



Article original

Facteurs de risques d'abandon des soins au service des urgences chirurgicales de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona

Risks factors of abandoning care for surgery emergencies

ZA Randriananahirana¹, RCN Rakotoarison^{1,4}, L Ravaoarisoa^{1,2}, MFJ Rakotomalala¹, FM Randriatsarafara^{1,3}, AA Randrianarisoa^{1,3}, JDM Rakotomanga^{1,2}

Résumé

Introduction : L'abandon de soins constitue un indicateur qui reflète la qualité de soins dans le domaine des soins tertiaires.

L'objectif de l'étude consiste à déterminer les facteurs de risque d'abandon de soins au service des urgences chirurgicales.

Méthodes : Il s'agit d'une étude cas-témoins menée au sein du service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalo-Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona du 1er décembre 2018 au 28 février 2019. La régression logistique est utilisée pour construire un modèle explicatif et déterminer les facteurs de risques d'abandon de soins parmi les facteurs liés à la prise en charge à l'hôpital et les facteurs liés aux patients avec un test qui vérifie que l'odds ratio avec intervalle de confiance à 95% diffère de la valeur un. 1

Résultats : la présente étude a pu déterminer que la catégorie prise en charge par acte chirurgical immédiat (OR ajusté : 0,15, IC à 95% : 0,03-0,67) et la prise en charge par traitement médical (OR ajusté : 0,27, IC à 95% : 0,13-0,59) constituent des facteurs protecteurs par rapport aux patients qui ont seulement bénéficié d'une mise en condition. Et

pour le code triage, les patients U4 : degré d'urgence moindre (OR ajusté : 11,11, 2,33-53,00) sont les patients à risque comparés aux patients classés U1 : degré d'extrême urgence pour l'abandon de soins.

Conclusion : les facteurs déterminants l'abandon de soins sont liés à l'ordre organisationnel comme le code triage, et dépend de la prise en charge indiquée pour le patient. Le système de triage doit être respecté pour éviter les attentes trop longues et la démarche de prise en charge des patients bien expliquée pour réduire les abandons de soins.

Mots-clés : abandon de soins, qualité de soins, triage, prise en charge des patients.

Abstract

Introduction: The abandonment of care is an indicator that reflects the quality of care in tertiary care.

The objective of the study is to determine the risk factors for leaving care in surgical emergency departments.

Methods: This is a case-control study conducted in the surgical emergency department of the Joseph Ravoahangy Andrianavalona University Hospital Center from 1 December 2018 to 31 February

2019. Logistic regression was used to construct an explanatory model and determine risk factors for drop-out among hospital-related factors and patient related factors. The hypothesis of a statistic test verifies that the adjusted odds ratio with 95% confidence interval differs from the value one.

Results: The present study was able to determine that the category of management by immediate surgical procedures (adjusted OR: 0.15, 95% CI: 0.03-0.67) and management by medical treatment (adjusted OR: 0.27, 95% CI: 0.13-0.59) are protective factors compared to patients who have only benefited from conditioning. And for the Emergency code, U4 patients (adjusted OR: 11.11, 2.33-53.00) are the patients at risk compared to patients with U1 patients.

Conclusion: The factors determining the abandonment of care are of an organizational nature, such as the triage code, and depend on the care indicated for the patient. The triage system must be respected in order to avoid long waiting times and the patient management process well explained to reduce the abandonment of care.

Keywords: abandonment of care, quality of care, triage, care of patients.

Introduction

Au niveau mondial, le service des urgences des hôpitaux publics est mis à l'épreuve par l'engorgement du système du fait de l'obligation de service public. Pour plusieurs raisons, dans le milieu des urgences, les patients sont exposés fortement à l'abandon de soins [1]. L'abandon de soins se définit par l'arrêt d'une thérapie ou d'une unité de soin par le patient contre un avis médical. L'abandon de soins a été retenu comme le 5ème facteur d'importance comme indicateur pour évaluer la qualité des soins des patients au Canada [2]. En raison de l'insatisfaction dans les services à cause des surcharges de travail des personnels soignants, les patients abandonnent les soins sans avis favorable des personnels soignants. Les

patients qui abandonnent les soins sont exposés à un risque de mal évoluer entraînant des besoins en soins ultérieurs ou prolongation des symptômes de la maladie [1,3-19]. Une étude menée par le centre médical Harbourg en 1990 a montré que 11% des patients sortis sans l'évaluation par un personnel soignant sont hospitalisés la semaine suivante [20]. Les codes triages non respectés peuvent entraîner l'abandon de soins [14, 21]. La surcharge de fréquentation non motivée des urgences de l'hôpital peut aussi être une raison de l'abandon de soins [22, 23, 24, 25]. Les autres facteurs les plus souvent associés au départ avant la prise en charge médicale sont : l'attente trop longue [4, 5, 9, 10, 17, 20, 21, 26-30], l'erreur de triage [5, 6, 17, 21, 27, 30-33], l'amélioration ou disparition des symptômes de la maladie [14,18, 21].

Il existe peu d'études qui se penchent sur l'abandon des soins en Afrique et à Madagascar. Il est nécessaire de déterminer quels sont les facteurs qui sont associés l'abandon de soins au service des urgences chirurgicales ? La présente étude émet les hypothèses que de facteurs liés aux patients et à la prise en charge du patient détermine l'abandon de soins par les patients.

Afin de pouvoir assurer une qualité de soins et un meilleur service à la population desservie par les services des urgences chirurgicales. L'objectif de l'étude est d'identifier les facteurs déterminants l'abandon de soins dans les salles des urgences chirurgicales de l'établissement Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona pour pouvoir proposer des solutions managériales aux autorités compétentes pour réduire l'abandon de soins chez les patients.

Matériels et méthodes

Le Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUJRA) constitue un centre hospitalier de référence en matière de plateau technique. Elle prend en charge

principalement les pathologies chirurgicales, oncologiques et met à disposition des patients les techniques de biologie et d'imagerie de pointe à la capitale de Madagascar. Habituellement, l'hôpital CHUJRA reçoit les patients référés par les centres hospitaliers de référence régionale. Certains patients viennent directement des centres hospitaliers de référence du District et des Centres de Santé de Base. Les consultations directes aux urgences sans référence d'un personnel soignant et les accidents collectifs (éboulement de terrain, accident de plusieurs véhicules...) figurent parmi les raisons qui satureront rapidement la capacité d'accueil du service d'urgence du CHUJRA. Le service d'urgence est assuré en moyenne par une équipe de 4 médecins 3 internes en médecine générale en fin de formation, un infirmier, quatre agents d'appui et une équipe chirurgicale : équipe de chirurgie viscérale (digestif, urologie...) et équipe de chirurgie des parties dures (orthopédie traumatologie, neurochirurgie...) qui effectue les avis chirurgicaux et indications chirurgicales. Chaque équipe travaille pendant 24 heures. Le tour de garde moyen est de 6 gardes par mois pour le médecin, pour les internes en médecine générale, pour les infirmiers et pour les agents d'appui. La présente étude est une étude cas-témoins. La période d'étude s'étend du 1er décembre 2018 au 31 février 2019. La population d'étude comprend tous les patients admis au service des urgences chirurgicales de l'hôpital CHUJRA durant la période d'étude. Le site est choisi en raison de sa situation géographique en centre-ville et son taux de fréquentation élevée. Les cas rassemblent les patients admis aux services des urgences chirurgicales qui ont abandonné les soins contre avis médical.

Les témoins regroupent les patients admis au service des urgences chirurgicales et sont sortis du service par voie normale, soit référés vers un autre service après les conduites à tenir en urgence des personnels soignants, soit retour à domicile après que les soins en urgence sont effectués. Les critères

d'exclusions regroupent tous les patients arrivés aux services des urgences chirurgicales qui présentent des dossiers illisibles ou qui comprennent une partie des dossiers perdue. Le mode d'échantillonnage est défini pour les cas par un recrutement exhaustif. Le recrutement des témoins s'effectue par un appariement des témoins avec le cas selon l'âge et le genre. S'il existe plus de deux témoins pour un cas, le tirage aléatoire simple est utilisé pour recruter le témoin. La taille d'échantillon choisie est de type déséquilibré 1 cas pour 2 témoins.

Les paramètres étudiés comprennent :

Le profil social comprend l'âge et genre du patient.

Les facteurs liés aux patients comprennent l'heure d'admission des patients, les moyens de transport d'arrivée du patient dans le service, les circonstances d'admission aux urgences, les motifs de consultations.

Le facteur lié aux systèmes de triage des patients comptent respectivement i) U1 : extrême urgence, ii) U2 : blessé grave nécessite un traitement immédiat, le médecin doit évaluer le patient dans les 5 à 10 minutes, iii) U3 : blessé sérieux ; traitement urgent, peut attendre jusqu'à une heure, iv) U4 : blessé léger ou urgences relatives, traitement en attente, peut attendre jusqu'à trois heures.

Les facteurs liés à la prise en charge du patient : l'admission des patients en salle de décochage, le nombre d'examen paraclinique prescrit, le nombre d'examen paraclinique effectué, la prise en charge indiquée dans le dossier médical.

Pour le paramètre prise en charge inscrit dans le dossier médical, les réponses classées comprennent i) acte chirurgical immédiat comprend les drainages, ponctions, sutures, réduction des fractures, luxation, ii) traitement médical comprend l'administration d'antibiotiques et d'antalgique, d'antispasmodique et d'antiulcéreux, iii) transféré dans un autre service comprend soit transféré dans un autre service de l'hôpital d'étude ou dans un autre service extérieur à l'hôpital et iv) mise en conditionnement regroupe une des réponses

ou association parmi les réponses mise à jeun, mise en place de voie veineuse périphérique, immobilisation par attelle d'un membre traumatisé, arrêt de saignement par pansement, désinfection d'une plaie, Sérum anti-tétanique, mise en place d'une sonde.

Et enfin le facteur ressource humaine du service des urgences chirurgicales qui se définit par le nombre total de médecin urgentiste, interne en médecine générale et médecin de l'équipe de chirurgie qui a évalué le patient.

Pour l'analyse et collecte des données, les informations recueillies dans les questionnaires sont saisies dans un masque de saisie du logiciel Epi data puis exportées dans le logiciel Microsoft Excel 2013 et exporter sous forme de fichier .csv puis analysé avec le logiciel R version Copyright (C) 2019 de The R Foundation for Statistical Computing. Les variables quantitatives sont affectées de paramètres de tendance central et dispersion et la comparaison des variables quantitatives est effectuée avec le test t de Student. Les tests de Chi² ou de Fisher exact vérifient l'hypothèse que l'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance diffèrent de la valeur un. La mesure d'association entre les variables qualitatives dépendantes et indépendantes recourt à l'odds ratio. La construction d'un modèle explicatif recourt à la régression logistique. Les variables retenues avec un seuil de significativité $p < 0,20$ à l'analyse bi variée sont inclus dans le modèle de régression logistique pour ajuster l'odds ratio par une analyse multivariée. La régression logistique vérifie l'hypothèse que l'odds ratio (IC à 95%) ajusté et son intervalle de confiance à 95% (IC à 95%) diffère de 1 (un). L'étude a respecté les considérations éthiques en matière de recherche clinique : le respect du secret professionnel, respect de l'anonymat, des droits humains, et de l'autorisation de l'autorité compétente.

Résultats

Pour la présente étude, le nombre de personnes recrutées répondant aux critères d'inclusions est de 204 avec un ratio 1 cas pour 2 témoins, l'âge moyen (\pm écart-type) des cas est de 29 (± 15) ans et l'âge moyen des témoins de 30 (± 15) ans avec absence de différence significative des moyennes d'âge des cas et des témoins ($p = 0,9027$).

La présente étude a pu montrer à l'analyse bi variée (Tableau I et II) que le code triage des patients U4 (OR : 5,65, IC à 95% : 2,86-11,17) est retenu comme facteur de risque par rapport au code triage U3 et U2. Le codage U4 (OR : 17,42, IC à 95% : 3,83-79,12) constitue aussi un facteur de risque par rapport au code triage U1. Une prise en charge reçue comprenant un acte chirurgical immédiat (OR : 0,13, IC à 95% : 0,03-0,58) constitue un facteur protecteur contre l'abandon de soins par rapport aux patients ayant seulement bénéficié de mise en condition. Le nombre total de médecins qui a évalué le patient inférieur ou égal à 2 (OR : 4,14, IC à 95% : 2,09-8,20) constitue un facteur de risque de survenue de l'abandon de soins par rapport aux patients qui ont été évalués par supérieur ou égale à 3 médecins.

En construisant un modèle explicatif avec ajustement (Tableau III) par la régression logistique, la présente étude a pu déterminer que pour la prise en charge, la catégorie prise en charge par acte chirurgical immédiat (OR ajusté : 0,15, IC à 95% : 0,03-0,67) et la prise en charge par traitement médical (OR ajusté : 0,27, IC à 95% : 0,13-0,59) comptent parmi les facteurs protecteurs par rapport aux patients qui ont seulement bénéficié d'une mise en condition. Et pour le code triage, les patients U4 (OR ajusté : 11,10, 2,33-53,00) constituent des patients à risques comparés aux patients classés U1.

Tableau I : Analyse bi variée des facteurs associés à l'abandon de soins liés aux paramètres du patient

Facteurs	Cas	Témoin	OR	IC à 95% de l'OR	p-values
Heure d'admission *					
- de 5 heures 00 à 17 heures 00.	34	80	0,65	0,35-1,18	0,1591
- de 17heures 01 à 4 heures 59.	32	49			
Moyen d'arrivé à l'hôpital *					
- pied.	7	11	1,27	0,47-3,45	0,635
- véhiculé.	59	118			
Circonstance d'admission*					
- Cas médical et chirurgical non dû à un accident.	12	27	0,84	0,40-1,80	0,6703
- Victime d'accident.	56	107			
Raison de consultation*					
- Cas médicaux.	1	2	(1)		
-Traumatologie, orthopédie, neurochirurgie, et infection des parties molles.	56	107	1,05	0,09-11,80	1
- Viscéral, thoracique et urologique.	9	20	0,9	0,07-11,25	1
Code triage*					
- U1.	2	24	(1)		
- U3etU2.	19	74	3,08	0,67-14,20	0,1575
- U4.	45	31	17,42	3,84-79,12	0,0000026

* Existence de donnée manquante due à une réponse vide pour le facteur dans le dossier médical pour certains cas et témoins.

Tableau II : Analyse bi variée des facteurs associés à l'abandon de soins liés à la prise en charge du patient

Facteurs	Cas	Témoins	OR	IC à 95% de l'OR	p-values
Admission en salle de déchocage*					
- Non.	62	125	0,46	0,12-2,04	0,4469
- Oui.	4	4			
Examen paraclinique prescrit*					
- Inférieur ou égale à 2.	60	122	0,57	0,18-1,78	0,3316
- Supérieur ou égale à 3.	6	7			
Examen paraclinique réalisé*					
- Inférieur ou égale à 2.	65	123	3,17	0,37-26,90	0,4264
- Supérieur ou égale à 3.	1	6			
Prise en charge reçue*					
- Acte chirurgical immédiate.	3	9	(1)		
- Aucun soin indiqué dans le dossier.	34	14	7,28	1,72-30,98	0,0064
- Traitement médical.	29	76	1,14	0,29-4,53	0,9999
- Transféré dans un autre service.	0	30	Indéfinis	Indéfinis	0,0191
Nombre total des médecins qui ont évalué le patient*					
- Inférieur ou égale à 2.	52	61	4,14	2,09-8,20	0,000026
- Supérieur ou égale à 3.	14	68			

* Existence de donnée manquante due à une réponse vide pour le facteur dans le dossier médical pour certains cas et témoins.

Tableau III : Analyse multivariée des facteurs associés à l'abandon de soins

Facteurs	Odds ratio ajusté	IC à 95%	p value
Prise en charge			
- Acte chirurgicale immédiate	0,14	0,03 - 0,67	0,0134
- Traitement médicale immédiate	0,27	0,13 - 0,59	0,0011
- Transfert dans un autre service	0	0,00 - >1,0E ¹²	0,9656
- Mise en conditionnement	(1)		
Code triage			
- U2 et U3	4,27	0,84 – 21,62	0,0788
- U4	11,11	2,33 – 53,00	0,0025
- U1	(1)		
Heure d'admission			
- Allant de 17h 01 à 4h 59	1,50	0,73 - 3,08	0,262
- Allant de 5h00 à 17h 00	(1)		
Nombre total de médecin			
- Inférieur ou égale à 2	2,17	0,94 - 5,03	0,0686
- Supérieur ou égale à 3	(1)		

Discussion

Prise en charge dans le service des urgences chirurgicales et abandon de soins

Dans la présente étude, la catégorie prise en charge par acte chirurgical immédiat et la prise en charge par traitement médical constituent des facteurs protecteurs par rapport aux patients qui ont seulement bénéficié d'une mise en condition. Une étude en Guyane a trouvé que les patients qui consultent pour plainte non traumatique (OR ajusté : 2,39, IC à 95% : 1,43-4,02) : une plainte nécessitant le plus souvent une prise en charge chirurgicale sont à risques d'abandon de soins [34]. Elazhary N. et al ont aussi montré que la consultation pour raison cardiaque ($p : 0,005$) et problèmes respiratoires ($p : 0,024$) qui constituent des plaintes nécessitant une prise en charge plutôt médicale sont corrélés avec l'abandon de soins [35]. La prise en charge indiquée dans le dossier médical influence l'abandon de soins. Le résultat de la présente étude peut s'expliquer par le fait que le soulagement rapide et la mise en route de traitements procurent satisfaction aux malades et motive la poursuite des soins. Différer une urgence chez un patient qui exprime une plainte peut exposer à l'abandon de soins si une solution de soulagement n'est pas mise en route. Le résultat suggère pour le personnel soignant aux urgences chirurgicales que les étapes évaluation rapide des plaintes des patients, le soulagement des plaintes vitales, douleurs et plaintes fonctionnelles des patients sont à prioriser pour la prise en charge des malades.

Code de triage à l'admission des patients et abandon de soins

Les patients U4 constituent les patients à risques comparés aux patients classés U1. L'étude menée par Parekh K.P. et al. n'a pas démontré d'association significative entre le code triage du patient et l'abandon de soins [34]. Le résultat ne se révèle pas similaire à la présente étude. Le code de triage U4 expose au risque d'abandon de

soins dans la présente étude du fait de la demande des gardes malades de sorties de leurs patients lors d'attentes trop longues ou une demande de sortie pour consulter des tradithérapeutes. Le cas des traumatismes de l'appareil locomoteur avec consultation pour des massages traditionnels se montre fréquent à Madagascar. Une explication du modèle de fonctionnement du service d'urgence aux usagers de l'hôpital par les responsables de la communication au sein de l'hôpital comprenant les thématiques de la priorisation selon l'urgence des cas des patients et enfin le respect de code de triage s'avère nécessaire pour diminuer la fuite des soins et l'insatisfaction des patients.

Heure admission au service des urgences chirurgicales et abandon de soins

La présente étude n'a pas mis en évidence l'association entre heure d'admission et abandon de soins. Une étude a montré à l'analyse multivariée que se présenter à l'urgence entre 16 heures et 12 heures (OR ajusté : 2,29, IC à 95% : 1,54-3,40) constitue un facteur qui favorise l'abandon de soins [34]. Une étude menée par Goldman RD et al. a montré après une analyse multivariée qu'après ajustement en fonction de l'heure d'arrivée et de l'heure à laquelle on se rendait aux urgences, les enfants qui partaient sans être vus étaient plus susceptibles de s'inscrire au service d'urgence entre minuit et 4 heures du matin (OR : 5,9, IC 95% 2,8-12,5) [14]. L'absence d'association dans la présente étude peut s'expliquer par le fait que les ressources mobilisées le matin et le soir sont en même quantité dans le site de la présente étude. Les patients ne sont pas exposés à une carence des ressources humaines qui les évaluent et qui s'occupent d'eux selon l'heure d'admission.

Nombre de médecins au service des urgences chirurgicales et abandon de soins

La présente étude n'a pas démontré de relation significative après analyse multivariée entre nombre de médecins qui évaluent le patient et l'abandon de

soins. La construction d'un modèle linéaire a permis de mettre en évidence dans le site Fleurimont que l'existence d'un médecin supplémentaire dédié aux patients ambulants est significativement associée aux diminutions du nombre de patients qui abandonnent les soins ($p < 0,001$) [35]. La raison du résultat de la présente étude est probablement due à une répartition équitable de la charge de travail des médecins et internes dans le site d'étude avec une équipe qui s'occupe des patients U3 et U4 et une équipe qui s'occupe en permanence des grandes urgences U1 et U2. La méthode managériale d'organisation structurelle par la dissociation des tâches selon les ressources humaines disponibles pour ce cas montre une efficacité, car les patients ne sont pas délaissés. La méthode de dissociation de tâche est suggérée pour les autres services d'urgence disposant de ressources humaines en nombre suffisant.

Conclusion

Le recours à l'abandon de soins est déterminé par des facteurs multiples. Des facteurs organisationnels et des facteurs liés à la prise en charge déterminent sa survenue au sein du service des urgences chirurgicales. La présente étude a pu déterminer que le facteur code de triage des patients et le facteur prise en charge indiqué pour le patient déterminent la survenue de l'abandon des soins. Des suggestions sur l'amélioration de la communication entre les médecins et patients doivent être prises en compte avec une explication de la démarche de prise en charge pour diminuer la crainte du patient, la fuite des soins et le recours à la médecine non conventionnelle et traditionnelle qui peuvent être dangereux pour le patient. La facilitation du système de triage et le respect de ce triage instauré permettent de réduire l'attente trop longue du patient et entraînent comme effet la diminution des abandons de soins. La limite de l'étude réside dans la difficulté d'obtenir certains

paramètres dans le dossier médical en raison de la priorisation des soins urgents à mettre en route dans le service. Une étude prospective sur le suivi des patients et leurs évolutions selon leurs codes de triage à l'admission se révèlent nécessaires pour contribuer à une meilleure qualité des soins au service des urgences.

Remerciements :

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation et la finalisation du présent manuscrit et aux communautés et parents des enfants participants à l'étude.

*Correspondance :

Randriananahirana Zina Antonio
zinarandria13@gmail.com

Disponible en ligne: 17 Février 2020

- 1 Faculté de Médecine Humaine Antananarivo.
- 2 Institut National de Santé Publique et Communautaire Befelatanana.
- 3 Service de Santé Militaire Ampahibe.
- 4 Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Cheng I, Lee J, Mittmann N, Cheng I, Tyberg J, Ramagnano S, et al. Implementing wait-time reductions under Ontario government benchmarks (pay-for results): A cluster randomized trial of the effect of a physician-nurse supplementary triage assistance team (MDRNSTAT) on emergency department patient wait times. *BMC Emerg Med* 2013; 13 : 17, doi : 10.1186/1471227X-13-17

- [2] Schull M, Hatcher C, Guttmann A, Leaver C, Vermeulen M, Rowe B, et al. Development of a consensus on evidence-based quality of care indicators for Canadian emergency departments. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2010.
- [3] Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. *JAMA* 1991; 266 (8) : 1091-6.
- [4] Rowe BH, Channan P, Bullard M, Blitz S, Saunders LD, Rosychuk RJ, et al. Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *AcadEmerg Med* 2006; 13(8) : 848-52.
- [5] Kennedy M, MacBean CE, Brand C, Sundararajan V, McD Taylor D. Review article: Leaving the emergency department without being seen. *Emerg Med Australas* 2008; 20(4) : 306-13, doi: 10.1111/j.1742-6723.2008.01103.
- [6] Tropea J, Sundararajan V, Gorelik A, Kennedy M, Cameron P, Brand CA. Patients who leave without being seen in emergency departments: An analysis of predictive factors and outcomes. *AcadEmerg Med* 2012; 19(4):439-47, doi : 10.1111/j.1553-2712.2012.01327.x.
- [7] Crilly J, Bost N, Thalib L, Timms J, Gleeson H. Patients who present to the emergency department and leave without being seen: Prevalence, predictors and outcomes. *Eur J Emerg Med* 2013; 20(4): 248-55, doi : 10.1097/MEJ.0b013e328356fa0e.
- [8] Schull M, Vermeulen M, Guttmann A, Stukel T. Better performance on length-of-stay benchmarks associated with reduced risk following emergency department discharge: an observational cohort study. *CJEM* 2015 : 17 (3) : 253-62.
- [9] Carron PN, Yersin B, Trueb L, Gonin P, Hugli O. Missed opportunities: Evolution of patients leaving without being seen or against medical advice during a six-year period in a Swiss tertiary hospital emergency department. *Biomed Res Int* 2014; 2014 : 690368, doi : 10.1155/2014/690368.
- [10] Lovett PB, Kahn JA, Greene SE, Bloch MA, Brandt DR, Minckler MR. Early quick acuity score provides more complete data on emergency department walkouts. *PLoS One* 2014;9(1) : e85776, doi : 10.1371/journal.pone.0085776.
- [11] Kurowski EM, Byczkowski T, Timm N. Return visit characteristics among patients who leave without being seen from a pediatric ED. *Am J Emerg Med* 2012; 30 (7) : 1019-24; doi : 10.1016/j.ajem.2011.06.017.
- [12] Tothy AS, Staley S, Dean EK, Johnson S, Johnson D. Pediatric left-without-being-seen patients: What happens to them after they leave the pediatric emergency department? *PediatrEmerg Care* 2013; 29 (11) : 1194-6, doi : 10.1097/PEC.0b013e3182a9f7ab.
- [13] Gravel J, Gouin S, Carrière B, Gaucher N, Bailey B. Unfavourable outcome for children leaving the emergency department without being seen by a physician. *CJEM* 2013; 15 (5): 289-99.
- [14] Goldman RD, Macpherson A, Schuh S, Mulligan C, Pirie J. Patients who leave the pediatric emergency department without being seen: A case-control study. *CMAJ* 2005; 172 (1) : 39-43.
- [15] Gabayan GZ, Asch SM, Hsia RY, Zingmond D, Liang LJ, Han W, et al. Factors associated with short-term bounce-back admissions after emergency department discharge. *Ann Emerg Med* 2013;62(2) : 136-144. e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.01.017.
- [16] Crilly J, Bost N, Gleeson H, Timms J. Patients who presented to an Australian emergency department and did not wait or left against medical advice: A prospective cohort followup study. *AdvEmergNurs J* 2012; 34(4):357-68, doi: 10.1097/TME.0b013e3182705efb.
- [17] Ng Y, Lewena S. Leaving the paediatric emergency department without being seen: Understanding the patient and the risks. *J Paediatr Child Health* 2012; 48(1): 10-5, doi:

- 10.1111/j.1440-1754.2011.02187.x.
- [18] Jerrard DA, Chasm RM. Patients leaving against medical advice (AMA) from the emergency department—disease prevalence and willingness to return. *J Emerg Med* 2011; 41(4) : 412-7, doi: 10.1016/j.jemermed.2009.10.022.
- [19] Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: A systematic review. *J NursScholarsh* 2014; 46(2) : 106-15, doi : 10.1111/jnu.12055.
- [20] Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA* 1991; 266(8) : 1085-90.
- [21] Van der Linden MC, Lindeboom R, van der Linden N, van den Brand CL, Lam RC, Lucas C, et al. Walkouts from the emergency department: Characteristics, reasons and medical care needs. *Eur J Emerg Med* 2014; 21(5) : 354-9, doi : 10.1097/MEJ.0000000000000086.
- [22] Hobbs D, Kunzman SC, Tandberg D, Sklar D. Hospital factors associated with emergency center patients leaving without being seen. *Am J Emerg Med* 2000; 18(7) : 767-72.
- [23] Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. *AcadEmerg Med* 2001; 8(2):151-5.
- [24] Polevoi SK, Quinn JV, Kramer NR. Factors associated with patients who leave without being seen. *AcadEmerg Med* 2005; 12(3) : 232-6.
- [25] Kulstad EB, Hart KM, Waghchoure S. Occupancy rates and emergency department work index scores correlate with leaving without being seen. *West J Emerg Med* 2010; 11(4) : 324-8.
- [26] Monzon J, Friedman SM, Clarke C, Arenovich T. Patients who leave the emergency department without being seen by a physician: A control-matched study. *CJEM* 2005; 7(2) : 107-13.
- [27] Mohsin M, Forero R, Ieraci S, Bauman AE, Young L, Santiano N. A population follow-up study of patients who left an emergency department without being seen by a medical officer. *Emerg Med J* 2007; 24(3) : 175-9.
- [28] Stang AS, McCusker J, Ciampi A, Strumpf E. Emergency department conditions associated with the number of patients who leave a pediatric emergency department before physician assessment. *PediatrEmerg Care* 2013; 29(10): 1082-90, doi: 10.1097/PEC.0b013e3182a5cbc2.
- [29] Wilson BJ, Zimmerman D, Applebaum KG, Kovalski N, Stein C. Patients who leave before being seen in an urgent care setting. *Eur J Emerg Med* 2013; 20(6) : 420-4, doi : 10.1097/MEJ.0b013e328359167e.
- [30] Pham JC, Ho GK, Hill PM, McCarthy ML, Pronovost PJ. National study of patient, visit, and hospital characteristics associated with leaving an emergency department without being seen: Predicting LWBS. *AcadEmerg Med* 2009; 16(10):949-55, doi : 10.1111/j.1553-2712.2009.00515.x.
- [31] Grosgrin O, Cramer B, Schaller M, Sarasin FP, Rutschmann OT. Patients leaving the emergency department without being seen by a physician: A retrospective database analysis. *Swiss Med Wkly* 2013; 143 : w13889, doi : 10.4414/smw.2013.13889.
- [32] Fayyaz J, Khursheed M, Mir MU, Mehmood A. Missing the boat: Odds for the patients who leave ED without being seen. *BMC Emerg Med* 2013; 13: 1, doi : 10.1186/1471-227X-13-1.
- [33] Bambi S, Scarlini D, Becattini G, Alocci P, Ruggeri M. Characteristics of patients who leave the ED triage area without being seen by a doctor: A descriptive study in an urban level II Italian university hospital. *J EmergNurs* 2011;37(4):334-40, doi : 10.1016/j.jen.2010.05.004.
- [34] Parekh KP, Russ S, Amsalem DA., Rambaran N, et Wright SW. Wholeaves the emergency departementwithoutbeingseen ? a public hospitalexperience in georgetown, Guyana. *BMC Emergency Medicine*. 2013, 13 : 10 <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/13/10>.

[35] Elazhary N, Dolbec M, Boucher T, Deshaies J, Vanasse A, Beaudoin R. (2016). Étude des facteurs hospitaliers associés aux départs avant prise en charge médicale à l'urgence d'un centre hospitalier de soins tertiaires. *CJEM*, 18(1), 1-9. doi:10.1017/cem.2015.101..

Pour citer cet article

ZA Randriananahirana, RCN Rakotoarison, L Ravaoarisoa, MFJ Rakotomalala, FM Randriatsarafara, AA Randrianarisoa. Facteurs de risques d'abandon des soins au service des urgences chirurgicales de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianaivalona. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 242-253