

Les sorties contre avis médical en pédiatrie au CHU de Brazzaville (Congo)

Discharge of children against medical advice at CHU of Brazzaville (Congo)

J.R. Mabiala-Babela · E.R. Nika · L.C. Ollandzobo · C. Samba Louaka · A. Mouko · A. Mbika Cardorelle · G.M. Moyen

Reçu le 21 mars 2011 ; accepté le 1 juin 2011
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2011

Résumé Il s'agit d'une étude prospective, menée de janvier à décembre 2010 dans le service de pédiatrie nourrissons du CHU de Brazzaville, comparant les enfants hospitalisés sortis contre avis médical (SCAM) à la demande des parents (cas : groupe 1) à ceux hospitalisés immédiatement après et dont la sortie a été décidée par le médecin (témoins : groupe 2). Deux cent sept enfants (7,7 %) hospitalisés dont 117 garçons étaient sortis par SCAM à la demande des parents. L'âge moyen était de $18,0 \pm 13,5$ mois (extrêmes : un mois et demi et cinq ans). Les enfants étaient issus d'un foyer biparental dans 150 cas (72,5 %) et, dans 30,9 % des cas, il s'agissait du premier et/ou unique enfant du couple. Les parents, de nationalité congolaise dans 147 cas (71 %), avaient un niveau scolaire majoritairement du secondaire, 66,7 % pour la mère et 58 % pour le père. Les enfants étaient admis dans 59,9 % des cas entre 15 et 7 heures. L'hospitalisation était effectuée pendant les jours ouvrables dans 75,4 % des cas. Le délai de consultation ne dépassait pas trois jours dans 147 cas (71 %) et les troubles digestifs (27 %), la fièvre (16,4 %), les convulsions (11,1 %) et l'anémie (11,1 %) constituaient les principaux motifs de consultation. La SCAM intervenait le jour de l'admission dans 72 cas (34,8 %), avant le traitement dans 76 cas (36,7 %), dont 36 fois au cours du bilan, et en cours du traitement dans 131 cas (63,3 %). Les motivations de la demande de la sortie étaient dominées par l'amélioration de l'état clinique (30,9 %), le manque d'argent (28 %), la prise en charge supposée insuffisante (7,7 %), les conditions d'hospitalisation insatisfaisantes (6,3 %), la prise en charge d'autres enfants restés au domicile (6,3 %), les croyances

traditionnelles et/ou religieuses (5,8 %) et les désaccords avec le personnel soignant (5,3 %). La SCAM était fortement corrélée au niveau scolaire des parents, à l'âge de l'enfant, au délai de consultation, à l'heure d'admission, au rang de l'enfant dans la fratrie et à la nationalité des parents. Les SCAM relèvent d'une rupture de confiance entre le malade et le corps soignant. L'amélioration des conditions d'hospitalisation dans nos hôpitaux et du niveau socio-économique des Congolais et la mise en place d'une sécurité sociale nationale contribueraient à la réduction de ce phénomène. **Pour citer cette revue : Bull. Soc. Pathol. Exot. 104 (2011).**

Mots clés Sortie contre avis médical · Sécurité sociale · Enfant · Hôpital · Brazzaville · Congo · Afrique intertropicale

Abstract In a prospective study conducted from January to December 2010 in the Teaching Hospital of Brazzaville (Congo), we compared the discharge of hospitalized children against medical advice at the parents' request (group 1 – cases) with those admitted during same period with routine discharge (group 2 – controls). Two hundred and seven (7.7%) hospitalized children, 117 boys and 90 girls, were discharged at the parents request. The mean age was 18.0 ± 13.5 months (range: 1 month–5 years). Among these patients, 150 (72.5%) children were from biparental families, and 30.9% of children were the first and/or only child of the household. Among the parents of Congolese nationality, 147 (71%) had a secondary school level education, including 66.7% of mothers and 58% of the fathers 59.9% of children were admitted between 15 and 7 hours, and 75.4% were hospitalized during working days. The duration of hospitalization did not exceed 3 days in 147 cases (71%). The main reasons for hospitalization were digestive disorders (27%), fever (16.4%), convulsions (11.1%) and anaemia (11.1%). Among patients discharged against medical advice, 34.8% left on the first day of

J.R. Mabiala-Babela (✉) · E.R. Nika · L.C. Ollandzobo · C. Samba Louaka · A. Mouko · A. Mbika Cardorelle · G.M. Moyen

Département de médecine, service de pédiatrie nourrissons, faculté des sciences, de la santé (université Marien-Ngouabi), CHU-B, BP 32, Brazzaville, Congo
e-mail : jmabialababela@yahoo.fr

hospitalization (72 cases), 36.7% before the start of treatment (76 cases of which 36 during check-up) and 63.3% during treatment (131 cases). The main reasons for discharge request were improvement in the clinical condition improvement (30.9% of cases), lack of money (28% of cases), supposed insufficient medical care (7.7% of cases), unsatisfactory hospitalization conditions (6.3% of cases), care of other children at home (6.3% of cases), traditional and/or religious beliefs (5.8% of cases) and disagreements with nurses (5.3%). Patients discharge against medical advice was correlated strongly with the educational level of parents, age of the child, delay of consultation, time of admission, rank of the child in family and nationality of parents. Discharge against medical advice is associated to the distrust between the patients and nurses. Improvement of hospitalization conditions in our hospitals, improvement of the socioeconomic status of Congolese and establishment of national social security seem to be the main determinants of reduction of discharge against medical advice. **To cite this journal: Bull. Soc. Pathol. Exot. 104 (2011).**

Keywords Discharge against medical advice · Social security · Child · Hospital · Brazzaville · Congo · Sub-Saharan Africa

Introduction

Pour le médecin, l'hospitalisation d'un enfant est conditionnée exclusivement par son état de santé. Par contre, pour les parents de l'enfant, le séjour à l'hôpital, conséquence de l'acceptation de cette décision médicale, est influencé par plusieurs paramètres subjectifs et objectifs. Les paramètres subjectifs, souvent d'ordre culturel, sont encore très présents dans nos sociétés où le poids de la tradition, mais également les croyances religieuses ont une forte influence sur les comportements [3]. Quant aux paramètres objectifs, au nombre d'entre eux figurent en bonne place le faible pouvoir d'achat, mais également les nombreux dysfonctionnements humains et matériels rencontrés dans les centres de santé.

À propos du fonctionnement des structures de santé au Congo, le centre hospitalier et universitaire (CHU) constitue l'hôpital de référence au niveau national. Il est ouvert 24 heures sur 24 et est doté d'un plateau technique acceptable (échographie, tomodensitométrie). De plus, il représente l'unique formation sanitaire qui possède un service de soins intensifs pédiatriques et qui compte, au sein du personnel, des enseignants universitaires de plusieurs rangs. Par ailleurs, la situation géographique du CHU (situé au centre de la ville) le rend accessible à tous les habitants de la ville. Enfin, le caractère onéreux des soins dans les quelques centres privés de Brazzaville (frais

de consultation de 10/30 versus 5,5 euros au CHU, frais journaliers d'hospitalisation de 20/40 contre 7,5 euros pour le CHU) en empêche l'accès à la grande majorité de la population qui vit en deçà du seuil de pauvreté [8]. De ce fait, le CHU constitue le dernier recours en matière de soins au Congo. C'est ainsi qu'il a été choisi pour mener cette enquête portant sur les sorties contre avis en vue d'appréhender l'ampleur du problème et d'en identifier les facteurs favorisant ; ce qui permettrait de bâtir des stratégies visant à endiguer le phénomène.

Matériel et méthode

L'étude, prospective et de type cas-témoins, a été réalisée de janvier à décembre 2010 dans le service de pédiatrie nourrissons du CHU de Brazzaville. Elle n'a concerné que les enfants âgés de zéro à cinq ans (nouveau-nés exclus), du fait de la spécificité de l'âge des enfants admis dans le service d'étude. Les cas (groupe 1) étaient constitués des enfants dont les parents (père ou mère) avaient demandé la sortie contre l'avis médical (SCAM). Ils sont donc à distinguer des enfants sortis sans avis du médecin (SSAM), mode de sortie encore souvent dénommé en Afrique subsaharienne « évasion », terme emprunté au vocabulaire carcéral. La SCAM était conditionnée par la signature par l'un des parents ou les deux d'une décharge attestant la demande de sortie. Toutefois, des conseils dissuasifs étaient prodigués par le médecin traitant et/ou la surveillante du service avant d'effectuer la sortie administrative de l'enfant. Les enfants dont les parents étaient revenus sur la décision ont été exclus de cette étude. Il en était de même de ceux dont le refus d'hospitalisation s'est fait à l'admission aux urgences pédiatriques. Les témoins (groupe 2) étaient représentés par les enfants hospitalisés dans le service au cours de la même période et dont la sortie avait fait l'objet d'une décision médicale. Cependant, pour des raisons d'appariement des deux groupes, pour le groupe 2, seul l'enfant qui était immédiatement admis après celui sorti contre avis médical était retenu.

Le service de pédiatrie nourrissons, d'une capacité de 46 lits, reçoit les enfants d'un mois à cinq ans. Il est dirigé par un maître-assistant de pédiatrie, entouré de quatre pédiatres et trois médecins en formation de spécialité de pédiatrie et puériculture. L'équipe médicale est complète du lundi au vendredi de 7 à 14 heures pendant les jours ouvrables. De 15 à 6 heures et lors des jours non ouvrables (samedi, dimanche et jours fériés), cette équipe est réduite à un médecin en formation de pédiatrie et un étudiant en fin de formation de médecine générale, souvent renforcée par un pédiatre senior. Quant à l'équipe paramédicale, elle était constituée de 27 infirmiers dont 20, réellement actifs dans les soins, répartis en six équipes. De celles-ci, cinq, de trois agents,

travaillaient selon le rythme de 3×8 . La sixième équipe était composée de cinq infirmières qui travaillaient tous les matins de 7 à 14 heures, du lundi au vendredi. Enfin, les sept agents paramédicaux restants étaient le personnel administratif, notamment deux surveillants de service et les infirmières d'accueil et d'orientation. Ainsi, le service était couvert 24 heures sur 24 avec huit infirmières entre 7 et 14 heures et trois de 14 à 7 heures.

Pendant la période d'étude, le taux d'occupation du service a été de 66 %, avec des extrêmes de 45 et 100 %. Les taux de plus de 90 %, quoique rares, ne s'observaient que pendant moins de trois jours consécutifs. Ainsi, le ratio pédiatre/malade et infirmier/malade oscillait respectivement autour de 1 sur 7, voire 11, et 1 sur 3 à 5 pendant les heures ouvrables. Toutefois, il faut souligner que le service de pédiatrie nourrissons ne reçoit pas les enfants en détresse vitale ; ceux-ci sont immédiatement hospitalisés dans le service de soins intensifs pédiatriques qui, lorsque l'état clinique s'améliore et en fonction de l'âge, peut les transférer en pédiatrie nourrissons pour la poursuite du traitement.

Pour chaque enfant ont été étudiés le sexe, l'âge, l'heure d'admission, le délai de consultation, la durée de séjour à l'hôpital, la structure du foyer parental, le degré de parenté avec la personne ayant demandé la sortie de l'enfant, la nationalité et le niveau scolaire des parents, le nombre d'enfants à charge, le moment de la sortie par rapport au début du traitement et/ou du bilan et la motivation. Concernant le dernier item, seule la motivation principale était retenue lorsque deux étaient évoquées. Enfin, les données étaient recueillies immédiatement après la sortie pour le groupe 1 et, ultérieurement, à partir du dossier d'hospitalisation ou au contrôle pour le groupe 2 dans le cas où l'enfant était déjà sorti.

Une étude descriptive des enfants du groupe 1 a été effectuée. La comparaison de plus de deux pourcentages a été effectuée à l'aide du test S de Sokal. Ensuite, afin d'identifier les facteurs favorisant la SCAM, une étude multivariée par la méthode de Logits comparant les enfants des deux groupes a été requise. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

Résultats

Au total, 2 698 enfants ont été hospitalisés pendant la période d'étude et 207 (7,7 %) sont sortis par SCAM contre 77 (3 %) par SSAM. Les SCAM intéressaient majoritairement les garçons, 117 cas (56,5 %), soit un sex-ratio de 1,3. L'âge moyen était de $18,0 \pm 13,5$ mois (extrêmes : un mois et demi et cinq ans). Il était inférieur à deux ans dans 146 cas (70,5 %), et compris entre deux et cinq ans dans 61 cas (29,5 %). Dans 150 cas (72,5 %), l'enfant était issu d'un foyer biparental ; et les parents étaient de nationalité congolaise (Congo-Brazzaville) dans 147 cas (71 %). Quant au niveau scolaire, il était nul chez la mère et le père respecti-

vement dans 14 (6,8 %) et 15 cas (7,2 %), du primaire dans 23 (11,1 %) et 19 cas (9,2 %), du secondaire dans 138 (66,7 %) et 120 cas (58 %) et du supérieur dans 32 (15,4 %) et 53 cas (25,6 %). Dans 64 cas (30,9 %), l'enfant était le premier et/ou unique du couple.

L'admission s'est faite entre 8 et 14 heures dans 83 cas (40,1 %), et entre 15 et 7 heures dans 124 cas (59,9 %) ; dans 156 cas (75,4 %) pendant les jours ouvrables. Le délai de consultation était inférieur ou égal à trois jours dans 147 cas (71 %). Quant aux motifs de consultation, ils étaient dominés par les troubles digestifs comme l'indique le Tableau 1. Concernant les 41 autres cas rapportés dans ce tableau, il s'agissait de l'ingestion de pétrole (six cas) ou autres produits caustiques (trois cas), de l'ictère (six cas), d'une tuméfaction osseuse (cinq cas) ou articulaire (trois cas), d'une chute (trois cas), d'un retard à la marche (trois cas), d'un ballonnement abdominal (deux cas) et d'enfants transférés du service des soins intensifs pédiatriques (vingt cas). Après l'hospitalisation de l'enfant, la sortie était demandée au premier jour dans 72 cas (34,8 %), au deuxième jour dans 83 cas (40,1 %) et au-delà dans les autres cas. Cette sortie intervenait dans 76 cas (36,7 %) avant la mise en route du traitement dont 36 cas sous bilan, et en cours du traitement dans 131 (63,3 %) cas.

La demande de sortie était motivée surtout par l'amélioration de l'état clinique, 64 cas (30,9 %), suivie du manque d'argent, 58 cas (28 %) (Tableau 2). Toutefois, le manque d'argent, motif principal, se retrouvait associé à l'amélioration de l'état clinique dans six cas, aux croyances traditionnelles et/ou religieuses dans quatre cas, et à la prise en charge d'autres enfants restés au domicile dans trois cas. De même, la prise en charge supposée insuffisante était associée aux croyances traditionnelles et/ou religieuses dans deux cas.

Les résultats de l'analyse multivariée des sorties contre avis médical (Tableau 3) montrent que le niveau scolaire primaire des parents constituait le premier facteur favorisant, même quand il était ajusté à l'heure d'admission et au délai de consultation. À cela, s'ajoutaient l'âge de l'enfant (inférieur à deux ans), le délai de consultation (inférieur ou égal à trois jours), l'heure d'admission (comprise entre 15 et 7 heures), le premier rang de l'enfant dans la fratrie et enfin la nationalité étrangère.

Tableau 1 Motifs de consultation / *Consultation motives*

Motifs de consultation	n	Pourcentage
Troubles digestifs	56	27,1
Fièvre	34	16,4
Convulsion	23	11,1
Anémie	23	11,1
Toux	13	6,3
Détresse respiratoire	7	3,4
Autres	51	24,6

Tableau 2 Motifs de demande de SCAM / *Motives to request discharge against medical advice*

Motifs	n	Pourcentage
Amélioration de l'état clinique	64	30,9
Manque d'argent	58	28
Prise en charge supposée insuffisante	16	7,7
Conditions d'hospitalisation insatisfaisantes	13	6,3
Prise en charge d'autres enfants restés au domicile	13	6,3
Croyances traditionnelles et/ou religieuses	12	5,8
Désaccords avec les soignants	11	5,3
Autres	20	9,7

Discussion

Le recueil des données sur les SCAM repose sur un interrogatoire direct avec 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. En effet, certaines motivations qui peuvent avoir des répercussions sur l'équilibre relationnel dans le service peuvent être expressément dissimulées par les parents. 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. 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.

La SCAM est un phénomène fréquemment rapporté dans la littérature avec une prévalence variable d'un pays à un autre. Dans notre étude, consacrée uniquement aux enfants de moins de cinq ans, la prévalence est de 7,7 %. Au Nigeria, Onyiriuka [6], dont l'étude a porté sur des enfants de la même tranche d'âge, trouve une prévalence de 5,7 %, similaire à celle de Roodpeyma et Hoseyni [9] en Iran, 5,3 %, mais avec une fourchette d'âge plus large, d'un à huit ans. Enfin, Hemonic Jamous et al. [1] quant à eux colligent en quatre ans, en France, 28 cas chez des enfants de moins de trois ans. La comparaison des résultats d'une étude à une autre paraît difficile du fait des différences méthodologiques. Néanmoins, l'on est tenté de croire que cette prévalence serait plus élevée dans les pays en développement eu égard aux nombreux dysfonctionnements constatés dans les centres de santé de ces pays. En effet, au Congo par exemple, pendant les heures non ouvrables, le personnel médical au CHU se résume souvent à un seul médecin parfois encore en formation. Ce qui peut justifier des hospitalisations abusives, causes de demande de SCAM le lendemain du fait de l'amélioration rapide de l'état de santé de l'enfant. De plus, à ces heures, les examens paracliniques sont réduits à la goutte épaisse et à la radiographie standard. Quant à la pharmacie, elle dispense rarement les médicaments en permanence. Tous ces dysfonctionnements peuvent occasionner une demande de SCAM en raison d'une insatisfaction des parents, mais également d'une prise en charge insuffisante comme c'est le cas respectivement chez 6,3 et 7,7 % de cas dans ce travail (Tableau 2).

Par ailleurs, il faut relever que certaines communautés présentes au Congo ont des spécificités particulières pouvant expliquer les SCAM. Il en est ainsi des musulmans qui, du fait des exigences rituelles (cinq prières obligatoires dans un milieu propre et calme après toilette), sont enclins à la SCAM dès que l'état clinique de l'enfant s'améliore. De même, la forte présence à Brazzaville d'une communauté de la République démocratique du Congo, constituée pour la grande majorité d'immigrés clandestins, et donc de bas niveau

Tableau 3 Analyse multivariée des facteurs influençant la demande de sortie contre avis médical / *Multi-variable analysis of factors that may influence the request discharge against medical advice*

	Groupe 1	Groupe 2	OR [IC]	OR*[IC]	p
Sexe masculin	117	106	1,2 [0,8–1,7]	0,9 [0,6–1,4]	0,062
Âge < 2 ans	151	120	1,8 [1,2–2,5]	1,4 [0,9–2,1]	0,034
Nationalité étrangère	60	45	1,5 [0,9–2,0]	1,1 [0,5–1,8]	0,047
Premier rang de l'enfant dans la fratrie	64	46	1,5 [1,0–2,2]	1,3 [0,7–2,0]	0,046
Niveau scolaire du père ne dépassant pas le primaire	34	13	2,9 [1,6–3,5]	2,4 [1,3–3,0]	0,018
Niveau scolaire de la mère ne dépassant pas le primaire	37	17	2,4 [1,3–2,8]	1,8 [0,9–2,5]	0,023
Heure d'admission 15–7 heures	124	98	1,7 [1,4–2,9]	1,4 [0,9–2,2]	0,043
Délai de consultation ≤ 3 jours	147	116	1,9 [1,3–2,7]	1,5 [0,8–2,0]	0,040

socio-économique, peut avoir un impact sur les SCAM et les SSAM. Celles-ci surviennent majoritairement dès que le tableau clinique s'améliore et donc en cours du traitement comme rapporté dans 63,3 % des cas dans cette enquête. Néanmoins, il convient de signaler que la communauté étrangère ne représentait que 29 % des SCAM dans cette étude.

Au Congo, l'absence d'une sécurité sociale au plan national, le faible pouvoir d'achat rapporté dans plus de la moitié de la population constituent autant de raisons qui peuvent justifier une SCAM. Hemonic Jamous et al. [1], en France, rapportent dans leur série six cas sur 28 qui n'avaient pas d'assurance maladie ou de couverture sociale. De même, dans plusieurs autres études [2,6,9], le bas niveau socio-économique est rapporté à des taux dépassant les 50 % des enfants sortis contre avis médical.

Par ailleurs, les coupures intempestives d'eau et d'électricité rendent inconfortables les conditions d'hospitalisation déjà détériorées par l'insalubrité et la promiscuité observées dans les salles d'hospitalisation. D'ailleurs, dans 6,3 % des cas, la SCAM était attribuée aux conditions insatisfaisantes d'hospitalisation.

Enfin, il n'est pas rare dans notre société que certaines maladies soient attribuées à un mauvais sort justifiant ainsi le recours à la médecine alternative. En effet, les croyances culturelles et religieuses ont encore une forte emprise sur une bonne partie de la population [3]. C'est le cas de 5,8 % des cas de SCAM de cette série qui ont été motivés par les croyances culturelles et/ou religieuses. Dans ce cas, la sortie doit être négociée avec les parents pour éviter une sortie sans avis médical, phénomène aussi fréquent dans nos hôpitaux, puisque rapporté dans 3 % des cas dans cette étude, et responsable comme la SCAM d'une forte mortalité extra-hospitalière signalée par plusieurs auteurs [4,10]. Par contre, pour d'autres auteurs [1,7], les SCAM constituent plutôt une cause fréquente de réadmission et de réhospitalisation des enfants aux urgences pédiatriques.

Plusieurs facteurs influencent la SCAM dans cette étude (Tableau 3) : d'abord, le bas niveau scolaire des parents avec pour corollaire l'ignorance et donc la propension aux croyances irrationnelles. Onyiriuka [6], au Nigeria, rapporte dans son étude 51,7 % des parents qui avaient un niveau scolaire inférieur ou égal au primaire. L'âge de l'enfant inférieur à deux ans a été également incriminé dans les SCAM. La fragilité des enfants de cette fourchette d'âge peut expliquer la tendance des parents aux SCAM au regard des conditions d'hospitalisation peu confortables au CHU de Brazzaville. De même, celles-ci peuvent expliquer la même tendance quand il s'agit du premier et/ou unique enfant d'un couple, souvent objet d'une surprotection de la part des parents. Enfin, la relation retrouvée dans cette étude entre délai de consultation inférieur ou égal à trois jours et SCAM témoigne certainement mais non exclusivement du caractère peu grave de la cause d'hospitalisation eu égard à la brièveté

de la durée d'évolution de la maladie. En effet, le délai de consultation court — et donc la précocité du diagnostic — augure souvent d'un bon pronostic pour plusieurs pathologies, mais d'autres par contre peuvent être graves d'emblée et justifier même un séjour en réanimation pédiatrique. Enfin, la gravité du tableau clinique à l'admission ne constitue pas toujours un frein à la SCAM. Il en est ainsi de certaines maladies au-dessus de toutes ressources thérapeutiques dont l'annonce du diagnostic peut susciter une demande de SCAM. D'ailleurs, dans leur étude, Okoromah et Egri-Qkwaji [5] rapportent 9,9 % de cas de SCAM faites dans un état critique.

Conclusion

Les SCAM constituent encore un phénomène assez fréquent au CHU de Brazzaville. Globalement, ils relèvent d'une rupture de confiance entre la famille du malade et le corps soignant. L'amélioration des conditions d'hospitalisation dans nos hôpitaux et du niveau socio-économique du Congolais, et la mise en place d'une sécurité sociale nationale contribueraient à la réduction de ce phénomène.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Hemonic Jamous R, Duquenoy A, Le Luyer B (2009) Peut-on prévoir une sortie contre avis médical en pédiatrie ? Congrès de la Société française de pédiatrie et de l'Association des pédiatres de langue française, Poster n° 385, Pédiatrie 2009, Toulouse, pp 106–7
2. Ibekwe RC, Muoneke VU, Nnebe-Agumadu UH, Amadife MA (2009) Factors influencing discharge against medical advice among paediatric patients in Abakzliki, Southeastern Nigeria. *J Trop Pediatr* 55(1):39–41. Epub 2008
3. Kouvouama A (2008) Recherches philosophiques sur l'essence des coutumes des populations bantoues d'Afrique centrale. Éditions Vrin, Paris, 207p
4. Mabilia Babela JR, Senga P (2009) Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville (Congo). *Med Trop* 69(3):281–5
5. Okoromah CN, Egri-Qkwaji MT (2004) Profile of and control measures for paediatric discharges against medical advice. *Niger Postgrad Med J* 11(1):21–5
6. Onyiriuka AN (2007) Discharge of hospitalized under-fives against medical advice in Benin City, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 10(3):200–4
7. Reinke DA, Walker M, Boslaugh S, Hodge D 3rd (2009) Predictors of pediatric emergency patients discharged against medical advice. *Clin Pediatr (Phila)* 48(3):263–70. Epub 2008
8. République du Congo (2002) Rapport national sur le développement humain 2002. PNUD, Brazzaville, p 49
9. Roodpeyma S, Hoseyni SA (2010) Discharge of children from hospital against medical advice. *World J Pediatr* 6(4):353–6. Epub 2010
10. Veirum JE, Sodeman M, Biai S, et al (2007) Increased mortality in the year following discharge from a paediatric ward in Bissau, Guinea-Bissau. *Acta Paediatr* 96(12):1832–8