



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

Thèse

FACTEURS ET CAUSES DES ABANDONS DU TRAITEMENT ET DES EVASIONS DES MALADES A L'OPITAL DE SIKASSO

Présentée et soutenue publiquement le/...../2011
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par Mr : Youssouf SANOGO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr. Mamadou SOUNCALO TRAORE

Membre : Pr. Adama DIAWARA

CoDirecteur Dr Mamadou DOLO

Directeur: Pr. Abdoulaye AG RHALY

Dédicace :

Je dédie ce travail à Allah le tout puissant le miséricordieux et le très miséricordieux qui m'a permis de mener à bien ce travail si long et pénible et voir ce jour que j'attendais tant. Fasses que je me souviens toujours de toi en tout lieu et en toute circonstance à chaque instant du reste de ma vie.

Guide mes pas, encadre tous mes actes et fait de moi un médecin soucieux et conscient de son métier.

J'implore ton pardon et ta miséricorde mon Créateur.

A notre prophète MOHAMED Paix et salut sur lui.

REMERCIEMENTS :

Je remercie.

Mon père feu **Kapiré dit Ali Sanogo** : La combinaison des mots ne suffira jamais pour t'exprimer mon affection et mon admiration. L'amour paternel que tu as su me donner a été ma force .Le respect du prochain l'amour du travail bien fait, l'honnêteté et la rigueur sont des vertus que j'ai apprises de toi. Ce travail est le fruit de tes efforts et de ta patience. Mon souhait le plus ardent était de vous compter parmi les participants à cette cérémonie mais l'omnipotent, l'omniprésent et l'omniscient a voulu autrement. Que le tout puissant vous accorde la paix éternelle. Amen !

Mes mères : **Simba Traoré, Simba Sangaré et Sanra Traoré.**

Vous avez tant souffert pour vos enfants, vos sacrifices en notre faveur sont inestimables. Vous avez su lire sur nos visages nos préoccupations tout en proposant des solutions. Vos conseils vos encouragements et vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le fruit de votre patience, qu'il soit pour vous un réconfort pour les efforts énormes fournis.

Merci chères mamans.

Mes frères et sœurs : **Amadou, Moumine, Yacouba, Fatouma, Cheta, Chita Kadidia, Mawa, Afou, Dialia.** J'ai pu franchir toutes ces étapes grâce à vos soutiens, vos conseils et vos encouragements. Que les liens du sang fassent de nous des complices dans la vie. Qu'ALLAH nous accorde santé et longévité afin qu'ensemble nous jouissions du fruit de ce travail.

Mon oncle et ma tante : **Soungalo Sanogo et Maimouna Sanogo.**

Les mots me manquent pour vous exprimer toute mon affection et mon admiration. Vous m'avez accueilli à bras ouverts et sans distinction.

Vos conseils, votre soutien moral, affectif, matériel et financier ont été un appui inestimable dans mes résultats académiques. Ce travail est le résultat de vos efforts. Veuillez trouver ici l'expression de mon attachement et de ma sincère reconnaissance. Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité.

Mes oncles : **Kalifa dit Salif, Tionon dit Youssouf, Tiémoko, Karim dit Zié, Klénon dit Fousseny, Sayou, Kassim, Moctar.** Ce travail est le résultat de vos conseils et de vos soutiens. Que le bon Dieu vous accorde santé et longévité pour bénéficier des fruits de vos efforts.

Mes tontons et tantes : **Adama Sanogo, Sinè Sanogo, Lamissa Sanogo, Bakary Koné, Daka Sanogo, Pornon dit Baba Konaté, Oumar Diarra, Maimouna Traoré.** Ce travail est le votre, merci infiniment.

Mes grands- pères et tantes : **Zié, Fankatèguèlè, Fantènè, Sanko, Signinon N'tio dit Toumani, Mawa, Dania, Mme Sanogo Kadiatou Camara.** Que le tout puissant vous accorde la paix éternelle. Amen!

Mes frères, sœurs, cousins et cousines : **Siaka, Fatou, Mariam, Bakary, Broulaye, Boubacar, Fagnè, Youssouf, Tahirou, Modibo, Mohamed, Oumou, Aissata, Djéneba Keita, Bintou Keita, Korotoumou , Seydou, Oumar, Adama** Veuillez trouver ici l'expression de mon attachement et de ma sincère reconnaissance. Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité.

Mon premier maître de l'école fondamentale : **Adama Traoré**.

Mes maîtres de l'école fondamentale de Kafana, de Boukassoumbougou du lycée Fily Dabo Sissoko et de la FMPOS pour l'encadrement et la formation reçus.

Au docteur **Seydou Konaté** sa femme **Awa Diarra** et toute sa famille.

Les mots me manquent pour vous exprimer toute mon affection et mon admiration pour l'encadrement et la formation reçus.

Vous m'avez accueilli à bras ouverts et sans distinction. Vos conseils votre soutien moral, affectif, matériel et financier ont été un appui inestimable dans mes résultats académiques. Ce travail est le résultat de vos efforts. Veuillez trouver ici l'expression de mon attachement et de ma sincère reconnaissance. Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité.

Mes femmes : **Djata Sanogo, Acheta Sanogo, Fatoumata Coulibaly dite Fifi, Astan Ballo, Maimouna Diakité dite Mai, Djéneba Dembélé** affection, amour Compréhension, soutien, divertissement, conseils, tels sont les piliers de vos relations avec moi. Santé et longévité à vous.

Mes amis et camarades de promotion : **Tiaria, Abdoulaye Diakité, Issa Traoré Yacouba Berthé, Mamoutou Coulibaly, Sena Aly Ouedraogo, Issa Sy, Oumar Sandji, Boubacar Coulibaly** pour les bons moments passés ensemble.

Mes enfants, neveux et nièces : **Aly Kapiré dit Vieux, Rokiatou, Alimatou Modibo, Adama, Drissa dit Fankatèguèla, Maria dite Bébé, Mouna, Mohamed**. Je vous souhaite beaucoup de succès et brillant avenir tout en vous rappelant comme le disait papa paix à son âme que la paresse est l'ennemi de la liberté.

Mes collègues thésards: **Souleymane Coulibaly dit Botrio, Amara Cissé, Adama Z Diallo, Oumar Sanogo, Moussa Sanogo, Issa Sididé, Salim Dembélé, Dramane Bakayoko, Adama Coulibaly, Elie Dioma, Boubacar Diallo, Mohamed Diakité, Issa Bougoudogo** et les docteurs **Souleymane Diombana, Seybou Bagayoko, Cheick Oumar Coulibaly, Abdoulaye Théra, Modibo Doumbia, Moulaye Camara, Sékou Ouattara, Bakary Keita, Zanfon Dembélé**. Ce travail est le résultat de vos conseils et de vos soutiens. Que le bon Dieu vous accorde santé longévité et une bonne carrière médicale.

Aux docteurs : **Mahamadou Mariko, Zakaria Traoré, Aly B Diallo, Oumar Traoré, Cheick Massirou Sy, Bréhima Cissé, Bréhima Ballo, Layaes Touré Amadou Maiga, Moulaye Ouologuem, Nouhoum Diallo, Karim Sangaré, Hassane Coulibaly, Issa Nafou Ouattara, Boubacar Sanogo dit Lavoisier, Abdoulaye Sanogo, Séba Konaté, Barkomo Karambé, Soumkalo Coulibaly, Dramane Koné, Mohamed Lamine Cissé**. Veuillez trouver ici l'expression de mon attachement et de ma sincère reconnaissance pour l'encadrement et la formation reçus. Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité.

Aux familles : **Sanogo à Kérémena, Kafana, Sikasso, Bamako, Côte d'Ivoire, Gabon et France, Traoré à Kokouna, Sikasso et Bamako, Koné à**

Kérémena et Sikasso, Bamba à Kafana, Sikasso et Bamako. Ce travail est le résultat de vos conseils et de vos soutiens. Que le bon Dieu vous accorde santé et longévité pour bénéficier des fruits de vos efforts.

A tout le personnel des CSCOM de Nongon- Souala, Kafana, Finkolo Ganadougou du

Cabinet médical SABUYUMA de Niéna, Korobarrage et de l'hôpital de

Sikasso, merci pour tous les services rendus.

A la FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

A ma chère patrie, le Mali.

Que ce travail contribue à ton développement socio- sanitaire à ton épanouissement et à l'amélioration de la qualité des soins au niveau des structures sanitaires.

A l'Afrique toute entière.

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A notre maître et président du jury.

Professeur Mamadou Souncalo Traoré.

❖ Chef de DER de Santé Publique de la FMPOS.

- ❖ PhD en Epidémiologie de l'Université de Londres.
- ❖ Maître de conférences en Santé Publique.
- ❖ Premier Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux du Mali.
- ❖ Ancien Directeur National de la Santé.
- ❖ Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.

Honorable Maître,

- Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce travail.
- Homme de science réputé et admiré, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait.
- L'enseignement de qualité que nous avons bénéficié à vos côtés, vos qualités intellectuelles font de vous un modèle de maître souhaité par tous.
- Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements. Que Dieu vous accorde santé et longévité.

A notre maître et juge.

Professeur Adama Diawara.

- ❖ Spécialiste en Santé Publique.

- ❖ Maître de conférences en Santé Publique à la FMPOS.
- ❖ Ancien Chef de Division Assurance Qualité et Economie du médicament à la direction de la pharmacie et de médicaments.
- ❖ Directeur Général de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH).

Cher Maître,

- C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre du jury.
- Nous avons bénéficié de votre encadrement en santé publique.
- La rigueur dans le travail bien fait, le souci constant et permanent, votre expérience et votre compétence font de vous un maître sûr et incontestable.
- En plus de vos qualités scientifiques, nous avons apprécié vos qualités humaines et sociales.
- Veuillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude.

A notre maître et codirecteur de thèse
Docteur Mamadou Dolo.

- ❖ Directeur général de l'EPH de Sikasso.

❖ Chirurgien praticien.

❖ Expert de l'O M S de la lutte contre l'ulcère de Buruli au Mali.

Cher maître,

- C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet.
- Vous êtes toujours rester disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité.
- Votre rigueur, votre dimension sociale inestimable, vos conseils et votre sens élevé de responsabilité nous ont beaucoup impressionnés
- En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié vous avez cultivé en nous l'esprit de justice et de travail bien fait.
- Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et votre savoir-faire. Puisse, le seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.
- Veuillez trouver ici, cher maître l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Abdoulaye Ag Rhaly.

❖ Professeur Honoraire d'Endocrinologie à la FMPOS.

- ❖ Professeur en Médecine Interne.
- ❖ Ancien Directeur de L'INRSP.
- ❖ Responsable des cours d'Endocrinologie, de Sémiologie et des Pathologies Médicales à la FMPOS.
- ❖ Secrétaire permanent du comité National d'éthique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS).
- ❖ Chevalier de l'ordre International des palmes académiques du CAMES.

Honorable maître,

- C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous avez fait en nous acceptant à vos cotés et de nous confier ce travail.
- Malgré vos multiples sollicitations vous avez initié et diriger cette thèse. Nous avons été comblé par les enseignements de qualité que nous avons bénéficié à vos cotés.
- La probité, la rigueur le respect de la vie humaine, le sens social élevé le souci constant du travail bien fait et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.
- Veuillez acceptez cher maître, mes sincères remerciements. Qu'Allah le tout puissant vous accorde santé et longévité.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMA : Assistance Médicale Africaine.

AVC : Accident vasculaire cérébral.

AVP : Accident de la voie publique.

BNDA : Banque Nationale de Développement Agricole.

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CS/Réf : Centre de santé de référence.

DRSIAP: Direction Régionale de la Statistique de l'Information de l'Aménagement et de la Population.

E D S : Enquête Démographique et de Santé.

E P H : Etablissement Public Hospitalier.

H A W Y T : Huilerie Abou Woro Traoré.

I R A : Infections Respiratoires Aigues.

M A S : Malnutrition Aigue Sévère.

O M S: Organisation mondiale de la santé.

O R L: Otorhinolaryngologie.

P C I: Perte de Connaissance initiale.

S F A : Souffrance Fœtale Aigue.

S I D A: Syndrome d'immunodéficience Acquise.

S I H : Système d'Information Hospitalier.

V I H : Virus d'Immunodéficience humaine.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION-----

----3

**II-
OBJECTIFS-----**

5

III-		
GENERALITES-----		
--6		
IV-METHODOLOGIE-----		
7		
V-RESULTATS-----		
13		
VI-COMMENTAIRES		ET
DISCUSSIONS-----31		
VII-CONCLUSION		ET
RECOMMANDATIONS-----34		
VIII-REFERENCES		
BIBLIOGRAPHIQUES-----36		
IX- ANNEXES-----		
38		

I- INTRODUCTION

L'abandon du traitement par les malades peut être défini comme l'arrêt prématuré du traitement, la rupture du contrat de soins conclu entre le patient et le praticien [1].

L'évasion est le fait qu'un malade s'échappe de son lieu d'hospitalisation à l'insu du personnel soignant sans avoir réglé la facture d'hospitalisation et les frais médicaux engendrés par son séjour dans le dit centre de santé [2].

Ces évasions et abandons des malades constituent un phénomène qui prend de l'ampleur dans les hôpitaux.

Jadis les évasions étaient le fait des prisonniers ; privés de leur liberté, certains pensionnaires des prisons mettaient en place des stratégies pour se sauver des maisons d'arrêt où ils avaient été incarcérés.

Mais depuis quelques années le phénomène des évasions a aussi gagné les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les hôpitaux, même les centres de santé communautaire n'échappent pas à ce phénomène établi par les "rats" d'hôpitaux comme les appelle le personnel de santé [2].

En Côte d'Ivoire une enquête faite en 2005 a montré que le phénomène d'évasion et d'abandon a pris de l'ampleur dans les hôpitaux de la Côte d'Ivoire, aucun service n'échappe à ce fléau. La plus part de ces cas d'évasions étaient des malades hospitalisés. Selon cette même enquête il ne se passe pas de semaine sans qu'un cas d'évasion ne soit enregistré dans les CHU de Treichville et de Youpougou. Pour le premier semestre de l'année 2005 il a été enregistré 190 cas d'évasions de tout genre.

A côté de ce phénomène d'évasion s'est développé le phénomène d'abandon du traitement.

Certains patients ou parents de patients après plusieurs jours ou mois d'hospitalisation signent des décharges ou prennent des engagements avec les responsables sociaux des centres, pour se faire ils ne font pas de difficulté pour mettre en gage leurs pièces d'identité, leurs permis ou

leurs passeports dans les services sociaux des hôpitaux. Une fois leur malade libéré ils disparaissent complètement.

L'hôpital de Sikasso a enregistré dans ces derniers temps-ci une augmentation significative de cet indicateur hospitalier en nombre absolu: 98 cas d'abandon ont été enregistré en 2003, 108 cas en 2004, 189 cas en 2005 et 248 cas en 2006 d'où l'intérêt de cette étude.

QUESTIONS DE RECHERCHE

Le manque de moyens financiers est-il la principale cause d'abandon du traitement et d'évasion des malades?

L'insatisfaction des patients est-elle l'un des facteurs d'abandon du traitement et d'évasion des malades ?

II- OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les motifs des abandons de traitement et des évasions des malades à l'hôpital de Sikasso.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Identifier les différents facteurs influençant les abandons et les évasions ;
- Evaluer l'état du malade après l'évasion ou l'abandon ;
- Proposer des solutions et faire des recommandations en vue de réduire le taux d'abandon et d'évasion.

III - GENERALITES

Au Mali les différentes évaluations du programme national de lutte contre la tuberculose ont rapporté qu'environ 36% des malades étaient perdus de vue au 6^{ème} mois du traitement [1].

Une étude faite sur les causes d'abandon du traitement antituberculeux au service de pneumologie de l'hôpital du Point-G en 1992 a rapporté un taux d'abandon de 12,7% [1].

Une évaluation des hospitalisations en 2006 dans le service de médecine de l'hôpital Gabriel Touré a enregistré 22 cas d'abandon soit 2,87% et 15 cas d'évasion ce qui représentait 1,96% [13].

Au Zaïre deux études réalisées sur un traitement antituberculeux ont rapporté les résultats suivants :

L'une réalisée en 1986 signale 69% de perdus de vue à la fin du 6^{ème} mois dont 40% pendant les deux 1ers mois du traitement.

L'autre réalisée en 1989 trouve 44,2% d'abandon à la fin du 6^{ème} mois dont 34,4% au 4ème et 22% au 2ème mois de traitement. [1].

En Afrique centrale 54,8% d'abandon à la fin du 6^{ème} mois de traitement dont 32,4% au 6ème mois ont été rapportés.

Cette déperdition en cours de traitement n'est pas l'apanage des seuls pays africains.

Différentes études réalisées à travers le monde confirment ces faits avec des taux d'abandon du traitement variant de 3 à 26% [1].

En Inde méridionale 27% des tuberculeux pris en charge sont perdus de vue avant la fin du traitement dont 15% à la fin du 3^{ème} mois.

-Au Nicaragua en 1987 :16% d'abandon du traitement antituberculeux d'un régime court de 6 mois [1].

-En Corée 14% d'abandon du traitement antituberculeux en 1989 [1].

IV - METHODOLOGIE

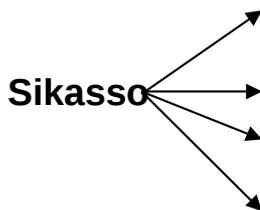
1 - CADRE D'ETUDE :

1 - 1 - SITUATION GEOGRAPHIQUE DE LA REGION DE SIKASSO

CARTE DE LA REGION DE SIKASSO



Yanfolila	297 Km
Bougouni	217 Km
Kolondiéba	210 Km
Kadiolo	112 Km
Koutiala	127 Km
Yorosso	257 Km



Sikasso encore appelé Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali.

Elle occupe le sud du territoire national. Elle est limitée au nord par la région de Ségo, au nord-ouest par la région de Koulikoro, au sud par la Côte d'ivoire et la Guinée Conakry, à l'est par le Burkina-Faso. A cause de sa situation elle est un carrefour commercial et d'échanges culturels.

D'une superficie de 71.790 Km² soit 5.8% du territoire national, la région de Sikasso compte 2.625919 habitants dont 1 296 988 d'hommes et 1 328 931 de femmes [3].

Les principales ethnies sont : Senoufo, Bambara, Minianka, Samogo, Peulh, Sarakolé.

Les principales religions sont : l'Islam, le christianisme et l'animisme.

Elle comprend deux grandes zones climatiques :

- La zone nord guinéenne, la pluviométrie y est abondante (1150-1400mm de pluie par an).

La saison des pluies est relativement longue (plus de 6 mois, d'Avril à Octobre avec environ 90 jours de pluie ; la température maximale est de 41°C).

- La zone soudanienne couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso, Kadiolo, Kolondièba, Bougouni et Koutiala. La pluviométrie varie de 750 à 1150mm. L'hivernage dure 4-6 mois (Mai à Octobre avec un maximum de pluie en Août, la température moyenne est de 27°C).

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galeries forestières.

Les voies de communications routières sont essentiellement constituées par quatre axes :

L'axe Zégoua-Sikasso Bamako

L'axe Koury-Koutiala

L'axe Koury-Kimparana-San

L'axe Sikasso-Koutiala-Kimparana

Sur le plan administratif la région comprend :

- 7 cercles (Sikasso, Bougouni, Koutiala, Kadiolo, Kolondièba, Yanfoïla et Yorosso).

- 147 communes dont trois communes urbaines (Sikasso, Bougouni et Koutiala)

- 1 821 villages.

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce.

Dans la région il existe des unités industrielles qui sont au nombre de six(6) : les usines d'égrainage de coton (Sikasso, Koutiala, Bougouni, Koumatou, Kignan, Karangana) ; deux huileries (HAWYT à Sikasso et HUICOMA à Koutiala), une usine de thé à Farako.

On y trouve de nombreuses zones d'exploitation aurifère : Morila, Kalana, Siama.

A côté de l'exploitation industrielle se développe l'exploitation artisanale de l'or c'est-à-dire l'orpaillage considéré comme une activité de survie. Elle revêt un caractère coutumier dans la région. Cette activité d'orpaillage en développement dans la région attirent des milliers d'hommes de femmes et même d'enfants. Elle a un impact négatif sur la santé des populations du fait de l'utilisation des produits chimiques dangereux, de l'insalubrité, le manque d'eau potable et d'hygiène entraînant le développement de pathologies graves dans ces zones. Les aventuriers se livrent à toute sorte de pratique, la prostitution une pratique commune à toutes les sites d'orpaillage avec comme résultat l'augmentation des infections sexuellement transmissibles(IST) et surtout le VIH /SIDA.

Depuis la crise de 2002 politiquement la Côte d'Ivoire éternue du coup les pays voisins comme le Mali s'enrhume. A Sikasso certaines activités tournent au ralenti en raison de la maigreur du trafic routier entre le Mali et la Côte d'Ivoire. Elle a entravé gravement l'activité économique de la région de Sikasso entraînant une répercussion sur l'emploi et les revenus des populations.

En effet la plus part des unités industrielles importent leurs matières premières et les pièces de rechange par le port d'Abidjan. Diverses commandes restent bloquer à cause de la crise entraînant le ralentissement des activités voire la fermeture de certaines unités industrielles au niveau de la région.

La ville de Sikasso est située à 100 kilomètres de la frontière ivoirienne. De toutes les régions du Mali, elle est la plus éprouvée par les effets de cette crise. Elle a entraîné une hausse des prix des produits de première nécessité importés comme le savon, l'huile, le lait et a eu des répercussions négatives sur la région en terme de revenus des populations. L'argent envoyé par les émigrés originaires de la région est une source de revenu essentielle. Depuis le début de cette crise un grand contingent de déplacés a transité vers la région, ce flux massif d'émigrés a eu des répercussions négatives sur les revenus des populations et par conséquent sur leur état de santé.

Néanmoins la couverture sanitaire connaît une amélioration depuis quelques années. La région de Sikasso comprend un hôpital situé dans

la capitale régionale, huit (8) CSREF, 42 CSCOM dans le cercle de Sikasso, des dispensaires de quartier, des cabinets médicaux et des cliniques.

1 - 2 - Présentation de l'hôpital

L'Hôpital de Sikasso est un hôpital de deuxième référence de la pyramide sanitaire du Mali, doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques à savoir les centres de santé de référence, les centres de santé communautaire, les dispensaires de quartier et de village, des cabinets médicaux et les cliniques.

Il est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation des agents de santé et la recherche médicale.

Il est situé au centre ville et est limité au sud par le grand marché, au sud-ouest par le centre de la mission catholique, au nord-ouest par le dispensaire central et à l'est par le groupe scolaire A, la BNDA, la direction des impôts, la poste et la SOTELMA. Il couvre une superficie de 4 hectares.

IL a été créé en 1930 ; l'établissement a évolué sous plusieurs appellations d'abord Assistance Médicale Indigène (AMI), puis Assistance Médicale Africaine (AMA), ensuite, Hôpital Secondaire, érigé en hôpital régional en 1972, il est devenu Etablissement Public Hospitalier (EPH) depuis 2003.

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissements conséquents, raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments coloniaux.

L'hôpital comprend :

- Un bloc administratif
- Un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire.
- Un bâtiment pour la gynécologie obstétrique et le cabinet dentaire.
- Un pavillon d'hospitalisation de médecine.

- Deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie.
- Un bloc comportant l'ophtalmologie, le bureau du directeur, une salle de consultation et une salle de conseillers psychosociaux.
- Un bâtiment pour le bloc opératoire, l'imagerie médicale et la réanimation.
- Un pavillon mixte dénommé nouveau pavillon (NP) et le service d'information hospitalier (SIH)
- Quatre salles de (VIP) « very important personality »
- Le bureau des entrées et le bloc administratif.
- Une cuisine.
- Un bâtiment abritant la morgue.
- Un bâtiment pour bloc des urgences.
- Un cabinet pour ORL. [3]

Personnel de l'hôpital :

Médecins spécialistes :

- Anesthésistes réanimateurs : 2
- Cardiologue : 1
- Chirurgiens généralistes : 5
- Gynécologues : 4
- Ophtalmologue : 1
- Otorhinolaryngologistes : 1
- Pédiatre : 1
- Radiologue : 1
- Traumatologue : 1
- Urgentiste : 1
- Urologue : 1

Médecins généralistes :

- Chirurgiens dentistes : 2
- Médecins : 11
- Pharmaciens : 3

Assistants médicaux

- Anesthésie réanimation : 1
- Chirurgie : 5
- Ingénieur sanitaire (biologie) : 1

• Kinésie thérapie :	2
• Laboratoire :	3
• Odonto-stomatologiste :	3
• Ophtalmologie :	2
• O.R.L :	3
• Radiologie :	2
• Santé publique :	1
<u>Techniciens supérieurs de santé</u>	
• Anesthésie réanimation :	1
• Biologie médicale :	5
• Chimiste analytique :	1
• Infirmiers diplômés d'Etat :	26
• Orthopédistes :	2
• Sage-femme d'Etat :	9
• Technicien hygiène et assainissement :	1
• Technicien supérieur SIO :	1
• Technicien supérieur radiologie :	1
<u>Techniciens de santé</u>	
• Infirmiers santé publique :	14
• Infirmières obstétriciennes :	9
• Pharmacie laboratoire :	1
<u>Administration</u>	
• Administrateur action sociale :	1
• Agent d'accueil et d'orientation :	1
• Agent de saisie :	1
• Aide documentaliste :	1
• Assistante d'administration :	1
• Comptable :	1
• Conseillers psychosociaux :	3
• Gestionnaire hospitalier :	2
• Guichetiers :	6
• Secrétaires :	5
• Techniciens supérieurs affaire sociale :	3

- Technicien supérieur informatique : 1
- Vendeurs en pharmacie : 4

Auxiliaires de santé

- Agent technique lunettier : 1
- Aide soignants : 11
- Aide kinésie thérapie : 1

Personnel d'appui

- Chauffeurs : 6
- Cuisinier : 1
- Gardiens : 4
- Interprète : 1
- Manœuvre : 1
- Planton : 1

1- 3 - Définitions opératoires :

Malade évadé : Tout malade qui s'échappe de son lieu d'hospitalisation à l'insu du personnel soignant avant la fin du traitement.

Malade abandonnant le traitement : tout malade qui décide d'arrêter

prématurément le traitement pour rentrer chez lui en signant une décharge médicale.

Saison pluvieuse : Période qui s'étend de Mai à Octobre soit six mois durant laquelle la pluie est abondante avec un maximum de

pluie en Août.

Saison sèche : Elle couvre la période de Novembre à Avril soit six mois

aussi durant laquelle la température maximale peut atteindre 41°C.

-Les bonnes pratiques médicales Concernent les bonnes pratiques

sociales, les bonnes pratiques cliniques et les bonnes pratiques de

laboratoire qui ont été respectées avec diffusion des résultats.

Bonnes pratiques sociales prennent en compte :

- Le respect de la dignité de la personne humaine.
- La confidentialité.
- Le droit au traitement correct.
- Le bon accueil.

Bonnes pratiques cliniques comprennent :

- La compétence du personnel soignant.
- La formation requise du personnel.
- Des locaux adaptés pour un bon examen et en confidentialité.
- Un équipement correct pour permettre de faire un bon diagnostic et un bon traitement.
- L'utilisation de matériel à usage unique pour éviter les infections nosocomiales.

Bonnes pratiques de laboratoire:

- Une compétence des biologistes.
- Les résultats fiables et dans les délais.
- L'utilisation de matériel à usage unique.
- Le professionnalisme.
- Le contrôle interne et externe.

Indice de Karnofsky : C'est un indice qui permet d'évaluer l'état clinique du
malade.

100% : Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie.

90%: capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie.

80% : capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs.

70% : capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler.

60% : Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la

plupart
de ses soins personnels.

50% : Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents.

40% : Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers.

30% : Sévèrement Handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort
ne soit pas imminente.

20% : Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de
soutien actif.

10% : Moribond, processus fatal progressant rapidement.

2 - TYPE D'ETUDE : Il s'agissait d'une étude prospective portant sur les
causes des abandons du traitement et des évasions des malades à
l'hôpital
de Sikasso.

3 - PERIODE D'ETUDE : L'étude s'est étendue sur une période de douze
mois : du 1^{er} Mars 2009 au 28 février 2010.

4 - POPULATION D'ETUDE : Il s'agissait de tous les malades hospitalisés à
l'hôpital de Sikasso de Mars 2009 à Février 2010.

4 - 1 - CRITERES D'INCLUSION :

Ont été inclus dans notre étude tout malade évadé ou abandonnant le traitement avec leur accord au cours de l'hospitalisation.

4 - 2 - CRITERES DE NON INCLUSION :

N'ont pas été inclus dans l'étude tous les cas d'évasion ou d'abandon du traitement non hospitalisés à l'hôpital.

5 - ECHANTILLONNAGE : Nous avons fait une étude exhaustive.

6 - VARIABLES :

- **Quantitative :** Age, diagnostic, abandon, décédé

- **Sociodémographiques :** Sexe, résidence, profession, statut matrimonial niveau d'instruction, ethnie.

7- PLAN DE COLLECTE DES DONNEES :

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire auquel les patients ont été soumis à l'hôpital ou à domicile avec leur consentement dont l'exemplaire est porté en annexe et des dossiers des patients.

8 - PLAN D'ALYSE DES DONNEES :

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec les logiciels : Microsoft WORD version 2007, SPSS et EXCEL.

9 - Considérations éthiques :

La participation à notre étude était totalement volontaire.

Les patients ont été informés de la nature de l'étude.

Le consentement éclairé de nos patients a été obtenu.

V - RESULTATS

Durant les 12 mois de l'étude nous avons recensé 392 patients ayant répondu aux critères d'inclusion soit 303 cas d'abandon de traitement et 89 cas d'évasion sur un total de 6799 malades hospitalisés durant la période ce qui représentait 5,76 %.

Tableau I: Distribution des cas d'abandon et d'évasion à l'hôpital de Sikasso.

Abandon /Evasion	Effectif	Fréquence
Abandons	303	77,30
Evasions	89	22,70
Total	392	100

77,3% des patients ont abandonné le traitement contre 22,7% d'évasion.

Tableau II : Distribution des cas d'abandon et d'évasion en fonction de l'âge.

Age	Abandons	Evasions	Total 1	Fréquences
0-10	130	34	164	41,9
11-20	27	15	42	10,7
21-30	48	13	61	15,6

Facteurs et causes des abandons de traitement et des évasions des malades à l'hôpital de SIKASSO

31-40	38	9	47	12
41-50	16	8	24	6,1
51-60	26	4	30	7,6
61-70	13	4	17	4,4
70-90	6	1	7	1,8
Total 2	303	89	392	100

L'âge de nos patients variait de 0 -90 ans avec un âge moyen de 23ans. La tranche d'âge de 0-10 ans était majoritaire avec 41,9 %.

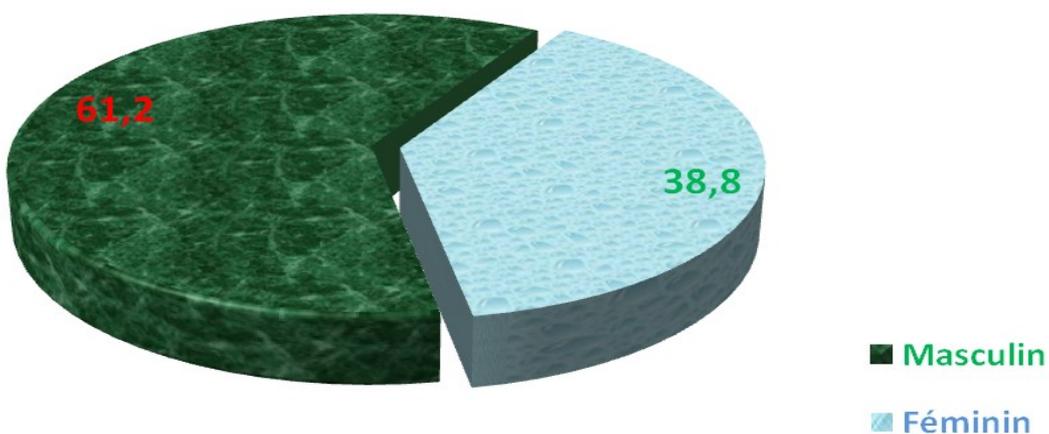


Figure III :
Répartition
des
patients
selon le
sexe.

Le sexe masculin était majoritaire avec 61,2%.

Tableau IV: Répartition des patients selon la résidence.

Résidence	Effectif	Fréquence
Commune urbaine de Sikasso	195	49,7
Autres communes de Sikasso	149	38,0
Autres Cercles de Sikasso	22	5,6
Autres régions du Mali	19	4,8
Autres pays	7	1,8
Total	392	100

87,7% de nos patients résidaient dans le cercle de Sikasso.

Tableau V : Répartition des cas d'abandon et d'évasion en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Fréquence
Cultivateurs	68	17,3
Ménagères	66	16,8
Commerçant(es)	23	5,9
Chauffeurs	23	5,9
Elèves et étudiants	22	5,6
Ouvriers	13	3,3
Eleveurs	10	2,6

Fonctionnaires	4	1
Total	392	100

Les cultivateurs représentaient la proportion la plus élevée soit 17,3% suivi des ménagères avec 16,8%. Nous avons enregistré 64 nourrissons, 61 nouveau-nés et 38 enfants soit respectivement 16,3%, 15,6% et 9,7%.

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence
Analphabète	160	40,8
Niveau primaire	46	11,7
Ecole coranique	15	3,8
Niveau secondaire	14	3,6
Niveau supérieur	2	0,5
Total	392	100

40,8% de nos patients étaient analphabètes.

Nous avons enregistré 64 nourrissons, 61 nouveau-nés et 38 enfants.

Tableau VII : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence
Marié(es)	184	46,9
Célibataires	39	9,9
Divorcé(es)	1	0,3
Veufs ou veuves	1	0,3
Total	392	100

184 patients soit 46,9% étaient mariés.

Nous avons enregistré 64 nourrissons, 61 nouveau-nés et 38 enfants.

Tableau VIII: Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence
Sénoufo	177	45,2
Bambara	63	16,1
Peulh	59	15,1
Minianka	24	6,1
Samogo	20	5,2
Sarakolé	14	3,6
Dogon	10	2,6
Sonrhäï	10	2,6
Bozo	7	1,8
Malinké	4	1
Bobo	4	1
Total	392	100

Les sénoufo ont été l'ethnie la plus représentée soit 45,2% suivi des bambaras et des peulhs respectivement 16,1% et 15,1%.

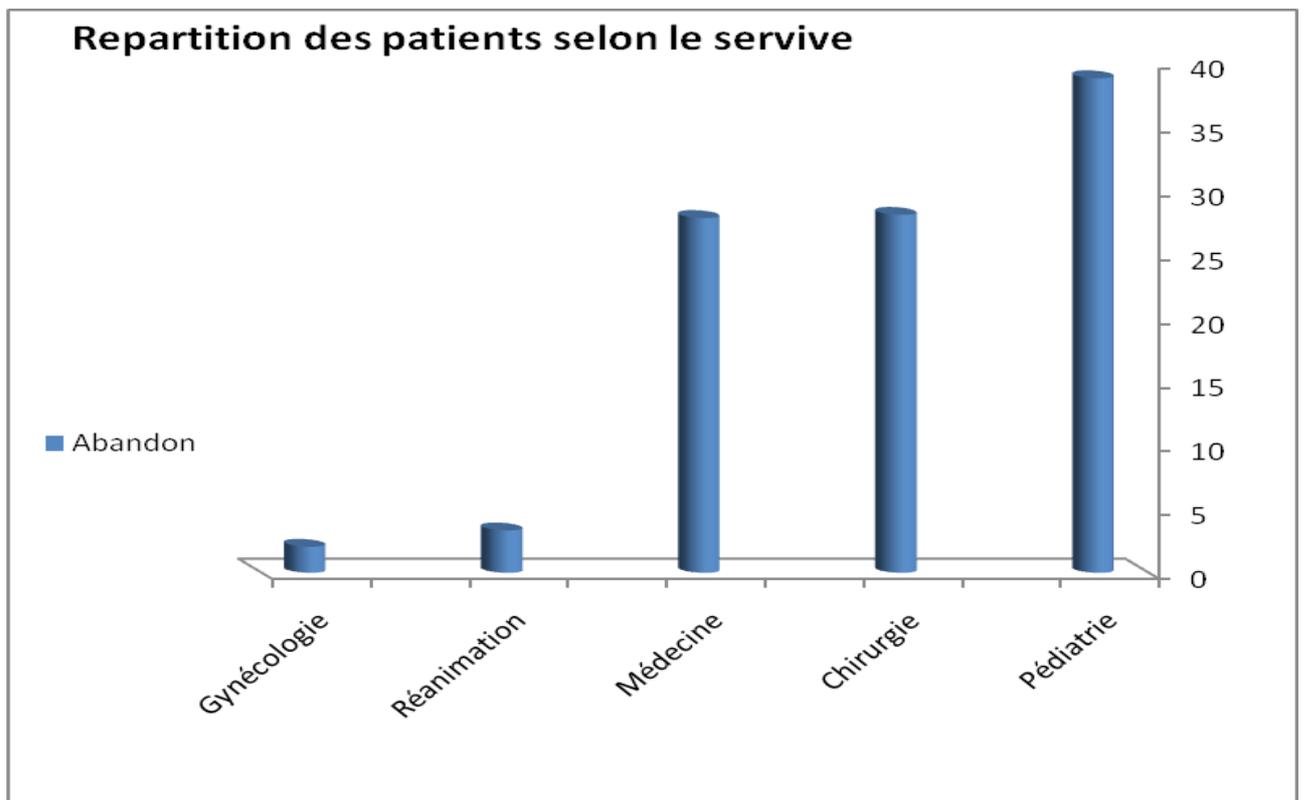


Figure IX : Répartition des patients selon le service

38,77 % des patients venaient de la pédiatrie.

Tableau X: Répartition des patients en fonction des pathologies dans le Service de chirurgie.

Pathologies	Abandons	Evasions	Total	Fréquences
Fractures fermées	30	2	32	29,09
Plaies	23	6	29	26,37
Fractures ouvertes	11	0	11	10
Contusions thoraciques	6	2	8	7,27
Luxations ouvertes	5	0	5	4,54
Péritonites	3	0	3	2,73
Electrocution	2	0	2	1,82
Phlegmon dentaire	2	0	2	1,82
Hernie ombilicale	1	0	1	0,91
Morsures de serpent	1	0	1	0,91
Total 2	98	12	110	100

Les fractures fermées viennent en première position avec 29,09%.

Tableau X: Répartition des patients selon les pathologies dans le service de médecine.

Pathologies	Abando n	Evasio n	Total 1	Fréquence
Pneumopathies	12	4	16	14,67
Anémies sévères	12	3	15	13,76
Paludisme	9	4	13	11,93
Pathologies gastriques	11	2	13	11,93
Syndromes infectieux	9	0	9	8,26
Gastro-entérites	6	2	8	7,34
Insuffisance rénale	8	0	8	7,34
Fièvre typhoïde	5	2	7	6,42
Pathologies cardiovasculaires	5	0	5	4,59
V I H/SIDA	4	0	4	3,67
Diabète	4	0	4	3,67
Cirrhose du foie	4	0	4	3,67
Colique néphrétique	2	1	2	1,83
Méningite	1	0	1	0,92
Total 2	91	18	109	100

Les pneumopathies représentaient 14,67% suivies de l'anémie sévère

avec
13,76%.

Tableau XI: Répartition des patients selon les pathologies dans le service de Gynéco-obstétrique

Pathologies	Abandons	Evasions	Total 1	Fréquence
Anémies/grossesse	4	1	5	62,5
Pneumopathies/grossesse	2	0	2	25
Eclampsie/grossesse	1	0	1	12,5
Total 2	7	1	8	100

L'anémie/grossesse a été la pathologie la plus représentée avec 62,5%.

Tableau XII: Répartition des patients selon les pathologies dans le Service de réanimation.

Pathologies	Abandons	Evasions	Total1	Fréquence
Pneumopathies	5	0	5	38,46
A V C	3	0	3	23,08
Septicémies	2	0	2	15,38
Traumatismes crâniens + P C I	2	0	2	15,38
Insuffisance cardiaque	1	0	1	7,69
Total 2	13	0	13	100

Les pneumopathies occupent la première place avec 38,46%.

Tableau XIII: Répartition des patients selon les pathologies dans le service de pédiatrie.

Pathologies	Abandon	Evasion	Total 1	Fréquence
Paludisme grave	32	24	56	36,84
Infections néonatales	20	15	35	23,03
Anémies sévères	16	9	25	16,44
Malnutrition aigue sévère	6	3	9	5,92
Infections respiratoires aigues	5	2	7	4,61
Souffrances fœtales aigues	4	2	6	4,60
Prématurité	4	1	5	3,29
Fièvre typhoïde	4	1	5	3,29
Gastro-entérites	2	1	3	1,97
Total 2	94	58	152	100

Le paludisme grave représentait 36,84% suivi des infections néonatales et de l'anémie sévère respectivement 23,03% et 16,44%.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les raisons d'abandon

du
traitement et d'évasion des malades.

Raisons	Effectif	Fréquence
Manque de moyens financiers	298	76
Sensation de guérison	56	14,3
Manque de confiance au traitement médical	21	5,4
Traitement au long cours	7	1,8
Insatisfaction des malades	6	1,5
Négligence du traitement par les malades	4	1
Total	392	100

298 de nos patients ont abandonné le traitement pour un manque de moyens financiers soit 76%.

Tableau XV: Répartition des patients selon la confiance aux personnels

Soignants.

Confiance aux personnels soignants	Effectif	Fréquence
Oui	390	99,5
Non	2	0,5
Total	392	100

La quasi-totalité de nos patients soit 99,5% avaient confiance aux personnels soignants.

Tableau XVI: Répartition des patients selon l'accueil par le personnel soignant.

Accueil	Effectif	Fréquence
Accueillants	390	99,5
Négligent	1	0,3
Agressif	1	0,3
Total	392	100

Le bon accueil a été signalé par la quasi-totalité de nos patients.

Tableau XVII: Répartition des patients selon l'état clinique à l'arrêt du traitement.

Indice de Karnofsky	Effectif	Fréquence
60%	350	89,3
50%	40	10,2
70%	2	0,5
Total	392	100

350 patients soit 89,3% avaient un indice de Karnofsky à 60%.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon la saison.

Saisons	Abandon	Evasion	Total1	Fréquence
Saison pluvieuse	198	53	243	61,98
Saison sèche	105	36	149	38,02
Total 2	303	89	392	100

La majorité des patients ont abandonné le traitement pendant la saison pluvieuse soit 61,98%.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le délai d'abandon.

Délai d'abandon (jours)	Effectif	Fréquence
0-7	378	96,4
8-14	8	2,0
15-21	5	1,3
22-28	1	0,3
Total	392	100

96,4% soit 378 patients ont déserté avant une semaine d'hospitalisation.

VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Le but de ce travail était d'étudier les facteurs et les causes des abandons de traitement et des évasions des malades à l'hôpital de

Sikasso.

Nous avons réalisé une étude descriptive et prospective de Mars 2009 à Février 2010 à Sikasso chez 392 patients.

1 - Fréquence générale :

Durant les 12 mois de l'étude nous avons enregistré 303 cas d'abandons de traitement et 89 cas d'évasion de malades à l'hôpital de Sikasso ce qui représentait 5,76% des malades hospitalisés durant la période d'étude soit 6799 malades. Notre population d'étude était composée de malades provenant essentiellement du cercle de Sikasso.

2 - Age :

L'âge ne semblait pas influencer la régularité du traitement.

L'âge de nos malades variait de 0 à 90 ans avec un âge moyen de 23 ans.

La tranche d'âge comprise entre 0 et 10 ans totalise 164 patients soit 41,9%.

3 - Sexe :

Nous avons recensé 240 cas de sexe féminin et 152 cas de sexe masculin avec un sexe ratio de 1,57% en faveur du sexe masculin.

4 - Ethnie :

177 de nos patients étaient des senoufo ce qui représentait 45,2% cela s'expliquerait par le fait que la majorité de nos patients provenaient du cercle de Sikasso dont les senoufo représentent la plus grande proportion.

5 – Résidence :

344 patients soit 87,7% résidaient dans le cercle de Sikasso cela s'explique par le fait que notre étude s'est déroulée dans le cercle de Sikasso et que l'hôpital de Sikasso est le seul hôpital de deuxième référence de la région disposant d'équipement et de matériel de diagnostic (biologie, radiologie) et thérapeutique et de médecins spécialistes.

6 - Profession :

Parmi les professions recensées les cultivateurs avec 17,3 % représentaient la plus grande proportion ; ce taux est inférieur à celui de Samake soit 33,3 % [1].

L'abandon du traitement par les cultivateurs s'expliquait par le manque de moyens financiers et par le fait qu'ils abandonnaient le traitement

pour s'occuper de leurs travaux champêtres dès qu'ils se sentaient mieux surtout pendant la saison pluvieuse.

7 - Niveau d'instruction :

Les malades non alphabétisés représentaient la majorité des patients défaillants au traitement soit 40,8% suivi des malades dont le niveau d'instruction était le plus souvent limité au niveau primaire ou coranique soit 15,5%.

Ce taux est inférieur à celui de l'étude réalisée par Samaké [1] où 54,4% des malades ayant un niveau d'enseignement primaire ont abandonné prématurément le traitement. Ce constat amène la question suivante :

Peut-on considérer le niveau d'instruction comme élément favorisant l'abandon du traitement ?

8 - Statut matrimonial :

Dans notre étude la proportion de sujets mariés était 46,9 % de l'ensemble des malades. La défaillance de ces chefs de famille s'expliquait par trois principales raisons :

-Le manque de moyens financiers.

-L'amélioration clinique de leur état ressenti après quelques jours de traitement.

-L'abandon du traitement en faveur de l'activité professionnelle pour assurer les besoins de leur famille.

C'est au moment de l'hospitalisation, que l'information et l'éducation du patient doit se faire : annonce du diagnostic s'il le faut de la nature et de la durée du traitement, des effets secondaires.

Ce premier constat est assuré à la fois par le médecin et les personnels paramédicaux.

A la lumière des résultats obtenus force est de reconnaître que certains agents de santé n'assuraient pas complètement leur rôle d'éducateur vis à vis des malades. La réussite du traitement passe par un engagement de tout le personnel à tous les niveaux.

❖ LES CAUSES D'ABANDON DU TRAITEMENT

- **Conduite du personnel de santé :**

- **L'accueil du malade :**

0,6 % des patients avaient signalé des comportements négligents voire agressifs du personnel ce taux est inférieur à celui de Samake soit 12% [1].

Bien que peu significatif ce taux doit inciter le personnel de santé à plus d'effort dans le sens de l'accueil.

Si le malade est accueilli avec amabilité, amitié, et intérêt, il est beaucoup plus vraisemblable qu'il sera coopératif pour ce qui concerne le traitement.

Des locaux accueillants propres, ainsi qu'un personnel de santé consciencieux et attentif aux malades sont des puissants facteurs d'éducation sanitaire, ils assurent la pleine coopération du malade au succès du traitement.

L'information et l'éducation du patient doivent commencer dès son premier entretien, qui constitue le moment privilégié pour l'informer et le former à assurer la prise en charge de sa maladie et prendre des dispositions surtout s'il s'agit de maladie chronique.

- **Raisons financières :** 298 patients soit 76% ne pouvaient plus assurer leur traitement. Cela pourrait s'expliquer par la baisse des revenus des ménages consécutive à la crise de la Côte d'Ivoire depuis 2002 et à la crise cotonnière et interpelle le service social de l'hôpital à renforcer l'aide sociale pour les malades démunis.

- **Responsabilité des malades :**

- **Etat clinique des malades :**

350 patients soit 89,3% avait un indice de Karnofsky à 60% au moment de leur désertion ce taux est supérieur à celui de Samaké soit 60,6% [1].

Ainsi la disparition plus ou moins totale des symptômes de la maladie peut être considérée comme un élément important intervenant dans les abandons du traitement. L'éducation du malade et de ses

accompagnants constitue un point d'appui capital pour la poursuite du traitement à son terme en leur indiquant les bienfaits du traitement.

L'amélioration clinique ressentie par le malade après quelques jours de traitement étant un facteur d'abandon du traitement l'éducation sanitaire du malade ne doit pas être limitée dans le temps, il doit être

systematique et intégrée à toutes les activités du réseau de traitement par l'ensemble des soignants.

VII - CONCLUSION :

L'abandon du traitement et l'évasion des malades constituent un phénomène qui prend de l'ampleur dans nos structures sanitaires.

Ils se font en général après une amélioration clinique des symptômes. Durant les douze mois de l'étude nous avons recensé 392 patients ayant répondu aux critères d'inclusion soit 303 cas d'abandon de traitement et 89 cas d'évasion ce qui représentait 5,76% des malades hospitalisés durant la période d'étude. L'âge ne semblait pas influencer la régularité du traitement.

L'âge de nos malades variait de 0 à 90 ans avec un âge moyen de 23 ans. Parmi les professions recensées les cultivateurs avec 17,3 % représentaient la plus grande proportion.

40,8% de nos patients défaillants étaient analphabètes.

184 patients soit 46,9% étaient mariés.

76% ne pouvaient plus assurer leur traitement. Cela interpelle le service social de l'hôpital à renforcer l'aide sociale pour les malades démunis.

0,6 % des patients avaient signalé des comportements négligents voire agressifs du personnel soignant, bien que peu significatif ce taux doit inciter le personnel de santé à plus de motivation dans le sens de l'accueil car si le malade est accueilli avec amabilité, amitié, et intérêt il est beaucoup plus vraisemblable qu'il sera coopératif pour ce qui concerne le traitement.

Des locaux accueillants propres, ainsi qu'un personnel de santé consciencieux et attentif aux malades sont des puissants facteurs d'éducation sanitaire qui peuvent contribuer à réduire les défaillances au traitement.

La disparition plus ou moins totale des symptômes étant un élément important intervenant dans les abandons du traitement. L'éducation sanitaire du malade et de ses accompagnants constitue un point d'appui capital pour la poursuite du traitement à son terme en leur indiquant les bienfaits du traitement.

Elle doit pas être limitée dans le temps et doit être systématique et intégrée à toutes les activités du réseau de traitement par l'ensemble des soignants.

VII - RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

- **Aux populations :**
 - Etre observant au traitement
 - Abandonner l'automédication.
 - Eviter le traitement traditionnel en cas de fracture ouverte.
- **Aux centres de santé de la périphérie :**
 - Référer le plus tôt possible les patients.
 - La redynamisation de la caisse de solidarité du système de référence évacuation.
 - La formation continue du personnel.
- **Au personnel de santé de l'hôpital :**
 - Assurer un accueil chaleureux aux patients et à leurs accompagnants.
 - Une information adéquate du malade et de son accompagnant avant son hospitalisation.
 - Informer de façon continue le malade et sa famille au cours de l'hospitalisation
 - Une bonne communication avec les patients et leurs accompagnants.
 - Un suivi régulier des stagiaires au moment des soins
 - Réduire au temps que possible le séjour des malades.
- **A la direction de l'hôpital :**
 - Organiser des sessions de formation sur le bon accueil et la responsabilité médicale.
- **Aux autorités :**
 - Organiser la référence-évacuation.
 - Doter des hôpitaux de référence en moyen d'investigation et de

- diagnostic performants et en médecins spécialistes.
- Sensibiliser les populations sur la gravité et les dangers de l'abandon du traitement, de l'automédication et du traitement traditionnel en cas de fracture ouverte.
 - Rendre disponible de façon permanente les antipaludéens surtout du kit Palu grave dans le cadre de la lutte contre le paludisme chez les enfants.
 - Renforcer l'aide sociale pour les patients démunis.

VII - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- SAMAKE L

Les causes d'abandon du traitement antituberculeux au service de pneumologie de l'hôpital du Point-G, Bamako, 1992, 92-M-9

2- ELYSEE YAO

Evasion des malades, un phénomène qui prend de l'ampleur, Abidjan, soir info, article 1870 ; 2006 ; P 2

3- Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales

Recensement général de la population humaine 2009

4- CROFTON J :

Les causes possibles de l'échec de la tuberculose pulmonaire : comment les éviter, thèse de médecine n°3-4, 1980 .

5- DJANTA Kas nadji Drice.

Insuffisance rénale chronique dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital du point G, Thèse de médecine, Bamako, 2004,04M1.

6- Mlle Kaze Adonise Flore

Etude bibliographique de la tuberculose au Mali de 1982 à 2003, thèse de médecine, Bamako, 2004,04 M 26.

7- Assita Koné

La prise en charge des patients diabétiques insuffisants rénaux chroniques dans le service de néphrologie et d'hématologie du CHU Point G, Bamako, thèse de médecine, 2008,08 M 46.

8 -Sémega C

Problèmes de la lutte antituberculeuse dans les zones rurales du Mali. Etude pilote de Kayes, thèse de médecine, Bamako, 1974, n°9.

9- Touré AM

Observance du traitement chez les diabétiques ; thèse de médecine, Bamako 2008 :382.

10- Dembélé M S

Suivi du diabète à Bamako, thèse de médecine, Bamako, 1982, n°7 :58.

11- Touré Ali I

Suivi de diabétiques, épidémiologie ; traitement, évolution, thèse de Médecine, Bamako, 1998,124P N°30.

12 - Doumbia A M

Plaies diabétiques, prise en charge dans les services de traumatologie d'orthopédie et de diabétologie de l'hôpital Gabriel Touré, thèse de médecine, Bamako, 2005 ,89P, 134.

13- Mali médical 2006 n°3 page 30 :

Evaluation des hospitalisations dans le service de médecine de l'hôpital Gabriel Touré.

40,8% de nos patients défailants étaient analphabètes.

184 patients soit 46,9% étaient mariés.

0,6 % des patients avaient signalé des comportements négligents voire agressifs du personnel soignant.

Mots clés : Evasion ; abandon, malades, Sikasso.

FICHE D'ENQUETE

N° :.....

1. **Nom** :

Prénom :

2. Age : / / année

0-5 = 1	16-20 = 4	31-35 = 7	51-55
= 10			
6-10 = 2	21-25 = 5	36-40 = 8	55 et plus
= 11.			
11-15 = 3	26-30 = 6	41-50 = 9	

3. **Sexe** / /

Masculin =1 Féminin =2

4. **Adresse** / / **Téléphone**

Commune de Sikasso = 1	Région de Sikasso = 3
Cercle de Sikasso = 2	Autres = 4

5. **Profession** / /

Sans emploi = 1 Agriculteur = 4 Pêcheur = 7 Elève-
Etudiant = 10

Fonctionnaire = 2 Ouvrier = 5 Chauffeur = 8 Boucher = 11
Commerçant = 3 Eleveur = 6 Marabout = 9
Ménagère = 12
Autres = 13

6. **Niveau d'instruction** / /

Analphabète = 1 Niveau secondaire = 3 Ecole coranique = 5
Niveau supérieur = 2 Niveau primaire = 4

7. **Statut matrimonial** / /

Célibataire = 1 Marié(e) = 2 Divorcé(e) = 3 Veuf (veuve) = 4

8-**Ethnie** / /

Bambara = 1 Peulh = 4 Dogon = 7 Tamashek = 10
Senoufo = 2 Bobo = 5 Sonrhäï = 8 Touareg = 11
Minianka = 3 Sarakolé = 6 Maure = 9 Samogo = 12
Autres = 13

9. **Services** / /

A. **Chirurgie** / /

Traumatismes = 1 Péritonites = 4 Occlusions intestinales = 7
Plaies chroniques = 2 Goitres = 5 Appendicites aiguës = 8
Brûlures = 3 Hernies = 6 Autres = 9

Médecine

/ /

VIH/SIDA = 1 = 9	Diabète = 5	Hépatites virales
Paludisme = 2 = 10	Tuberculose = 6	Anémies sévères
HTA = 3 = 11	Asthme = 7	Insuffisance rénale
Pathologies cancéreuses = 4 = 12	Hémorragies digestives = 8	Autres

B. Gynéco obstétrique

/ /

VIH/SIDA grossesse = 5	= 1	Anémies sévères sur
Cancers du col de l'utérus = 6	= 2	Menace d'avortement
Fibromes utérins utérines = 7	= 3	Grossesses extra
Endométrites délivrance = 8	= 4	Hémorragies de la
Autres	= 9	

C. Pédiatrie

/ /

VIH/SIDA sévère = 9	= 1	Méningite = 5	Malnutrition
Dermatoses = 10	= 2	Convulsions = 6	Infections néonatales
Anémie sévère aigue = 11	= 3	Tuberculose = 7	Insuffisances rénale

Neuropaludisme = 4 Brûlures = 8 Déshydratation
aigue = 12 Autres = 13

10. Laquelle ou lesquelles des raisons a (ont)-elle (s) contribué (s) à l'évasion ou à l'abandon du traitement / /

Manque de moyens économiques = 1 Insatisfaction = 5
Négligence du personnel = 2 Effets indésirables = 7
Traitement trop long = 3 Contraintes du traitement = 6
Manque de confiance au traitement médical = 4 Autres = 8

11. Aviez vous confiance à vos médecins ou autres soignants / /

Oui = 1	Oui = 3
Médecin	Autres soignants
Non = 2	Non = 4

12. Les agents de santé étaient-ils ? / /

Accueillants = 1	Agressifs = 3
Négligents = 2	Autres = 4

13. L'état clinique après l'arrêt du traitement / /

Bonne = 1	Mauvaise = 4
Stationnaire = 3	
Passable = 2	Décédé = 5

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'imposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure.