

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 - 2021

THEME

Thèse N° :..... /

**SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL AU SERVICE
D'ACCUEIL DES URGENCES DU C.H.U GABRIEL
TOURE**

Présenté et Soutenu publiquement le 09/ 12/2021 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

M. Souleymane SANGARE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Pr. DIANGO Djibo Mahamane

Membre : Dr. Mariam Maïga Coulibaly

Co-Directeur : Dr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

Directeur : Pr. Aladji Seydou DEMBELE

DEDICACES

DEDICACES

*Louange à **ALLAH** soub hana watallaw le tout miséricordieux, le très miséricordieux, l'unique et absolu maitre du monde et de l'au-delà, le roi du jugement dernier, le qualificatif suprême, pour la force et le courage qu'Il m'a donné pour la réalisation de ce travail. Merci seigneur !*

*-Au prophète Mohamed paix et salut sur lui, sauveur de l'humanité, nous prions DIEU pour qu'il nous donne la foi et qu'il nous réveille parmi tes compagnons le jour de la résurrection. **Amen !***

***A mon père Issa Sangaré :** Vous n'avez ménagé aucun effort pour que nous ayons une bonne éducation et réussissions dans la vie. Merci pour votre patience, votre amour, votre encouragement. Père, je ferai tout pour combler vos attentes et aller même au-delà. Que Dieu vous accorde longue vie pleine de santé.*

***A ma mère Mariam Bagayoko:** Aucune dédicace ne saurait exprimer la profondeur de ma reconnaissance, car je vous dois ce que je suis, vous m'avez comblé de votre amour et de votre tendresse. Je n'ai pas trouvé sincèrement le mot qui soit suffisant pour vous remercier. Que Dieu vous accorde longue vie pleine de santé.*

A mes frères et sœurs :

Merci pour la joie et l'ambiance que nous avons partagées durant toutes ces années, grâce à vous j'ai pu supporter tout ce stress.

***A toute la famille :** je vous dis merci pour tout, Dieu en est témoins.*

A mon épouse : Mariam SANGARE

Voici enfin venu le terme de cette dure épreuve. Vous avez supporté tous mes caprices, votre amour, votre courage et votre sagesse, ne m'ont jamais fait défaut.

Ce travail est le vôtre, car tout au fil de son élaboration, vous avez fidèlement vécu avec moi tous ces moments de difficultés, de stress ceux-ci font de toi une femme que tout parent espère avoir pour son fils et l'épouse dont tout homme rêve dans sa vie. Que Dieu vous garde aussi longtemps auprès de nous.

A M. Bourama Koné et sa famille, M. Chaka Koné et sa famille au Poing G

J'ai trouvé chez vous l'hospitalité, la sociabilité et l'amour du prochain.

Votre soutien et vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Je ne saurai quoi vous dire, car les mots me paraissent insignifiants, Je vous prie d'accepter ma profonde gratitude et toutes mes reconnaissances. Qu'Allah vous Protège Amen.

A M. Lassina Sangaré et sa famille

Votre soutien et vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Je ne saurai quoi vous dire, car les mots me paraissent insignifiants, Je vous prie d'accepter ma profonde gratitude et toutes mes reconnaissances. Qu'Allah vous Protège Amen.

REMERCIEMENTS

Je remercie ALLAH, qui par sa miséricorde, nous a permis d'achever cette étude et son Prophète Mohamed « Paix et Salut sur Lui »

A tout le corps professoral de la FMOS. Merci pour la qualité de vos enseignements.

A tout le personnel du CHU Gabriel TOURE particulièrement à celui du DARMU: Pr Diango Djibo Mahamane, Dr Mangané, Dr Diop, Dr Maiga, Dr Kassogué.

Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, votre esprit scientifique, votre compétence, votre simplicité, m'ont émerveillé durant mon séjour au service des urgences. Que le Seigneur vous comble de ses grâces.

A mes chefs et mes aînés du service Dr Coulibaly Benjamin, Dr Landoure, Dr Badimi, Dr Cissé, Dr Coulibaly Adama, Dr Bagayoko, Dr Traoré Aliou, Dr Sanogo, Dr Gamby, Dr Soumaré, Dr Koureissy et j'en passe

A l'ombre de vos pas, j'ai appris l'art d'exercer la science médicale.

Puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, mon profond respect et mon attachement fidèle. Que Dieu vous bénisse.

A mes collègues du service: N'Diaye, Doucouré, Camara, Diall, Maiga, Sadam, Bernard, Sangaré, Souaré, Traoré, Diawara, Arama, Haidara, koita, Samaké, Doumbia, Simaga, Bengaly, Pour tous ces temps de franche collaboration, de fraternité, de convivialité, de respect réciproque, merci infiniment. Que le Seigneur exauce tous les désirs de nos cœurs.

Aux infirmiers : Major Sangaré avec vos équipes merci pour vos collaborations, je ne me suis jamais ennuyé à vos côtés. Que Dieu vous aide.

Merci à tous les étudiants thésards du CHU Gabriel Touré : *Je me garde de citer des noms. Sachez que je suis de cœur avec vous et bon courage, ce travail est le vôtre.*

HOMMAGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur DIANGO Djibo Mahamane

- Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- Professeur titulaire à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chef du DARMU du CHU Gabriel Touré
- Chef du Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en Pédagogie Médicale
- Secrétaire général de la SARMU- Mali
- Vice- président de la Société Africaine des Brûlés
- Membre de la SFAR
- Membre de la SARAF
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation
- Médaillé du mérite de la santé

Cher Maître,

Un hommage digne de votre rang ne peut être résumé en ces quelques lignes. Homme de grande simplicité, nous sommes flattés d'avoir appris à vos côtés. Nous vous remercions cher Maître pour la patience dont vous avez fait preuve à notre égard durant toute notre formation. Vous nous avez appris le sens de la rigueur dans le travail. Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, pour le privilège d'avoir bénéficié de votre enseignement et de vos conseils si précieux, pour votre disponibilité veuillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Docteure Mariam MAÏGA COULIBALY

- Enseignante-chercheure à l'USJPB
- Maître assistante à la faculté de droit privé de Bamako
- Consultante en droit de la santé
- Chercheure au laboratoire d'étude et de recherche en décentralisation et développement local(LERDDL)
- Chercheure au laboratoire de droit privé et de science criminelle(LDPSC)
- Chercheure au centre d'étude et de recherche «point Sud-Muscier le savoir local»
- Vice-présidente du Réseau des Femmes Universitaire Enseignantes du Mali(REFUEMA)
- Auteur de plusieurs articles en droit de la santé parmi lesquels: la médiation: de l'apaisement des litiges à l'indemnisation des dommages médicaux ; L'accès aux soins en période de conflits armés au Mali

Chère Maître, merci de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail en acceptant d'en être juge et d'y apporter un regard nouveau. Votre générosité, votre disponibilité ainsi que vos qualités intellectuelles nous honorent.

Recevez ici chère Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

- Ancien interne des hôpitaux du Mali
- Médecin Anesthésiste Réanimateur
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chef de service de la régulation médicale au CHU Gabriel TOURE
- Maître-assistant à la FMOS
- Membre de la SARMU-Mali
- Membre de la SARAF
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et Réanimation (WFSA)
- Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)
- Diplômé en technique ultrasonique en anesthésie réanimation et médecine critique
- Diplômé en pédagogie médicale
- Certifié en lecture critique d'articles scientifiques

Cher Maître,

Merci pour la confiance témoignée en nous accordant ce travail. Nous avons été marqué par votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre sens de l'écoute, votre compréhension, votre sens élevé de la dignité humaine, votre forte sympathie et votre humilité. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Les mots nous manquent pour vous remercier. Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Aladji Seidou DEMBELE

- Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- Maître de Conférences Agrégé à la FMOS
- Praticien Hospitalier au CHU-IOTA
- Chef de Service d'Anesthésiste Réanimation au CHU-IOTA
- Trésorier de la SARMU-Mali
- Membre de la SFAR
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation(WFSA)
- Trésorier de la SARAF
- Membre de la commission scientifique de la SARAF
- Secrétaire général du comité syndical SNESUP de la FMOS /FAPH.

Cher Maître, nous vous remercions pour votre disponibilité et vos encouragements pour la réalisation de ce travail. Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici Cher Maître, l'expression de nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AVC	: Accident vasculaire cérébral
AVP	: Accident de la voie publique
CMU	: Couverture maladie universelle
CBV	: Coups et blessure volontaire
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CHUJRA	: Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
DARMU	: Département d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence
FMOS	: Faculté de médecine et d'odontostomatologie
FAPH	: Faculté de pharmacie
HSDC	: Hématome sous dural chronique
ICIS	: Institut Canadien d'Information sur la Santé
IOTA	: Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
GCS	: Score de Glasgow
SAU	: Service d'accueil des urgences
SAUV	: Service d'Accueil des Urgences Vitales
SARAF	: Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone
SARMU	: Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgences
SFAR	: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SCAM	: Sortie contre avis médical
UHCD	: unité d'hospitalisation à courte durée
USJPB	: Université des sciences juridiques et politiques de Bamako

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : La répartition des patients en fonction de la profession.	20
Tableau II : La répartition des patients selon la nationalité.	22
Tableau III: La répartition des patients selon l'ethnie.	23
Tableau IV : La répartition des patients selon le motif d'admission	24
Tableau V : La répartition des patients selon le diagnostic présumptif.	25
Tableau VI : : La répartition des patients selon la capacité juridique.	25
Tableau VII : La répartition des patients selon le motif de SCAM.	26
Tableau VIII : La répartition des patients selon l'initiateur de SCAM.	26
Tableau IX : La répartition des patients selon le lieu de destination après la SCAM.	27
Tableau X : La répartition des patients selon la durée de séjour.	27
Tableau XI : La répartition des patients selon l'état de fonctions vitales au moment de la sortie.	28
Tableau XII : La répartition des patients selon le score de Glasgow à la sortie.	28
Tableau XIII : La répartition des patients selon la réadmission.	29
Tableau XIV : La répartition des selon le motif de réadmission.	29
Tableau XV : La répartition des patients selon le diagnostic de réadmission. ...	30
Tableau XVI : L'âge par rapport à la réadmission.	30
Tableau XVII : Le sexe par rapport à la réadmission.	31
Tableau XVIII : La profession par rapport à la réadmission.	31
Tableau XIX : Le niveau d'instruction par rapport à la réadmission.	32
Tableau XX : L'ethnie par rapport à la réadmission.	32
Tableau XXI : La durée de séjour par rapport à la réadmission.	33
Tableau XXII : Le motif d'admission par rapport à la réadmission.	33
Tableau XXIII : Le diagnostic par rapport à la réadmission.	34
Tableau XXIV : La capacité juridique par rapport à la réadmission.	34
Tableau XXV : Le motif de SCAM par rapport à la réadmission.	35

Tableau XXVI : L'initiateur de SCAM par rapport à la réadmission.....	35
Tableau XXVII : Le lieu de destination par rapport à la réadmission.	36
Tableau XXVIII : le score de Glasgow par rapport à la réadmission.	36
Tableau XXIX : La stabilité de l'état clinique à la sortie par rapport à la réadmission.	37
Tableau XXX : La prévalence des sorties contre avis médicaux dans quelques études.....	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La répartition des patients selon la tranche d'âge.	18
Figure 2 : La répartition des patients en fonction du sexe.	19
Figure 3 : La répartition des patients en fonction du lieu de résidence.	21
Figure 4 : Répartition La répartition des patients selon leur niveau d'instruction.	21
Figure 5 : La répartition des patients selon le statut matrimonial.	22

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
I. GENERALITES	4
1.1. Définition.....	4
1.2. Rappels	4
1.2.1. Droits du patient.....	4
a. Droit à l'information.....	4
b. Consentement libre et éclairé.....	4
✓ Le cas des patients mineurs	6
✓ Le cas des personnes protégées.....	7
a. Les majeurs vulnérables non protégés.....	7
b. Les majeurs sous sauvegarde de justice et sous curatelle.....	7
c. Les majeurs sous tutelle.....	7
1.2.2. La communication et la réflexion philosophique sur la relation soignants/soignés	8
1.3. La gestion du patient difficile	10
1.4. Conduite à tenir en cas de refus de soins	12
1.5. Traçabilité en cas de SCAM	13
II. METHODOLOGIE.....	15
2.1. Lieu d'étude.....	15
2.2. Période d'étude.....	16
2.3. Type d'étude.....	16
✓ Critères d'inclusion.....	17
✓ Critères de non inclusion.....	17
2.4. Aspects éthiques	17
2.5. Collecte, saisie et analyse de données	17
III. RESULTATS.....	18
IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS	38
4.1. Méthodologie.....	38
4.2. Epidémiologie.....	38
4.3. La tranche d'âge	40
4.4. Le sexe.....	40
4.5. La profession	41
4.6. Le niveau d'instruction	41

4.7. L'ethnie et la nationalité	42
4.8. Le motif d'admission	42
4.9. Le diagnostic	42
4.10. Le statut juridique des patients.....	43
4.11. Le motif de SCAM	44
4.12. L'initiateur de SCAM	45
4.13. La durée de séjour.....	45
4.14. Le score de Glasgow.....	45
4.15. La réadmission.....	45
CONCLUSION.....	47
RECOMMANDATIONS	48
REFERENCES	50
ANNEXES.....	56

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La sortie contre l'avis médical 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 quitter l'hôpital. A 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. Pour le médecin, la SCAM 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 [1, 2, 3]. 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 [4]. Il est important de comprendre la nature des admissions qui se sont terminées par une sortie contre l'avis du médecin pour trouver des solutions appropriées et ciblées dans le but de minimiser les répercussions de ces sorties [3].

Une étude a démontré que jusqu'à 2% des patients admis dans les hôpitaux généraux quittent contre l'avis du médecin [3]. Il est donc possible que l'expérience des patients et leur perception de la qualité des soins peut être exacerbée par leur état cognitif et émotionnel, influent sur la décision des patients. Par exemple un grand nombre de ces patients souffre de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Le fait que certains patients souhaitent sortir contre l'avis du médecin peut également être signe qu'ils ont des problèmes de communication avec leurs dispensateurs de soins [3, 5].

Par ailleurs, des données probantes suggèrent que les patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin sont plus susceptibles de retourner à l'hôpital (souvent pour le même diagnostic) que les autres patients [1,2]. Ils représentent donc un dilemme éthique pour les dispensateurs de soins de santé, qui ont la tâche difficile de concilier les soins appropriés et le respect de la volonté des patients [6].

Une grande partie des études antérieures sur les patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin étaient axées sur des problèmes médicaux précis (l'asthme, la pneumonie et la toxicomanie) [7, 8]

L'hospitalisation d'un patient est indiquée devant un tableau clinique nécessitant des soins hospitaliers ou des investigations médicales, sous surveillance médicale. La problématique des sorties contre avis médical touche tous les pays du monde selon les proportions variables et tous les secteurs de la médecine sont concernés. Au Canada en 2011-2012, plus de 25000 admissions en soins de courte durée se sont terminées par une sortie contre avis du médecin [9]. Au Burkina Faso, les statistiques nationales en 2004 ont notifié 4376 cas de sorties contre l'avis médical [10] 1411 cas en 2006 [11]. Dans tous les services de soins confondus, le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo a enregistré 1022 cas de sorties contre avis médical sur 34552 entrants en 2009, soit 2,96% [12].

Au regard de la prévalence élevée des sorties contre avis médical au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE, nous avons initié ce travail enfin de connaître la fréquence et les caractéristiques de ces sorties avis contre médical.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les sorties contre avis médical au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré

Objectifs spécifiques

1. Identifier les caractéristiques sociodémographiques communes des patients sortis contre avis médical.
2. Déterminer la fréquence de sorties contre avis médical.
3. Identifier les motifs de sorties contre avis médical.
4. Déterminer les pathologies des patients sorties contre avis médical.
5. Déterminer le profil des initiateurs des SCAM.
6. Déterminer l'état de conscience des patients au moment la SCAM.

GENERALITES

I. GENERALITES

1.1. Définition

La sortie contre avis médical 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.

1.2. Rappels

1.2.1. Le droit du patient

a. Le droit à l'information

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » [13, 14, 15]. Il s'agit d'un droit fondamental du patient. Avant une intervention ou un traitement, cette information devrait porter sur:

- ✓ les différentes investigations,
- ✓ les traitements ou les actions de prévention proposées,
- ✓ leurs utilités, leurs urgences éventuelles, leurs conséquences,
- ✓ les risques fréquents ou graves normalement prévisibles,
- ✓ les solutions alternatives possibles,
- ✓ les conséquences prévisibles en absence de traitement.

b. Consentement libre et éclairé

Consentir c'est « accepter que quelque chose se fasse, acquiescer, être d'accord » [16].

Le consentement repose sur une information claire, loyale, libre, appropriée au malade, à sa maladie et au traitement, progressif et évolutif [17]. Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information0 compréhensible et appropriée sur son état [18]. La difficulté, dans la pratique du soin, est que le refus de soin est bien souvent déterminé par des différents motifs [19]. Conformément au régime général des obligations au Mali, Chaque contractant peut exprimer sa volonté lui-même ou la faire exprimer par

un représentant. La volonté de chacun des contractants doit être libre et éclairée. Elle doit émaner d'une personne saine d'esprit et en état de discernement. Il n'y a point de contrat sans consentement émanant de l'une et de l'autre partie. Il n'y a point de consentement valable si le consentement n'a été donné que par erreur, s'il a été surpris par dol ou extorqué par la violence [20]. 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. En effet, le patient doit avoir l'information nécessaire pour que sa décision soit éclairée. Le médecin doit donc informer son patient sur son état de santé, les risques et les conséquences habituellement associées aux soins proposés avant que le patient y consente ou non.

Le consentement est obligatoire pour réaliser des soins. En France, la loi qui régit le refus de soin est celle du 04 mars 2002 concernant les droits des patients qui reconnaît à ceux-ci des droits face à la médecine. Elle informe que « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » [21;22]. Il doit être recueilli avant la réalisation de tout acte à caractère diagnostique ou thérapeutique et que le malade ait bénéficié, au préalable, d'une information précise et intelligible sur les soins [23].

« 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 cas des patients mineurs**

La question se pose uniquement pour les mineurs non émancipés puisque l'émancipation confère à l'enfant la capacité juridique [24].

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, leurs avantages et risques, les alternatives thérapeutiques, les conséquences d'une abstention ou d'un refus [25].

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.

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. Lorsque les parents sont absents et ne peuvent être prévenus en temps utile et si la situation est grave et urgente, le médecin prend les mesures nécessaires et donne les soins sous sa seule responsabilité [26;27].

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 [26].

✓ **Le cas des personnes protégées**

a. Les majeurs vulnérables non protégés

La validité du consentement donné par ces personnes est délicate à appréhender. L'acte médical doit être précédé d'une consultation de la personne de confiance, de la famille ou des proches. Il est recommandé de le consigner dans le dossier médical [].

b. Les majeurs sous sauvegarde de justice et sous curatelle

Ces majeurs doivent consentir à l'acte médical envisagé. Leur consentement est révocable à tout moment.

c. Les majeurs sous tutelle

Le consentement du majeur sous tutelle doit systématiquement être recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision le concernant. Son consentement est révocable à tout moment. De même, il ne peut être passé outre son refus (sauf s'il n'est pas apte à exprimer valablement cette volonté de refus ou lorsqu'il y a urgence).

Par conséquent, le seul consentement du représentant légal doit demeurer exceptionnel et n'être envisagé que lorsque le majeur protégé se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Le médecin a par ailleurs la possibilité de délivrer les soins indispensables lorsque le refus du tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé.

En cas de difficultés, il est souhaitable de saisir le juge des tutelles [28].

1.2.2. La communication et la réflexion philosophique sur la relation soignants/soignés

La communication est le fait d'établir une relation avec quelqu'un, mais également l'action de lui faire connaître quelque chose. Une communication se fait entre un émetteur, qui produit une information, et un récepteur qui reçoit l'information. Elle nécessite des voies de communication. Ces voies de communication sont de deux ordres : le langage verbal et le langage non verbal [29].

Le langage verbal, c'est la parole et l'écriture. La parole 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.

Dans la législation française, l'article 2 du décret 194 du 11 février 2002 précisent que les soins correspondent à l'ensemble des actes, que ce soit technique ou relationnel, dans le but de soigner et rendre la santé [14]. 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.

Le refus de soin par contre correspond au fait de s'opposer à une proposition de soin qui constitue un droit. Il se présente d'abord comme un conflit entre le médecin et le malade. Il confronte le médecin à un problème car ce qui est utile et souhaitable pour un malade d'un point de vue médical, est refusé par le malade lui-même [30].

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.

L'information signifie «délivrer une information», mais aussi écouter et dialoguer.

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.

L'écriture 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.

Le langage non verbal 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. A 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. Elle consiste en une mise en place d'une relation de confiance, et prend en considération plusieurs facteurs :

- ✓ la culture et l'origine (les soins, selon les cultures, n'ont pas les mêmes représentations symboliques),
- ✓ le niveau social et intellectuel (le langage et les termes employés sont adaptés à la compréhension du patient),
- ✓ l'aspect religieux et les croyances (chez certaines personnes ces notions sont prépondérantes et structurent leur vie).

1.3. La gestion du patient difficile [31]

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.

1.3.1. 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, tant celle nécessaire à l'obtention d'un consentement libre et éclairé, que celle sur le déroulement des investigations prévues, de l'intervention projetée ou des traitements et recommandations à observer, 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 dûment identifié, à la remise d'un document après l'entretien individuel d'information, voire au refus du patient « d'en savoir plus » doit figurer au dossier de ce patient objectivement peu fiable.

1.3.2. Le patient qui ne comprend pas

Contrairement à la situation du patient qui « n'écoute pas », le patient qui ne comprend pas ce qu'on lui dit 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 par exemple l'importance des risques.

1.3.3. Le patient étourdi

Lorsque le praticien se trouve confronté à un patient « qui perd tout », il doit s'astreindre, d'une part à mentionner sur le dossier du patient la remise de tout document éventuellement contre reçu, et d'autre part conserver une copie du document remis.

Une attention particulière sera portée lors de la remise de formulaires de recommandations post-opératoires, notamment dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Le médecin devra démontrer avoir tenu compte lors de la remise de ce type de documents de la particularité de ce patient, par exemple en exigeant que le tiers venant chercher le patient émarge lui-même le document de sortie en attestant de la remise effective du formulaire de recommandations.

Il convient de rappeler que tout document reçu par un médecin devient un élément de son dossier patient. La transmission de documents ne consiste donc qu'en une remise de copie et non des originaux à conserver par le praticien.

Le suivi d'un patient difficile nécessite donc une vigilance particulière à la charge du praticien.

1.4. 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 [24].

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 [32]. Lorsque le praticien est en présence d'un malade ou un blessé en péril ou lorsqu'il est informé d'une telle situation, il doit lui porter secours, à défaut, il doit s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires [33]. Le médecin ou chirurgien-dentiste, dès lors qu'il a accepté de prendre un malade en charge s'oblige :

- A lui donner au besoin avec l'aide d'un tiers qualifié tous les soins médicaux que requiert son état.

- A toujours se comporter avec correction et douceur envers les malades.

Le médecin ou chirurgien-dentiste doit toujours apporter la plus grande attention et usera de tout le temps nécessaire à l'élaboration de son diagnostic [34].

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.

1.5. Traçabilité en cas de SCAM

Une traçabilité des efforts de sensibilisation et d'information sur les risques encourus ainsi que des propositions d'alternatives à l'hospitalisation doit être assurée au sein du dossier patient. 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...

En outre, une attestation de sortie contre avis médical doit être signée par le patient qui reconnaît ainsi avoir été informé de la nécessité de l'hospitalisation et des soins proposés ainsi que des risques encourus du fait de son départ. Il doit également attester avoir compris l'information et maintenir sa volonté, en toute connaissance de cause, de quitter l'établissement. En outre, si une alternative lui est proposée, elle doit être mentionnée sur le document.

La signature de cette attestation est d'ailleurs imposée par la réglementation applicable aux établissements publics de santé selon laquelle « si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. »

Précisons toutefois que la signature par le patient d'une attestation de sortie contre avis médical ne constitue pas une décharge de responsabilité. Si des négligences dans la prise en charge sont démontrées à l'encontre de l'équipe de soins, la signature d'un tel document ne privera pas le patient d'une action en responsabilité tant civile que pénale.

Ainsi, le médecin faisant preuve de désintérêt pour son patient en se contentant d'un rapide échange de cinq minutes dans un couloir pourra voir sa

responsabilité engagée quand bien même il aurait fait signer une attestation de sortie contre avis médical. [24]

En conformité avec la charte du malade en République du Mali, Le malade a le droit d'accepter ou de refuser l'hospitalisation ou toute prestation de diagnostic ou de traitement, s'il ne met pas en danger sa vie ou l'intérêt public. Lorsqu'il est complètement ou partiellement (de par la loi ou de fait) incapable d'exercer ce droit, celui par son représentant ou par une personne légalement désignée.

Le malade peut, à tout moment, quitter l'hôpital sauf exception prévu par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt et signé une décharge

Lorsque le malade ou son représentant légal (en cas d'incapacité) refuse l'hospitalisation ou les prestations de diagnostic ou de traitement que son état nécessite, il doit signer une attestation traduisant ce refus ; dans le cas contraire, un procès-verbal devrait en être tenu par l'équipe qui a proposé l'hospitalisation ou les prestations de diagnostic ou de traitement [35].

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

2.1. Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU Gabriel Touré.

Le CHU Gabriel Touré se trouve au troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il est situé en plein centre-ville dans le quartier commercial de la commune III de Bamako.

Le Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré est une référence en matière de prestation de services. Il a vocation du centre de traumatologie d'urgence mère-enfant. Il reçoit toutes les formes d'urgences sauf les urgences médico-pédiatriques et des obstétricales. Ces derniers sont reçus respectivement au service des urgences pédiatriques et des urgences obstétricales.

Aperçu général du SAU :

Le Services d'Accueil des Urgences est structurellement constitué de:

- **Une salle de tri** : animée par un médecin et un infirmier.
- **Une salle de déchoquage** : composée de deux lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope multiparamétrique, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène, d'air et de vide pour l'aspiration, deux respirateurs pour les deux lits et deux pousses seringues électriques.
- **Deux salles d'hospitalisation de courte durée(UHCD)**: une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Chaque salle est munie de quatre lits de réanimation. Chaque lit est muni d'un scope, de quatre prises électriques, de bouche d'oxygène d'air et de vide.
- **Cinq box de consultation et une zone d'attente.**
- **Trois box** improvisés en SAUV au cours de la pandémie **COVID 19**.
- **Une salle de décontamination** où le lavage gastrique est effectué.

- **Un bloc opératoire d'urgence** : utilisé par les services de chirurgie viscérale, de neurochirurgie, de traumatologie, ORL et de chirurgie pédiatrique.
- **Un laboratoire d'analyse sanguine** : équipé mais non fonctionnel.
- **Une salle de radiologie** : non fonctionnelle.
- **Un secteur administratif**
- **Deux bureaux et un amphithéâtre** où se tiennent le staff et les réunions.

Le personnel du service est composé de :

- Treize médecins,
- Vingt-sept infirmiers,
- Vingt-deux étudiants en année de thèse,
- Quatorze brancardiers.

L'activité du service est organisée de la manière suivante :

- La période d'astreinte s'étend de 7h30 min à 15h00.
- La garde va de 7h30 à 7h30 pour les étudiants. Pour le reste du personnel la garde s'étend de 15h00 à 7h30 le lendemain.
- Chaque équipe est composée de médecins, d'étudiants, d'infirmiers et de techniciens de surface.

2.2. Période d'étude

De 1^{er} avril 2020 au 30 septembre 2020, soit une durée de six mois.

2.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique.

A titre de comparaison nous allons faire recours à d'autres études.

✓ Population d'étude

Tous les patients admis au SAU du CHU Gabriel TOURE pour les soins.

✓ Variables de l'étude

Pour chaque patient ont été étudiés : l'âge, le sexe, la profession, l'ethnie, le lieu de résidence, l'initiateur de SCAM, le motif d'admission, le diagnostic présumptif, la cause de SCAM, le lieu d'accueil après la SCAM, la durée de séjour, l'état de conscience du patient, l'état de fonctions vitales à la sortie, le niveau d'instruction, le nombre de réadmission, le motif de réadmission, le diagnostic de réadmission.

L'enquête s'est déroulée SAU du CHU Gabriel TOURE.

✓ **Critères d'inclusion**

Patient sortant contre avis médical.

✓ **Critères de non inclusion**

Tout patient qui n'a pas voulu signer la décharge

2.4. Aspects éthiques

Cette étude a été réalisée avec l'accord des patients et les informations recueillies sont restées confidentielles.

2.5. Collecte, saisie et analyse de données

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête de données individuelles préétablies. Les données ont été analysées au logiciel SPSS version 19. Les graphiques ont été réalisés au logiciel Excel 2013. Les tests statistiques utilisés ont été le Chi carré et le test exact de Fischer. Le test était significatif pour une valeur de $p < 0,05$.

RESULTATS

III. RESULTATS

Nous avons recensé **464** cas de SCAM sur **8065** admissions pendant six mois, soit **5,8%** et parmi ces **464** nous avons eu **10** cas de réadmission soit **2,2%**.

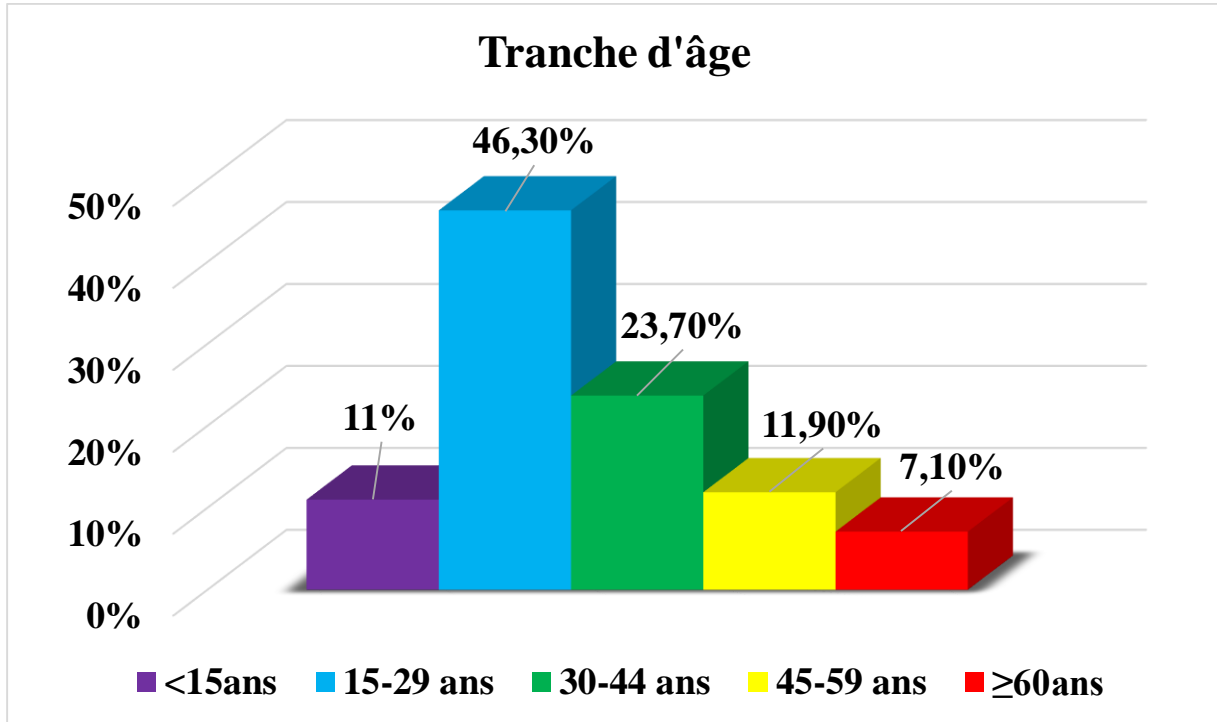


Figure 1 : La répartition des patients selon la tranche d'âge.

Il s'agissait des sujets jeunes, **46,5%** étant dans la tranche d'âge de **15-29** ans et **23,8%** dans la tranche d'âge de **30 à 44** ans. L'âge moyen était de **30,58+/-16,35** ans avec des extrêmes de 1an et de 102 ans.

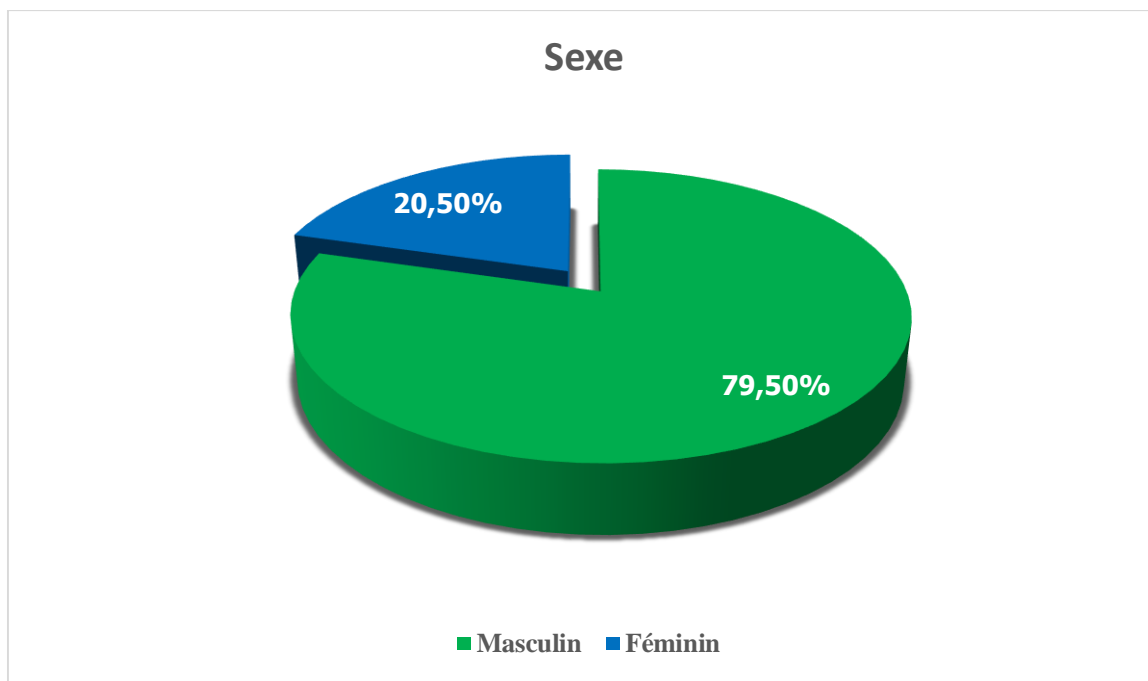


Figure 2 : La répartition des patients en fonction du sexe.

Le sexe masculin était le plus prédominant avec **79,5%** avec un sexe- ratio de **3,88**.

Tableau I : La répartition des patients en fonction de la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Ouvrier	146	31,5
Elève et étudiant	85	18,3
Commerçant	72	15,5
Ménagère	56	12,1
Chauffeur	26	5,6
Fonctionnaire	19	4,1
Cultivateur	14	3,0
Gardien	12	2,6
Couturier	11	2,4
Orpailleur	11	2,4
Sans emploi	11	2,4
Gérant	1	,2
Total	464	100,0

En ce qui concerne la profession des patients, le groupe des ouvriers était le plus représenté avec **31,5%**.

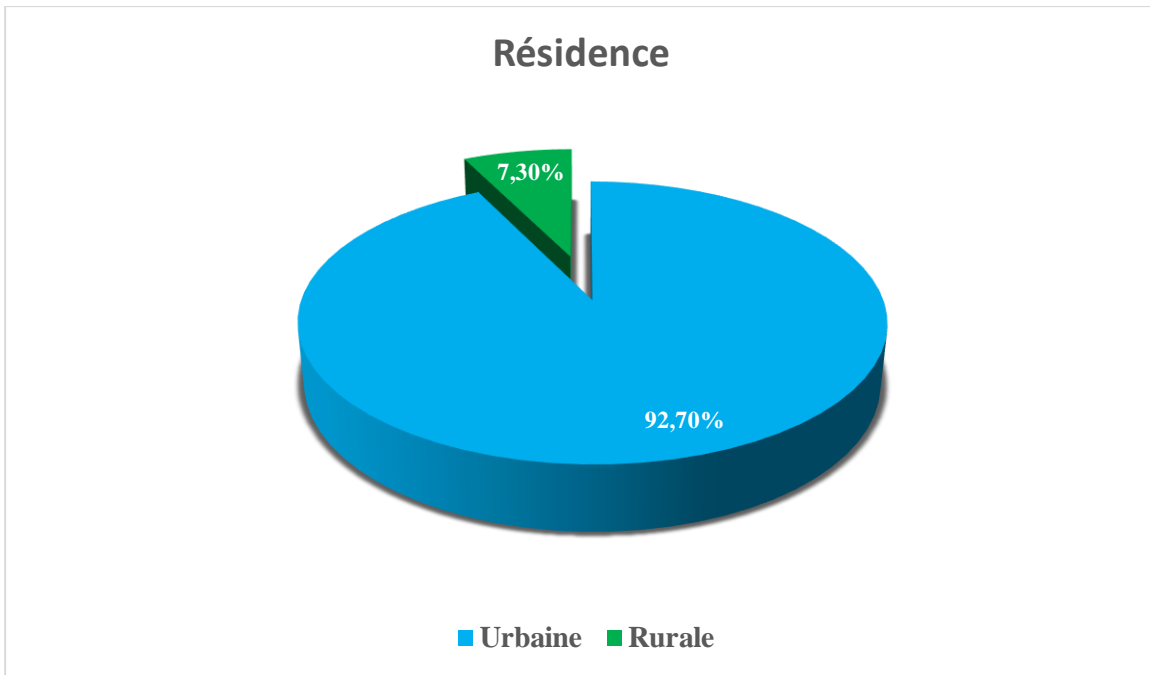


Figure 3 : La répartition des patients en fonction du lieu de résidence.

Les patients résidant en milieu urbaine étaient majoritaires avec **92,7%**.

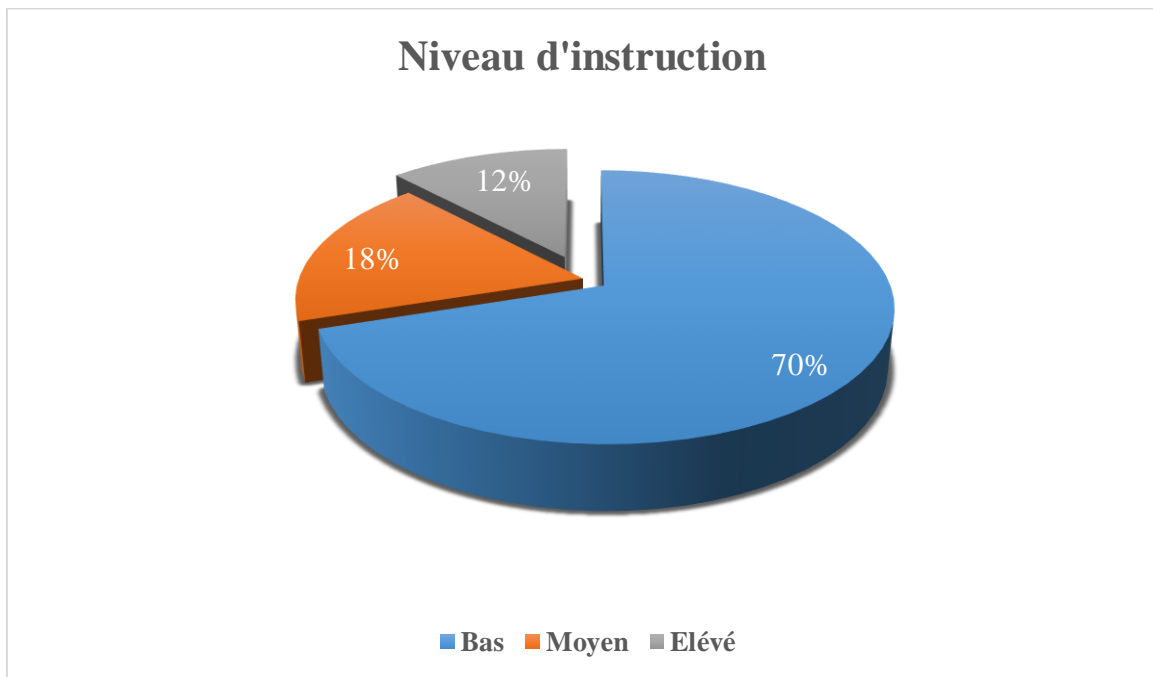


Figure 4 : La répartition des patients selon leur niveau d'instruction.

Le niveau d'instruction était bas pour **70%** des patients.

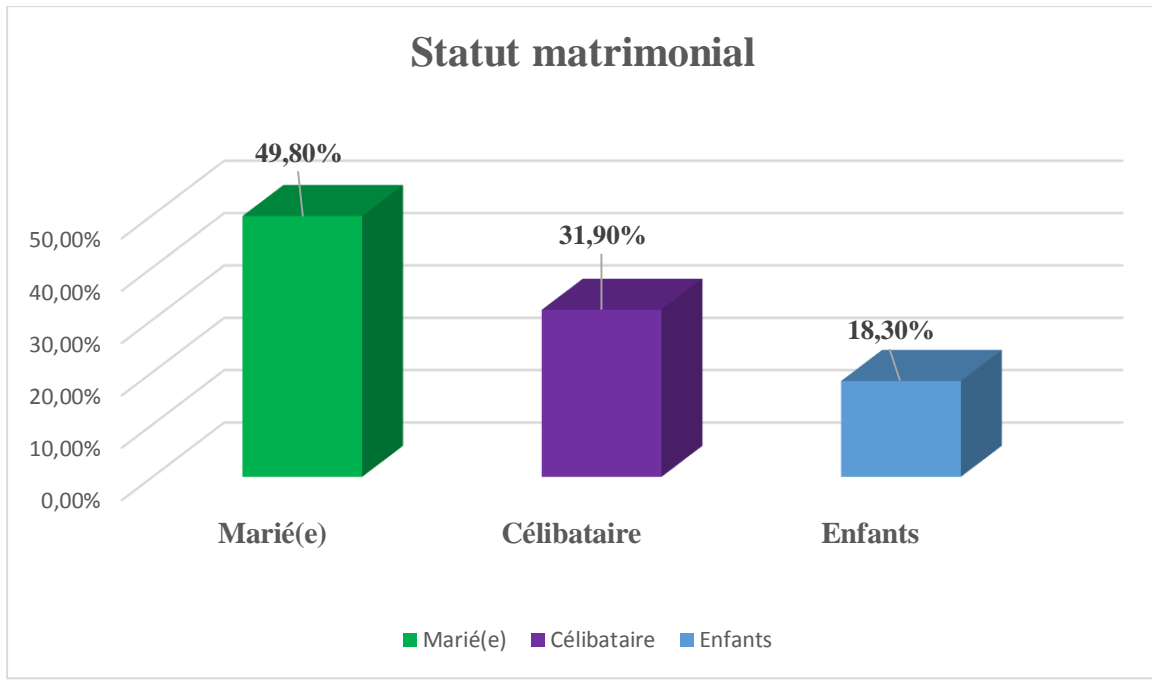


Figure 5 : La répartition des patients selon le statut matrimonial.

Les marié(e)s étaient dominants avec une proportion de **49,8%**.

Tableau II : La répartition des patients selon la nationalité.

Nationalité	Effectifs	Pourcentage (%)
Malienne	453	97,6
Burkinabée	4	0,9
Sénégalaise	2	0,4
Togolaise	2	0,4
Ivoirienne	1	0,2
Chinoise	1	0,2
Guinéenne	1	0,2
Total	464	100,0

La nationalité malienne était prédominante avec **97,6%**.

Tableau III: La répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	192	41,4
Peuhl	88	19,0
Soninké	44	9,5
Malinké	34	7,3
Sonrhäi	22	4,7
Dogon	28	6,0
Minianka	15	3,2
Sénoufo	15	3,2
Autres	26	5,6
Total	464	100,0

L'ethnie bambara était prédominante avec **41,4%**, suivi de l'ethnie peuhl avec **19%**. Les autres étaient composées de bobo (**1,5%**), arabe (**0,43%**), kakolo (**0,86%**), mossi (**0,86%**), wolof (**0,43%**), dafing (**0,65%**) et quatre ethnies inconnues (**0,86%**).

Tableau IV : La répartition des patients selon le motif d'admission

Motifs d'admission	Effectifs	Pourcentage (%)
AVP	408	87,9
Accident de sport	1	0,2
Accident de travail	13	2,8
Accident domestique	18	3,9
Altération de la conscience	4	0,9
Brûlure électrique	1	,2
CBV	8	1,7
Convulsion	1	0,2
Douleur abdominale	1	0,2
Dyspnée	1	0,2
Morsure de serpent	7	1,5
Piqûre d'abeille	1	0,2
Total	464	100,0

L'AVP était le motif d'admission dans **87,9%**.

Tableau V : La répartition des patients selon le diagnostic présomptif.

Diagnostics	Effectifs	Pourcentage (%)
Fracture des membres	400	86,2
Luxation des membres	14	3,0
AVC	3	0,6
Brûlure thermique	4	0,9
Cetoacidose diabétique	1	0,2
Contusion pulmonaire	1	0,2
Envenimation par morsure de serpent	7	1,5
Occlusion intestinale	1	0,2
Paludisme grave	1	0,2
Plaie traumatique	3	0,6
Pneumopathie	1	0,2
Traumatisme abdominal	3	0,6
Traumatisme crâniovertébrale	25	5,4
Total	464	100,0

La fracture des membres représentait **86,4%**.

Tableau VI : La répartition des patients selon la capacité juridique.

Statut juridique	Effectifs	Pourcentage (%)
Majeur	375	80,8
Mineur	89	19,2
Total	464	100,0

Les majeurs étaient dominants avec une proportion de **80,8%**.

Tableau VII : La répartition des patients selon le motif de SCAM.

Motif de SCAM	Effectifs	Pourcentage (%)
Traitement traditionnel	359	77,4
Problème financier	57	12,3
Autre centre de santé	27	5,8
Délai chirurgical long	12	2,6
Soins inadéquats	7	1,5
Guérison supposée	1	0,2
Hantise de la Covid-19	1	0,2
Mineur	89	19,2
Total	464	100,0

Le traitement traditionnel représentait **77,4%** des cas de motif de SCAM.

Tableau VIII : La répartition des patients selon l'initiateur de SCAM.

Initiateur de SCAM	Effectifs	Pourcentage (%)
Père	202	43,5
Patient	138	29,7
Mère	11	2,4
Conjoint(e)	38	8,2
Autres	75	16,2
Total	464	100,0

Le père était responsable de la décision de sortie dans **43,5%** des cas et le patient lui-même ne décidait de la SCAM que dans **29,7%** des cas.

Tableau IX : La répartition des patients selon le lieu de destination après la SCAM.

Lieu de destination	Effectifs	Pourcentage (%)
Chez le tradithérapeute	369	79,5
Autre centre de santé	46	9,9
Domicile	49	10,6
Total	464	100,0

Le lieu de destination des patients était dans **79,5%** des cas chez le tradithérapeute.

Tableau X : La répartition des patients selon la durée de séjour.

Durée de séjour	Effectifs	Pourcentage (%)
<24h	452	97,4
[24h-48h [	2	0,4
[48h-72h [	1	0,2
≥72h	9	2
Total	464	100,0

La durée de séjour dans **97,4%** était de moins de **24 heures** avec une durée moyenne de **6,7 heures**.

Tableau XI : La répartition des patients selon l'état de fonctions vitales au moment de la sortie.

Etat de fonctions vitales	Effectifs	Pourcentage (%)
Stable	458	98,7
Instable	6	1,3
Total	464	100,0

Concernant la stabilité de l'état de fonctions vitales, **98,7%** des patients étaient stables.

Tableau XII : La répartition des patients selon le score de Glasgow à la sortie.

GCS	Effectifs	Pourcentage (%)
15	450	97
14	8	2
12	6	1
Total	464	100,0

La majorité des patients avaient un score de Glasgow à **15/15** à la sortie soit **97%**.

Tableau XIII : La répartition des patients selon la réadmission.

Réadmission	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	454	97,8
Oui	10	2,2
Total	464	100,0

La réadmission parmi les SCAM était au nombre de **10** cas soit **2,2%**.

Tableau XIV : La répartition des patients selon le motif de réadmission.

Motif de réadmission	Effectifs	Pourcentage (%)
Altération de la conscience	4	40
Fièvre +Agitation	4	40
Dyspnée	1	10
Céphalée intense	1	10
Total	464	100,0

Les motifs de réadmission étaient dominés par l'altération de la conscience avec une proportion de **40%**, la fièvre et l'agitation aussi à **40%**

Tableau XV : La répartition des patients selon le diagnostic de réadmission.

Diagnostic de réadmission		Effectifs	Pourcentage (%)
Contusion			
œdématohemorragique	+	3	30
hémorragie méningée			
Sepsis			
HSDC		2	20
Gangrène de la jambe		1	10
Embolie pulmonaire		1	10
Total		10	100,0

Concernant les diagnostics de réadmission, les sepsis à **30%**, les contusions œdématohémostatiques et les hémorragies méningées à **30%** étaient dominants.

Tableau XVI : L'âge par rapport à la réadmission.

Age en année	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
<15	1	50	51
[15-30[	5	210	215
[30-45[	2	108	110
[45-60[	1	54	55
≥60	1	32	33
Total	10	454	464

Le test exact de Fischer; P =0,962

Il n'y a pas de relation significative entre la réadmission et l'âge.

Tableau XVII : Le sexe par rapport à la réadmission.

Sexe	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Masculin	7	362	369
Féminin	3	92	95
Total	10	454	464

Le test exact de Fisher ; P= 0,336

Il n'y a pas de relation significative entre la réadmission et le sexe.

Tableau XVIII : La profession par rapport à la réadmission.

Profession	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Commerçant	1	71	72
Elève	1	84	85
Enfant	1	10	11
Fonctionnaire	1	18	19
Ménagère	3	53	56
Ouvrier	3	143	146
Total	10	379	389

Le test d'exact Fisher ; P=0,208

Il n'y a pas de relation significative entre la réadmission et la profession.

Tableau XIX : Le niveau d'instruction par rapport à la réadmission.

Niveau d'instruction	Réadmission après SCAM		Total
	oui	Non	
Bas	7	318	325
Moyen	1	83	84
Elevé	2	53	55
Total	10	454	464

Le test exact de Fisher; P= 0,683

Il n'y a pas de relation significative entre la réadmission et le niveau d'instruction.

Tableau XX : L'ethnie par rapport à la réadmission.

Ethnie	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Bambara	2	190	192
Malinké	1	33	34
Peuhl	6	82	88
Autres	1	25	26
Total	10	330	340

Le test exact de Fisher ; P=0,823

Il n'y a pas de relation significative entre la réadmission et l'ethnie.

Tableau XXI : La durée de séjour par rapport à la réadmission.

Durée de séjour	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
<24h	8	444	452
[24-48[	1	1	2
≥72h	1	8	9
Total	10	453	463

Le test exact de Fisher ; P= 0,008 Il y a une relation significative entre la réadmission et la durée de séjour.

Motif d'admission	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
AVP	9	399	408
Piqûre d'abeille	1	0	1
Total	10	399	409

Tableau XXII : Le motif d'admission par rapport à la réadmission.

Le test exact de Fisher ; P= 0,024

Il y a une relation significative entre la réadmission et le motif d'admission.

Tableau XXIII : Le diagnostic par rapport à la réadmission.

Diagnostic	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Fracture des membres	4	396	400
Traumatisme crâniovertébrale	5	20	25
Traumatisme thoracique	1	0	1
Total	10	416	426

Le test exact de Fisher ; P = 0,001

Il y a une relation significative entre la réadmission et le diagnostic présumptif.

Tableau XXIV : La capacité juridique par rapport à la réadmission.

Statut juridique du patient	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Majeur	9	365	374
Mineur	1	88	89
Total	10	454	464

Le test exact de Fisher ; P = 0,392

Il n'y a pas de relation significative entre la réadmission et le statut juridique des patients.

Tableau XXV : Le motif de SCAM par rapport à la réadmission.

Motif de SCAM	Réadmission après SCAM		Total
	oui	Non	
Préférence du traitement traditionnel	2	356	358
Défaut de ressource financier	8	49	57
Total	10	405	415

Le test exact de Fisher ; P = 0,000

Il y a relation significative entre la réadmission et le motif de SCAM.

Tableau XXVI : L'initiateur de SCAM par rapport à la réadmission.

Initiateur de SCAM	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Père	2	159	161
Mère	1	10	11
Parent employé	3	40	43
Conjoint	4	34	38
Total	10	243	253

Le test exact de Fisher ; P = 0,01

Il y a une relation significative entre la réadmission et l'initiateur.

Tableau XXVII : Le lieu de destination par rapport à la réadmission.

Lieu de destination	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Chez le tradithérapeute	2	367	369
Domicile	8	41	49
Total	10	408	418

Le test de Fisher ; $p= 0,000$

Il y a une relation significative entre la réadmission et le lieu de destination.

Tableau XXVIII : le score de Glasgow par rapport à la réadmission.

Glasgow	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
15	2	448	450
14	3	5	8
12	5	1	6
Total	10	454	464

Le test exact de Fisher ; $P = 0,000$

Il y a une relation significative entre la réadmission et le score de Glasgow.

Tableau XXIX : La stabilité de l'état clinique à la sortie par rapport à la réadmission.

Etat clinique à la sortie	Réadmission après SCAM		Total
	Oui	Non	
Stable	3	445	448
Instable	7	9	16
Total	10	454	464

Le test exact de Fisher ; $P = 0,000$

Il y a une relation significative entre la réadmission et la stabilité de l'état clinique à la sortie.

COMMENTAIRES

DISCUSSIONS

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1. Méthodologie

Notre étude prospective portant sur la sortie contre avis médical au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré durant une période de six mois allant du 1^{er} avril au 30 septembre 2020, a pour but d'étudier les sorties contre avis médical.

Le recueil des données sur les SCAM repose sur un interrogatoire direct avec les patients ou les parents, ce qui augure d'une bonne fiabilité des réponses obtenues. Cependant, le motif exprimé n'est pas toujours nécessairement le motif essentiel ressenti par les parents ou les patients. En effet, certaines motivations qui peuvent avoir des répercussions sur l'équilibre relationnel dans le service peuvent être expressément dissimulées par les parents ou les patients. C'est le cas par exemple des désaccords avec le personnel soignant qui peuvent être assortis d'une sanction à l'endroit du personnel concerné. De même, les conditions de salubrité insuffisantes qui peuvent prendre l'allure d'un discrédit peuvent être volontairement dissimulées par les parents ou les patients. Toutefois, ces situations inhérentes à la méthode interrogative, peu fréquentes, ont certes une influence sur les résultats ; cependant, celle-ci semble minime et ne pas constituer une entrave à la réalisation de ce travail.

4.2. Epidémiologie

Malgré ces petites difficultés, les résultats obtenus nous ont permis une description épidémiologique.

Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons enregistré **8065** patients en consultation durant 6 mois dont **464** cas de sortie contre avis médical soit un pourcentage de **5,8%** de l'ensemble des consultations. Il s'agit d'un réel fléau qui mérite d'être étudié. La proportion des patients qui quittent l'hôpital à l'encontre des avis

médicaux varie d'un pays à l'autre. Aux États-Unis **2,7%** quitteraient chaque année les services d'urgences contre l'avis du médecin [36]. Cette proportion était de **1,3%** dans un audit canadien [37]. Comme dans notre étude, la prévalence de cette situation semble être plus élevée dans les pays en développement. Elle était de **4%** dans une série saoudienne [38] et de 7,2% dans l'étude de Fadare et al, effectuée au Nigéria [39].

Le tableau ci-dessous rapporte la prévalence des sorties contre avis médicaux dans quelques études.

Tableau XXX : La prévalence des sorties contre avis médicaux dans quelques études.

Auteurs	Pays	Année	Effectifs	Prévalence
Notre étude	Mali	2020	8065	5,8%
Youssef et al [38]	Arabie Saoudite	2007-2009	16175	4%
Fadare et al [39]	Nigéria	2008-2011	1911	7,2%
Ramanganavalona et al [40]	Madagascar	2014	2928	4,2%
Schaefer et al [41]	Etats-Unis	2001-2010	46319	1%
Karimi et al [42]	Iran	2010-2011	94441	8,4%

La différence entre les prévalences observées entre les pays développés et en développement pourrait provenir de la différence des raisons qui motivent le refus de soins. 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 [39;41]. Il existerait également une différence de prévalence en fonction des services considérés. La fréquence de cette situation

serait la plus élevée dans les services de psychiatrie, les troubles psychiatriques et les problèmes toxicologiques faisant partie des principaux facteurs favorisants identifiés [41]. De même, ce phénomène serait moins important chez la population pédiatrique par rapport à la population adulte (3,7% contre 7,9% dans une méta-analyse iranienne) [43].

4.3. La tranche d'âge

L'âge moyen de nos patients était **30,58+/-16,35** ans avec des extrêmes de 1 an et 102 ans. Dans cette étude nous avons constaté que la sortie contre avis médical survenait surtout chez les patients âgés entre **15 à 29** ans avec une proportion de **46,3%** des cas. Comme dans notre étude, une population jeune est fréquemment retrouvée dans les études concernant ce sujet. L'âge moyen des malades était de **36,5 +/- 15,3** ans dans l'étude de Youssef et al, en Arabie Saoudite [38], **34 +/- 23** ans dans l'étude de Karimi et al, en Iran [40] et **46,9 +/- 20,9** ans dans l'étude d'El Sayed et al, au Liban [44] et **31,1 +/- 18,9** ans dans l'étude de Ramanganavalona et à Madagascar [40]. Plusieurs études ont démontré que l'âge jeune faisait partie des facteurs fréquemment associés au refus de soins et à la sortie contre avis médical [37,38].

4.4. Le sexe

Nous avons constaté une prédominance du genre masculin dans **79,5%** des cas avec un sex-ratio de **3,88**.

Notre observation recoupe les données de la littérature. En 2012, Salimi et Ravangard ont retrouvé sur **2801** patients **65,3%** d'hommes [45]. La même tendance a été notée dans une série canadienne qui a retrouvé une proportion masculine de **63,1%** [1]. Dans une méta-analyse iranienne portant sur près de **245 000** patients, Mohseni et al ont observé significativement plus d'hommes que de femmes chez les patients ayant refusé les soins [43].

Parmi les raisons évoquées pour expliquer cette tendance sont notamment la responsabilité sociale des hommes et la nécessité de travailler pour subvenir aux besoins de sa famille, qui les obligent à ne pas s'attarder à l'hôpital. A ceci s'ajoute l'amélioration clinique plus précoce des hommes par rapport aux femmes du fait des différences physiologiques. En notant une amélioration de leur état, plusieurs hommes pensent continuer leur traitement à domicile. En fin dans le milieu chirurgical, la prédominance masculine 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 à le genre féminine [43;47].

En contraste, une prédominance féminine est remarquée dans les pays où le statut social de la femme est encore précaire. Dans des études au Bangladesh et en Inde, plus de femmes sortent contre avis médical car la famille tend à dépenser moins d'argent pour la fille que pour le garçon [45;46].

4.5. La profession

En ce qui concerne la profession des patients, le groupe des ouvriers étaient les plus représentés avec **31,5%**, comparable à celle de Houdonou et al au Benin, le groupe des artisans et des commerçants était le plus représenté avec **44,29%** [52]. Les travailleurs en secteur informel (**26,8%**) et les femmes au foyer (**21,3%**) étaient les plus représentés dans l'étude de Ramanganavalona à Madagascar [40]. Dans celle de Noohi et al, en Iran, la moitié des personnes qui ont effectué une décharge était chômeur [48].

4.6. Le niveau d'instruction

Notre étude a montré que **70%** des patients avaient le niveau d'instruction bas. Dans celle de Mabilia Babela et al. dans le service de pédiatrie au CHU de Brazzaville a montré que la majorité des parents avaient un niveau scolaire secondaire (**66,7%** pour les mères et **58%** pour les pères) [49]. Dans l'étude de Karimi et al, en Iran, **45,5%** des malades étaient illettrés ou étaient de niveau primaire [41]. Ainsi que dans l'étude de Ramanganavalona à Madagascar au

CHUJRA a montré que **42,5%** des patients avaient un niveau d'instruction bas [40].

Certains auteurs avance qu'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 plus facile recours à la médecine traditionnelle [41;50].

4.7. L'ethnie et la nationalité

La majorité des enquêtés étaient bambara **41,4%** et **97,6%** étaient de nationalité malienne. Ces observations dérivent essentiellement de la localisation du CHU dans lequel a été effectuée l'étude, qui se situe au centre de la capitale de Malienne. Les revues de littérature concernant ce problème n'ont pas trouvé de rapport significatif entre l'ethnie et les refus de soins en compilant les articles disponibles [51]. Pourtant 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 [42] ou les aborigènes qui prédominaient dans un audit australien [52]. 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 [42].

4.8. Le motif d'admission

Les AVP étaient le motif principal des admissions avec **87,9%** dans notre étude, comparable à celle de Houdonou Ma et al, **87,5%** des cas s'agissait d'accidents survenus sur la voie publique [53]. Dans l'étude de Mabilia-Babela et al au Congo Brazzaville dans le milieu pédiatrique le motif était dominé par les troubles digestifs avec **27,1%** [49]

4.9. Le diagnostic

Les résultats de notre étude ont révélé que les pathologies des malades étaient dominées par la fracture des membres à **86,2%**.

Celle de Ramanganavalona à Madagascar a retrouvé **57,4%** de fractures [36].

En milieu chirurgicale, les cas traumatologiques sont souvent les plus retrouvés du fait de la fréquence des traumatismes. Jimoh et al ont retrouvé une prédominance des fractures des os long dans leur étude réalisée au Nigéria [46].

Une autre raison de cette prédominance est le fait que plusieurs personnes dans les pays en développement comme le nôtre, préfèrent traiter les fractures et les luxations chez les kinésithérapeutes traditionnels [46]

4.10. La capacité juridique des patients

Dans notre étude les majeurs étaient **80,8%**, et les mineurs représentaient **19,2%**. Dans l'étude de Ramanganavalona à Madagascar, **25%** des patients étaient mineurs [40].

La proportion de mineurs varie suivant les études, notamment suivant les activités prédominantes de l'établissement hospitalier considéré. Dans une série mixte médicochirurgicale nigérienne, près de **45%** des patients étaient mineurs [54].

Dans tous les cas, cette catégorie de population pose des problèmes en cas de refus de soins de la part des parents ou des tuteurs. En effet, les enfants sont plus vulnérables que les adultes en absence de soins adéquats. Cela les expose à des risques plus importants de morbidité prolongée et de séquelles. La situation est d'autant plus dramatique quand l'enfant ne comprend pas et ne peut pas contribuer à la décision [55].

De même, la situation chez le mineur est plus délicate du point de vue juridique. Un refus de soins des parents et des tuteurs lors d'une situation urgente qui engage le pronostic vital à court terme de l'enfant pourrait être considéré comme un abus et une négligence de la part de ces derniers et pourrait engager la responsabilité des parents.

Un avis juridique de la part des juges des enfants est donc souvent nécessaire en cas de conflit flagrant entre les soignants et les responsables des enfants. La notification précise et loyale dans le dossier médical des soins proposés, des informations fournies et des procédures de négociation avec les parents est encore plus recommandée dans les situations de refus de soins incluant des mineurs [50].

4.11. Le motif de SCAM

Dans note étude le motif le plus fréquent était la préférence du traitement traditionnel avec **77,4%**, suivi du moyen financier à **12,3%**.

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 [40]. 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 départ des patients. En effet la pauvreté est encore élevée dans ces pays, contrastant avec la cherté du coût de soins et le faible de taux de population avec une assurance maladie [56]. Dans une série nigériane, le manque pécuniaire fut à l'origine de la sortie de **38%** des malades. La même tendance a été observée dans l'étude d'Ikefuan et al, à Enugu [57]. L'influence familiale se trouve au deuxième rang des raisons du refus de soins dans l'étude de Jimoh et al (27,6% au Nigéria) [56]. De leur côté, Yeye et al avaient noté que **44,4%** des patients avaient quitté l'hôpital sous la pression familiale [58].

Dans la société africaine et en particulier au Mali, la famille se mobilise pour soutenir le malade en cas de maladie. Ce soutien est d'ordre matériel, financier et psychologique. Ainsi, elle a une influence prépondérante également dans l'orientation du traitement. Si un patient est économiquement dépendant de son entourage, il ne peut que se plier à la décision de ceux qui le prennent en charge. D'autres prises de décision relative à la famille sont notamment l'absence de

garde malade, la nécessité de remplir les obligations familiales surtout pour les hommes, les désaccords entre les époux avec difficulté d'obtention du consentement éclairé chez les enfants [54;55].

4.12. L'initiateur de SCAM

Dans notre étude les initiateurs de SCAM étaient dominés les parents de sexe masculin (les pères) à **43,5%**, le patient, lui-même initiait dans **29,7%** des cas.

Dans celle de Houdonou et al un parent de sexe masculin était responsable de la décision de sortie (**51,61%**). Le patient lui-même ne décide de la SCAM que dans **29,03%** des cas [53].

4.13. La durée de séjour

Dans notre étude, **97,4%** des patients sortaient du service en moins de 24heures.

La durée maximale de séjour était de sept jours. Dans celle de Ramanganavalona, **81,6%** des patients sortaient du service de réanimation des urgences en moins de 24heures [40].

4.14. Le score de Glasgow

Au cours de l'étude, **97%** des patients avaient à un score de Glasgow **15/15** à la sortie. **2%** avaient un score de Glasgow à **14/15** et **1%** avait un score de Glasgow **12/15**.

4.15. La réadmission

Notre étude a déterminé **2,2%** de réadmission des patients aux urgences après leur sortie contre avis médical.

Une étude canadienne faite 2011-2012 a eu **35%** de réadmission au service d'urgence dans les 7 jours et **24%** de réadmission en soins de courte durée dans les 30jours pour toutes causes confondues [37].

En absence des 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 avis médical auraient **20 à 40%** de taux de réadmission en plus [42]. 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 [53].

CONCLUSION

La sortie contre avis médical demeure une réalité au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré. Elle a représenté 5,8% des admissions et 2,2% de réadmission pendant six mois. Une sensibilisation et une éducation sanitaire de chaque famille et de la communauté sont nécessaires. De leur côté, les soignants devraient améliorer la qualité de la prise en charge et de la communication avec le patient. Mais les solutions devraient surtout venir des établissements hospitaliers et de l'Etat qui devraient améliorer le système de protection sociale du pays et faciliter l'acquisition de l'aide sociale et le paiement des médicaments pour les patients les plus nécessiteux.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et sanitaires

- Amortir les coûts de la prise en charge.
- Faciliter des critères d'obtention de l'aide sociale et du remboursement pour les urgences.
- Mettre en pratique de la couverture universelle de santé ou de fond d'urgence par l'état.
- Améliorer l'infrastructure, la propreté et l'équipement du service des urgences.
- Améliorer l'éducation sanitaire et le niveau d'instruction de la population à travers les réunions, les affiches, les médias.
- Améliorer de la communication des soignants par des formations prodiguées aux soignants.
- Améliorer les connaissances sur les droits du soigné et du soignant par des rappels de texte.
- Eduquer la communauté pour un changement de comportement sur l'importance et la nécessité de soins jusqu'au bout.
- Extension de la CMU à d'autres couches socio-professionnelles solvables.

Aux agents de la santé

- Proposer des solutions thérapeutiques les moins chères.
- Créer un climat de confiance.
- Informer sur le surcoût secondaire à la réadmission.
- Disponibilité, écoute, empathie.
- Raccourcir la durée d'hospitalisation.
- Argumenter sur les bénéfices de la surveillance et de la prise en charge hospitalière ainsi que des risques encourus en cas d'abandon des soins.
- Rassurer le malade

- Accélérer la prise en charge des patients en particulier les traumatisés.
- Informer de manière simple sur les risques liés au traitement traditionnel et sur les avantages à court et au long terme du traitement hospitalier.
- Argumenter sur les avantages de la surveillance et de la poursuite du traitement hospitalier.
- Améliorer la qualité des soins prodigués.
- Apprendre le droit des malades et du personnel.

A la population

- Avoir la confiance aux personnels soignants et aux traitements proposés.
- Eviter la désorganisation et la violence verbale.
- Avoir la patience pendant la durée de séjour.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. 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.
- 2. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV.** Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ.* 17 septembre 2002; 167(6):633-637.
- 3. Alfandre DJ.** "I'm going home": discharges against medical advice. *Mayo Clinic Proceedings.* Mars 2009;84(3):255-260.
- 4. Aliyu ZY.** Discharge against medical advice: sociodemographic, clinical and financial perspectives. *Int J Clin Pract.* Juin 2002;56(5):325-327
- 5. Duno R, Pousa E, Sans J, Tolosa C, Ruiz.** Discharge against medical advice at a general hospital in Catalonia. *Gen Hsp Psychiatry.* Janvier 2003;25(1) :46-50.
- 6. Dostal KU, Schmidt MJ.** The dilemma of the patient who wishes to leave the hospital against medical advice. *Medicine.*2002; 136:243-246.
- 7. Batist AP, Warriar I, Arora R, Ager J, Massanari RM.** Hospitalized patients with asthma who leave against medical advice : characteristics, reasons, and outcomes. *J allergy clin Immunol.* Avril 2007; 119(4) :924-929.
- 8. Chan AC, Palepu A, Guh DP, et al.** HIV-positive injection drug users who leave the hospital against medical advice: the mitigating role of methadone and social support. *J Acquir Immune defic Syndr.*1^{er} janvier2004 ; 35(1) :56-59.
- 9. Rapport de l'institut Canadien d'information sur la santé :** caractéristiques des sorties de l'hôpital contre l'avis du médecin.1^{er} Octobre 2013.22p.

- 10. Ministère de la santé du Burkina Faso.** Direction des études et de la planification. Annuaire statistique 2003. Septembre 2004 ; 179p.
- 11. Ministère de la santé du Burkina Faso.** Annuaire statistique sanitaire national 2006 ; 337p.
- 12. Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo(CHUYO),** Annuaire statistique 2009 ; 105p.
- 13. Ministère de la santé publique.** Code déontologie médical Malgache. Ministère de la santé publique. 2011
- 14. Durrieu DC.** Droit du patient. Le refus aux soins. 2007:1-12.
- 15. Durrieu–Diebolt.** Les droit du patient, témoin de Jéhovah, de subir une transfusionsanguin. Macsf. 2010:7-9.
- 16. Miller SM, Mangan CE.** Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all? J Pers Soc Psychol. 1983;45: 223-36
- 17. Cosnier J.** La communication non verbale et langage. « Psychologie Médicale ».CNRS. 1977; 9 ; 11: 2033-47
- 18.** Circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- 19. Hum P, Boury D, Danel T, Demailly L, Dujardin V, Ethuin C.** Le refus de soin:forces et faiblesses du consentement. EM –consulte. 2014. Doi:10.1016/j.etiqe.2014.09.002
- 20.** Articles 29, 35 et 36 de la Loi n°87-31 du 29 Aout 1987 Portant Régime général des obligations au Mali
- 21.** Article L 1111-4 alinéa 2 du Code de santé publique (CSP) modifié par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- 22. Hudry M.** Les sorties contres avis médicale à l’insu du service. Sham prevention 2010:1- 3.

23. Rapin M. Les problèmes éthiques de la réanimation prolongée. *Nouv Press Med*1981; 10; 3447-9.
24. **Knopf A, Kartz P.** Le refus de soins. *Le cadre de santé.* 2004 :1-3.
25. **Ministère de la santé publique.** Code déontologie médical Malgache. Ministère de la santé publique. 2011
26. **Dessalces M.** Refus du patient, échec du soignant ? *mémoire romain* 2007:1- 2
27. **Berthuin JM, Chevilly-LARUE.** Refus de soins : ce qu'il faut savoir. *Info Respiratoire.* 2005; 65:13- 15
28. Loi n° 2002-303 dite « Kouchner » du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. du 5 mars 2002). Code de la Santé Publique.
29. **Lebert JM.** Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné. *Cadre de santé*2007:1-4
30. **Lefève C, Doron O, Masquelet A-C.** Soin et subjectivité. Paris : Presses Universitaires de France. 2010.
31. **CHARLES D.** Gestion du patient difficile. 2010:10-11.
32. **Jossette Rey, Alain Rey, Collectif.** Le petit Robert, dictionnaire de la langue française. Le Robert, éd. Paris; 2004, P.209
33. Article 9 des Codes harmonisés de déontologie et d'exercice des médecins de l'espace CEDEAO de mars 2013.
34. Annexé à la loi n° 86-35 / AN-RM du 12 avril 1986 portant institution de l'Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale du Mali.
35. Arrêté n° 08-2716 /MS-SG du 6 octobre 2008 Portant Charte du malade dans les établissements hospitaliers, JO n° 44 du 30-10-2009.
36. **Ding R, Jung JJ, Kirsch TD, Levy F, McCarthy ML.** Uncompleted emergency department care: patients who leave against medical advice. *Acad Emerg Med.*2007; 14:870-6.

- 37. Institut Canadien d'Information sur la Santé.** Caractéristiques des sorties de l'hôpital contre l'avis du médecin. ICIS . 2013.
- 38. Youssef A.** Factors associated with discharge against medical advice in a Saudi hospital. Taibah J University Med Sci. 2012; 7(1): 13– 8
- 39. Fadare JO, Babatunde OA, Olanrewaju T, Busari O.** Discharge against medical advice: Experience from a rural Nigerian hospital. Ann NigMed. 2013; 7(2): 60- 5
- 40. Ramanganavalona Sitraka Elani.** le refus de soins aux urgences chirurgicales au CHUJRA. [Thèse de médecine].2014.
- 41. 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 Sociomed. 2014 Jun; 26(3): 203-7
- 42. Schaefer GR, Matus H, Schumann JH, Sauter K, Vekhter B, Meltzer DO.** Financial Responsibility of Hospitalized Patients Who Left Against Medical Advice: Medical Urban Legend? J GenIntern Med .2012; 27(7): 825–30
- 43. 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
- 44. Mazen ES, Elsy J, Ali M, Rana B, Gilbert AD.** Discharge Against Medical Advice From the Emergency Department Results From a Tertiary Care Hospital in Beirut, Lebanon. Medicine. 2016; 95(6):e2788
- 45. Mohammad karim Bahadori, Mehdi Raadabadi, Mohammad Salimi, Ramin Ravangard ;** Discharge against Medical Advice: A Case Study in a Public Teaching Hospital in Tehran, Iran in. 2012: 5- 6

- 46. Jimoh BM, Anthonia OC, Chinwe I, Oluwafemi A, Ganiyu A, Haroun A.** Prospective Evaluation of Cases of Discharge against Medical Advice in Abuja, Nigeria. *Scientific World J.* 2015; Article ID 314817
- 47. Rousham EK.** Socio-economic influences of genderine qualities in childhealth in rural Bengladesh. *Eur J Clin Nutr.* 1996; 50: 560- 4
- 48. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Sawage N, Thompson J, Dodd G, et al.** Échelle canadienne de triage et de gravité ETG pour les départements d'urgence. *Guide d'implantation.* 1998.
- 49. Mabilia BR, Nika ER, Ollandzobo LC, Samba LC, Mouko A, Mbika CA.** Les sorties contre avis medical en pediatrie au CHU de Brazzaville. 2011; 104:331-5
- 50. Detroit East Medical Control Authority.** Refusal of Care; Adult&Minor. *Michigan General Procedures.* 2014; 5(26): 1- 4
- 51. Blondell RD, Amadasu A, Servoss TJ, Smith SJ.** Differences amongthose who complete and fail to complete in patient detoxification. *J Addict Dis .*2006; 25: 95-104.
- 52. Yong T, Fok JS, Ben-Tovin D, Thompson CH, JY Li.** Characteristics and outcomes of discharges against medical advice among hospitalised patients. *Intern Med J.* 2013 Jul; 43; 7:798-802.
- 53. Hodonou MA et al.** Sortie Contre Avis Medical Des Victimes Des Fractures De Membres Au Centre Hospitalier Universitaire Departemental (Chud) Du Borgou- Alibori Au Nord Est Du Benin. *WWJMRD* 2017; 3(12): 466-469.
- 54.** Subcommittee on National Triage Scale of the American College of Emergency Physicians. A uniform Triage Scale in Emergency Medicine. *Acep.* 1999.
- 55. Paul SP, Remorin RM.** Discharge against medical advice (dama) – a study. *The West London Med J.* 2010; 2(3) 17- 27.

- 56.** Institut National de la Statistique de Madagasikara, UNICEF, PNUD. Enquete periodique aupres des menages (EPM). 2010
- 57. 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
- 58. 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 ENSP DAS Ouagadougou. 2005: 96p
- 59. Onyiriuka AN.** Discharges of hospitalized under-fives against medical advice in Benin city, Nigeria. Nigerian J Clin Pract. 2007 ; 1à(3) : 200-4

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

Q1-Nom : **Prénom(s) :**

Q2-Age : **Sexe :** 1-masculin 2-féminin

Q3-profession : **Résidence :** 1=urbaine 2= rurale

Q4-Niveau d'instruction : 1-non scolarisé(e) ; 2-scolarie) : 2. 2-1- primaire ; 2.2-secondaire ; 2.3 -supérieur

Q5-Statut matrimonial : 1-marié(e) ; 2-divorcé(e) ; 3-célibataire ; 4- veuf (ve)

Q6-Nationalité : 1-malienne ; 2-autre : **Ethnie :**

Q7-Date d'entrée : ... / ... / : **Date de sortie :** / /

Q8-Heure d'entrée : **Heure de sortie**

Q9-Durée de séjour : minutes ; heures ; jours ; mois

Q10- Motif d'admission : 1-altération de la conscience ; 2-douleur abdominale ; 3- dyspnée ; 4- AVP ; 5-accident de travail ; 6 - accident de sport ; 7- CBV ; 8-morsure ; 9-chute de sa hauteur ; 10-fièvre ; 11-dysphagie ; 12-hématemès ; 13-accident domestique ; 14- autre à préciser :

Q11-Examen paraclinique :

a) **Imagerie médicale :** 1-radiographie ; 2-TDM ; 3-échographie ; 4-IRM ; 5-autre à préciser :

b) **Biologie :** 1- NFS ; 2-glycémie ; 3-ionogramme sanguin ; 4- créatininémie ; 5-groupage rhésus ; 6-GE ; 7-ECBU ; 8- hémoculture ; 9-ECBC du LCR ; 10-transaminases ; 11-lipasémie ; 12-autre à préciser :

Q12-Diagnostic présumptif :

- c) Neurologique :** 1-avc ; 2-épilepsie ; 3-méningite ; 4-traumatisme (crânien , vertébro-médullaire) ; 5-autre à préciser :
- d) Cardiaque :** 1-insuffisance cardiaque ; 2-infarctus du myocarde ; 3-embolie pulmonaire ; 4-endocardite infectieuse ; 5-pericardite infectieuse ; 6: thrombose veineuse profonde ; 7-autre à préciser :
- e) Digestif :** 1-occlusion 2-peritonite ; 3-hémopéritoine ; 4-insuffisance hépatique ; 5-crise ulcéreuse ; 6-hépatite B ; 7-pancréatite ; autre à préciser :
- f) Respiratoire :** 1-asthme ; 2-OAP ; 3-BPCO ; 4-pleurésie ; 5-pneumonie ; 6-pneumothorax ; 7-tuberculose ; 8-hémothorax ; 9-autre à préciser :
- g) Traumatologique :** 1-fracture fermée du membre supérieur ou fracture ouverte du membre supérieur ; 2-fracture fermée du membre inférieur ou ouverte du membre inférieur ; 3-luxation du membre supérieur ou inférieur ; 4-fracture fermée de la clavicule ou ouverte de la clavicule ; 5-fracture des côtes ; 6-autre à préciser :
- h) Toxicologique ou psychologique :** 1-état d'ivresse ; 2-delirium ; 3-psychose ; 4-intoxication ; 5-autre à préciser:
- i) Circonstanciel :** 1-brûlure ; 2-noyade ; 3-envénement
- j) Autre à préciser :**

Q13-Type de pathologie : 1-aiguë ; 2-chronique

Q14-Statut juridique du patient : 1-apte ou majeur ; 2-majeur sous tutelle ; 3-so curatelle ; 4- enfant mineur <18 ans

Q15-Motif de SCAM : 1-impératif professionnel ou familial ; 2-non amélioration de l'état de santé ; 3-guérison sup ée ; 4-défaut de ressource financière ; 5-préférence du traitement traditionnel ; 6-délai

chirurgical long ; 7-prestation de soins inadéquates ; 8-préfère autre centre santé

Q16-Initiateur de SCAM : 1-patient lui-même ; 2-tuteur ; père ou mère ; 4-parent employé ; 5-conjoint(e) ; 6-autre à préciser :

Q17-Lieu de destination après la sortie : 1-chez le tradithérapeute ; 2-autre centre de santé ; 3-maraîchut ; 4-domicile

Q18-Etat clinique a la sortie : 1-score de Glasgow..... /..... ; 2-hémodynamique (stable ou instable) ; 3-Metabolique normale ou anormale ; 4-respiration : 1-eupnéique ; 2-dispnéique

Q19-Readmission après SCAM :

1-oui ; 2-non

Q20-Motif de réadmission

Q21-Dianostic de réadmission:

Fiche signalétique

Nom : SANGARE

Prénom : Souleymane

Titre de la thèse : Sortie contre avis médical

Année : 2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

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

Secteur d'intérêt : Département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence.

Résumé

La sortie contre avis médical demeure un problème de santé publique et constitue pour les soignants un dilemme médico-légal. Nos objectifs sont de déterminer la fréquence de sorties contre l'avis médical, identifier les motifs de SCAM, identifier les caractéristiques sociodémographiques communes des patients SCAM, déterminer les pathologies des patients, déterminer le profil d'initiateur des SCAM, déterminer l'état de conscience des patients au moment la SCAM.

Il s'agit d'une étude prospective, transversale, effectuée dans l'unité de services d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré, d'avril à septembre 2020.

La SCAM représentait **5,8%** des admissions et **2,2%** de réadmission. Sur les **464** malades retenus, **79,5%** étaient des hommes. Les mineurs représentaient **19,2%** des malades. Les motivations du SCAM étaient dominées par la préférence du traitement traditionnel (**77,4%**) et le problème financier (**12,3%**). Les parents de sexe masculin (les pères) à **43,5%** étaient les décideurs du SACM, **97,4%** des patients sont sortis en moins de 24 heures.

A la sortie, **98,7%** des patients étaient cliniquement stable et **97%** des patients avaient un score de Glasgow 15 /15.

L'amélioration des conditions d'hospitalisation, du niveau socioéconomique, de la sécurité de la protection sociale du pays ainsi que la facilitation de l'aide sociale, contribueraient à la réduction de ce phénomène.

Mots clés : CHU Gabriel Touré, droit du patient, refus de soins, sortie contre avis médical.

Extrait des chapitres III et IV de la charte du malade en République du Mali

CHAPITRE III : DES DROITS DU MALADE AU MALI

Article 9 : Les établissements hospitaliers garantissent la qualité des soins notamment à travers un bon accueil des usagers.

Article 10: Le malade a le droit d'accéder aux services hospitaliers convenables à son état ou à sa maladie.

Article 11: Le malade a le droit d'être soigné dans le respect de sa dignité humaine.

Cette prestation englobe non seulement les soins médicaux, infirmiers et analogues, mais également une sollicitude, un hébergement et un encadrement technique et administratif appropriés.

Article 12: Le malade a le droit d'accepter ou de refuser l'hospitalisation ou toute prestation de diagnostic ou de traitement, s'il ne met pas en danger sa vie ou l'intérêt public.

Lorsqu'il est complètement ou partiellement (de par la loi ou de fait) incapable d'exercer ce droit, celui-ci est exercé par son représentant ou par une personne légalement désignée.

Article 13 : 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.

Article 15 : 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.

Pareil 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 l'acceptation.

Article 16 : Le malade a le droit, dans la mesure où les conditions matérielles de son environnement le permettent, à la protection de sa vie privée.

Le caractère confidentiel de l'information et du contenu des dossiers le concernant, notamment médicale, doit être garanti.

Article 17 : Le malade a le droit au respect et à la reconnaissance de ses convictions religieuses et philosophiques.

Article 18 : Le malade peut, à tout moment, quitter l'hôpital sauf exception prévu par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt et signé une décharge.

Article 19 : Le malade peut accéder son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

Article 20 : Le malade a le droit de déposer une réclamation. Il a le droit à une suite par écrit de la part de l'administration de l'établissement.

CHAPITRE IV : DES OBLIGATIONS DU MALADE

Article 22 : Le malade doit respecter le règlement intérieur de l'établissement.

Article 23 : Le malade et les personnes qui l'accompagnent doivent se conformer aux normes de conduite requises pour sauvegarder la sécurité de l'hôpital et la salubrité de son environnement.

Article 25 : Lorsque le malade ou son représentant légal (en cas d'incapacité) refuse l'hospitalisation ou les prestations de diagnostic ou de traitement que son état nécessite, il doit signer une attestation traduisant ce refus ; dans le cas contraire, un procès-verbal devrait en être tenu par l'équipe qui a proposé l'hospitalisation ou les prestations de diagnostic ou de traitement.

Article 26 : Lorsqu'il accepte un traitement prescrit, le malade a le droit d'en assurer l'observation adéquate.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer 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 médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.