès des patients.

L'information doit permettre d'instaurer un climat de confiance soignants/soignés, pour favoriser la participation active de ce dernier. Selon l'article 13 de la charte du malade dans les établissements hospitaliers au Mali, « le malade a le droit d'être informé de ce qui concerne son état. C'est l'intérêt du malade qui doit être déterminant pour l'information à lui donner. Cette information doit permettre d'obtenir un aperçu complet de tous les aspects médicaux et autres, de son état et de prendre lui-même les décisions ou de participer aux décisions pouvant avoir des conséquences sur son bien-être » [18].

Fournir au malade des renseignements à sa portée pour qu'il soit en mesure de comprendre et d'accepter, fait donc partie du quotidien des soignants.

Cette information doit répondre aux attentes du malade, mais aussi lui permettre de comprendre les soins proposés. C'est un exercice complexe, qui s'acquiert par expérience.

Avant d'expliquer un soin ou une situation à un malade, il faut s'assurer de sa compréhension initiale du soin. Or, les soignants, médecin comme infirmier, utilisent parfois un vocabulaire professionnel qui n'est pas forcément compris par les patients.

Il faut donc favoriser l'utilisation d'un langage simple et ensuite s'assurer que ce message explicatif a été compris [17].

❖ L'écriture

Quant à l'écriture, elle tient une place importante pour assurer un suivi régulier et fonctionnel de l'apport informatif reçu ou donné par le malade ou l'infirmier. Le dossier infirmier, en complément du dossier médical, est un outil de stockage des informations données au patient [17].

II.4.2 Le langage non verbal

Il s'immisce dans la communication de façon consciente ou inconsciente. Il s'agit d'un ensemble de paramètres interférant dans le déroulement d'une relation. Pour exprimer quelque chose à une personne, il faut le regarder. À travers ce regard il faut captiver l'attention de notre interlocuteur.

Suivant le positionnement de notre corps, notre attitude traduit notre capacité et notre volonté à entrer en communication et à y participer.

Par exemple, le recueil de données cliniques par l'infirmière, dans le box de soin, dos au malade peut correspondre à une attitude d'opposition aboutissant à un refus de soins. Par ailleurs, le toucher participe à la communication à travers les soins.

De nombreux soins font obligatoirement intervenir le toucher du soigné par le soignant. Il est impossible pour le malade d'échapper au contact direct et éventuellement intime prodigué par le soignant. Mais il est aussi impossible pour le soignant de rester à distance du malade.

Le langage non verbal possède une large palette d'expression : mimique, attitude, silence, pleurs, signes, gestes répétitifs, transpiration, rougeurs du visage, etc. Ce sont autant de façons d'exprimer, consciemment ou non, des émotions personnelles participant à la communication. Par ailleurs, la communication doit être adaptée aux soins. Elle n'est pas de même type pour la mise en place d'une perfusion, un soin d'hygiène, une réfection de pansement ou une transfusion sanguine. Chaque soin ayant une spécificité particulière, le soignant doit ajuster ce qu'il explique en fonction de la finalité du soin [19].

II.5 Consentement libre et éclairé

Consentir c'est « accepter que quelque chose se fasse, acquiescer, être d'accord» [20]. Le consentement repose sur une information claire, loyale, libre, appropriée au malade, à sa maladie et au traitement [21]. Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information compréhensible et appropriée sur son état.

D'après l'article 15 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers au Mali, « le malade, ou son représentant, a le droit d'être complètement informé à l'avance des risques que peut présenter toute prestation en vue du diagnostic ou de traitement.

Pareille prestation doit faire l'objet d'un consentement explicite du malade ; ce consentement peut être retiré à tout moment. Le malade doit pouvoir se sentir complètement libre d'accepter ou de refuser sa collaboration à la recherche clinique ou à l'enseignement ; il peut à tout moment retirer son acceptation » [18].

Le consentement du patient relève à la fois d'une obligation, pour le praticien, et d'un droit, pour l'utilisateur. Ce principe sous-entend qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans que le consentement libre et éclairé de la personne ait été recueilli. Cette dernière peut, en outre, se dédire à tout moment.

Un consentement est libre lorsqu'il est donné de plein gré, c'est à dire sans y être forcé. Le consentement n'est donc pas libre si le patient se sent obligé de consentir parce que ses proches ou son médecin exerce de la pression sur lui.

Un consentement est éclairé lorsqu'il est donné en pleine connaissance de cause.

Pour que le patient puisse prendre sa décision en toute connaissance de cause, il doit être informé, le plus complètement possible, des avantages et des inconvénients de la proposition thérapeutique qui lui est faite, notamment des potentiels effets indésirables associés.

Les renseignements communiqués doivent être validés et impartiaux. L'information doit être loyale, claire, appropriée et compréhensible, adaptée aux facultés de compréhension de la personne, quel que soit son degré d'autonomie. Le patient dispose ainsi de tous les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation médicale personnelle. Il convient également de le tenir au courant de l'évolution des connaissances, dans la limite des possibilités.

« Consentir » induit également la responsabilité du patient, car accepter c'est avoir la maîtrise de ses choix, avoir les moyens de juger et de prendre des décisions.

Le consentement est donc une action positive du patient. Il ne peut être contraint et ne peut pas être issu du travail de persuasion du professionnel de santé. Ce dernier doit faire preuve d'une absolue neutralité, même s'il considère agir pour le bien de la personne [22].

Selon l'article 36 du Régime général des obligations du Mali : « il n'y a point de consentement valable s'il n'a été donné que par erreur, s'il a été surpris par le dol ou extorqué par la violence » [23]. L'erreur, le dol et la violence sont les vices du consentement et lui élèvent tant de valeur juridique, on suppose que la volonté n'était pas libre et éclairée.

➤ **Cas des patients mineurs [24,25]**

La question se pose uniquement pour les mineurs non émancipés puisque l'émancipation confère à l'enfant la capacité juridique. Dès lors, le praticien qui donne ses soins à un mineur doit recueillir le consentement de ses représentants légaux (parents ou tuteurs), après les avoir informés sur la maladie, les actes et traitements proposés, leur avantages et risques, les alternatives thérapeutiques, les conséquences d'une abstention ou d'un refus.

Il est juridiquement possible de pratiquer des soins sur la personne mineure qui n'y consent pas dès lors que ses parents y ont consenti. Toutefois, un équilibre devra être trouvé dans l'intérêt du patient, entre la nécessité des soins et le respect de son opinion, compte tenu de son âge, de son état de santé, de son discernement et de son degré d'opposition.

Les parents divorcés ou séparés exercent en commun l'autorité parentale et ils doivent être prévenus et consultés pour une décision grave concernant l'enfant.

Selon l'article 28 du code de déontologie médical malien, devant le caractère d'urgence des soins que réclame l'état d'un mineur, lorsqu'il est impossible d'avoir en temps utile, l'avis du représentant légal, le médecin appelé doit donner les soins qui s'imposent.

Le médecin est alors dispensé d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur, et que ce dernier s'est expressément opposé à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Le médecin doit aussi s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur. Si ce dernier maintient son opposition, il devra alors se faire accompagner d'une personne majeure de son choix. Il est conseillé d'aviser le juge des enfants qui peut ordonner toute mesure d'assistance permettant d'assurer les soins nécessaires.

II.6 Gestion du patient difficile [26]

Le caractère attentif des soins qui doivent être délivrés au patient implique de la part du praticien non seulement une approche thérapeutique adaptée à la pathologie diagnostiquée, mais aussi à toutes les étapes de la relation avec le malade, la prise en compte objective de la capacité de compréhension et d'observance de ce dernier. Ainsi, le médecin peut faire face à plusieurs types de patients.

II.6.1 Le patient qui n'écoute pas

Un patient qui « n'écoute pas », en dehors de l'obstacle dû à une éventuelle surdité, doit être considéré comme un patient pour lequel l'information ne peut s'envisager par un simple colloque singulier, en l'absence de témoin ou de document écrit. Il est souhaitable de proposer à ce type de patient qu'il soit accompagné par une personne de son choix et qu'il formalise par écrit son consentement après avoir reçu l'information nécessaire. La mention relative à la présence d'un tiers doit figurer au dossier de ce patient.

II.6.2 Le patient qui ne comprend pas

Contrairement à la situation du patient qui « n'écoute pas », le patient qui ne comprend pas l'information fournie ne doit pas conduire le médecin à exclure la possibilité d'un colloque singulier mais oblige ce dernier à donner une information adaptée, donnée en termes clairement compréhensibles par le patient, sans pour autant atténuer l'importance des risques.

II.7 Les sorties contre et sans avis médical

Les sorties contre et sans avis médical ont pour point commun d'être effectuées sans l'assentiment de l'établissement de soins. Elles sont toutes deux décidées et imposées par le patient. La conduite à tenir et la traçabilité à mettre en œuvre sont propres à chaque situation.

II.7.1 Sortie contre avis médical ou décharge

Les professionnels de santé sont régulièrement confrontés aux patients qui, bien que nécessitant une hospitalisation, la refusent pour des motifs parfois difficilement acceptables d'un point de vue médical.

Tout patient est juridiquement libre de refuser totalement ou partiellement la prise en charge préconisée par l'établissement de soins. Pour autant, face à un patient en position de refus, les professionnels de santé ne sont pas affranchis de toute obligation.

Ainsi, un manquement du devoir de l'équipe de soins est potentiellement source de responsabilité. C'est pourquoi, il est essentiel d'assurer, dans le dossier patient, une traçabilité destinée à démontrer a posteriori, dans le cadre d'un contentieux, que la conduite de l'équipe de soins a été parfaitement adaptée à la situation [27].

II.7.2 Sortie sans avis médical ou évasion

Lorsqu'un patient hospitalisé quitte l'établissement de sa propre décision sans autorisation du médecin, l'effort de sensibilisation décrit précédemment ne peut être effectué. Dans une telle hypothèse, aucun échange entre le médecin et le patient ne permet au premier de convaincre le second d'accepter le maintien de son hospitalisation.

Ainsi, la responsabilité du professionnel de santé ne pourra pas être recherchée pour défaut d'information du patient sur les risques encourus. En revanche, elle pourra l'être pour défaut de surveillance ou simplement de vigilance dès lors que la vulnérabilité du patient était connue et ses intentions prévisibles [28].

II.8 Le refus de soins

Face à un refus de soins, la première réaction du médecin est de tenter d'en comprendre les raisons et de le surmonter.

Il faut toujours rechercher les différents obstacles au consentement, pouvant s'expliquer par de nombreuses raisons. Comme lui impose sa déontologie, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Dans certaines situations, les soignants se trouvent confrontés à des cas de refus qui apparaissent contraires à la logique médicale et à ce qu'ils estiment être dans l'intérêt du malade.

Tout doit être mis en œuvre pour avoir l'adhésion du patient à la proposition de soins car le médecin peut s'exposer au délit de non-assistance à personne en danger dans le cas contraire [29,30].

II.8.1 Conduite à tenir en cas de refus de soins

En cas de refus définitif, il est important de laisser une possibilité au patient de revenir sur sa décision. Il faut conserver la trace de l'information et obtenir une attestation de refus où sont clairement exposés les risques et complications possibles.

Par ailleurs, le médecin ne doit pas s'incliner trop facilement face au refus de son patient. Il pourrait commettre une faute de nature à engager sa responsabilité. Pour convaincre le patient, il peut faire appel à un autre médecin pour confirmer le bien fondé des propositions faites, voire si le patient ne s'y oppose pas, faire intervenir ses proches. En application de ces dispositions, hormis le cas des hospitalisations sous contrainte, un médecin n'est pas autorisé à retenir un patient contre son gré. En revanche, il a l'obligation d'inciter le patient à ne pas persister dans son refus de tenter de le convaincre d'accepter la prise en charge proposée, de l'alerter sur les risques encourus du fait de son départ et de lui proposer une alternative à l'hospitalisation si elle existe [31].

C'est pourquoi, en cas de dommage subi par un patient sortis contre avis médical, le médecin devra prouver qu'il avait bien rempli ses obligations. D'où l'importance de la traçabilité.

II.8.2 Matérialisation des preuves de l'information en cas de refus

Face à un patient résolument réfractaire aux soins, le médecin doit tout mettre en œuvre pour prouver qu'il a informé le patient des risques encourus et les conséquences qui peuvent être vitales en l'absence de soins.

La première étape consiste à mettre une mention très explicite dans l'observation médicale, mais aussi dans le dossier du patient, concernant les étapes de la persuasion et les informations fournies. Une attestation écrite de refus de soins ou de sortie contre avis médical, sera demandée au patient et signée par lui-même, en lui faisant préciser qu'il a reçu toutes les informations nécessaires. Chez le patient illettré, une personne de son entourage de contresigner ce document.

En pratique, le médecin devra reporter le contenu de ses différents échanges : nombre d'entretiens, durée, information délivrée, réaction du patient, réitération du refus après un délai de réflexion, prescriptions éventuelles.

Ce document doit toujours mentionner le nom du médecin qui a donné l'information. Si le patient refuse de signer l'attestation, il convient d'établir un procès-verbal de préférence signé et dressé par le médecin du service et contresigné par le directeur ou son représentant.

Le médecin doit s'assurer que le patient jouit de toutes les facultés mentales. Dans le cas contraire, il doit consulter la personne de confiance désignée par le malade ou un membre de la famille, à défaut un proche.

En outre, en cas de désaccord entre un patient et son entourage familial, il faut toujours prendre en compte l'intérêt supérieur du patient. Si une alternative lui est proposée, elle doit être mentionnée sur le document.

Une attestation de sortie contre avis médical n'est pas une décharge de responsabilité.

Comme tous les documents d'information, il faut veiller à ce qu'il soit solidement agrafé au dossier médical, car il doit apporter la preuve que le refus a bien été libre, éclairé et certain.

Même s'il est confronté à une situation de refus de soins, le praticien doit rédiger un courrier pour le patient faisant état de directives claires. De même les infirmiers devraient rappeler au patient ou à ses accompagnants, les consignes à suivre.

Une ordonnance peut être délivrée à un patient qui refuse une hospitalisation ou sort contre avis médical. Malgré l'exaspération suscitée par la situation, il est utile de s'interroger sur les conséquences de l'absence totale de traitements.

Pour bien montrer que le praticien n'a pas choisi cette stratégie thérapeutique, il sera idéalement noté sur l'ordonnance, une formule du type : « Hospitalisation en urgence refusée par le patient, malgré l'information des risques encourus.

Ordonnance délivrée en attendant qu'il accepte de se rendre à l'hôpital ». Parallèlement, le médecin peut adresser un courrier à son médecin correspondant pour expliquer la situation [31-33].

II.9 Conséquences des sorties contre et sans avis médical

Les sorties contre ou sans avis médical sont à l'origine de nombreuses conséquences telles que :

- Le risque accru d'obtenir des résultats défavorables pour leur santé pouvant aller des complications médicales à la mort ;
- La réadmission du patient dans le service ;
- La durée de séjour prolongée ;
- Le cout élevé ce qui appauvrir et le patient et la famille ;
- La perte d'emploi ou la perturbation de ses activités entraînant une augmentation du taux de chômage [14].



METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

III.1 Le Cadre et le lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du centre hospitalier universitaire (CHU) du Point G. Une structure de troisième niveau de référence dans le système sanitaire du Mali. Il est situé au Nord de la ville de Bamako sur la colline du même nom, à 8 km du centre-ville. Il comporte 22 services spécialisés parmi lesquels le service des maladies infectieuses et tropicales.

Le SMIT constitue la référence en matière de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PvVIH) au Mali. Il enregistre en moyenne 350 hospitalisations par an.

➤ La structure du SMIT

Ce service est abrité par un bâtiment, composé de deux (2) niveaux :

❖ Au rez-de-chaussée,

▪ Le service comprend 2 unités :

✓ L'unité AB

Elle est constituée de salle unique appelée salle A (A1 et A4)

et de salle à 2 personnes appelée salle B (B2, B3, B4, B5, B7)

✓ L'unité C

Elle est constituée de salle à 4 personnes appelée salle C (C1, C2, C3, C4) occupée la plupart du temps par des personnes dans l'indigence.

- 2 salles de consultations
- Une unité de recherche
- Une salle pour l'hospitalisation du jour
- Une salle d'accueil
- Le bureau du major
- La salle des infirmiers
- La salle des médecins en spécialisation
- La salle des thésards
- La salle des techniciens de surface
- Des toilettes pour le personnel
- Un hall pour les malades et les accompagnants
- Des toilettes pour les malades.

Le service a une capacité d'hospitalisation de 33 lits.

❖ A l'étage,

Le service comporte

- Les bureaux des médecins
- Une salle de Staff
- Une salle pour les archives
- Deux toilettes pour le personnel

➤ **Le personnel du SMIT**

Le service comprend :

- Professeurs : 2
- Maitres de conférences : 3
- Chargés de recherche : 4
- Praticienne hospitalière : 1
- Infirmiers titulaires : 3
- Hôtesse : 1
- Agent de saisie : 1
- Psychologue : 1

En plus de ce personnel il y'a 18 médecins en spécialisation, des étudiants en fin de cycle et des étudiants stagiaires de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

III.2 Le type et la période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique à collecte rétro prospective d'une durée de trente mois (30 mois) allant du 14 octobre 2020 au 15 Avril 2023.

III.3 La population d'étude

La population d'étude était constituée des dossiers de tous les patients admis en hospitalisation au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales durant notre période d'étude.

III.3.1 Les critères d'inclusion

- Les dossiers des patients sortis contre ou sans avis médical durant notre période d'étude.

III.3.2 Les critères de non inclusion

- Les dossiers des patients dont la sortie a été réglementaire (exéat , transfert autorisé dans un autre service, décès avec constat de décès établi).

- Les dossiers des patients sortis contre ou sans avis médical en dehors de notre période d'étude.
- Les dossiers des patients sortis contre ou sans avis médical durant notre période d'étude mais injoignable téléphoniquement pour répondre au questionnaire d'enquête.

III.3.3 L'échantillonnage

- Méthode : La méthode non probabiliste de type exhaustif a été utilisée pour sélectionner l'échantillon ; tous les patients répondant à nos critères d'inclusion ont été pris en compte.
- Taille : La taille n'a pas été calculée d'avance, elle a été déterminée sur une période de collecte de donnée qui s'est faite sur 30 mois ; les participants ont été enregistrés au fur et à mesure.

III.3.4 La collecte, la saisie et l'analyse des données

1- Collecte des données

- ❖ Les données ont été collectées sur des fiches d'enquêtes de données individuelles préétablies à partir :
 - D'une part des dossiers médicaux d'hospitalisation, les fiches de décharges du service.
 - D'autre part des informations recueillies auprès du patient ou de ses accompagnants lorsqu'une décision de sortie contre ou sans avis médical d'un patient était constatée.
 -
- ❖ Les informations recueillies auprès du patient ou de ses accompagnants concernaient : les dépenses financières estimées durant l'hospitalisation, le degré de satisfaction sur le service reçu, la qualité des relations avec le personnel soignant, la raison et l'initiateur de la sortie pour les cas d'évasion.
- ❖ Pour les patients qui étaient déjà rentrés, nous avons procédé à un entretien téléphonique avec les patients ou les accompagnants après s'être assuré de leur consentement.

2- Saisie et analyse des données

- ❖ Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 22
- ❖ Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher. Le test était significatif pour une valeur de $p < 0,05$.

- ❖ La rédaction à été faite avec le logiciel Microsoft Word version 2016
- ❖ Pour chaque patient ont été analysés : l'unité d'hospitalisation, l'âge , le sexe, la profession, la résidence, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la nationalité, l'ethnie, le nombre et le type de service ou centres de santé effectués avant le SMIT, le nombre de jours effectués dans les autres services avant l'admission au SMIT, le motif d'admission, le nombre et la nature des examens complémentaires réalisés, l'estimation du coût total des examens paracliniques réalisés et des traitements médicaux, les pathologies diagnostiquées, le motif de sortie, l'initiateur de la sortie, l'estimation du coût total de la prise en charge du patient, le degré de satisfaction du patient et/ou des accompagnants sur le service reçu sur une échelle de 1 à 10, la qualité des relations avec le personnel soignant, le nombre de jours d'hospitalisation, l'état clinique à la sortie (Glasgow, fonctions vitales, indice de Karnofsky), la réadmission, le motif de réadmission, le diagnostic de réadmission.

III.3.5 Définitions opérationnelles

1- Satisfaction

Le mot satisfaction vient du latin *satisfactio* qui est « l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance » ou bien « le contentement, la joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait » ou enfin, « ce qui répond à la demande de quelqu'un ».

Ou encore : « sentiment de bien-être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable ». Ainsi, la satisfaction des clients reflète dans quelle mesure un produit ou un service répond à leurs attentes.

2- Degré de satisfaction : état de contentement d'un consommateur suite à l'achat d'un produit ou un service.

3- Accompagnateur : C'est une personne proche qui prend soin du malade de manière continue, dont le rôle, léger et intermittent au début, peut devenir très lourd et permanent avec la progression de la maladie.

4- Patient : Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

5- Hospitalisation : admission ou séjour dans un établissement hospitalier.

III.3.6 Les considérations éthiques

L'accord du chef de service nous a permis de faire l'inclusion des malades. Les dossiers ont été analysés dans le strict respect de la confidentialité (les fiches d'enquêtes étaient anonymes, seuls les numéros des dossiers ont été utilisés pour la saisie des données) puis retournés et classés immédiatement après exploitation. Les informations ont été recueillies sur la base d'un questionnaire avec le consentement éclairé des patients ou des accompagnants et dans la plus grande discrétion.

III.3.7 Le diagramme de GANTT

Tableau I: Diagramme de Gantt

Date	Juil 2022	Août 2022 - Avril2023	Mai-Juin 2023	Juillet- Oct 2023	Nov 2023
Protocole					
Collecte et analyse des données					
Rédaction de la thèse					
Correction thèse					
SOUTENANCE					



RESULTATS

IV. RESULTATS

IV.1 Résultats globaux

Durant notre période d'étude, sur un total de 843 patients hospitalisés nous avons colligé 52 patients ayant répondu aux critères d'inclusion soit 45 cas de SCAM et 07 cas de SSAM ce qui représentait 6,17 %.

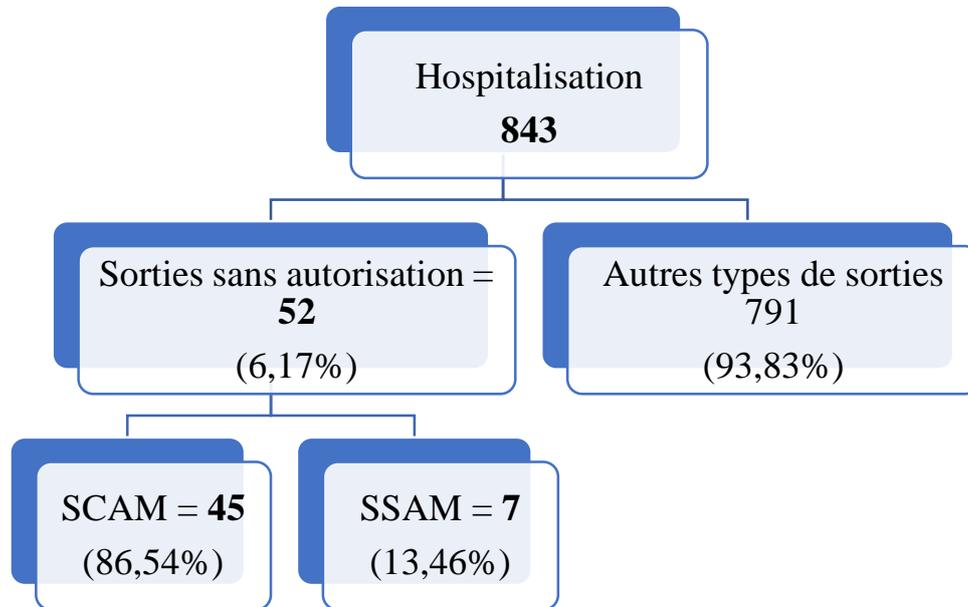


Figure 1 : Diagramme de flux des sorties des patients hospitalisés

IV.2 Résultats descriptifs

IV.2.1 Unité d'hospitalisation

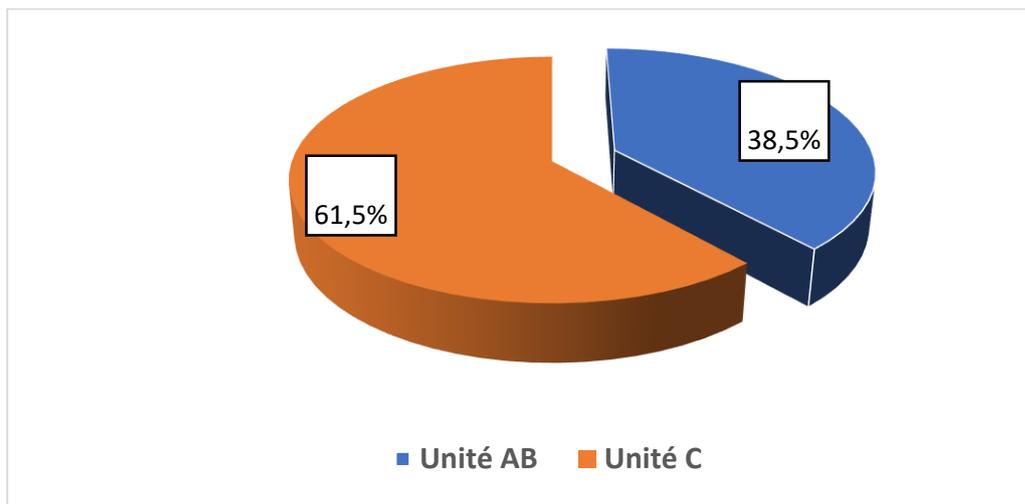


Figure 2 : Répartition des patients selon l'unité d'hospitalisation

Plus de la moitié de nos patients était hospitalisés à l'unité C soit 61,5% des cas.

IV.2.2 Caractéristiques socio-démographiques

IV.2.2.1 Âge

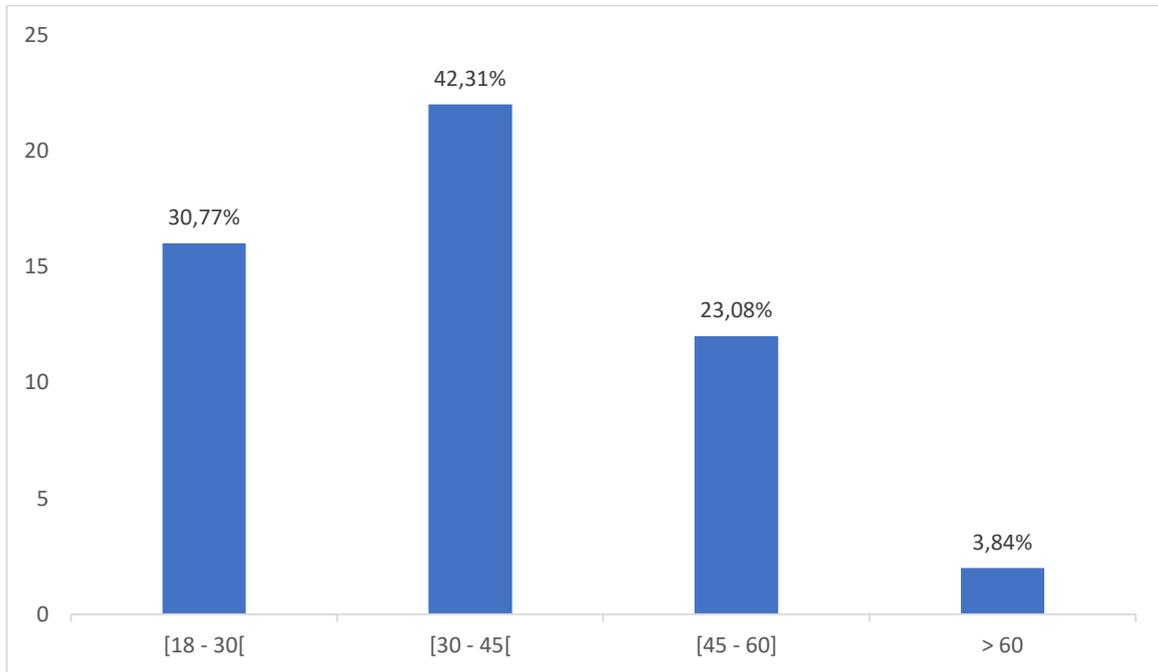


Figure 3: Répartition des patients selon la tranche d'âge

L'âge moyen des patients était de $38,35 \pm 11,97$ ans avec des extrêmes 18 et 63 ans. La tranche d'âge de [30 – 45 [ans était la plus représentée avec 42,31% des cas.

IV.2.2.2 Sexe

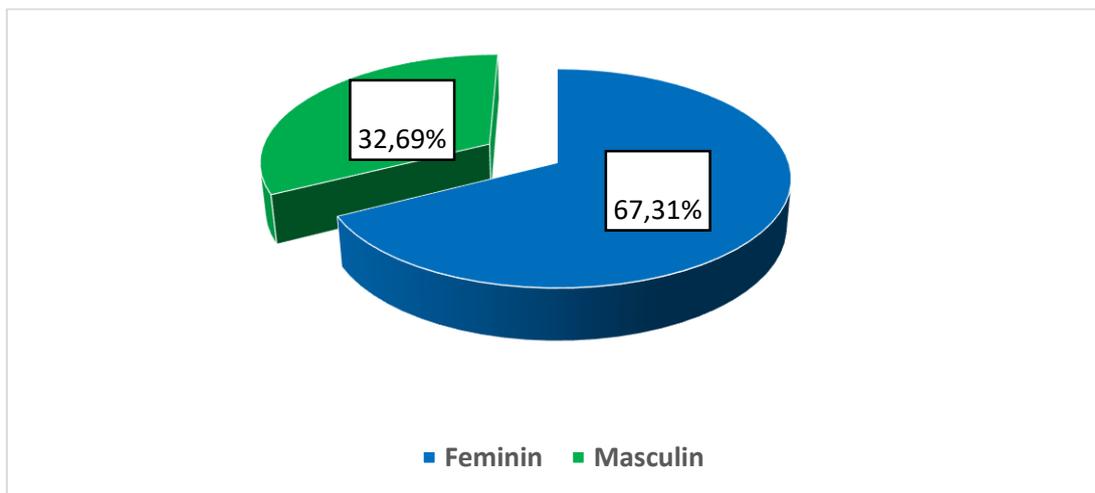


Figure 4: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était représenté dans 67,31% des cas avec un sex-ratio de 0,49.

IV.2.2.3 Résidence

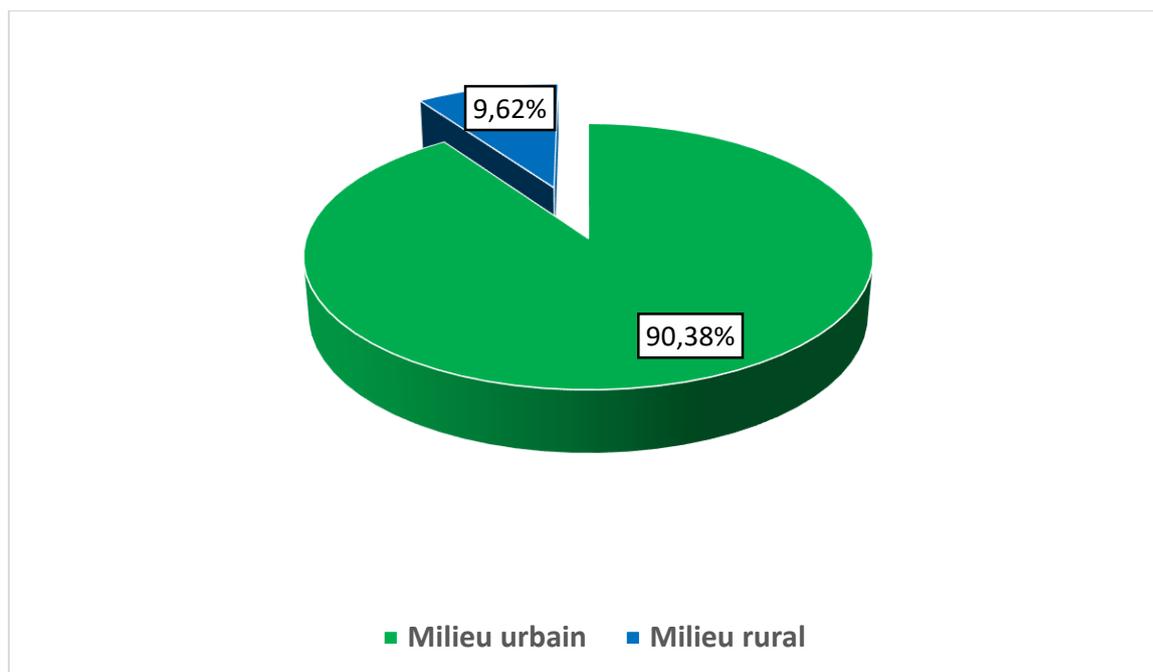


Figure 5: Répartition des patients selon la résidence

La quasi-totalité de nos patients résidait en milieu urbain soit 90,38% des cas.

IV.2.2.4 Profession, niveau d'instruction, statut matrimonial, nationalité

Tableau II: Répartition des patients selon la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la nationalité

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif N=52	Pourcentage (%)
Profession		
Ménagère	29	55,8
Travailleurs secteur informel	19	36,6
Élève/étudiant	2	3,8
Fonctionnaire	2	3,8
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	36	69,2
Niveau primaire	9	17,3
Niveau secondaire	6	11,5
Niveau supérieur	1	1,9
Statut matrimonial		
Marié(e)	34	65,4
Célibataire	11	21,2
Veuf (ve)	5	9,6
Divorcé(e)	2	3,8
Nationalité		
Malienne	48	92,3
Autres*	4	7,7

* Sénégalaise=2, Ivoirienne=1, Guinéenne=1

Les ménagères étaient représentées dans 55,8% des cas.

Plus de la moitié des patients était non scolarisée soit 69,2% des cas.

Plus de la moitié des patients était mariée soit 65,4% des cas.

La quasi-totalité des patients était de nationalité malienne soit 92,3% des cas.

IV.2.2.5 Ethnie

Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	29	55,8
Peulh	6	11,5
Malinké	3	5,8
Sonrai	3	5,8
Minianka	3	5,8
Soninké	2	3,8
Bozo	2	3,8
Autres*	4	7,6
Total	52	100

* Dogon=1, Sénoufo=1, Sarakolé=1, Wolof=1

L'ethnie bambara était la plus représentée dans 55,8% des cas.

IV.2.3 Services ou centres de santé avant admission au SMIT

IV.2.3.1 Nombres de services ou centres de santé effectués avant le SMIT

Tableau IV: Répartition des patients selon le nombre de service ou centre de santé effectués avant l'admission au SMIT

Services ou centres de santé effectués avant le SMIT	Effectif	Pourcentage (%)
Admission directe au SMIT	6	11,54
1 service ou centre de santé avant le SMIT	28	53,85
2 services ou centres de santé avant le SMIT	18	34,61
Total	52	100

Plus de la moitié de nos patients soit 88,4% ont été précédemment hospitalisés dans au moins un service ou un centre de santé avant l'admission au SMIT. 53,85% de ces patients SCAM et SSAM avaient séjournés dans 1 service ou centre de santé avant l'admission au SMIT ; 34,62% avaient séjournés dans 2 services ou centres de santé avant le SMIT ; et 11,54% avaient été admis directement au SMIT sans notion de séjour récent dans d'autres services ou centres de santé.

IV.2.3.2 Type de services ou centres de santé effectués avant le SMIT

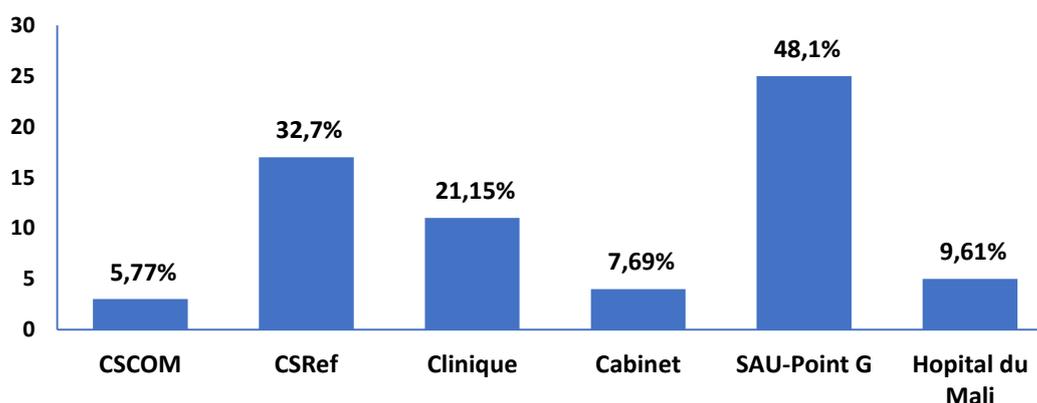


Figure 6: Répartition des patients selon le type de services ou centres de santé fréquentés avant l'admission au SMIT.

La plupart de nos patients avait transité au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU du Point G et dans les différents CSRef avec respectivement 48,1% et 32,7%.

IV.2.3.3 Nombre de jours effectués dans les autres services/centres avant l'admission au SMIT

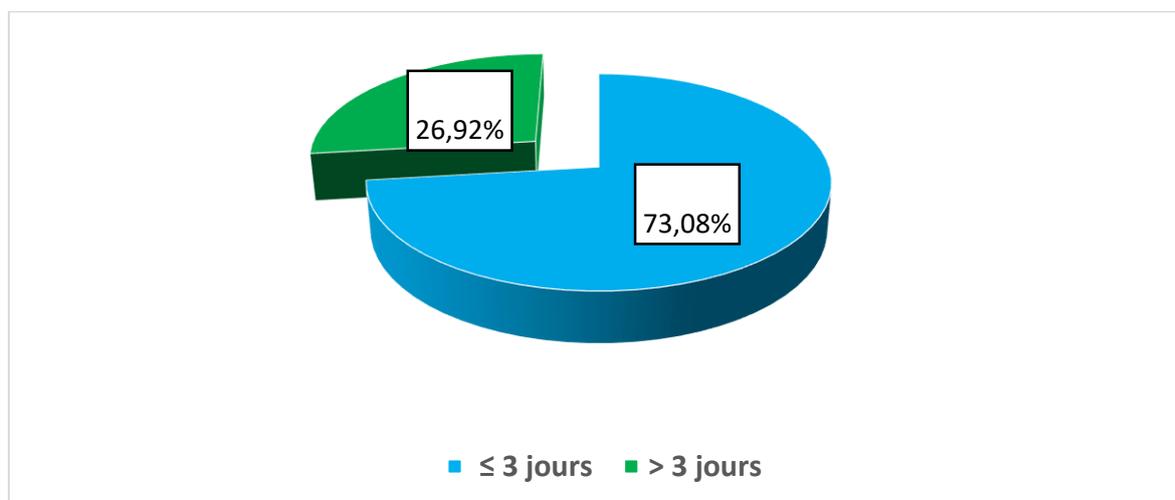


Figure 7: Répartition des patients selon le nombre de jours effectués dans les autres services ou centres de santé avant l'hospitalisation au SMIT

Le nombre de jours effectués dans les autres services ou centres de santé avant l'hospitalisation au SMIT était ≤ 3 jours chez la plupart des patients soit 73,08% des cas. Le nombre moyen de jours effectués dans les autres services ou centres de santé avant l'admission au SMIT était de $2,81 \pm 2,43$ jours avec des extrêmes de 0 et 10 jours.

IV.2.4 Au SMIT

IV.2.4.1 Motif d'admission au SMIT

Tableau V : Répartition des patients selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif N=52	Pourcentage (%)
AEG	44	84,62
Toux	26	49,06
Diarrhée	14	26,92
Altération de la conscience	7	13,46
Dyspnée	6	11,54
Agitation	4	7,69
Signes de focalisation neurologique	3	5,77
Vomissements	3	5,77
Fièvre	3	5,77
Céphalées	2	3,85
Autres*	3	5,77

* convulsion=1, déshydratation =1, douleur abdominale =1

L'altération de l'état général et la toux étaient les motifs d'admission les plus fréquents avec respectivement 84,62% et 49,06% des cas. Un même patient pouvait avoir plusieurs motifs d'admission.

IV.2.4.2 Nombre d'examens complémentaires réalisés

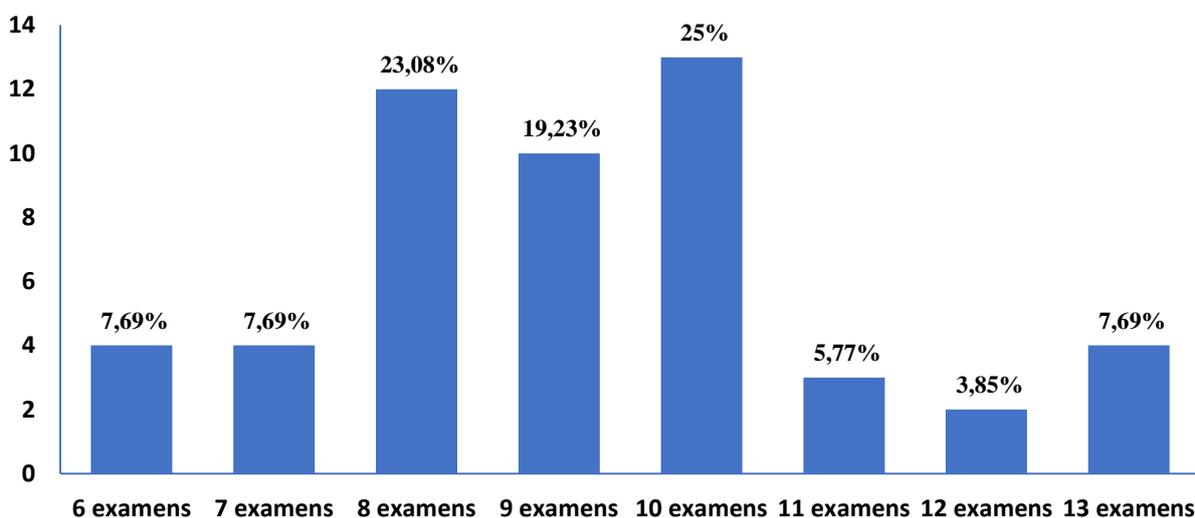
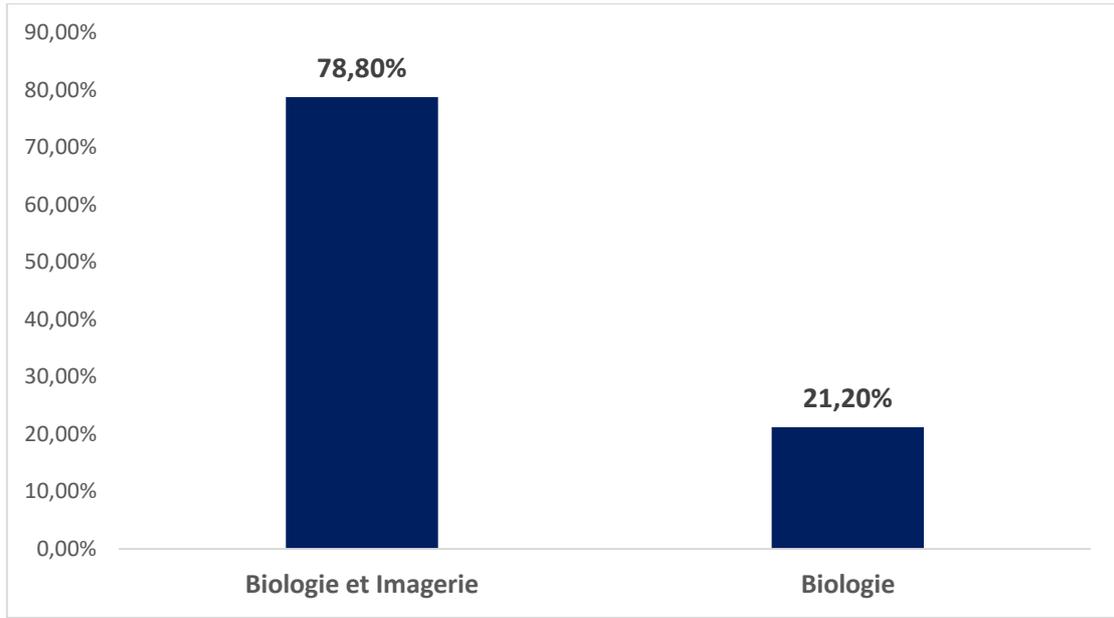


Figure 8: Répartition des patients selon le nombre des examens complémentaires réalisés. Parmi nos patients 25% avait réalisée 10 examens paracliniques au cours de leur hospitalisation. Le nombre moyen des examens paracliniques réalisés était de 9,17 (\pm 1,82) avec un nombre minimum à 6 et un maximum à 13.

IV.2.4.3 Nature des examens complémentaires réalisés



Plus de la moitié de nos patients avait réalisée des examens biologiques et d'imagerie soit 78,8% des cas.

Figure 9: Répartition des patients selon la nature des examens complémentaires réalisés

IV.2.4.3.1 Examens biologiques réalisés

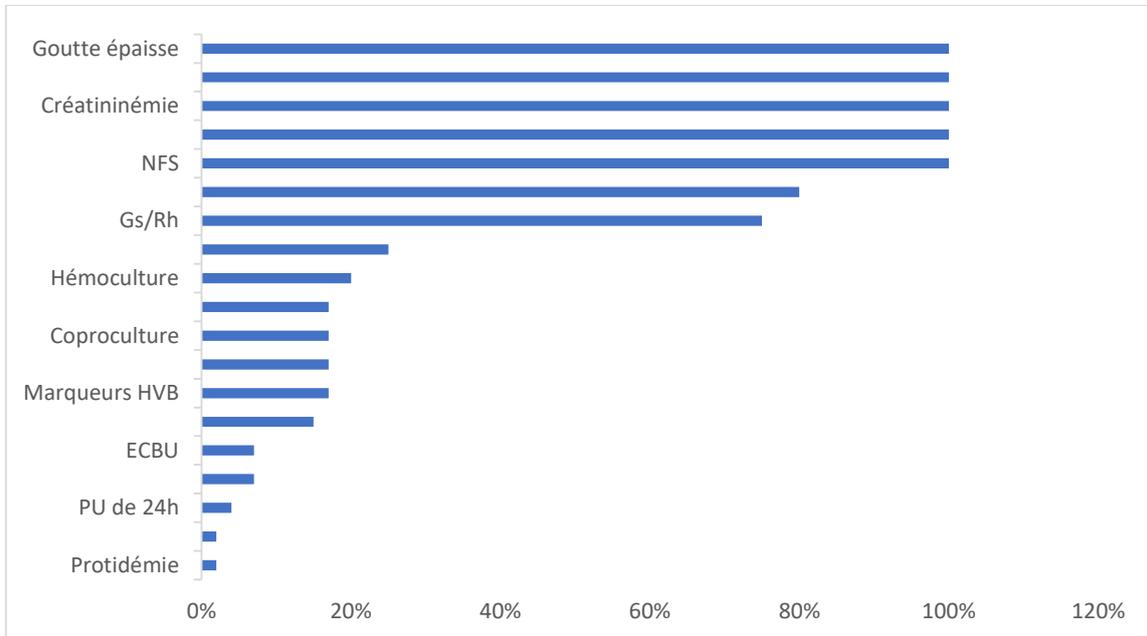


Figure 10: Répartition des patients selon les examens biologiques réalisés au cours de l'hospitalisation.

La totalité de nos patients avait réalisée 5 examens biologiques à savoir la NFS, la glycémie, les transaminases, la créatininémie et la goutte épaisse.

IV.2.4.3.2 Examens d'imagerie réalisés

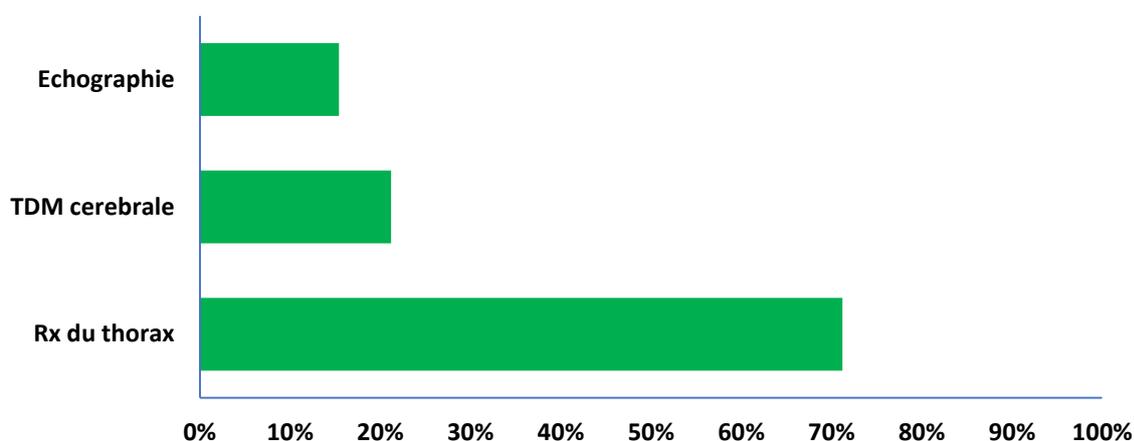


Figure 11: Répartition des patients selon les examens d'imagerie médicale réalisés au cours de l'hospitalisation.

Plus de la moitié de nos patients avait réalisé une radiographie du thorax soit 71,2% des cas.

IV.2.4.4 Montant des examens paracliniques

Tableau VI: Répartition des patients selon le montant dépensé dans les examens paracliniques

Montant dépensé en FCFA	Effectif	Pourcentage (%)
[10 000 – 50 000 FCFA]	27	51,92
] 50 000 – 100 000 FCFA]	20	38,46
> 100 000 FCFA	5	9,62
Total	52	100

Le coût total estimé des examens paracliniques réalisés était de maximum 50.000 FCFA pour 51,92% des patients ; entre 50 000 et 100 000 FCFA pour 38,46% des patients ; et plus de 100 000 FCFA pour 9,62% des patients.

IV.2.4.5 Pathologies diagnostiquées

Tableau VII : Répartition des patients selon le nombre de pathologies diagnostiquées

Nombre de pathologies	Effectif	Pourcentage (%)
1 pathologie	2	3,8
2 pathologies	4	7,7
3 pathologies	21	40,4
4 pathologies	17	32,7
5 pathologies	8	15,4
Total	52	100

Parmi nos patients 40,4% étaient traités pour au moins 3 pathologies dans le service.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le type de pathologies diagnostiquées

Pathologies	Effectif (N=52)	Pourcentage (%)
TID au VIH	50	96,15
Pneumopathies bactériennes non tuberculeuses	33	63,46
Sepsis	17	32,69
Toxoplasmose cérébrale	17	32,69
Malnutrition	17	32,69
Candidose	15	28,85
Paludisme	12	23,08
Salmonellose	9	17,31
Coccidiose digestive	5	9,62
Cryptococcose Neuro-méningée	3	5,77
Herpes	3	5,77
Ulcère gastro-duodéal	3	5,77
Tuberculose	2	3,85
AVC Ischémique et/ou Hémorragique	2	3,85
Pneumocystose pulmonaire	2	3,85
Autres *	2	3,85

* Abscès hépatique = 1 ; amibiase intestinale = 1

La pneumopathie bactérienne non tuberculeuse était la pathologie la plus diagnostiquée avec 63,46% ; suivie de la toxoplasmose, du sepsis et de la malnutrition avec 32,69%.

IV.2.4.6 Montant des traitements médicaux

Tableau IX: Répartition des patients selon le montant dépensé dans les traitements médicaux

Montant dépensé en FCFA	Effectif	Pourcentage (%)
[10 000 – 50 000 FCFA]	3	5,77
] 50 000 – 100 000 FCFA]	10	19,23
> 100 000 FCFA	39	75
Total	52	100

Le coût total estimé des traitements médicaux reçus était de plus de 100 000 FCFA chez trois quart des patients soit 75% des cas.

IV.2.5 Motif de Sortie

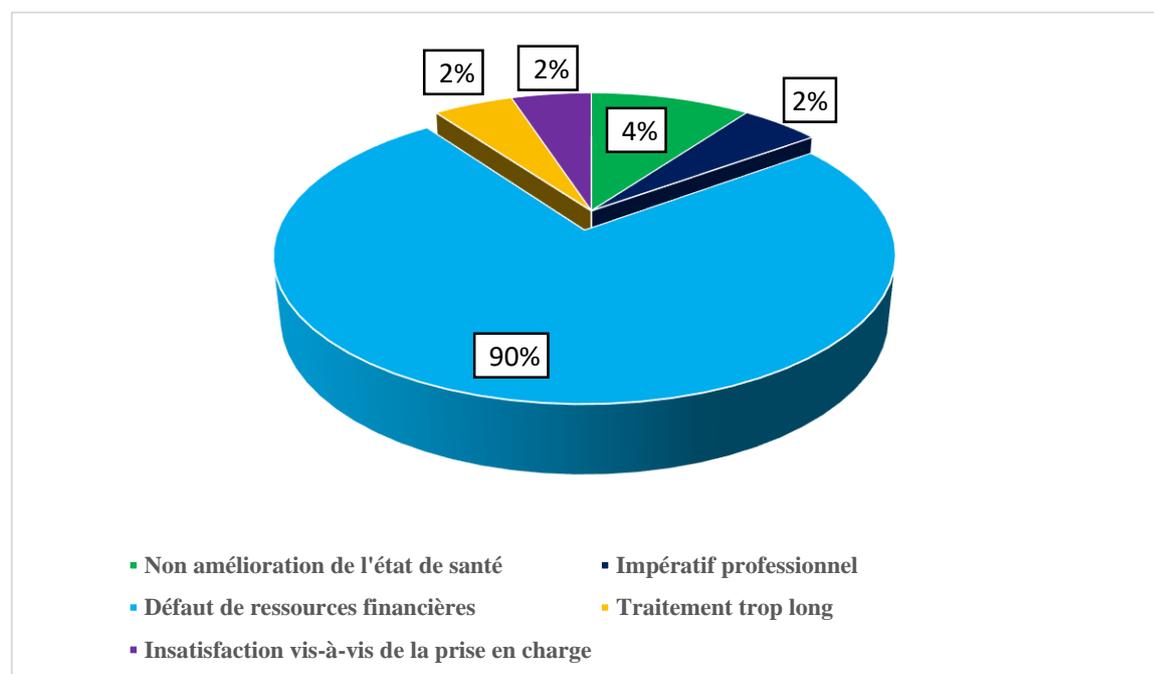


Figure 12: Répartition des patients selon le motif de sortie

Le défaut de ressources financières était le motif de sortie le plus évoqué par nos patients soit 90% des cas.

IV.2.6 Initiateur de la sortie

Tableau X : Répartition des patients selon l'initiateur de la sortie

Initiateur de la sortie	Effectif	Pourcentage (%)
Parent	43	82,7
Patient lui-même	9	17,3
Total	52	100

Un parent du patient (frère/sœur, conjoint/conjointe, fils/fille, père/mère, tuteur) était responsable de la décision de sortie dans 82,7 % des cas.

IV.2.7 Estimation du coût total de la prise en charge du patient

Tableau XI : Répartition des patients selon l'estimation du cout total de la prise en charge pendant l'hospitalisation d'après les patients ou les accompagnants

Dépenses financières en FCFA	Effectif	Pourcentage (%)
]10.000 – 125.000 FCFA]	12	23,1
]125.000 – 250.000 FCFA]	30	57,7
]250.000 – 375.000 FCFA]	6	11,5
> 375.000 FCFA	4	7,7
Total	52	100

La plupart des patients ou accompagnants estimaient avoir dépensé entre 125 000 et 250 000 FCFA pour la prise en charge durant l'hospitalisation soit 57,7% des cas.

IV.2.8 Degré de satisfaction du patient et/ou des accompagnants sur le service reçu

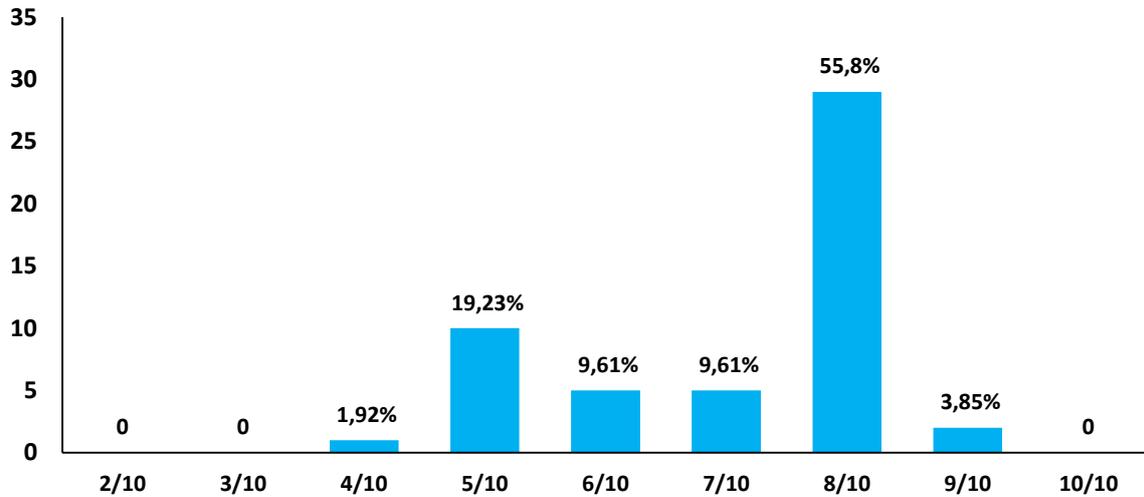


Figure 13: Répartition des patients selon le degré de satisfaction du patient et/ou des accompagnants sur le service reçu au cours de l'hospitalisation sur une échelle de satisfaction de 1 à 10, 55,8% des patients avaient un degré de satisfaction de 8/10. Le degré de satisfaction moyen était de 7,10/10.

IV.2.9 Qualité des relations avec le personnel soignant

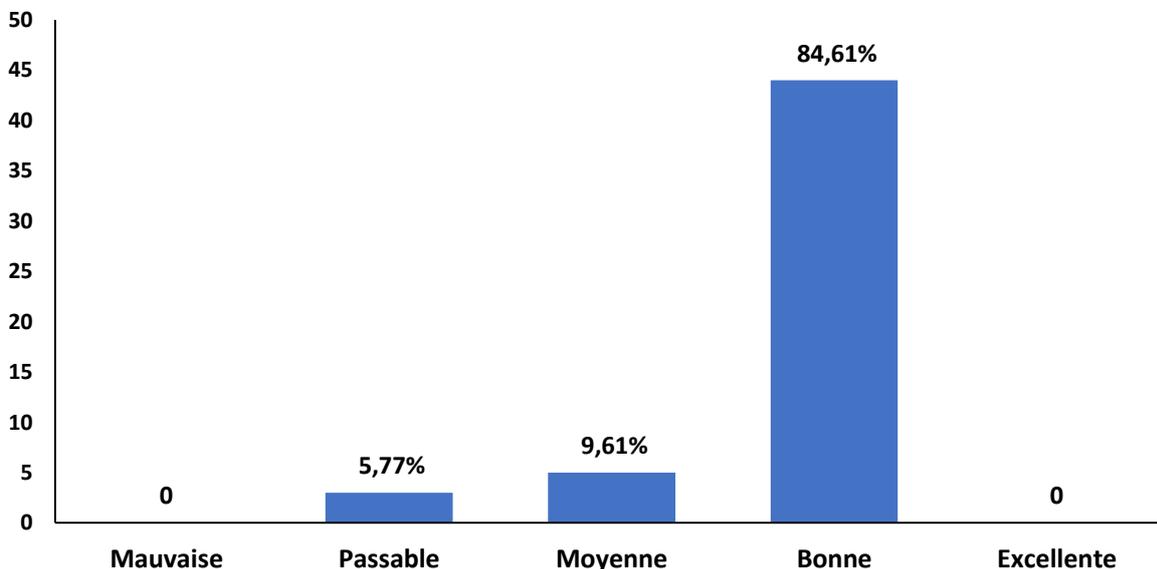


Figure 14: Répartition des patients selon la qualité des relations du patient et/ou des accompagnants avec le personnel soignant au cours de l'hospitalisation

Plus de la moitié des patients ou accompagnants soit 84,61% estimait avoir une bonne relation avec le personnel soignant au cours de l'hospitalisation.

IV.2.10 Nombre de jours d'hospitalisation

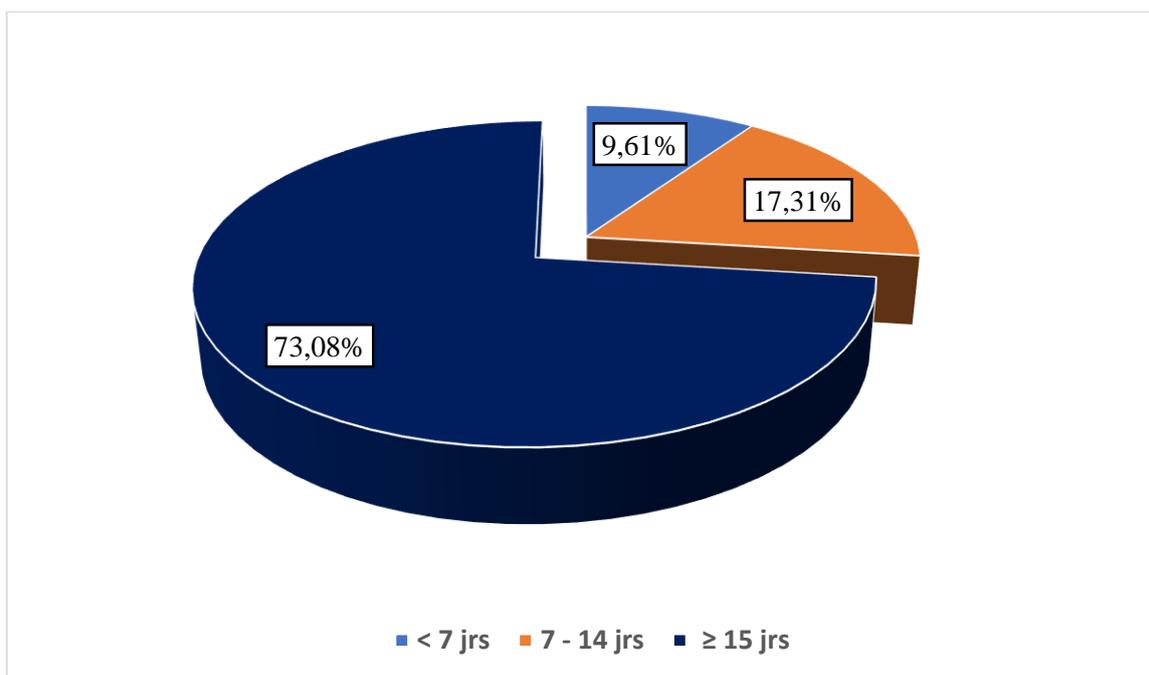


Figure 15: Répartition des patients selon le nombre de jours d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation était dans 73,08% des cas de plus de 14 jours.

IV.2.11 État clinique du patient à la Sortie

N = 17

NB : L'état clinique à la sortie (Score de Glasgow, fonctions vitales, Indice de Karnofsky), n'était pas mentionné dans les dossiers des patients SCAM et SSAM enregistrés en rétrospective.

IV.2.11.1 Conscience

Tableau XII : Répartition des patients selon le score de Glasgow au moment de la sortie

Score de Glasgow	Effectifs	Pourcentage (%)
15/15	16	94,12
14/15	1	5,88
Total	17	100

Sur les 17 patients enregistrés en prospective, 94,12% avaient un score de Glasgow à 15/15 au moment de la sortie.

IV.2.11.2 Fonctions vitales

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'état des fonctions vitales au moment de la sortie

Fonctions vitales	Effectifs	Pourcentage (%)
Stable	14	82,35
Instable	3	17,65
Total	17	100

Sur les 17 patients enregistrés en prospective, 82,35% étaient stables.

IV.2.11.3 Indice de Karnofsky

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'indice de Karnofsky au moment de la sortie

Indice de Karnofsky	Effectifs	Pourcentage (%)
60%	9	52,94
50%	7	41,18
40%	1	5,88
Total	17	100

Sur les 17 patients enregistrés en prospective, 52,94% avaient un indice de Karnofsky à 60% ; 41,18% avaient un Karnofsky à 50% et 5,88% avec un Karnofsky à 40%.

IV.2.12 Réadmission

Tableau XV : Répartition des patients selon la réadmission

Réadmission	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	47	90,38%
Oui	5	9,62%
Total	52	100%

Parmi les patients SCAM/SSAM, le taux de réadmission était de 9,62%.

IV.2.12.1 Motif de réadmission

Tableau XVI : Répartition des patients selon le motif de réadmission

Motif de réadmission	Effectifs	Pourcentage (%)
Altération de la conscience	2	40
AEG	2	40
Agitation	1	20
Total	5	100

Le motif de réadmission était l'altération de la conscience et l'altération de l'état général dans 40% des cas.

IV.2.12.2 Diagnostic de réadmission

Tableau XVII : Répartition des patients selon le diagnostic de réadmission

Diagnostic de réadmission	Effectifs	Pourcentage (%)
Toxoplasmose cérébrale	3	60
Cryptococcose Neuro-méningée	1	20
Tuberculose pulmonaire	1	20
Total	5	100

La toxoplasmose cérébrale était le diagnostic de réadmission le plus fréquent dans 60% des cas.

IV.3 Résultats analytiques

IV.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et sortie

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques et la sortie

Facteurs	Sortie		Total N (%)	P
	SCAM N (%)	SSAM N (%)		
Âge				
[18 – 30[9 (17,3%)	2 (3,8%)	11 (21,2%)	0,149
[30 – 45[22 (42,3%)	4 (7,7%)	26 (50%)	
[45- 60]	13 (25%)	0 (0,0%)	13 (25%)	
> 60	1 (1,9%)	1 (1,9%)	2 (3,8%)	
Sexe				
Féminin	31 (59,6%)	4 (7,7%)	35 (67,3%)	0,670
Masculin	14 (26,9%)	3 (5,8%)	17 (32,7%)	
Profession				
Secteur formel	2 (3,8%)	0 (0,0%)	2 (3,8%)	0,044
Secteur informel	43 (82,7%)	7 (13,5%)	50 (96,2%)	
Niveau d'instruction				
Scolarisé(e)	13 (25%)	3 (5,8%)	16 (30,8%)	0,036
Non scolarisé(e)	32 (61,5%)	4 (7,7%)	36 (69,2%)	
Résidence				
Urbaine	40 (76,9%)	7 (13,5%)	47 (90,4%)	0,217
Rurale	5 (9,6%)	0 (0,0%)	5 (9,6%)	

La profession ($p=0,044$) et le niveau d'instruction ($p=0,036$) sont significativement associés à la sortie.

IV.3.2 Initiateur de la sortie, durée d'hospitalisation, séjour antérieur et sortie

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'initiateur de la sortie, la durée d'hospitalisation, le séjour antérieur et la sortie

Facteurs	Sortie		Total N (%)	P
	SCAM N (%)	SSAM N (%)		
Initiateur de la sortie				
Parent	37 (71,2%)	6 (11,5%)	43 (82,7%)	0,817
Patient	8 (15,4%)	1 (1,9%)	9 (17,3%)	
Durée d'hospitalisation				
< 7 jrs	4 (7,7%)	1 (1,9%)	5 (9,6%)	0,037
7 – 14 jrs	7 (13,5%)	2 (3,8%)	9 (17,3%)	
≥15 jrs	34 (65,4%)	4 (7,7%)	38 (73,1%)	
Séjour antérieur				
Admission directe au SMIT	5 (9,6%)	1 (1,9%)	6 (11,5%)	0,029
1 Service ou centre de santé avant le SMIT	26 (50%)	2 (3,8%)	28 (53,8%)	
2 Services ou centres de santé avant le SMIT	14 (26,9%)	4 (7,7%)	18 (34,6%)	

La durée d'hospitalisation (p=0,037) et le séjour antérieur (p=0,029) sont significativement associés à la sortie.

IV.3.3 Profession et motif de sortie

Tableau XX: Répartition des patients selon la profession et le motif de sortie

Profession	Motif de sortie contre avis médical ou sans avis médical					Total
	Impératif professionnel	Non amélioration de l'état de santé	Défaut de ressources financières	Traitement trop long	Insatisfactions vis-à-vis de la prise en charge	
Secteur formel	1(50%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(50%)	2(3,85%)
Secteur informel	0(0,0%)	2(4%)	47(94%)	1(2%)	0(0,0%)	50(96,15%)
Total	1(1,92%)	2(3,85%)	47(90,38%)	1(1,92%)	1(1,92%)	52(100%)

Avec un test exact de Fisher = 3,45 ; ddl = 4 ; un p = 0,018. Il y'a une relation significative entre la profession et le motif de sortie.

DISCUSSION

V. LA DISCUSSION

V.1 Les limites de l'étude

Le but de notre travail était d'étudier les sorties contre et sans avis médical des patients hospitalisés au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G. Pour cela, nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique à collecte rétro-prospective allant du 14 octobre 2020 au 15 avril 2023 soit sur une période de 2 ans et demi (30 mois).

Au cours de notre travail nous avons rencontré quelques difficultés mais qui n'ont pas été un frein à l'atteinte de nos objectifs :

- Le caractère rétrospectif de notre étude (certains patients et accompagnants injoignables téléphoniquement, certains patients et accompagnants ne se rappelant plus toutes les informations relatives à leur séjour dans le service, patients décédés).

V.2 La fréquence

Au cours de notre période d'étude, sur 843 patients admis au service des maladies infectieuses, nous avons enregistré 45 cas de sorties contre avis médical (décharges) et 07 cas de sorties sans avis médical (évasions) qui répondaient à nos critères d'inclusion. Ce qui représentait 6,17% des patients hospitalisés durant notre période d'étude. Cette fréquence est légèrement supérieure à celle de Sangaré au Mali en 2020 (5,8%) [7]. Aux États-Unis, 2,7% quitteraient chaque année les services d'urgences contre l'avis du médecin [34]. Cette proportion était de 1,3% dans un audit canadien [1] et de 7,2% dans l'étude de Fadare et al, effectuée au Nigéria en 2013 [35].

Les sorties contre ou sans avis médical sont une réalité dans le milieu hospitalier et touchent tous les pays quel que soit le niveau de développement du système sanitaire même si les différentes proportions observées laissent penser qu'elles sont plus fréquentes dans les pays en développement.

La différence entre les prévalences observées entre les pays développés et les pays en développement pourrait provenir de la différence des raisons qui motivent le refus de soins ; en effet dans les pays développés, la non satisfaction aux soins fait partie des principales causes de sortie alors que pour les pays en développement, le problème pécuniaire constitue souvent la raison principale, expliquant la prévalence plus élevée [35,36].

V.3 Les caractéristiques socio-démographiques

V.3.1 L'âge

L'âge moyen de nos patients était de $38,35 \pm 11,97$ ans avec des extrêmes 18 et 63 ans. Dans notre étude, nous avons constaté que les sorties contre ou sans avis médical survenait surtout chez les patients âgés entre 30 et 45 ans avec une proportion de 42,31% des cas. L'âge moyen des patients était de $30,58 \pm 16,35$ ans, dans l'étude de Sangaré au Mali [7], $31,1 \pm 18,9$ ans dans celle de Ramanganavalona à Madagascar en 2014 [37], et de $36,5 \pm 15,3$ ans dans l'étude de Youssef et al, en Arabie Saoudite en 2012 [38]. Plusieurs études ont démontré que l'âge jeune faisait partie des facteurs fréquemment associés au refus de soins et à la sortie contre ou sans avis médical [1,38].

V.3.2 Le sexe

La majorité des patients était de sexe féminin dans 67,3% des cas. Contrairement à notre étude, Sangaré au Mali et Ramanganavalona à Madagascar ont retrouvés une prédominance masculine dans leurs études avec respectivement 79,5% [7] et 62% [37].

La différence de genre observée dans ces études peut s'expliquer par le fait que le cadre de notre étude étant le service des maladies infectieuses, la majorité de nos patients étaient séropositifs au VIH (96,15%) et les femmes, de par la constitution anatomique de leur organe génital, sont les plus exposées à l'infection par le VIH comme le témoigne la littérature [39], d'où la prédominance féminine retrouvée dans notre étude. Alors que le cadre d'étude de Sangaré et Ramanganavalona était le service des urgences, la prédominance masculine observée dans leur études provient notamment de la fréquence plus élevée de traumatisme chez le genre masculin à l'origine d'une admission aux urgences plus fréquente par rapport au genre féminin [40,41].

V.3.3 La profession

Dans notre étude, les ménagères et les travailleurs du secteur informel étaient prédominants avec respectivement 55,8% et 36,6% ; Tout comme dans l'étude de Ramanganavalona à Madagascar les travailleurs du secteur informel et les ménagères prédominaient avec respectivement 26,8% et 21,3% [37]. Les groupes des artisans et des commerçants étaient les plus représentés dans l'étude de Hodonou et al au Benin en 2017, avec 44,29% [5]. Dans l'étude de Noohi et al, en Iran en 2013, la moitié des personnes qui ont effectués une décharge était chômeur [42].

La profession était associée à la sortie dans notre étude ($p=0,044$). Dans la littérature, le chômage et l'absence de profession stable étaient associés à plus de risque de refus de soins et de sortie contre ou sans avis médical essentiellement dû au défaut pécuniaire qui s'y associe souvent [42].

V.3.4 Le niveau d'instruction

Dans notre étude 69,2% des patients étaient non scolarisés ; il en était de même dans l'étude de Sanogo au Mali avec 40,8% de patients non scolarisés [43]. Le niveau d'instruction bas des patients dominait dans les études de Sangaré et Ramanganavalona, avec respectivement 70% [7] et 42,5% [37]. Dans l'étude de Karimi et al, en Iran en 2014, 45,5% des malades étaient illettrés ou étaient de niveau primaire [44]. Le niveau d'instruction était significativement lié à la sortie dans notre étude ($p = 0,036$). Dans la littérature, un niveau d'instruction bas exposerait à un défaut de compréhension optimale des informations fournies par les soignants, une mauvaise appréciation des risques encourus et un recours plus facile aux sorties contre ou sans avis médical [44,45].

V.3.5 L'ethnie et la nationalité

Dans notre étude, la majorité des patients était de nationalité malienne soit 92,3% ; l'ethnie Bambara était la plus représentée avec 55,8%. Il en était de même dans l'étude de Sangaré ou l'ethnie Bambara et la nationalité malienne prédominaient avec respectivement 41,4% et 97,6% [7]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le Bambara est l'ethnie prédominante au Mali.

Les revues de littérature concernant ce problème n'ont pas trouvé de rapport significatif entre l'ethnie, la nationalité et les sorties contre ou sans avis médical en compilant les articles disponibles [46] ; cependant quelques études montraient une proportion plus importante de sorties chez certaines catégories de patients, comme les noirs américains qui représentaient 87,4% des patients sorties sans soins de l'hôpital dans une étude américaine en 2012 [36] ou les aborigènes qui prédominaient dans un audit australien [47].

Dans ces cas, les refus de soins provenaient surtout d'un problème pécuniaire, plus fréquent chez ces groupes de patients ; ou d'une insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge proposée [36].

V.4 Le motif d'admission

L'altération de l'état général et la toux étaient les motifs d'admission les plus rencontrés dans notre étude avec respectivement 84,62% et 49,06%.

Les AVP étaient le motif principal des admissions dans l'étude de Sangaré et de Hodonou et al avec respectivement 87,9% [7] et 87,5% [5]. Selon l'étude de Mabilia et al en 2011, au Congo Brazzaville en milieu pédiatrique, le motif était dominé par les troubles digestifs avec 27,1% [3].

V.5 Le diagnostic

La pneumopathie bactérienne non tuberculeuse était la pathologie la plus diagnostiquée dans notre étude avec 63,46%. Les fractures des membres étaient les plus diagnostiquées dans l'étude de Sangaré et de Ramanganavalona avec respectivement 86,2% [7] et 57,4% [37]. Les différences de diagnostic observées pourraient s'expliquer par les cadres d'études différents ; en effet, les études de Sangaré et de Ramanganavalona ont été menées aux urgences où les diagnostics de fractures des membres sont plus fréquentes du fait de la fréquence élevée des AVP comme motif d'admission dans ces services.

V.6 La durée d'hospitalisation et le séjour antérieur

Dans notre étude, la durée d'hospitalisation était dans 73,08% des cas de plus de 14 jours ; La majorité des patients (88,4%) avait séjourné dans au moins un service ou centre de santé avant l'admission. Dans l'étude de Nagalo et al effectuée au Burkina Faso en 2017, 69% des patients sortis contre et sans avis médical étaient déjà passés dans au moins une structure de santé avant l'admission [2]. La durée d'hospitalisation dans notre étude ($p = 0,037$), ainsi que le séjour antérieur ($p = 0,029$) étaient significativement liées à la sortie ; En effet la notion de séjour antérieur avait certainement fait engager des frais aux patients réduisant ainsi leurs finances avant l'admission dans le service, ce qui expliquerait leur sortie prématurée.

V.7 Le motif de Sortie

Dans notre étude le motif de sortie le plus fréquent était le défaut de ressource financière avec 90% ; il en était de même dans l'étude de Haidara et al en 2021, et de Sanogo au Mali en 2011 où le défaut de ressources financières était le principal motif de décharges et d'évasions avec respectivement 85% [9] et 76% [43]. Le problème financier (62%) et l'influence familiale (22,2%) étaient les principales causes justifiant le refus de soins des malades dans l'étude de Ramanganavalona à Madagascar [37]. La préférence du traitement traditionnel (77,4%) et le défaut financier (12,3%) étaient les motifs les plus rencontrés dans l'étude de Sangaré [7].

Dans une série nigérienne, le défaut financier fut à l'origine de la sortie de 38% des malades. La même tendance a été observée dans l'étude de Ikefuna et al, à Enugu en 2002 [48].

De leur côté, Yeye et al avaient noté que 44,4% des patients avaient quitté l'hôpital sous la pression familiale [49].

En effet, dans les pays en développement et dans les pays où les frais de soins sont pris en charge par les malades, la difficulté financière est fréquemment observée en première ligne des causes de sortie des patients. En effet la pauvreté est encore élevée dans ces pays, contrastant avec la cherté du coût de soins et le faible taux de population ayant une assurance maladie [50].

V.8 L'initiateur de la Sortie

Dans notre étude, l'initiateur de la sortie était le plus souvent un parent (tuteur, père/mère, frère/sœur, conjoint/conjointe, fils/fille) dans 82,7% des cas ; le patient lui-même ne décidait de sa sortie que dans 17,3% des cas.

Il en était de même dans l'étude de Sangaré où les initiateurs de sortie étaient dominés par les parents de sexe masculin (les pères) dans 43,5% des cas ; le patient, lui-même n'initiant que dans 29,7% des cas [7]. Dans l'étude de Haidara et al , un parent était responsable de la décision de sortie dans 97% des cas et le patient lui-même dans seulement 3% des cas [9].

Dans la littérature, la décision de la sortie n'est prise par le patient lui-même que dans moins d'un cas sur trois, un parent de sexe masculin étant le décideur dans plus d'un cas sur deux.

Le poids de la famille semble encore jouer un rôle important. Le parent décideur de la sortie étant celui qui a une position de responsable dans la famille [5].

V.9 La réadmission

Notre étude a recensé 9,62% de réadmission des patients après leur sortie contre ou sans avis médical. Dans une étude canadienne, on notait 35% de réadmission au service d'urgence dans les 7 jours et 24% de réadmission en soins de courte durée dans les 30 jours pour toutes causes confondues [1]. D'après Yong et al, le risque relatif de réadmission de ces patients serait de 2,36 dans les sept jours, 1,66 dans les 28 jours et de 1,31 en un an de leur sortie [47].

Selon la littérature, en absence de soins optimaux, une aggravation de la pathologie initiale du patient est fortement probable. Comparés aux patients sortis d'une manière conventionnelle, les patients sortis contre ou sans avis médical auraient 20 à 40% de taux de réadmission en plus [44].

En effet, la sortie prématurée du patient et le manque de suivi l'exposent à un surcroît de morbidité et de mortalité, avec une augmentation du risque de réadmission hospitalière, de durée de séjour prolongée et d'un surcoût de traitement secondaire à sa réadmission [40].



**CONCLUSION
&
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION

Les sorties contre et sans avis médical constituent un phénomène qui prend de l'ampleur dans nos structures sanitaires (6,17% dans notre étude). Elles constituent une réalité dans le milieu hospitalier et touchent tous les pays quel que soit le niveau de développement du système sanitaire même si les différentes proportions observées laissent penser qu'elles sont plus fréquentes dans les pays en développement.

La profession, le niveau d'instruction, la durée d'hospitalisation constituent des facteurs fréquemment associés aux sorties contre et sans avis médical.

En effet, la sortie prématurée du patient et le manque de suivi l'exposent à un surcroît de morbidité et de mortalité, avec une augmentation du risque de réadmission hospitalière, de durée de séjour prolongée et d'un coût élevé de traitement secondaire à sa réadmission.

L'amélioration des conditions d'hospitalisation dans nos hôpitaux, du niveau socio-économique, et la mise en place d'une sécurité sociale nationale contribueraient à la réduction de ces phénomènes.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

❖ **Aux autorités sanitaires et politiques**

- Amortir les coûts de prise en charge par la promotion des mutuelles et assurances
- Faciliter les critères d'obtention de l'aide sociale (RAMED)
- Améliorer l'éducation sanitaire et le niveau d'instruction de la population à travers les réunions, les affiches, les médias
- Promouvoir le développement socio-économique des populations

❖ **Aux personnels médicaux**

- Réduire autant que possible le séjour des malades
- Proposer des solutions thérapeutiques efficaces les moins chères
- Informer sur le surcoût secondaire à la réadmission
- Remplir correctement et complètement les dossiers

❖ **A la population générale**

- Avoir la patience pendant la durée de séjour
- Adhérer aux mutuelles de santé et aux assurances afin d'amoindrir les coûts des soins



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut canadien d'information sur la santé. Caractéristiques des sorties de l'hôpital contre l'avis médical [Internet]. 2013 [cité 05 sept 2023]. Disponible sur: https://nanopdf.com/download/caracteristiques-des-sorties-de-lhopital-contre-lavis-medical_pdf
2. Nagalo K, Sawadogo JM, Daoumba S, Ouédraogo A, Dao L, Savadogo H, et al. Exit without or against medical advice at the Ouagadougou CHUP-CDG and the associated factors (Burkina Faso). *Burkina Méd.* 2017;021(2):75-86.
3. Mabilia Babela JR, Nika E, Ikobo LC, Louaka C, Mouko A, Cardorelle A, et al. Les sorties contre avis médical en pédiatrie au CHU de Brazzaville (Congo). *Bull Soc Pathol Exot - BULL SOC PATHOL EXOT.* 2011;104(5):331-5.
4. Wahab AMA, Chaibou B, Habibou DM, Seyni ZA, Badio SS. Quelle est la proportion de sortie contre avis médical liée aux pratiques traditionnelles parmi les patients admis aux urgences traumatologiques d'un hôpital sahélien ? *Rev Chir Orthopédique Traumatol.* 2020;106(4):434-7.
5. Hodonou M, Allodé S, Tamou S, Moumouni M, Fatigba O, Ossé M, et al. Sortie Contre Avis Medical Des Victimes Des Fractures De Membres Au Centre Hospitalier Universitaire Departemental (Chud) Du BorgouAlibori Au Nord Est Du Benin. *World Wide J Multidiscip Res Dev.* 2017; 3(12):466-9.
6. Ambasta A, Santana M, Ghali WA, Tang K. Discharge against medical advice: 'deviant' behaviour or a health system quality gap? *BMJ Qual Saf.* 2020; 29(4):348-52.
7. Sangaré S. Sortie contre avis médical au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré [Thèse]. *Médecine: Bamako;* 2020. 97p.
8. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. *PloS One.* 2011;6(9):e24459.
9. Haidara DBS, Cissouma A, Traore T, Traore M, Mariko ML, Toure L, et al. abandon aux soins à l'hôpital de Sikasso en 2021: cas des services de Pédiatrie et de Médecine. *Jaccr Afr.* 2022;6(1):312-7.

10. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2002;167(6):633-7.
11. Alfandre DJ. « I'm going home »: discharges against medical advice. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(3):255-60.
12. Nations Unies. Impact du VIH/SIDA sur l'éducation et la pauvreté | Nations Unies [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/chronicle/article/impact-du-vihsida-sur-leducation-et-la-pauvrete>
13. Ministère de la santé et du développement social. Normes et Protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA. 2022.
14. Lekani GT. Facteurs favorisant les sorties contre avis médical aux urgences [Thèse]. Médecine: Yaoundé; 2017. 73p.
15. Ministère de la santé et du développement social. Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière [Internet]. Disponible sur: http://www.cnom.sante.gov.ml/docs/Loi%2002-050_Loi_hospitaliere_Journal_Officiel.pdf
- 16- Laude A. Le droit à l'information du malade. *Trib Santé.* 2005;4(9):43-51.
- 17- Mantz JM, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Acad Natle Méd.* 2006; 190(9):1999-2011.
- 18- Ministère de la santé et du développement social. Arrêté n° 08-2716 / MS-SG du 6 octobre 2008 Portant charte du malade dans les établissements hospitaliers au Mali.
- 19- Cosnier J. La communication non verbale et langage. *Psychol Med.* 1977;9(11):2033-49.
- 20- Philippe M. Le consentement. In: Philosophie et éthique en travail social. Maloine. Paris: Maloine; 2013. p. 55-61.
- 21- Claudine BE. Le consentement médical en droit français. *Laennec.* 2011; 59(4):15-23.
- 22- Mrozovski JM, Guerriaud M. le pharmacien et le consentement éclairé. *Actual Pharm.* 2021; 60(609) : 57-8.
- 23- République du Mali. Loi no. 87-31-ANRM du 29 août 1987 fixant le régime général des obligations. Bamako, Mali: Ministère de la Justice; 1987. 71 p.

- 24- WHO. Loi no.2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants (Law no.2007-023 of 20 August 2007 on the rights and protection of children) [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://extranet.who.int/mindbank/item/2288>
- 25- Ordre des Médecin du Mali. Code de déontologie médicale du Mali [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: http://www.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&view=article&id=47:code-de-deontologie-medicale-du-mali&catid=9:le-code-deontologie&Itemid=10
- 26- Didier C. Gestion du patient difficile - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/gestion-du-patient-difficile>
- 27- Hudry M. Les sorties « contre avis médical » et « à l'insu du service » [Internet]. <https://www.relyens.eu/fr>. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.relyens.eu/fr/newsroom/blog/les-sorties-contre-avis-medical-et-a-linsu-du-service>
- 28- Knopf A, Kartz P. Le refus de soins [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Le-refus-de-soins-2-2>
- 29- Hum P, Boury D, Danel T, Demailly L, Dujardin V, Ethuin C, et al. Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement. *Éthique Santé*. 2015;12(1):56-63.
- 30- Baranger D, Sicot C. Le refus de soins dans les services d'urgence. *Réanimation*. 2005;14(8):751-3.
- 31- Floquet D. Manifestations et causes du refus de soins. *Rev Infirm*. 2020;6824(258):1-56.
- 32- Daver C. Le refus de soins : une information spécifiquement adaptée par les praticiens. *Hegel*. 2014;2(2):202-7.
- 33- Brissy S, Anne L, Didier T, Delevoye JP. Refus de soins et actualités sur les droits des malades : - Livre [Internet]. Presses de l'EHESP. France: Presses de l'EHESP; 2012 [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/refus-de-soins-et-actualites-sur-les-droits-des-malades/>
- 34- Ding R, Jung JJ, Kirsch TD, Levy F, McCarthy ML. Uncompleted emergency department care: patients who leave against medical advice. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2007;14(10):870-6.

- 35- Fadare J, Babatunde O, Olanrewaju T, Busari O. Discharge against medical advice: Experience from a rural Nigerian hospital. *Ann Niger Med.* 2013;7(2):60-5.
- 36- Schaefer GR, Matus H, Schumann JH, Sauter K, Vekhter B, Meltzer DO, et al. Financial responsibility of hospitalized patients who left against medical advice: medical urban legend? *J Gen Intern Med.* 2012;27(7):825-30.
- 37- Ramanganavalona SE. Refus de soins au urgences chirurgicales de Chujra [Thèse]. Médecine:Antananarivo ; 2014. 102p.
- 38- Youssef A. Factors associated with discharge against medical advice in a Saudi teaching hospital. *J Taibah Univ Med Sci.* 2012;7(1):13-8.
- 39- Barré-Sinoussi F. L'infection VIH/sida : l'histoire exemplaire d'une épidémie qui résiste. *médecine/sciences.* 2018;34(6-7):499-500.
- 40- Jimoh BM, Anthonia OC, Chinwe I, Oluwafemi A, Ganiyu A, Haroun A, et al. Prospective evaluation of cases of discharge against medical advice in Abuja, Nigeria. *Scientific World Journal.* 2015; 2015:314817.
- 41- Mohseni M, Alikhani M, Tourani S, Azami-Aghdash S, Royani S, Moradi-Joo M. Rate and Causes of Discharge against Medical Advice in Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health.* 2015;44(7):902-12.
- 42- Noohi K, Komsari S, Nakhaee N, Yazdi Feyzabadi V. Reasons for Discharge against Medical Advice: A Case Study of Emergency Departments in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2013;1(2):137-42.
- 43- Sanogo Y. Facteurs et causes des abandons de traitement et des évasions des malades à l'hôpital de Sikasso [Thèse]. Médecine : Sikasso ; 2011. 49p.
- 44- Karimi SAP, Saravi BM, Farahabbadi EB, Zamanfar D, Fallah M, Abokheily MA. Studying the rate and causes of discharge against medical advice in hospitals affiliated to mazandaran university of medical sciences. *Mater Socio Med .* 2014;26(3):203-7.
- 45- Detroit East Medical Control Authority. Refusal of Care; Adult and Minor. [Internet]. 2017. Disponible sur: https://demca.org/wp-content/uploads/REFUSAL-OF-CARE_-ADULT-AND-MINOR.pdf

- 46- Blondell RD, Amadasu A, Servoss TJ, Smith SJ. Differences among those who complete and fail to complete inpatient detoxification. *J Addict Dis.* 2006;25(1):95-104.
- 47- Yong TY, Fok JS, Hakendorf P, Ben-Tovim D, Thompson CH, Li JY. Characteristics and outcomes of discharges against medical advice among hospitalised patients. *Intern Med J.* 2013;43(7):798-802.
- 48- Ikefuna A, Emodi IJ. Une évaluation des facteurs influençant les rejets hospitaliers contre les conseils médicaux des patients pédiatriques en Enugu: un examen de 67 cas. *J Nig Pédiatr.* 2002;29:1-4.
- 49- Yeye H. Les acquis et les limites de la médecine traditionnelle en matière de prise en charge des fractures de membres dans le District Sanitaire de Ouahigouya. Ouagadougou (Burkina Faso): ENSP; 2005 p. 96.
- 50- Demography Statistics for Africa (DEMOSTAF). Madagascar - Enquête périodique auprès des ménages (2010) [Internet]. 2010 [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://demostaf.web.ined.fr/index.php/catalog/164>



ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

N° :..... ;

Unité : 1-AB:/...../ ; 2-C:/... /

Mode de sortie : 1-SCAM (décharge) / / ; 2-SSAM (évasion) / /

Identité

Age :.....ans ; Sexe : (1-masculin ; 2-féminin) ; profession :.....

Résidence :..... 1=urbaine 2= rurale ; Tel :

Niveau d'instruction :..... 1-non scolarisé(e) ; 2. Scolarisé(é) ; 3. Primaire ; 4. Secondaire ; 5. Supérieur

Statut matrimonial :..... 1. Marié(e) ; 2. Divorcé(e) ; 3. Célibataire ; 4. Veuf (ve)

Nationalité :..... 1. malienne ; 2. Autre..... ; Ethnie :

Date d'entrée :... /... / : Date de sortie :...../...../..... ;

Nombre jours d'hospitalisation :.....

Statut juridique du patient : (1- Majeur ; 2- Enfant mineur <18 ans)

Itinéraire du patient (provenance du patient) :

1-CSRef ; 2-Cscom ; 3-Clinique ;4-Cabinet ; 5-Autres structure de santé.....

Nombre de jours effectués dans les autres structures ou services avant l' admission au SMIT :.....jours

Motif d'admission :

1- Altération de la conscience/.../ ; 2- AEG/.../ ; 3- Dyspnée/.../ ; 4- Toux/.../ ; 5- Agitation/.../ ; 6- Diarrhée/.../ ; 7- Hémiplégie/.../ ; 8-Vomissements/.../ ; 9- Fièvre /.../ ; 10-Convulsions/.../ ; 11-Céphalées/.../ ; 12- Aphasie/.../ ; 13-TID au VIH/.../ ; 14- Autre à préciser :.....

Examen paraclinique réalisés :

Imagerie médicale :..... 1-Rx ; 2-TDM ; 3-échographie ; 4-IRM ;5- Autre:.....

Examens biologique réalisés : 1- ECBU/.../ ; 2-Hémoculture/.../ ; 3- ECBC du LCS/.../ ; 4-Transaminases/.../ ; 5- NFS/.../ ; 6- Glycémie/.../ ; 7- Ionogramme sanguin complet /.../ ; 8- Créatininémie /.../ ; 9- Groupage rhésus/.../ ; 10-GE/.../ ; 11-Marqueurs hépatite B/.../ ; 12-sérologie hépatite C/.../ ;13- Autres :.....

Nombre d'examens paracliniques réalisés :

Estimation du couts des examens paracliniques réalisée :FCFA

Pathologies diagnostiquées :

1..... ; 2.....
 3..... ; 4.....
 5..... ; 6

Nombre de pathologies traitées :.....

Traitement reçu :

Molécules	Couts estimé (FCFA)	Molécules	Couts estimé (FCFA)
Total estimé :			

Motif de Sortie :

1-impératif professionnel ou familial ; 2-non amélioration de l'état de santé ; 3-guérison supposée; 4-défaut de ressource financière ; 5-préférence du traitement en ambulatoire ; 6-Insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge ; 7-préfère autre centre de santé ; 8- Traitement trop long ; 9-autre motif :.....

Initiateur de la Sortie:.....

1-patient lui-même ; 2-tuteur ; 3-père ou mère ; 4- Frère ou sœur ; 5-conjoint(e) ;
 6-autre à préciser:.....

Dépenses financières estimées par le patient ou les accompagnants au cours de l'hospitalisation :

Degré de satisfaction du patient et/ou des accompagnants sur le service reçu au cours de l'hospitalisation (Sur une échelle de 1 à 10) :/10

Qualité des relations avec le personnel soignant.....

1-Mauvaise ; 2-Passable ; 3- Moyenne ; 4- Bonne ; 5- Excellente

Etat clinique à la sortie :

Score de Glasgow..... /15 ; Hémodynamique: (1=stable ; 2=instable) ;
 Respiration : ; 1-eupnéique ; 2-dyspnéique ; Indice de Karnofsky :.....

Réadmission après SCAM ou SSAM:.... ; 1- Oui ; 2- Non ; si oui

Motif de réadmission

Diagnostic de réadmission :

Pour les évasions (SSAM) :

Est-ce que le patient ou accompagnants ont manifesté un désir de partir ?..... ;1- Oui ;2- Non ; Si Oui combien de fois :

Est-ce que la décision d'exeat du patient avait été prise avant l'évasion : 1- Oui ; 2-Non

Exemple de fiche de décharge (SCAM) au SMIT/ CHU-Point G

Attestation de décharge

Nous sous signons Dr :.....

Attestons que le (la) patient (e) :.....

Agé (e) de :..... ; Profession :..... ;Ethnie :.....

Originaire de :.....

Domicilié à :.....

Motif d'admission :.....

Date d'admission :.....

Demande la sortie contre avis médical

Nous fournissons la présente décharge pour servir et valoir ce que de droit

Etabli ce jour :.....

Le patient :..... ; Le parent :..... ; Le major :.....

Médecin traitant

Fiche signalétique

Nom: NGUEKING DJUKEM

Prénom: Alida

Numéro de téléphone : 00223 98 83 55 57

Email : alidasorrelle@gmail.com

Titre de la thèse : Sorties contre et sans avis médical des patients hospitalisés au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Cameroun

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Secteur d'intérêt : Infectiologie ; Santé publique

RESUME

Introduction : La problématique des sorties contre ou sans avis médical touche tous les pays du monde selon les proportions variables et tout les secteurs de la médecine sont concernés. C'est au regard de cela que nous avons initié cette étude dont l'objectif était d'étudier les sorties contre et sans avis médical des patients hospitalisés au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU Point G.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à collecte rétro prospective allant du 14 octobre 2020 au 15 avril 2023 soit sur une période de 2 ans et demi (30 mois).

Résultats : Sur 843 patients admis au service des maladies infectieuses, nous avons enregistré 45 cas de sorties contre avis médical (décharges) et 07 cas de sorties sans avis médical (évasions) ce qui représentait 6,17% des patients hospitalisés durant notre période d'étude. L'âge moyen de nos patients était de $38,35 \pm 11,97$ ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans. En ce qui concerne la profession, les ménagères et les travailleurs du secteur informel étaient prédominants avec respectivement 55,8% et 36,6%. Les patients étaient non scolarisés dans 69,2% des cas.

Le sexe féminin était prédominant (67,3%). Les motifs de Sortie étaient dominés par les défauts de ressources financières (90%). L'initiateur de la sortie était le plus souvent un parent dans 82,7% des cas ; le patient lui-même ne décidait de sa sortie que dans 17,3% des cas. Le taux de réadmission était de 9,6%. Il y'avait une relation significative entre la sortie et : le niveau d'instruction ($p=0,036$), le séjour antérieur ($p=0,029$), la profession ($p=0,044$), la durée d'hospitalisation ($p=0,037$).

Conclusion : Les sorties contre et sans avis médical demeurent une réalité au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G. L'amélioration du niveau socio-économique, la promotion des mutuelles et assurances contribuerait à la réduction de ces phénomènes.

Mots clés : Sorties contre et sans avis médical, Maladies infectieuses, CHU Point G

DESCRIPTION SHEET

Last name : NGUEKING DJUKEM

First name : Alida

Email : alidasorrelle@gmail.com

Thesis title : Discharges against and without medical advice of patients hospitalized in the service of infectious and tropical diseases at CHU Point G

Academic year: 2021-2022

City of submission : Bamako

Country of origin : Cameroon

Place of registration : Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako

Research sectors : Infectiology ; Public health

Abstract

Introduction : the problem of discharge against or without medical advice affects all countries of the world according to varying proportions and all sectors of medicine are concerned. It is with this in mind that we initiated this study, the objective of which was to study the discharge against and without medical advice of hospitalized patients in the infectious and tropical diseases department of the Point G hospital.

Methodology : It was a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective retrospective collection ranging from October 14, 2020 to April 15, i.e. a period of 2 and a half years (30 months).

Results : out of 843 patients admitted to the infectious diseases department, we recorded 45 cases of discharge against medical advice (discharges) and 07 cases of discharge without medical advice (escapes) which represented 6,17% of hospitalized patients during our study period. The average age of our patients was $38,35 \pm 11,97$ years with extremes of 18 and 63 years. In terms of occupation, housewives and workers in the informal sector predominated with 55,8% and 36,6% respectively. The patients were out of school in 69,2% of the cases. The female sex was predominant (67,3%). The reasons for leaving were dominated by the lack of financial resources (90%). The initiator of the discharge was most often a parent in 82,7% of the cases ; the patient himself decided on his discharge only in 17,3% of the cases.

The readmission rate was 9,6%. There was a significant relationship between discharge and : level of education ($p=0,036$), previous stay ($p=0,029$), profession ($p=0,044$), length of hospitalization ($p=0,037$).

Conclusion : discharge against or without medical advice remains a reality at the infectious and tropical diseases department of the Point G University Hospital. Improving the socio-economic level, the promotion of mutual and insurance companies would contribute to the reduction of these phenomena.

Keywords : Discharges against and without medical advice , Infectious diseases, CHU Point G.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ces éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Je le jure !!!