

Sorties Non Autorisées Dans Le Service De Psychiatrie Du Centre Hospitalo Univeristaire De Befelatanana Antananarivo En 2021

[Absconding From The Psychiatry Department At The Befelatanana University Hospital In Antananarivo In 2021]

Kiady Rivo Razafindralambo ¹, Samüela René Vonimanitra ², Toto Jean Félicien Fenohasina ³,
Raobelle Evah Norotiana Andriamiakatsoa ⁴, Bertille Hortense RAJAONARISON ⁵, Adeline
RAHARIVELO ⁶

^{1, 2, 3} Interne Qualifiant en Psychiatrie

Faculté de Médecine

Antananarivo, Madagascar

^{4, 5, 6} Faculté de Médecine

Antananarivo, Madagascar

¹kiadyrivo@gmail.com



Abstract – Introduction: Unauthorized discharges interfere with the management of patients in psychiatry while few studies address this topic. The aims of this study are to describe the epidemioclinical profile of patients discharged without medical authorization and to describe the prevalence of these discharges in this department.

Method: We conducted a retrospective study over a period of 15 months from January 01, 2021 to March 01, 2022. The studied variables were age, gender, duration of hospitalization, day of discharge, presumed diagnosis, and mode of discharge. The data were entered in Excel® and analyzed by SPSS® version 25. The Chi2 test was used for percentage comparisons with a significance threshold set at 0.05.

Results: We retained 71 patients, i. e. 25% of prevalence (15.49% escaped, 84.51% discharged), the age ranged from 13 to 85 years with an average of 33.66 years, and a sex-ratio of 1.22. The average length of stay was 4 days, with a departure observed on Monday (25.35%) for the discharges and Tuesday and Thursday (4.23%) for the escapees. The behavioral disorder is the most represented at 38.03%. Age and gender were not significantly correlated to unauthorized discharges.

Conclusion: Particular attention must be paid to patients hospitalized in psychiatry. To decrease this high prevalence the initiative goes from the caregivers to the state agents to improve public health.

Keywords – Madagascar; patient; discharge; psychiatric department; hospital

I. INTRODUCTION

L'expression sortie contre l'avis médical (SCAM) désigne un patient qui quitte l'hôpital sans l'accord de l'équipe soignante. En moyenne, 1 à 2% des patients sortent de l'hôpital contre l'avis médical [1]. En dehors des SCAM, la Psychiatrie est depuis

longtemps confrontée au phénomène de « fugue » de certains patients [2] Les sorties non autorisées sont en réalité des événements très fréquents dans les hôpitaux psychiatriques [3]. Le taux de sortie non autorisée retrouvé dans les études est variable pouvant aller de 2 à 44% [4]. A Madagascar, peu d'étude aborde le sujet, et depuis quelques mois, les personnels travaillant dans le service de psychiatrie Befelatanana ont remarqué une augmentation des patients fuyants et en abandonnant leurs soins. Les sorties contre avis médicale et non autorisée ont une répercussion néfaste sur la santé des patients hormis les accidents et des événements tragiques pouvant survenir en dehors de l'hôpital [3]. Cette étude a pour objectif de décrire la prévalence des patients sorties sans autorisations médicales, de décrire les caractéristiques épidémiocliniques des patients sortis sans autorisations médicales. Pour atteindre ces objectifs, ce travail va comporter les méthodes, les résultats et la discussion.

II. MATERIEL ET METHODES

Une étude observationnelle, transversale descriptive et analytique, rétrospective dans le service de psychiatrie du Centre hospitalier Universitaire de Befelatanana (CHUJRB) a été menée sur une période de 15 mois, allant du 01 janvier 2021 au 01 mars 2022. Ont été inclus les patients sortis de l'hôpital sans l'avis des médecins. Ont été non inclus les patients dont les sorties ont été approuvées et indiquées par les médecins. Ont été exclus les dossiers incomplets et contenant des informations ambiguës. La collecte des données s'est effectuée par dépouillement des dossiers des patients et noté sur une fiche de recueil de données ainsi que la consultation des cahiers d'enregistrements des patients sortis de l'hôpital. Les variables étudiées ont été l'âge, le genre, la durée d'hospitalisation, le jour constaté de sortie, le diagnostic présumé, et le mode de sortie, ont été défini deux modes de sortie soit par fugue « évadé » soit par décharge d'un tiers ou de la famille. Le mot « décharge » ici implique une responsabilité d'un tiers personne qui après avoir décidé de sortir à l'encontre des avis médicaux rédige une lettre précisant l'irresponsabilité de l'hôpital à compter du jour de décharge, et le mot évadé défini un patient sorti sans avoir eu l'autorisation des médecins et sans notifier l'équipe soignante par l'intermédiaire des décharges. La saisie est effectuée à l'aide du logiciel Excel® et analysées au moyen du logiciel SPSS® version 25. Le test de Chi2 de Pearson a été utilisé pour les comparaisons des pourcentages dont le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Les résultats sont présentés sous forme de valeurs absolues, de tableaux et de figures

III. RESULTATS

Au total 280 patients ont été hospitalisés dans le service de Psychiatrie Befelatanana du 01 janvier au 31 décembre 2021. Soixante et onze soit 25% des patients sont sortis sans l'autorisation des soignants.

1. Répartition des patients selon le genre

La figure 1 illustre la répartition homogène des patients ayant effectué une sortie contre avis médicale selon le genre avec un sex-ratio de 1,22.

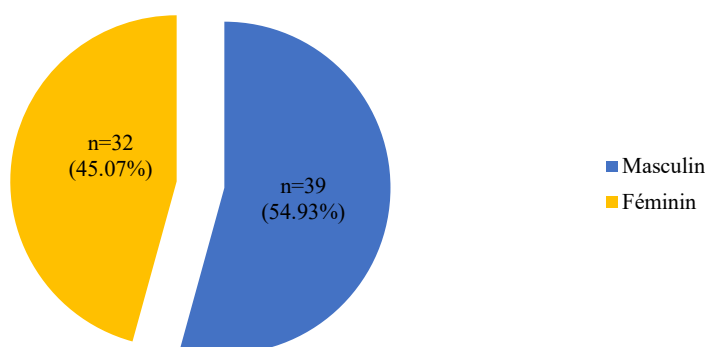


Figure 1: Répartition des patients selon le genre

2. Répartition des patients selon l'âge des patients

Une prédominance des patients dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans a été observée dans cette étude à 33,80% illustré par la figure 2 avec une moyenne d'âge de 33,66 ans. L'âge des patients varie de 13 à 85 ans.

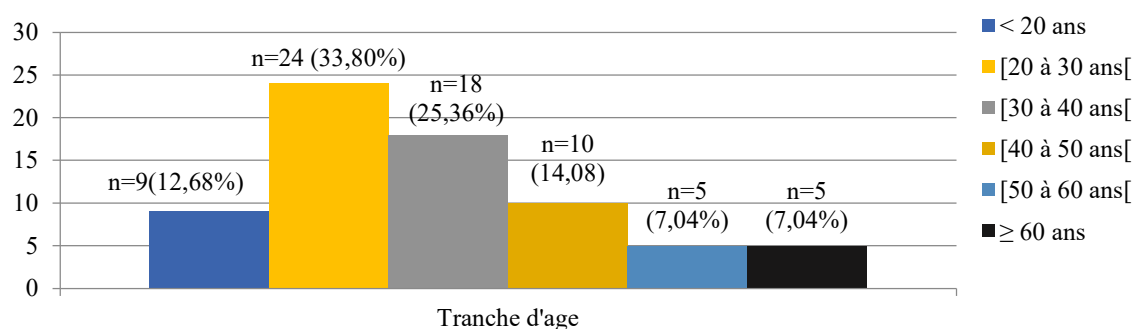


Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

3. Répartition des patients selon les modes de sorties

La figure 3 représente les modes de sortie des patients, une prédominance des décharges a été retrouvée à 84,51%

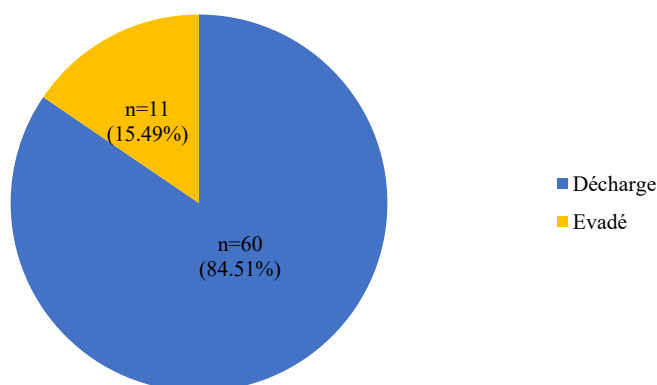


Figure 3 : Répartition des patients selon le mode de sortie

4. Répartition des patients selon le jour constaté de sortie

La Figure 4 montre une prédominance de patients sortie le Lundi à 25,35 % pour les décharges et à 4,23% le mardi et le jeudi pour les évadés.

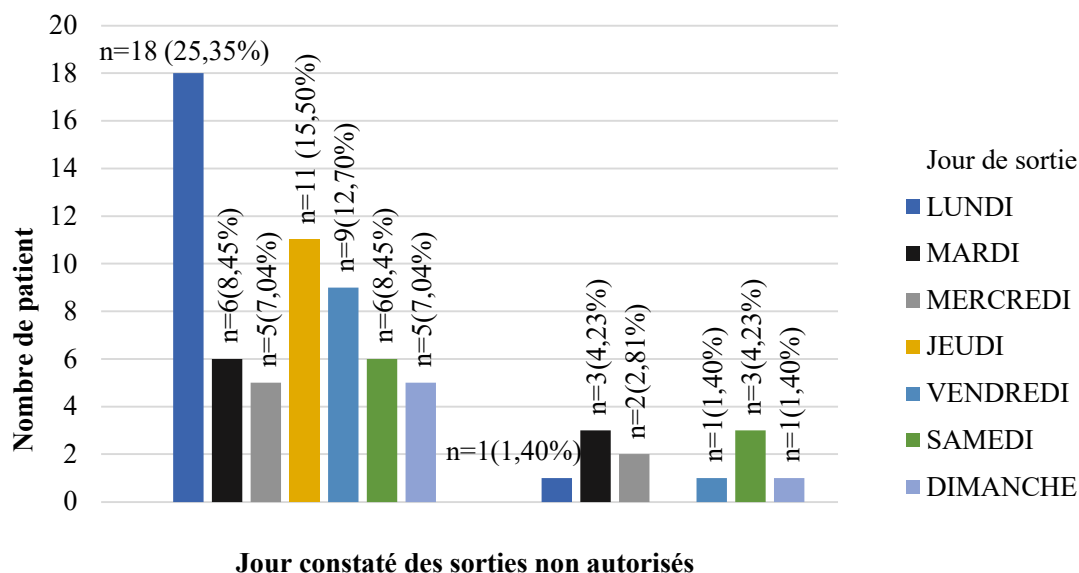


Figure 4 : Répartition des patients selon le jour constaté de sortie

5. Répartition des patients selon les motifs de décharges

La figure suivante décrit la répartition des patients selon les causes de décharges observé dans le cahier de décharges indépendamment des modes de sorties (évadé, décharges).

Ont été identifiés les sorties non autorisées suites à un problème pécuniaire, décision familiale, insuffisance de garde, problème pécuniaire et insuffisance de garde associé, décision d'emmener le patient dans un autre site suite à une insatisfaction.

Après l'analyse statistique, il n'y a pas de relation statistique significative entre sortie non autorisée et les motifs de décharges.

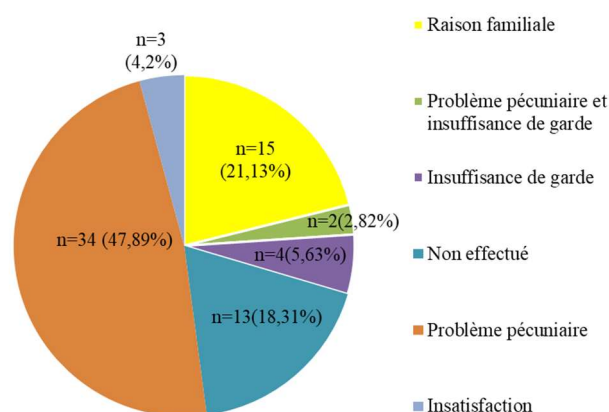


Figure 5 : Répartition des patients selon les motifs de sorties non autorisées.

6. Répartition des patients selon les diagnostics présumés

Le tableau I montre la répartition des différents diagnostics présumés, plusieurs sont en cours d'exploration, et une prédominance des troubles de comportements est objectivée à 38,03%, cette relation n'est significative statistiquement.

Tableau I : Répartition des diagnostics présumés des patients sortis sans autorisation

Diagnostic présumé	Mode de sortie N effectif (Pourcentage%)		Total (%)
	Evadé	Décharge	
Accès maniaque	0(0.00%)	1(1.41%)	1.41%
Agitation *	1(1.41%)	4(5.63%)	7.04%
Bouffée délirante aigue	0(0.00%)	5(7.04%)	7.04%
Crise convulsive*	0(0.00%)	1(1.41%)	1.41%
Céphalée*	0(0.00%)	2.82%	2.82%
Trouble de conversion	0(0.00%)	1(1.41%)	1.41%
Décompensation d'une psychose	0(0.00%)	3(4.23%)	4.23%
Syndrome de demons meigs	1(1.41%)	0(0.00%)	1.41%

Dépression Majeur	0(0.00%)	3(4.23%)	4.23%
Délirium Tremens	0(0.00%)	2(2.82%)	2.82%
Dyspnée*	0(0.00%)	1(1.41%)	1.41%
Etat de mal épileptique	0(0.00%)	2(2.82%)	2.82%
Ethylisme chronique	0(0.00%)	2(2.82%)	2.82%
Intoxication alcoolique aigue	0(0.00%)	1(1.41%)	1.41%
Mise en observation	1(1.41%)	0(0.00%)	1.41%
Perte de connaissance*	0(0.00%)	5(7.04%)	7.04%
Trouble de comportement	6(8.45%)	21(29.58%)	38.03%
Syndrome confusionnel*	2(2.82%)	4(5.63%)	8.45%
Trouble de conscience febrile*	0(0.00%)	1(1.41%)	1.41%
Etat de mal vertigineuse	0(0.00%)	1(1.41%)	1.41%

* En cours d'exploration

7. Répartition des patients selon la durée de séjour à l'hôpital et les sorties non autorisées

Dans cette étude la majorité (22,54%) de ceux qui sont sorties sans autorisation n'excédant pas une journée à l'hôpital et plus de la moitié sont alors sortie contre avis médical dans la première semaine de son hospitalisation. La durée de séjour varie de 1 jour à 17 jours avec une moyenne de 4 jours. Cette relation n'est pas statistiquement significative avec un p value supérieur à 0,05.

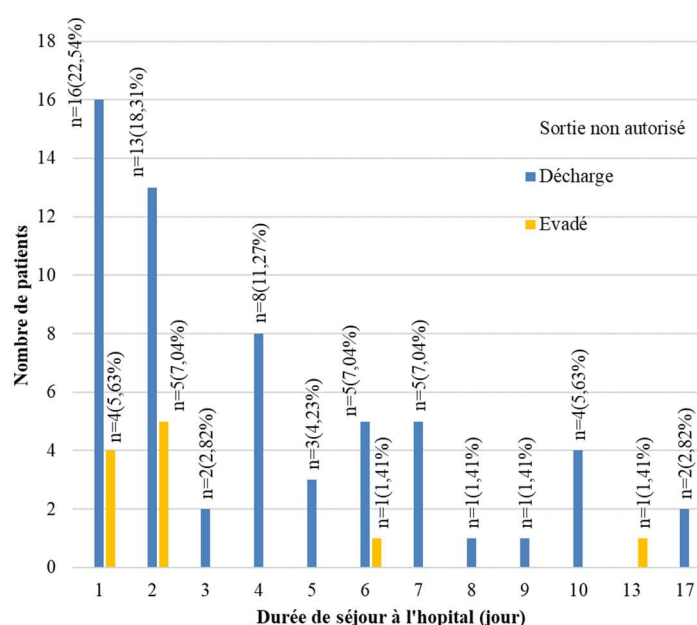


Figure 5 : Répartition des patients selon la durée de séjour à l'hôpital

8. Relation entre variable sociodémographique et sortie non autorisée

Le tableau II représente la relation entre les variables sociodémographiques et les sorties non autorisées. L'âge et le genre ne sont pas associés significativement aux sorties non autorisées dans cette étude.

Tableau II : Relation entre variables sociodémographiques et sortie non autorisée

Variables	Décharges	Evadés	Total	P value
Effectif= n (Pourcentage= %)				
Tranche d'âge				
<20ans	8(11,27%)	1(1,41%)	9(12,68%)	p>0,05
[20-30 ans [	20(28,17%)	4(5,63%)	24(33,80%)	
[30-40 ans [	15(21,13%)	3(4,23%)	18(25,25%)	
[40-50 ans [	7(9,86%)	3(4,23%)	10(14,08%)	
[50-60 ans [	5(8,33%)	0(0,00%)	5(7,04%)	
≥60 ans	5(8,33%)	0(0,00%)	5(7,04%)	
Genre				
Masculin	32(45,07%)	7(9,86%)	39(54,93%)	0,52
Féminin	28(39,44%)	4(5,63%)	32 (45,07%)	

IV. DISCUSSION

Cette étude est à notre connaissance une étude pionnière traitants des sorties non autorisées en milieu psychiatrique à Madagascar qui est très peu étudié malgré que ce soit un fait fréquent et particulièrement en psychiatrie [4]. Dans cette étude la prévalence des patients sorties sans autorisation (décharge et évasion confondus) s'élève à 25% durant cette année, ce résultat est alarmant comparé aux données de la littérature comme l'étude réalisé par Regi M et al en 2016 sur les sorties non autorisées, ils ont retrouvé une prévalence de 7% ce qui est inférieur à notre résultat [2]. Ceci pourrait être expliquer par la stigmatisation conséquente de la psychiatrie qui n'épargne pas Madagascar et contraignant la famille des patients à demander des décharges [5]. L'infrastructure accueillant les patients expose à une promiscuité et joue sur la motivation des accompagnants à rester. Une étude en Australie rapporte des résultats comparables à la nôtre avec un taux de 20,82% [6]. Ceci n'est pas un problème isolé et presque tous les hôpitaux psychiatriques dans le monde sont confrontés à ce problème [4]. En Iran un taux faible par rapport à notre étude a été enregistré par Yasini M et al à 3% [7]. De plus, plusieurs études dans la littérature rapportent des taux allant de 2% à 44% avec une moyenne de 12,6% selon une revue systématique de la littérature [4]. Des sensibilisations débutantes en intra hospitalier sont suggérées en insistant sur les modalités de traitement et de prise en charge des patients ainsi que leurs importances dès leurs entrées dans le service de psychiatrie pour diminuer cette prévalence, les acteurs de ces sensibilisations seront alors tous les personnels de santé présents dans le service au moment de l'admission du patient, voire des campagnes sur l'échelle nationale pour la déstigmatisation de la psychiatrie. Encore, l'humanisation des soins est très importante dans ce sens ainsi qu'une amélioration de l'infrastructure d'accueil des patients.

1. Genre

Les sorties non autorisées ont été répartis de façon plus ou moins homogène mais avec une légère prédominance masculine à 54,93% sans relation statistiquement significative (p supérieur à 0,005) Ceci pourrait être expliqué par une probable prédominance masculine de la population psychiatrique à Madagascar. Plusieurs études dans le monde rapportent cette prédominance masculine des patients sorties sans l'autorisation des personnels soignants tels que l'étude effectuée par Yasini M et al à 95,3%, [7,8]

Aussi, Muir Cochrane et al ont retrouvé une prévalence quasi similaire à la nôtre avec 61,19% de genre masculin dans sa population d'étude [6].

Les données de la littérature semblent être en accord avec une prédominance du genre masculin dans la population sortie sans avis médicale ou évadé comme celui de Mark Kaggwa M et al avec une nette prédominance masculine dans son étude ($n=9$) [9].

Khisty N et al rapportent eux aussi cette prépondérance de genre masculin à 83,9% [10]

La mise en place de salle d'isolement dans le service de psychiatrie Befelatanana pourrait améliorer ce résultat de notre travail afin de rendre difficile la sortie et l'accès au monde extérieur surtout à la phase aiguë des pathologies.

2. Age

Les jeunes de 20 à 29 ans ont tendance à sortir sans autorisation que la plupart des tranches d'âge définies dans notre étude avec une prévalence de 33,80% décharge et évasion confondue avec un âge moyen de 33,66 ans rejoignant ainsi la constatation des auteurs de la littérature comme Muir Cochrane et al avec un âge moyen de 33,99 ans, plus jeune que chez les patients qui attendent leurs sorties par voie normale et de Histy et al avec un âge moyen de $31 \pm 8,4$ ans [6,10]. Le caractère impulsif des jeunes contrairement aux caractères plus dociles des âgés pourrait expliquer cette jeunesse des patients sorties contre avis médicale, mais aussi qu'à Madagascar ce sont les parents qui vont faire la garde et céderait facilement aux demandes des patients.

3. Mode de sortie

Un taux marqué de décharge a été observé durant notre étude à 84,51%. La littérature est disparate concernant ces modes de sorties, l'Afrique enregistre des taux particulièrement élevés de sorties non autorisées comme en Afrique du sud à 7,83% mais qui est là encore inférieur à notre étude [9,11]. En Ouganda, où l'on estime que 10 à 50 patients décèdent chaque mois de l'hôpital national de référence pour la santé mentale, l'établissement psychiatrique le plus sécurisé du pays.

Cependant, la définition de décharge est différente selon les pays [12,13]. Une définition à généraliser serait alors un atout pour les recherches à venir.

4. Jour constaté de sortie

Dans cette étude, un taux élevé de sortie a été enregistré le jour de lundi, avec une prédominance des décharges à 25,35 % et d'évadé le mardi et jeudi à 4,23% sans véritable différence majeure. Ceci pourrait être dû à l'insuffisance de communication sur l'état des patients pour cause d'insuffisance de personnel durant les week-ends, dans notre résultat peu de sorties non autorisées s'effectuait les jours de week-end et cela pourrait impliquer l'attente des « responsables » pour faire la décharge le jour de lundi. Et concernant l'évasion, cela pourrait être expliqué par l'inexistence de relation entre les jours de la semaine et les jours d'évasion, c'est-à-dire que si un patient décide de s'évader il ne verrait pas attendre des jours spécifiques.

Par contre Reguis M et al n'ont pas retrouvé de différence significative concernant les jours de sortie des patients sauf une légère diminution le jour de samedi à 7,9 % et allant de 10,9% (Dimanche) à 17,8% (Jeudi) les autres jours de la semaine [2].

Pour y remédier, concernant l'évasion, le renforcement des systèmes de surveillance pourrait être nécessaire par l'installation des caméras de surveillance dans les salles.

Et concernant les décharges le renforcement des communications ainsi que la formation des personnels soignant des principes de communications pourrait nous aider à y faire face.

5. Motifs de décharges

Plusieurs motifs de décharges ont été enregistrés dans le cahier des décharges des patients. Ainsi dans notre étude les problèmes pécuniaires prédominent à 47,89%, suivis des décisions familiales à 21,13%, la littérature ne précise pas le taux des différents motifs mais plusieurs auteurs ont notifié les motifs pour cause de sortie non autorisée, alors les principaux motifs vus dans la littérature sont : la quête de liberté, insatisfaction, le ressenti de stigmatisation, la mauvaise expérience avec les soignants, le sentiment d'absence de liberté, condition déplaisante dans l'hôpital psychiatrique, mauvais service, difficultés financières, l'influence des symptômes de la psychose comme le syndrome d'influence [9,14].

La raison pour laquelle une prédominance des motifs pour difficultés financières dans notre travail pourrait résider dans l'absence de sécurité sociale pour la plupart des patients à Madagascar, malgré l'existence de plusieurs compagnies d'assurance dans le territoire, la population est en situation de précarité financière [15]. En effet, l'affiliation de la population malgache au système de santé et de la protection sociale n'est pas obligatoire et libre de choix or cela exige une compétence et un niveau d'éducation qui est encore faible à Madagascar malgré une progression fulgurante dans les années 2000 [16,17].

De ce fait, une facilitation des procédures pour l'accès à la protection sociale de la population est souhaitée comme l'allègement de diverse paperasse à l'inscription aux assurances accompagnée d'une communication de masse visant la population entière pour l'inscription aux assurances et l'importance de la protection sociale pouvant être initié par divers organismes non gouvernementale ou même par l'état.

Cependant on remarque une forte proportion de lettre de décharge non effectué à 18,31% par peut-être inattention de l'équipe soignante ou de garde, la vigilance et le pragmatisme dans l'exécution du travail est de mise pour les personnels soignant pour essayer de pallier cela.

Il est utile de remarquer qu'à Madagascar, ce sont encore la famille et les amis proches des patients qui font leur garde, il n'existe que rarement des aides-soignants expliquant peut-être l'insuffisance de garde (5,63%) comme étant un motif de décharge.

Dernièrement durant la pandémie de covid-19 ce sont les infirmiers en attente de poste qui font la garde des personnes atteintes de Covid-19 une pratique qui initiera peut-être l'activité des aides-soignants, la vulgarisation et l'homologation de cette activité pourraient être alors d'une grande aide dans notre pratique.

6. Diagnostics présumés

La présomption diagnostique vue dans notre étude pourrait être expliquée par l'absence d'utilisation systématique de la CIM-10 (classification internationale de maladie) par les médecins dans l'élaboration diagnostique, mais aussi par l'absence de recul nécessaire pour établir un diagnostic car le diagnostic de la plupart des troubles mentaux est rétrospectif répondant à des critères bien spécifiques et peut être même par l'incapacité des personnels de garde à établir un diagnostic car dans presque tous les services ce serait les internes de médecine générale qui assureraient le fonctionnement, la réception et le premier examen des patients qui seraient alors notés sur les dossiers médicaux à défaut de l'insuffisance des spécialistes et des internes de spécialités en formation.

Les troubles de comportement (38,03%) prédominent dans notre série ce qui n'est pas comparable aux données de la littérature, en effet dans la littérature, les diagnostics sont présentés selon le codage de la CIM-10. Reguis M et al ont identifié comme F20 dans la classification CIM-10 (schizophrénie, trouble schizotypique, trouble délirant) une proportion de 63.5% suivis de la catégorie F30 (troubles de l'humeur, suivie de la catégorie F60 (troubles de la personnalité et du comportement) [2].

Et Muir Cochrane et al rapporte une prédominance de troubles schizophréniques à 20,71% [6]. Notre résultat pourrait être expliqué par une charge morale plus importante pour la famille des personnes présentant un trouble de comportement lié à une stigmatisation de la société et une impulsion aux fugues des patients psychotiques. Kaggwa M et al ont quant à eux retrouvé une prédominance des troubles de l'humeur [9]

La concordance des résultats obtenus dans la littérature incite à faire une autre étude à grande échelle pour essayer de déterminer une relation entre trouble schizophrénique et sortie non autorisée ou même de déterminer une éventuelle causalité entre ces deux paramètres. De ce fait, l'augmentation de la vigilance et de la surveillance des patients présentant des troubles de comportements ainsi que le renforcement de l'IEC (information-éducation-communication) chez la famille de ces patients devront être rendues systématiques.

7. Durée de séjour à l'hôpital

Les données de la littérature sont variées concernant la durée de séjour et la survenue de sortie non autorisée. Selon Muir Cochrane et al plus la durée de séjour est longue plus il y a de sortie non autorisée avec une pique au 21ème jour d'hospitalisation [6]

Reguis M et al rapportent le taux 69,3% à un mois d'hospitalisation [2] une relation significative, ce qui n'est pas le cas dans notre série. Yasini M et al objective un chiffre de 48,8% dans les 15 premiers jours [7]. Une étude prospective est souhaitée pour compacter les données de notre travail.

8. Variables sociodémographiques et sortie non autorisée

Dans notre étude le genre ainsi la tranche d'âge n'ont pas été associés significativement aux sorties non autorisées malgré qu'un profil type de patient qui fait cette sortie non autorisée est rehausser dans notre étude, des hommes entre 20 et 30 ans présentant des troubles de comportements. Les données de la littérature montrent alors eux aussi ce même profil bien que la

littérature précise la schizophrénie comme diagnostic des patients ayant fait des sorties non autorisées [4,6,11]. Une attention particulière est donc de mise lorsque qu'on est face à de tel patient.

V. CONCLUSION

Cette étude se limite à ce qu'elle soit rétrospective et que les paramètres de diagnostics ne sont pas bien codifiés, malgré cela cette étude a permis de décrire le profil des patients faisant des sorties non autorisées et a permis de dégager divers alternatives et solutions face à ce problème qui n'est pas réservé au service de psychiatrie de Madagascar. Ainsi l'amélioration de la qualité de service aussi que la qualité des infrastructures et la mise en place de programme de soins en isolement peut nous aider dans la prise en charge et dans la diminution de cette prévalence élevée retrouvée dans cette étude. Cette étude nous permettra alors de faire un plaidoyer à diverses entités pour l'amélioration des logistiques et infrastructures et fera source de changements dans la prise en charge des patients par les personnels soignants

REFERENCES

- [1] PAQS - La sortie contre avis médical : un problème de qualité des soins ? [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://paqs.be/fr-BE/Ressources/Revue-de-la-litterature/La-sortie-contre-avis-medical-un-probleme-de-qua>
- [2] Reguis M. Les sorties non autorisées en psychiatrie : étude au centre hospitalier Alpes Isère en 2016. 2018 [cité 15 févr 2022];59. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690534>
- [3] LALANDE F, LEPINE C. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Qué Insp Générale Aff Soc. 2011;
- [4] Bowers L, Jarrett M, Clark N. Absconding: a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 1998;5:343-53.
- [5] Durand B. Soins psychiatriques: le retour de la contrainte et de la stigmatisation. Trib Santé. Presses de Sciences Po; 2011;43-54.
- [6] Muir-Cochrane E, Mosel K, Gerace A, Esterman A, Bowers L. The profile of absconding psychiatric inpatients in Australia. J Clin Nurs [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2022];20:706-13. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2010.03553.x>
- [7] Yasini M, Sedaghat M, Ghasemi Esfe AR, Tehranidoost M. Epidemiology of absconding from an Iranian psychiatric centre. J Psychiatr Ment Health Nurs. Wiley Online Library; 2009;16:153-7.
- [8] Gerace A, Oster C, Mosel K, O'Kane D, Ash D, Muir-Cochrane E. Five-year review of absconding in three acute psychiatric inpatient wards in Australia. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2015 [cité 8 mars 2022];24:28-37. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12100>
- [9] Kaggwa MM, Acai A, Rukundo GZ, Harms S, Ashaba S. Patients' perspectives on the experience of absconding from a psychiatric hospital: a qualitative study. BMC Psychiatry [Internet]. 2021 [cité 10 mars 2022];21:371. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03382-0>
- [10] Khisty N, Raval N, Dhadphale M, Kale K, Javadekar A. A prospective study of patients absconding from a general hospital psychiatry unit in a developing country. J Psychiatr Ment Health Nurs. Wiley Online Library; 2008;15:458-64.
- [11] Absconding from a psychiatric hospital in Johannesburg, South Africa: are we seeing a decrease since the implementation of the Mental Healthcare Act? | South African Journal of Psychiatry [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://journals.co.za/doi/abs/10.4102/sajpspsychiatry.v25i0.1338>
- [12] Escapes and absconding from secure psychiatric units | The Psychiatrist | Cambridge Core [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-psychiatrist/article/escapes-and-absconding-from-secure-psychiatric-units/62B34AD3947B24315CA7F1013E0808A5#>
- [13] Gowda GS, Thamby A, Basavaraju V, Nataraja R, Kumar CN, Math SB. Prevalence and clinical and coercion characteristics of patients who abscond during inpatient care from psychiatric hospital. Indian J Psychol Med. SAGE Publications Sage India: New Delhi, India; 2019;41:144-9.

- [14] Seeking freedom: A systematic review and thematic synthesis of the literature on patients' experience of absconding from hospital - PubMed [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31359573/>
- [15] Emile E, Rabesalama S. La viabilité financière des centres de santé de base à Madagascar: vers une nécessité de système de mutuelle et d'assurance maladie. *Rev Medicale Madag*. 2015;5:544-8.
- [16] Tsikomia AAM. Le Système De Santé Et De La Protection Sociale À Madagascar: Quels Sont Les Défis À Réaliser? *PUBLIC Adm*. 2013;50.
- [17] COURY D. Madagascar. education.gov.mg. 2010;