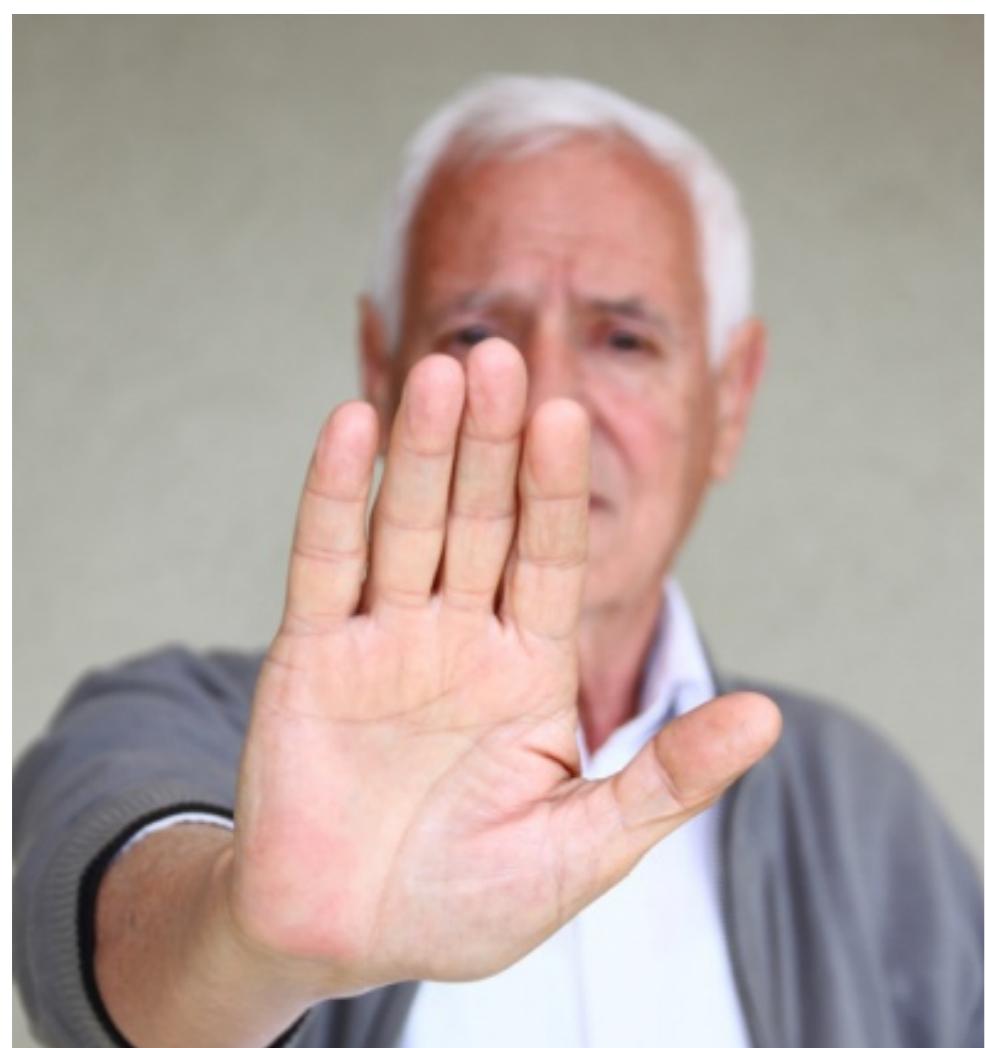


Gestion du refus de soins par des ambulanciers, une pratique sûre?

Analyse du taux de réadmission et de mortalité des patients



Introduction

Bien que la gestion d'un refus de soins en préhospitalier mette souvent en conflit les valeurs éthiques et la nécessité médicale d'hospitalisation, seuls peu de services de Suisse romande ont un algorithme précis concernant cette prise en charge. Nous constatons donc une grande variabilité en sa pratique qui n'est autre que ambulancier/service dépendant. Ce qui nous amène à nous poser la question suivante:

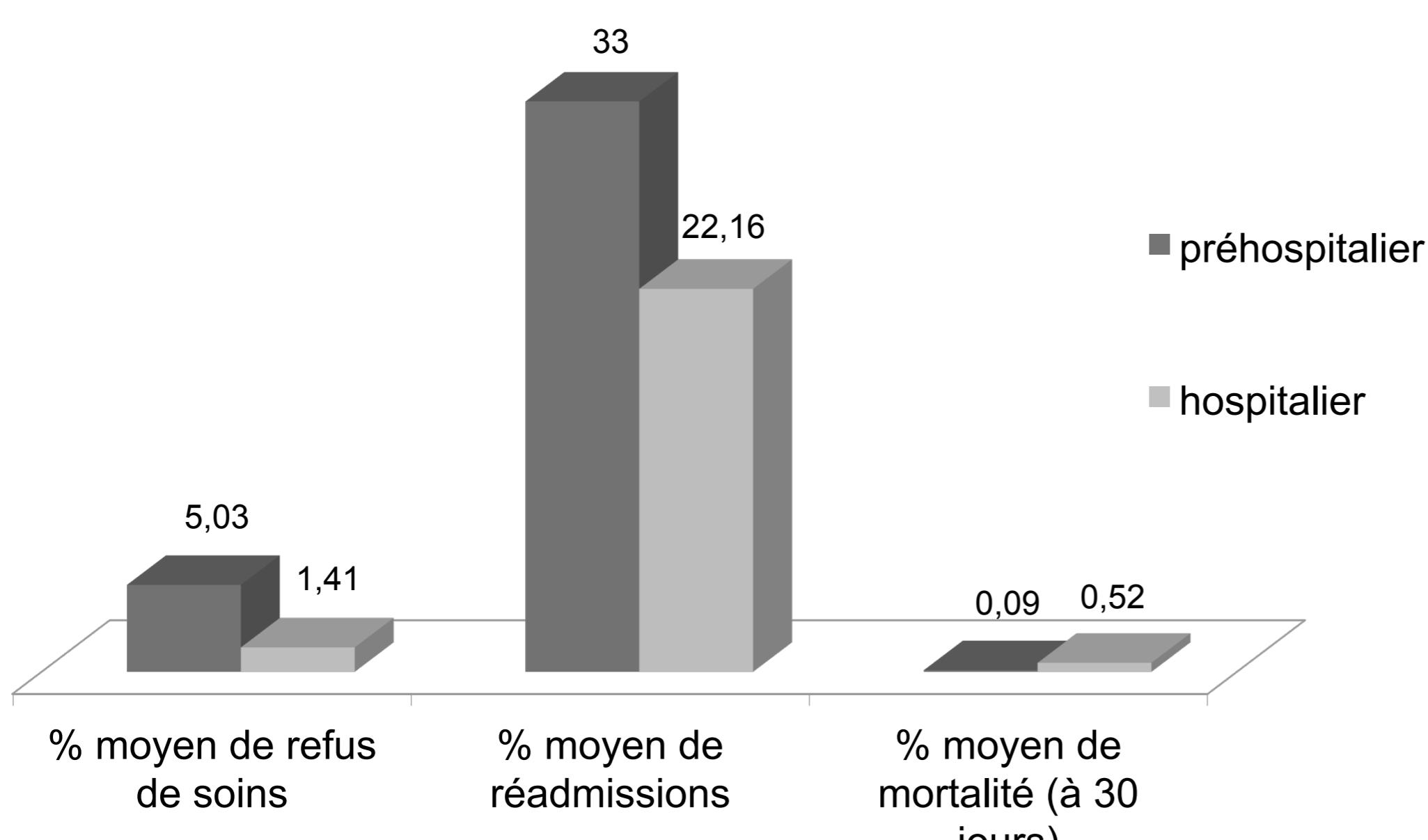
“Le risque de réadmission et de mortalité est-il plus élevé lorsqu'un refus de soins est assuré par un ambulancier ou est-il le même lorsqu'il est géré par un médecin?”

Le but de ce travail est de déterminer si la gestion du refus de soins par les ambulanciers est une pratique sûre en analysant les taux de réadmission et de mortalité des patients.

Méthode

La problématique ne peut être dénouée sans une analyse méthodologique, plus précisément par une revue de la littérature. Il en va donc de trouver plusieurs études via Google Scholar et medline qui traitent de la gestion d'un refus de soins par des ambulanciers et d'autres par des médecins puis de les comparer et d'en analyser les résultats.

Résultats



Références:

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.

Cone DC, Kim DT, Davidson SJ. Patient-initiated refusals of prehospital care: ambulance call report documentation, patient outcome, and on-line medical command. Prehosp Disaster Med. mars 1995;10(1):3-9.

El Sayed M, Jabbour E, Maatouk A, Bachir R, Dagher GA. Discharge Against Medical Advice From the Emergency Department: Results From a Tertiary Care Hospital in Beirut, Lebanon. Medicine (Baltimore). févr 2016;95(6):e2778.

Jerrard DA, Chasm RM. Patients leaving against medical advice (AMA) from the emergency department--disease prevalence and willingness to return. J Emerg Med. oct 2011;41(4):412-7.

Knight S, Olson LM, Cook LJ, Mann NC, Corneli HM, Dean JM. Against all advice: an analysis of out-of-hospital refusals of care. Ann Emerg Med. nov 2003;42(5):689-96.

Moss ST, Chan TC, Buchanan J, Dunford JV, Vilke GM. Outcome study of prehospital patients signed out against medical advice by field paramedics. Ann Emerg Med. févr 1998;31(2):247-50.

Schmidt TA, Mann NC, Federik CS, Atcheson RR, Fuller D, Christie MJ. Do patients refusing transport remember descriptions of risks after initial advanced life support assessment? Acad Emerg Med. août 1998;5(8):796-801.

Southern WN, Nahvi S, Arnsten JH. Increased risk of mortality and readmission among patients discharged against medical advice. Am J Med. juin 2012;125(6):594-602.

Sucov A, Verdini VP, Garetson D, Paris PM. The Outcome of Patients Refusing Prehospital Transportation. Prehospital and Disaster Medicine [Internet]. déc 1992 [cité 7 févr 2019];7(4):365-71.

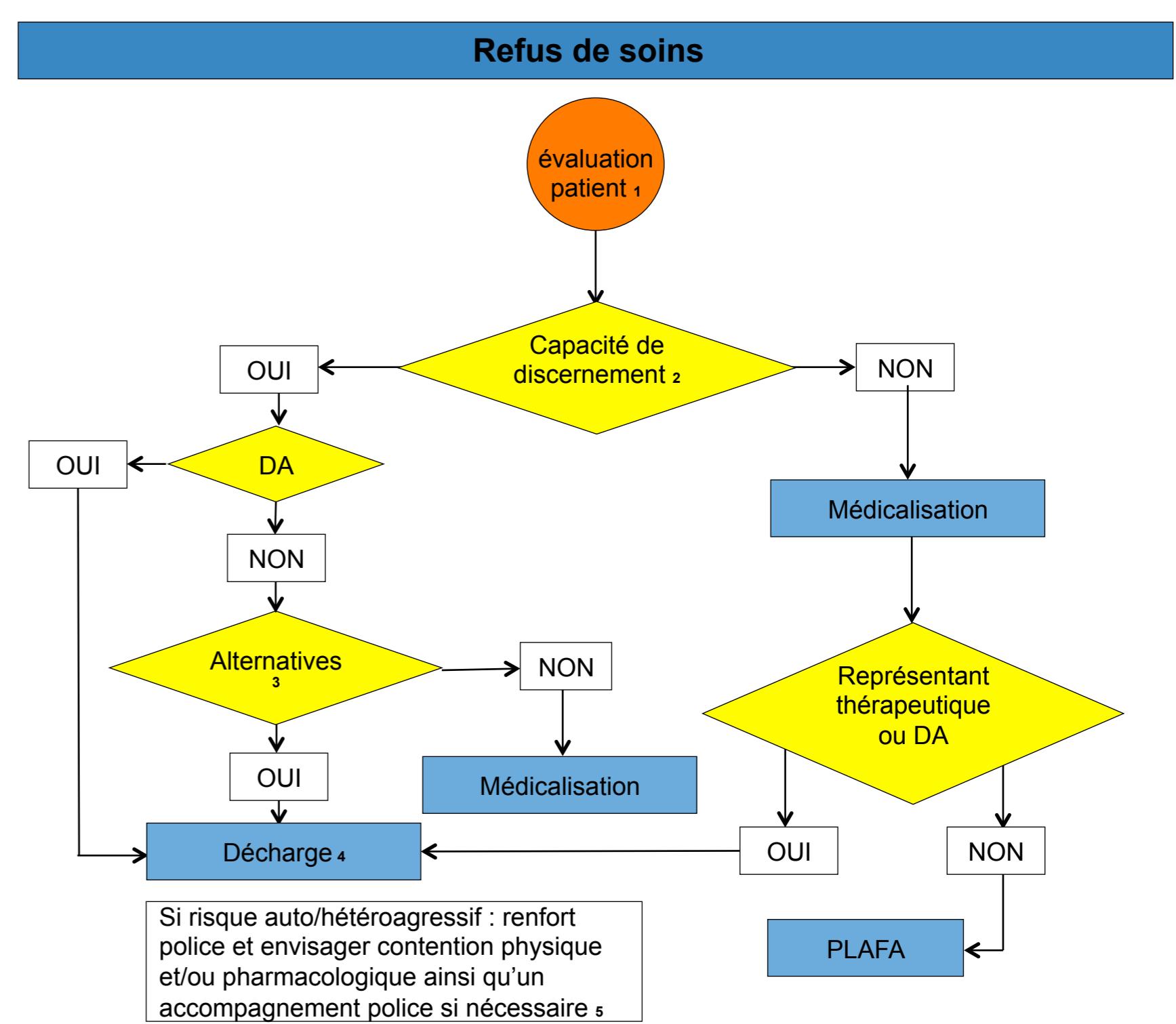
Yong TY, Fok JS, Hakendorf P, Ben-Tovim D, Thompson CH, Li JY. Characteristics and outcomes of discharges against medical advice among hospitalised patients. Intern Med J. juill 2013;43(7):798-802.

Discussion

Les résultats démontrent que les pourcentages de réadmissions et de mortalité sont très proches entre les deux domaines ce qui met en avant la capacité des ambulanciers à gérer ce genre de situations.

Certains aspects dont il faudra tenir compte pour l'élaboration d'un algorithme ont été mis en avant:

- Le manque d'assiduité des ambulanciers dans la documentation de leur fiche d'intervention
- Le manque d'informations données aux patients
- Le pourcentage de réadmission et de mortalité plus élevé chez les patients atteints de pathologies chroniques (ex: BPCO, asthme, diabète...), aigus (ex: OH, drogues...) et chez les >65ans



1 Mise en garde de la responsabilité face au patient : Evaluer et documenter la nécessité de soins (ex : 12D lors de DRS). En cas de disparition des symptômes à l'arrivée ou suite à un tt (ex : Naloxone, Glucose...), insister sur les risques.

2 Se référer à l'annexe pour l'évaluation de la capacité de discernement.

Considérer/suggérer transport/alternative si : maladies chroniques (ex: BPCO, asthme, diabète), aigus (ex: OH, drogues, HIV) ou >65 ans car à haut risque de réadmission et mortalité.

3 Les alternatives sont tous les moyens accessoires qui assurent au patient un maximum de sécurité compte tenu de son état de santé et des circonstances : médecin de famille, déplacement d'un médecin à domicile, famille, aide à domicile ou encore transport par propres moyens.

4 Datée et signée par le patient ainsi que toute autre personne présente (témoins, ambulanciers...), y inscrire les réponses aux questions de l'annexe, le problème principal, les risques et le choix du patient. Et informer le patient qu'il peut revenir sur sa décision à tout moment. Si DA : décharge seulement si problème en concordance avec DA

5 Toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. L'ambulancier peut recourir à la contention physique de façon appropriée et proportionnée si tout autre mesure a échoué.

Annexe algorithme Refus de soins

Capacité de discernement : Le patient doit pouvoir comprendre la situation et l'information fournie, manipuler cette information rationnellement et se rendre compte des conséquences de ses actes. Il doit aussi pouvoir communiquer ses choix, comparer les risques et bénéfices des diverses options, exprimer sa volonté et résister de manière adéquate à la pression exercée sur lui par autrui.

Le patient est-il orienté dans les 3 sphères ?

Le patient est-il alcoolisé ou sous emprise de drogues ?

Le patient est-il compétent pour refuser des soins ? (cf. incapacité)

Les risques et les conséquences du refus ont-ils été discutés ?

Le patient est-il capable de reformuler les risques et les conséquences du refus ?

Incapacité de discernement en cas de : jeune âge, déficience mentale, troubles psychiques, ivresse ou toute autre cause semblable (ex: intoxication).

Conclusion

Au vu des résultats et par l'élaboration d'un protocole précis avec énumération de certains aspects décisionnels, la gestion d'un refus de soins devient une pratique sûre.