

Facteurs associés aux sorties contre avis médical chez les usagers du CHD Zou en 2025

Carlos Eny

Unité de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Bénin
Centre Hospitalier Départemental du Zou (CHDZ), Abomey, Bénin

Damien Barikissou Georgia

Unité de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Bénin

Moussa Izraphil

CNHU-HKM, Service de la Statistique Médicale et de la Recherche,
Cotonou, Bénin

Benoît Sédégnon Agossoukpe

Djossou Sègnon Eurydice Elvire

Tokpanoude C. N. Ignace

Unité de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Bénin

Blaise Choki

Laboratoire d'épidémiologie des Maladies Chroniques et Neurologiques,
Cotonou, Bénin

Zinsalo Senan Lorens

Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la
Santé et de l'Éducation (IFRISSE), Burkina Faso

Badirou Aguemon

Unité de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Bénin
Centre Hospitalier Départemental du Zou (CHDZ), Abomey, Bénin

Approved: 19 September 2026
Posted: 21 September 2026

Copyright 2026 Author(s)
Under Creative Commons CC-BY 4.0
OPEN ACCESS

Cite As:

Eny, C., Georgia, D.B., Moussa, I., Benoît, S.A., Djossou, S.E.E., Tokpanoude, C.N.I.,
Blaise, C., Zinsalo, S.L., Badirou, A. (2026). *Facteurs associés aux sorties contre avis
médical chez les usagers du CHD Zou en 2025*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.9.2026.p708>

Résumé

Introduction : Les sorties contre avis médical (SCAM) constituent un phénomène pouvant compromettre la continuité des soins et être associé à différents facteurs liés aux patients, aux conditions de prise en charge et à l'organisation des services. Cette étude visait à estimer la proportion de SCAM déclarées et à identifier les facteurs qui leur étaient associés au Centre Hospitalier Départemental du Zou (CHDZ) en 2025.

Méthodologie : Une étude transversale analytique avec volet qualitatif a été menée d'octobre à décembre 2025 dans la commune d'Abomey. Les données quantitatives ont été recueillies auprès des usagers du CHDZ et analysées sous R 4.5.2 en tenant compte du plan d'échantillonnage en grappes et des pondérations. Les associations ont été étudiées par régression logistique binaire avec estimation des odds ratios ajustés. Trois focus groups ont complété l'analyse quantitative.

Résultats : Parmi les 512 participants, 383 (74,8 %) avaient rapporté une hospitalisation au CHDZ au cours des deux dernières années. Parmi eux, 53 (13,8 % ; IC95 % : 10,4-17,3) avaient déclaré une SCAM. Les principales raisons rapportées étaient le mauvais accueil du personnel (47,2 %), le manque d'argent (32,1 %) et le manque de confiance envers le personnel (20,8 %). Après ajustement sur le plan de sondage, la fréquentation du CHDZ motivée par la proximité géographique était associée à une probabilité plus élevée de SCAM (ORa = 5,69 ; IC95 % : 1,87-17,29 ; p = 0,004), de même qu'une faible appréciation globale de la qualité des services (ORa = 5,18 ; IC95 % : 2,14-12,49 ; p = 0,001). Les données qualitatives ont mis en évidence des contraintes financières, relationnelles et organisationnelles, ainsi que le recours à des alternatives thérapeutiques.

Conclusion : Les SCAM déclarées au CHDZ étaient associées principalement à une orientation motivée par la proximité géographique et à une faible appréciation globale de la qualité des services. L'amélioration de l'expérience des usagers, de l'accessibilité financière et des conditions de prise en charge constitue des axes à considérer pour réduire les interruptions prématurées des soins.

Mots-clés : Sortie contre avis médical ; qualité des soins ; satisfaction des usagers ; recours aux soins ; continuité des soins ; milieu de résidence ; Bénin

Factors Associated with Discharge Against Medical Advice Among Users of ZOU Departmental Hospital Center in 2025

Carlos Eny

Public Health Unit, Faculty of Health Sciences (FSS),
University of Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Benin
Zou Departmental Hospital (CHDZ), Abomey, Benin

Damien Barikissou Georgia

Public Health Unit, Faculty of Health Sciences (FSS),
University of Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Benin

Moussa Izraphil

CNHU-HKM, Department of Medical Statistics and Research, Benin

Benoît Sédégnon Agossoukpe

Djossou Sègnon Eurydice Elvire

Tokpanoude C. N. Ignace

Public Health Unit, Faculty of Health Sciences (FSS),
University of Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Benin

Blaise Choki

Laboratory of Epidemiology of Chronic and Neurological Diseases,
Cotonou, Benin

Zinsalo Senan Lorens

Institute for Interdisciplinary Training and Research in Health and Education
Sciences (IFRISSE), Burkina Faso

Badirou Aguemon

Public Health Unit, Faculty of Health Sciences (FSS),
University of Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Benin
Zou Departmental Hospital (CHDZ), Abomey, Benin

Abstract

Introduction: Discharge against medical advice (DAMA) is a phenomenon that may compromise continuity of care and may be associated with patient-related factors, care conditions, and health service organization. This study aimed to estimate the proportion of reported DAMA and identify factors associated with DAMA at the Zou Departmental Hospital Center (CHDZ) in 2025.

Methods: A cross-sectional analytical study with a qualitative component was conducted from October to December 2025 in Abomey, Benin. Quantitative data were collected from CHDZ users and analyzed using R version 4.5.2, taking into account the cluster sampling design and sampling weights. Associations were assessed using binary logistic

regression with adjusted odds ratios. Three focus group discussions complemented the quantitative analysis.

Results: Among the 512 participants, 383 (74.8%) reported having been hospitalized at CHDZ during the previous two years. Among them, 53 (13.8%; 95% CI: 10.4-17.3) reported DAMA. The main reasons reported were poor staff reception (47.2%), lack of money (32.1%), and lack of confidence in staff (20.8%). After adjustment for the sampling design, attendance at CHDZ motivated by geographical proximity was associated with higher odds of DAMA (adjusted OR = 5.69; 95% CI: 1.87-17.29; $p = 0.004$). Similarly, low overall perceived quality of services was associated with higher odds of DAMA (adjusted OR = 5.18; 95% CI: 2.14-12.49; $p = 0.001$). Qualitative findings highlighted financial, relational, and organizational constraints, as well as the use of alternative sources of care.

Conclusion: Reported DAMA at CHDZ was primarily associated with attendance motivated by geographical proximity and low overall perceived quality of services. Improving users' experience, financial accessibility, and care conditions may help reduce premature interruption of hospital care.

Keywords: Discharge against medical advice; quality of care; patient satisfaction; healthcare-seeking behavior; continuity of care; place of residence; Benin

Introduction

La sortie contre avis médical (SCAM) est un phénomène aux conséquences lourdes pouvant entraîner une aggravation de l'état de santé, une augmentation du risque de réhospitalisation et une surmortalité à court terme. Elle constitue aussi un indicateur indirect de dysfonctionnements organisationnels, socio-économiques et relationnels au sein des établissements de soins (Hwang et al., 2003).

En Afrique subsaharienne, les SCAM étaient de 2,7 % aux urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré au Mali en 2022 (Adama et al., 2022), de 7,7 % au CHU de Brazzaville au Congo en 2011 (Mabiala Babela et al., 2011) et atteignaient jusqu'à 25,85 % chez les patients victimes de fractures de membres au CHUD du Borgou-Alibori au Nord-Est du Bénin en 2017 (Hodonou et al., 2017). Ces taux, parfois élevés, reflètent des motifs largement dominés par les difficultés financières, le recours à la médecine traditionnelle, l'insatisfaction vis-à-vis de l'accueil ou encore la perception d'une qualité insuffisante des soins.

La satisfaction des usagers, dimension multifactorielle intégrant l'accueil, la compétence technique, la disponibilité des médicaments, l'hygiène et les coûts, est au cœur des décisions de maintien ou de départ

d'un patient hospitalisé. Des études montrent que la perception positive de la compétence clinique ne suffit pas toujours à prévenir les sorties contre avis médical. Des difficultés liées aux coûts des soins, à la disponibilité des médicaments ou aux conditions d'accueil, ainsi qu'une mauvaise communication avec le personnel, peuvent favoriser le départ prématuré des patients (Alsharif et al., 2023 ; Abiadh et al., 2022).

Par ailleurs, la proximité géographique peut jouer un double rôle : facilitant l'accès, elle peut aussi conduire à des départs précoces lorsque l'hospitalisation est perçue comme trop coûteuse ou peu utile pour des épisodes jugés légers (Prakash et al., 2025 ; Samb & Sakho, 2012).

Au Bénin, les progrès d'ensemble en matière d'accès aux infrastructures n'ont pas automatiquement levé les obstacles à l'utilisation et à la rétention dans le parcours de soins. La couverture physique des structures coexiste avec des freins économiques, culturels et liés à la qualité perçue, qui peuvent limiter la fréquentation optimale des services et favoriser des comportements tels que l'automédication ou le recours aux soins complémentaires et alternatifs (Nahini et al., 2024 ; Budu et al., 2021). Cependant, les données disponibles au Bénin restent limitées et concernent des contextes de soins et des populations spécifiques. Les différences observées entre les établissements et les populations étudiées soulignent l'intérêt de disposer de données propres à chaque contexte hospitalier. Au CHD Zou, la compréhension des facteurs associés aux SCAM nécessite notamment de considérer simultanément les caractéristiques des usagers, leurs modalités de recours à l'établissement et leur perception de la qualité des services. Une approche combinant données quantitatives et qualitatives permet ainsi d'appréhender à la fois l'ampleur du phénomène et les perceptions et expériences susceptibles d'éclairer les comportements de poursuite ou d'interruption des soins. Dans ce contexte, il apparaissait pertinent d'étudier les SCAM chez les usagers du CHD Zou en 2025, afin de produire des données spécifiques à cet établissement et d'identifier les facteurs associés à ce phénomène.

L'objectif de cette étude était d'estimer la fréquence des SCAM et d'identifier les facteurs qui leur étaient associés, tout en explorant la perception communautaire de la qualité des services au CHD Zou en 2025.

Matériels et Methodes

Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le département du Zou, au sud du Bénin, plus précisément dans la commune d'Abomey.

Type et période d'étude

Nous avons mené une étude transversale analytique avec volet qualitatif de Octobre à décembre 2025.

Population d'étude

La population cible était l'ensemble des sujets ayant eu recours aux services du CHDZ. La population source correspond aux résidents de la commune d'Abomey ayant fréquenté le CHDZ pour un problème de santé au cours des deux dernières années.

Critères de selection

Ont été inclus les adultes âgés de ≥ 18 ans résidant dans la commune depuis au moins six mois afin de garantir une durée minimale de résidence permettant une exposition suffisante au contexte et à l'offre locale de soins, et ayant donnée leur consentement éclairé. Les ménages fermés (10), les personnes absentes après deux visites, (0) celles en état de surdité ou handicap (0), ou n'ayant pu compléter l'entretien (0) ainsi que les formulaires inexploitable (0), ont été exclues.

Échantillonnage

La population d'étude était constituée des adultes résidant dans la commune d'Abomey depuis au moins six mois et ayant eu recours aux services du CHD Zou au cours des deux années précédant l'enquête. Un échantillonnage en grappes à deux degrés a été utilisé, les quartiers et villages constituant les grappes primaires et les ménages les unités secondaires. La taille de l'échantillon de la collecte initiale a été calculée selon la formule de Schwartz, à partir d'une fréquence d'utilisation des services de santé de 50,3 %, avec un effet de grappe de 1,5 et une précision de 4 %, donnant une taille minimale de 901 sujets. En tenant compte d'une majoration de 20 %, l'effectif attendu était de 1 127 participants. La taille minimale de l'échantillon de la présente étude a été déterminée selon la formule de Schwartz :

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p(1 - p)}{i^2}$$

Avec $p = 27,5 \%$ (Agbodande et al., 2015), pour un niveau de confiance de 95 %

Précision : 5 % et un effet grappe de 1,5 avec une majoration 10 %. Soit une taille minimale de 506 participants. Nous avons tiré au total 512 participants. En l'absence de données locales récentes portant exclusivement sur les SCAM, une proportion de 27,5 %, correspondant aux sorties contre avis médical ou aux évactions rapportées dans une étude hospitalière béninoise, a été retenue comme valeur de référence pour le calcul de la taille

d'échantillon. Le plan de sondage reposait sur une sélection probabiliste des grappes selon la méthode de probabilité proportionnelle à la taille. Au premier degré, 30 grappes ont été sélectionnées à partir de la base de sondage constituée des quartiers et villages du département du Zou. Au second degré, les ménages ont été sélectionnés au sein des grappes retenues, avec une seule personne éligible enquêtée par ménage. Cette procédure est conforme au plan d'échantillonnage décrit dans le protocole de collecte. Au terme de la collecte, 1 162 participants éligibles avaient été enquêtés. À partir de cette base, 512 participants ont été sélectionnés par tirage aléatoire simple sans remise pour constituer l'échantillon analytique de la présente étude.

Variables

La variable dépendante est la déclaration de SCAM défini comme un sujet ayant quitté le CHDZ avant la fin du traitement prescrit durant son hospitalisation lors du dernier épisode de maladie ou de blessure. La variable a été recherchée sur du déclaratif sans preuve formelle de signature obligatoire du formulaire institutionnel de "Sortie contre avis médical" (ou décharge de responsabilité). Les variables indépendantes comprenaient des facteurs socio-démographiques (âge, sexe, position dans la famille, niveau d'instruction, profession, statut matrimonial, religion et milieu de résidence), et les facteurs liés la qualité des services offerts par le CHDZ (accueil/courtoisie, temps d'attente, disponibilité du personnel médical, compétence du personnel soignant, écoute/communication, respect/confidentialité, disponibilité des médicaments prescrits, accessibilité financière des médicaments, propreté/hygiène, disponibilité des équipements médicaux, signalisation/orientation, coût global des soins, qualité de la restauration et sécurité de l'hôpital.). Chaque item a été codé selon l'échelle de Likert de 1=Pas du tout satisfait à 5= Très satisfait).

Le score d'appréciation globale a été obtenu chez chaque sujet à partir de la sommation des 14 items ci-dessus évaluant la satisfaction et la perception de la qualité, puis classé en trois niveaux (faible, moyen, élevé) selon les percentiles, divisant la distribution en trois groupes de taille équivalente. La cohérence interne des 14 items évaluant la perception de la qualité des soins et des conditions de prise en charge a été jugée très bonne, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,902. Les moyennes des items variaient de 2,11 pour la qualité de la restauration à 3,48 pour la compétence du personnel soignant.

Collecte de données

Les données quantitatives ont été recueillies par entretiens face-à-face à l'aide d'un questionnaire structuré digitalisé sur KoboCollect, tandis que les données qualitatives ont été obtenues via des focus groups semi-directifs,

enregistrés et retranscrits intégralement. Un pré-test a été réalisé pour tester la clarté, la compréhension et la durée des outils. Les enquêteurs ont été formés, et la collecte a été supervisée quotidiennement pour garantir la qualité et la cohérence des données.

Analyse de données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel R, version 4.5.2. Les variables quantitatives ont été décrites par leur médiane et leur intervalle interquartile (IIQ), compte tenu de leur distribution asymétrique. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de proportions. La distribution des variables quantitatives a été appréciée graphiquement. Les associations bivariées ont été évaluées à l'aide du test du χ^2 ajusté de Rao-Scott. Lorsque les conditions d'application de ce test n'étaient pas remplies en raison de faibles effectifs, le test exact de Fisher a été utilisé. Pour l'analyse multivariée (backward stepwise), les variables présentant une valeur de $p < 0,20$ en analyse bivariée, ainsi que les variables considérées comme importantes sur le plan théorique, ont été introduites dans un modèle de régression logistique binaire. L'analyse multivariée a intégré les poids d'échantillonnage et la structure en grappes à l'aide de la fonction `svyglm` du package `survey` dans R. Les résultats ont été présentés sous forme d'odds ratios ajustés (ORa), accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) et de leurs valeurs de p , en tenant compte du plan de sondage et de la pondération. Le seuil de significativité statistique retenu pour le modèle final était de 5 %.

La probabilité globale individuelle de sélection a ainsi été calculée en tenant compte de ces trois étapes : $P_i = P_1 \times P_2 \times P_3$ où P_1 correspondait à la probabilité de sélection de la grappe, P_2 à la probabilité de sélection du ménage au sein de la grappe et P_3 à la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage. La probabilité de premier degré (P_1) correspondait à la probabilité de sélection de la grappe, calculée à partir de la taille de la population de la grappe et du nombre de grappes à sélectionner, rapportée à la population totale de la zone d'étude. La probabilité de deuxième degré (P_2) correspondait au rapport entre le nombre de ménages à enquêter dans la grappe et le nombre total de ménages du quartier/village. La probabilité de troisième degré (P_3) correspondait à l'inverse du nombre de personnes éligibles susceptibles d'être sélectionnées au sein du ménage. La probabilité globale de sélection du participant était donc : $P_i = P_1 \times P_2 \times P_3$. Le poids d'échantillonnage attribué à chaque participant correspondait à l'inverse de sa probabilité globale de sélection : $W_i = 1 / P_i$ soit : $W_i = 1 / (P_1 \times P_2 \times P_3)$. Ces poids ont été intégrés aux analyses afin de tenir compte des probabilités de sélection différentes des participants.

Les données qualitatives ont été analysées à l'aide du logiciel NVivo 14, selon une approche d'analyse thématique déductive. L'identification des principales thématiques a reposé sur une double démarche, combinant un codage déductif et un codage inductif. Les résultats qualitatifs ont ensuite été mis en regard des résultats quantitatifs dans une démarche de triangulation. Cette triangulation visait à rechercher les convergences, les complémentarités ou les divergences entre les deux sources de données et à apporter des éléments d'interprétation aux tendances observées dans l'analyse quantitative.

Éthique et déontologie

L'étude a obtenu l'avis favorable de la Direction Départementale de la Santé du Zou (des autorisations administratives locales (N1549-2025/DDS-Zou/SA du 09 Octobre 2025) et de la mairie d'Abomey au ref : N°12A/32/MA/SE/SA du 09 Octobre 2025). Les participants ont donné leur consentement éclairé écrit ou verbal, et les données ont été anonymisées et sécurisées. Les participants avaient le droit de se retirer à tout moment sans préjudice, et les enregistrements audio ont été stockés de manière sécurisée avec accès restreint aux investigateurs.

Resultats

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge médian des sujets enquêtés était de 36 ans avec un IIQ de [28-48] ans. Les participants étaient âgés de 18 à 90 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-34 ans, avec 27,3 % (n = 140), suivie de celle de 35-44 ans, avec 24,4 % (n = 125). Les femmes étaient majoritaires, avec 373 (72,9 %), contre 139 hommes (27,1 %). Concernant la position dans la famille, les conjoint(e)s représentaient 56,6 % (n = 290), suivis des chefs de ménage avec 36,1 % (n = 185). Les enfants représentaient 5,1 % (n = 26). Pour le niveau d'instruction, 35,5 % (n = 182) des participants avaient un niveau secondaire, 32,2 % (n = 165) un niveau primaire et 30,3 % (n = 155) n'avaient aucun niveau d'instruction. Les commerçants constituaient la catégorie professionnelle la plus représentée avec 32,6 % (n = 167), suivis des artisans/ouvriers avec 30,9 % (n = 158). La majorité des participants étaient en union libre (73,2 % ; n = 375). Sur le plan religieux, les participants étaient principalement chrétiens (53,3 % ; n = 273), suivis de ceux de religion traditionnelle (43,2 % ; n = 221). La majorité des participants ne disposaient pas d'une assurance maladie (96,5 % ; n = 494) et résidaient en milieu urbain (63,1 % ; n = 323). (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des sujets enquêtés selon les caractéristiques socio-démographiques, Abomey-Bénin, 2025 (N=512)

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Tranche d'âge (en années)		
18-24	75	14,6
25-34	140	27,3
35-44	125	24,4
45-54	90	17,6
55-64	41	8,0
65-90	41	8,0
Sexe		
Féminin	373	72,9
Masculin	139	27,1
Position dans la famille		
Conjoint(e)	290	56,6
Chef de ménage	185	36,1
Enfant	26	5,1
Grand-parent	8	1,6
Autres*	3	0,6
Niveau d'instruction		
Aucun	155	30,3
Primaire	165	32,2
Secondaire	182	35,5
Supérieur	10	2,0
Profession principale		
Commerçant	167	32,6
Artisan/Ouvrier	158	30,9
Ménagère	91	17,8
Fonctionnaire	35	6,8
Sans emploi	24	4,7
Agriculteur	14	2,7
Éleveur	5	1,0
Tradipraticien	5	1,0
Étudiant/ Élève	2	0,4
Autres**	11	2,1
Statut matrimonial		
Union libre	375	73,2
Marié(e)	68	13,3
Veuf(ve)	42	8,2
Célibataire	20	3,9
Divorcé(e)	7	1,4
Religion		
Chrétienne	273	53,3
Traditionnelle	221	43,2
Musulmane	6	1,2
Sans religion	12	2,3
Statut d'assurance maladie		
Oui	18	3,5
Non	494	96,5
Milieu de résidence		
Rural	189	36,9
Urbain	323	63,1

*Belle fille, Coépouse et Frère

**Chauffeur (2)Géomètre(2), Photographe(2), Topographe(2), Vétérinaire(2) et gardien (1)

Caractéristiques des Sorties Contre Avis Médical

Parmi les 512 participants, 383 (74,8 %) avaient été hospitalisés au CHD Zou. Parmi eux, 53 (13,8 %) avaient déclaré une sortie contre avis médical (SCAM). Le mauvais accueil du personnel constituait la principale raison du départ, cité par 47,2 % (n = 25) des participants ayant rapporté une SCAM. Après leur départ, 41 (77,4 %) avaient poursuivi leurs soins ailleurs, principalement dans un autre hôpital public (48,8 % ; n = 20) ou auprès d'un tradipraticien (22,0 % ; n = 9). L'image globale du CHD Zou était jugée bonne ou très bonne par 46,9 % des participants, moyenne par 32,0 %, et mauvaise ou très mauvaise par 21,1 %. Parmi les 108 participants ayant une image mauvaise ou très mauvaise, l'accueil du personnel peu aimable était la principale raison rapportée (77,8 % ; n = 84).

Les données qualitatives convergent avec ces résultats. Les participants rapportent des expériences négatives liées à l'accueil, au respect et à la communication avec le personnel. À propos des urgences, un participant rapporte : « Ils nous disent clairement que si nous ne faisons pas vite, nous allons mourir maintenant ». La contrainte financière constitue également une dimension importante des discours : « Tout nécessite de l'argent, même les soins élémentaires », et « ne pas recourir aux centres de santé quand on n'a pas l'argent ». Ces propos éclairent le rôle du manque d'argent parmi les raisons de SCAM et du coût élevé des soins dans la perception négative du CHD Zou. Le recours aux alternatives thérapeutiques est également évoqué dans les focus groups, notamment en raison de leur accessibilité physique et financière. Cette dimension fait écho au recours à un tradipraticien chez 22,0 % (n = 9) des participants ayant poursuivi leurs soins ailleurs. (Tableau IV).

Tableau II : Description des caractéristiques des SCAM au CHD Zou, Abomey-Bénin, 2025 (N=512)

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Hospitalisé(e) au CHD Zou		
Oui	383	74,8
Non	129	25,2
SCAM		
Oui	53	13,8
Non	330	86,2
Principales raisons du départ		
Mauvais accueil du personnel	25	47,2
Manque d'argent	17	32,1
Manque de confiance envers le personnel	11	20,8
Hygiène insuffisante	10	18,9
Conditions d'hospitalisation inconfortables	9	17,0
Procédures administratives trop longues	8	15,1
Amélioration de l'état de santé	7	13,2
Autres*	8	15,1
Poursuite des soins ailleurs		

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Oui	41	77,4
Non	12	22,6
Lieu de poursuits des soins		
Autre hôpital public	20	48,8
Tradipraticien	9	22,0
Structure privée	5	12,2
Automédication	5	12,2
Autres**	2	4,9
Perception de l'image globale du CHD Zou		
Très mauvaise	21	4,1
Mauvaise	87	17,0
Moyenne	164	32,0
Bonne	210	41,0
Très bonne	30	5,9
Raisons de mauvaise image du CHD Zou (n=108)		
Accueil du personnel peu aimable	84	77,8
Coût élevé des soins	81	75,0
Temps d'attente trop long	67	62,0
Mauvaise prise en charge / inefficacité du traitement	58	53,7
Manque d'explication sur la maladie/traitement	32	29,6
Mauvais état des infrastructures	31	28,7
Non disponibilité des médicaments	9	8,3
Autres***	13	12,0

*Erreur médicale, Pas d'amélioration, mauvaise prise en charge

**Médecin à domicile

***Manque d'hygiène, Rançonnement, mauvais accueil des sage-femmes, Négligence

Motifs de consultation au CHD Zou des enquêtés

Les principales sources d'orientation vers le CHD Zou étaient la référence par un autre centre de santé, rapportée par 54,9 % des participants (n = 281), suivie de l'expérience antérieure personnelle (16,8 % ; n = 86) et de la recommandation d'un proche (16,0 % ; n = 82). La proximité géographique représentait 7,4 % (n = 38), tandis que la publicité ou la sensibilisation concernait 0,2 % (n = 1) et les autres sources 4,7 % (n = 24). Concernant les services utilisés au CHD Zou, l'accouchement était le service le plus représenté avec 41,2 % (n = 211), suivi de la consultation médicale avec 28,7 % (n = 147) et de l'hospitalisation avec 21,7 % (n = 111). Les urgences représentaient 13,1 % (n = 67), les examens de laboratoire ou d'imagerie 7,4 % (n = 38) et les autres services 7,6 % (n = 39).

Les données qualitatives soulignent que la proximité géographique constitue une dimension importante du recours aux soins. Les participants considèrent généralement que la proximité de la structure facilite l'accès aux soins et évoquent également le fait qu'une structure facilement accessible peut rendre le retour au domicile plus facile lorsque l'hospitalisation devient difficile à maintenir. (Tableau II).

Tableau III : Répartition des sujets enquêtés selon les sources d'orientation et types de besoins consultés au CHD Zou, Abomey-Bénin, 2025 (N=512)

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Sources d'orientation vers le CHD Zou		
Référence par un autre centre de santé	281	54,9
Expérience antérieure personnelle	86	16,8
Recommandation d'un proche	82	16,0
Proximité géographique	38	7,4
Publicité / sensibilisation	1	0,2
Autres	24	4,7
Type service au CHD Zou		
Accouchement	211	41,2
Consultation médicale	147	28,7
Hospitalisation	111	21,7
Urgence	67	13,1
Examens de laboratoire ou d'imagerie	38	7,4
Autres	39	7,6

Évaluation du niveau de satisfaction des usagers sur différents aspects de la prise en charge et la qualité des services du CHD Zou

L'appréciation des différentes dimensions de la qualité des soins montre une satisfaction globalement plus favorable pour les aspects liés au personnel, aux équipements et à certains éléments de l'organisation des soins. La compétence du personnel soignant était appréciée favorablement par 73,2 % des participants, dont 66,6 % se déclaraient satisfaits et 6,6 % très satisfaits. L'accueil et la courtoisie du personnel étaient jugés satisfaisants ou très satisfaisants par 66,8 % des participants. La disponibilité du personnel médical était également appréciée favorablement par 67,2 % des participants, tandis que la disponibilité des équipements médicaux recueillait 66,0 % d'avis satisfaisants ou très satisfaisants. Concernant les relations entre les soignants et les patients, 66,7 % des participants étaient satisfaits ou très satisfaits de l'écoute et de la communication avec les patients, et 66,2 % du respect et de la confidentialité du patient. La signalisation et l'orientation dans l'hôpital étaient appréciées favorablement par 63,1 % des participants. Le temps d'attente avant la prise en charge était jugé satisfaisant ou très satisfaisant par 64,1 % des participants. Les appréciations étaient moins favorables pour les dimensions relatives aux médicaments, à l'hygiène et au coût des soins. La disponibilité des médicaments prescrits était jugée satisfaisante ou très satisfaisante par 55,3 % des participants, tandis que l'accessibilité financière des médicaments recueillait 40,0 % d'appréciations favorables. La propreté et l'hygiène des locaux étaient appréciées favorablement par 51,8 % des participants. Le coût global des soins reçus constituait une dimension particulièrement défavorable : 56,1 % des participants étaient peu ou pas du tout satisfaits, contre 34,6 % qui se

déclaraient satisfaits ou très satisfaits. La qualité de la restauration était appréciée favorablement par 27,0 % des participants, tandis que 20,8 % étaient peu ou pas du tout satisfaits et 23,2 % avaient une appréciation neutre. Enfin, concernant la sécurité dans l'hôpital, 46,1 % des participants étaient satisfaits ou très satisfaits, contre 27,2 % qui étaient peu ou pas du tout satisfaits.

Les données qualitatives apportent un éclairage complémentaire à ces résultats. Les participants aux focus groups rapportent notamment des expériences négatives concernant l'accueil, la communication et le respect des patients. Plusieurs participants évoquent un mauvais accueil, des propos jugés inappropriés, des insultes ou un manque de respect. À propos des urgences, un participant rapporte : « Ils nous disent clairement que si nous ne faisons pas vite, nous allons mourir maintenant ». À l'inverse, l'écoute, l'empathie, le respect et une communication rassurante sont présentés comme des conditions favorisant la confiance et l'adhésion aux soins. La question du coût apparaît également dans les discours communautaires et fait écho à la faible appréciation quantitative du coût global des soins. Les participants insistent sur le poids des dépenses liées aux soins : « Tout nécessite de l'argent, même les soins élémentaires », et « ne pas recourir aux centres de santé quand on n'a pas l'argent ». Ils évoquent notamment les dépenses supplémentaires liées aux examens, aux médicaments et aux autres prestations. Les participants rapportent par ailleurs une perception parfois insuffisante de la qualité des services, notamment en raison de l'accueil, de la communication et des délais observés pour certains examens. Ils expriment comme attentes de bénéficier rapidement des soins, d'être respectés, correctement informés et de recevoir une prise en charge adaptée à leurs possibilités financières. Ces éléments qualitatifs complètent ainsi les résultats quantitatifs en donnant un contenu aux appréciations exprimées par les participants concernant l'accueil, les relations avec le personnel, la communication, l'hygiène et le coût des soins. (Tableau III).

Tableau IV : Répartition des sujets enquêtés selon leur appréciation de la qualité des services du CHD Zou, Abomey-Bénin, 2025 (N=512)

	Pas du tout satisfait		Peu satisfait		Neutre		Satisfait		Très satisfait	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
L'accueil et la courtoisie du personnel	97	18,9	66	12,9	6	1,2	298	58,2	44	8,6
Le temps d'attente avant la prise en charge	89	17,4	84	16,4	9	1,8	288	56,3	40	7,8
La disponibilité du personnel médical	59	11,5	89	17,4	20	3,9	307	60,0	37	7,2
La compétence du personnel soignant	48	9,4	67	13,1	22	4,3	341	66,6	34	6,6
L'écoute et communication avec les patients	66	12,9	101	19,7	22	4,3	285	55,7	36	7,0
Le respect et la confidentialité du patient	46	9,0	62	12,1	52	10,2	303	59,2	36	7,0
La disponibilité des médicaments prescrits	38	7,4	154	30,1	26	5,1	255	49,8	28	5,5
L'accessibilité financière des médicaments	79	15,4	166	32,4	37	7,2	183	35,7	22	4,3

	Pas du tout satisfait		Peu satisfait		Neutre		Satisfait		Très satisfait	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La propreté et l'hygiène des locaux	95	18,6	109	21,3	34	6,6	243	47,5	22	4,3
La disponibilité des équipements médicaux	22	4,3	91	17,8	46	9,0	318	62,1	20	3,9
La signalisation et l'orientation dans l'hôpital	22	4,3	82	16,0	55	10,7	297	58,0	26	5,1
Le coût global des soins reçus	109	21,3	178	34,8	37	7,2	160	31,3	17	3,3
La qualité de la restauration	53	10,4	53	10,4	119	23,2	128	25,0	10	2,0
La sécurité dans l'hôpital	65	12,7	74	14,5	74	14,5	224	43,8	12	2,3

Relation entre les SCAM et les socio-démographiques des enquêtés

Le niveau d'instruction était associé à la SCAM ($p = 0,040$). La proportion de SCAM était de 10,1 % chez les participants ayant un niveau secondaire, contre 10,7 % chez ceux sans instruction, 20,5 % chez ceux ayant un niveau primaire et 28,6 % chez ceux ayant un niveau supérieur. Par rapport au niveau secondaire, l'OR était de 2,3 [1,1-4,7] pour le niveau primaire et de 3,5 [0,6-20,0] pour le niveau supérieur.

Tableau V : Relation entre les facteurs socio-démographiques et les SCAM, Abomey-Bénin, 2025 (N=383)

SCAM					
Variables	Total (N=383)	Oui n (%)	Non n (%)	OR [IC95%]	p
Tranche d'âge (ans)					0,636
18-24	53	9 (17,0)	44 (83,0)	1,7 [0,6-5,1]	
25-34	108	17 (15,7)	91 (84,3)	1,6 [0,6-4,1]	
35-44	93	11 (11,8)	82 (88,2)	1,1 [0,4-3,1]	
45-54	67	7 (10,4)	60 (89,6)	1	
55-64	29	4 (13,8)	25 (86,2)	1,4 [0,4-5,1]	
65-90	33	5 (15,2)	28 (84,8)	1,5 [0,4-5,2]	
Sexe					0,567
Féminin	275	32 (11,6)	243 (88,4)	1	
Masculin	108	21 (19,4)	87 (80,6)	1,8 [1,0-3,3]	
Niveau d'instruction					0,040
Secondaire	138	14 (10,1)	124 (89,9)	1	
Aucun	121	13 (10,7)	108 (89,3)	1,1 [0,5-2,4]	
Primaire	117	24 (20,5)	93 (79,5)	2,3 [1,1-4,7]	
Supérieur	7	2 (28,6)	5 (71,4)	3,5 [0,6-20,0]	
Profession principale					0,262
Fonctionnaire	24	2 (8,3)	22 (91,7)	1	
Commerçant	122	18 (14,8)	104 (85,2)	1,9 [0,4-8,8]	
Artisan/Ouvrier	122	20 (16,4)	102 (83,6)	2,2 [0,5-9,9]	
Ménagère	64	4 (6,3)	60 (93,8)	0,7 [0,1-4,3]	
Sans emploi	20	4 (20,0)	16 (80,0)	2,7 [0,4-16,9]	
Agriculteur	11	1 (9,1)	10 (90,9)	1,1 [0,1-13,6]	
Autres	20	4 (20,0)	16 (80,0)	2,7 [0,4-16,9]	
Statut matrimonial					0,380
Union libre	291	39 (13,4)	252 (86,6)	1	
Marié(e)	41	6 (14,6)	35 (85,4)	1,1 [0,4-2,8]	

Veuf(ve)	33	5 (15,2)	28 (84,8)	1,1 [0,4-3,2]	
Célibataire	13	2 (15,4)	11 (84,6)	1,2 [0,2-5,5]	
Divorcé(e)	5	1 (20,0)	4 (80,0)	1,6 [0,2-14,8]	
Religion					0,738
Chrétienne	194	24 (12,4)	170 (87,6)	1	
Traditionnelle	174	28 (16,1)	146 (83,9)	1,3 [0,7-2,4]	
Musulmane	5	1 (20,0)	4 (80,0)	1,8 [0,2-16,5]	
Sans religion	10	0 (0,0)	10 (100,0)	—	
Milieu de résidence					0,016
Rural	145	16 (11,0)	129 (89,0)	1	
Urbain	238	37 (15,5)	201 (84,5)	1,6 [1,0-2,5]	
Statut d'assurance maladie					0,760
Oui	17	2 (11,8)	15 (88,2)	1	
Non	366	51 (13,9)	315 (86,1)	1,2 [0,3-5,4]	

Relation entre les SCAM et les motifs de consultation

La source d'orientation vers le CHD Zou était significativement associée à la SCAM ($p < 0,001$). La proportion de SCAM était de 10,1 % chez les participants orientés par un autre centre de santé, contre 21,2 % chez ceux ayant une expérience antérieure personnelle et 29,0 % chez ceux orientés en raison de la proximité géographique. L'appréciation globale de la qualité des services était également associée à la SCAM ($p < 0,001$). La proportion de SCAM était de 10,1 % lorsque l'appréciation de la qualité était élevée, contre 8,7 % lorsqu'elle était moyenne et 22,5 % lorsqu'elle était faible.

Ces résultats sont cohérents avec les données qualitatives. Les participants décrivent la proximité comme facilitant l'accès aux soins, mais aussi comme pouvant rendre plus facile le retour au domicile lorsque l'hospitalisation devient difficile à maintenir. Ils rapportent également des expériences négatives liées à l'accueil, à la communication et au respect des patients. Un participant rapporte à propos des urgences : « Ils nous disent clairement que si nous ne faisons pas vite, nous allons mourir maintenant ». Ces expériences contribuent à éclairer la perception négative de la qualité des services retrouvée dans l'analyse quantitative. La contrainte financière est également présente dans les discours communautaires : « Tout nécessite de l'argent, même les soins élémentaires », et « ne pas recourir aux centres de santé quand on n'a pas l'argent ». Ces éléments complètent les résultats quantitatifs relatifs à la faible appréciation de la qualité des services, notamment lorsque celle-ci est mise en regard du coût et des conditions de prise en charge.

Tableau VI : Relation entre les SCAM et les motifs de consultation au CHD et Abomey-Bénin, 2025 (N=383)

SCAM							
Variables	Total (N=383)	Oui, (%)	n	Non, (%)	n	OR [IC95%]	p
Sources d'orientation vers le CHD Zou							
Référence par autre centre de santé	218	22 (10,1)		196 (89,9)		1	<0,001
Expérience antérieure personnelle	66	14 (21,2)		52 (78,8)		2,4 [1,1-5,0]	
Recommandation d'un proche	53	4 (7,5)		49 (92,5)		0,7 [0,2-2,2]	
Proximité géographique	31	9 (29,0)		22 (71,0)		3,6 [1,5-8,9]	
Autre	14	3 (21,4)		11 (78,6)		2,4 [0,6-9,4]	
Appréciation globale de la qualité des services du CHD							
Élevée	139	14 (10,1)		125 (89,9)		1	<0,001
Moyenne	115	10 (8,7)		105 (91,3)		0,8 [0,3-2,0]	
Faible	129	29 (22,5)		100 (77,5)		2,6 [1,3-5,1]	

Facteurs associés aux sorties contre avis médical chez les usagers du CHD Zou en 2025

Pour l'analyse multivariée, les variables considérées comme candidates étaient : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession, le statut matrimonial, la religion, le milieu de résidence, l'assurance maladie, la source d'orientation et l'appréciation globale de la qualité. Après ajustement sur le plan de sondage, le milieu de résidence n'était pas significativement associé à la SCAM ($p = 0,055$). La proportion de SCAM était toutefois plus élevée chez les participants résidant en milieu urbain que chez ceux résidant en milieu rural, ce qui suggère une tendance à une probabilité plus importante de SCAM en milieu urbain. La source d'orientation était significativement associée à la SCAM. Les participants ayant fréquenté le CHD Zou en raison de sa proximité géographique présentaient une probabilité plus élevée de déclarer une SCAM que ceux orientés par un autre centre de santé ($ORa = 5,69$; $IC95 \% : 1,87-17,29$; $p = 0,004$). La proximité géographique apparaît ainsi comme un facteur associé à une plus grande fréquence de SCAM dans cette population. L'appréciation globale de la qualité des services était également significativement associée à la SCAM. Les participants ayant une faible appréciation de la qualité présentaient une probabilité plus élevée de déclarer une SCAM que ceux ayant une appréciation élevée ($ORa = 5,18$; $IC95 \% : 2,14-12,49$; $p = 0,001$). La faible appréciation de la qualité apparaît ainsi comme un facteur associé à une plus grande fréquence de SCAM.

Les données qualitatives apportent un éclairage aux deux associations significatives observées dans le modèle final. La proximité géographique est décrite par les participants comme facilitant l'accès aux

soins et pouvant également rendre plus facile le retour au domicile lorsque l'hospitalisation devient difficile à maintenir. Les discours ne permettent toutefois pas, à eux seuls, d'établir un lien causal entre proximité et SCAM. La faible appréciation de la qualité des services trouve également un écho dans les discours communautaires. Les participants rapportent des expériences négatives relatives à l'accueil, à la communication et au respect des patients. À propos des urgences, un participant rapporte : « Ils nous disent clairement que si nous ne faisons pas vite, nous allons mourir maintenant ». Les participants évoquent également l'hygiène, les délais de certains examens et le coût des soins parmi les éléments participant à leur perception de la qualité des services.

Tableau VII : Régression logistique des facteurs liés aux SCAM dans le modèle final, Abomey-Bénin, 2025 (N=383)

	Sortie contre avis médicale		Odds Ratio IC95 %]			
	Oui n(%)	Non n (%)	Brut	Ajusté plan simple	Ajusté plan en grappe	p (plan grappe)
Résidence						
Rural	16 (11,0)	129 (89,0)	1	1	1,00	—
Urbain	37 (15,5)	201 (84,5)	1,58 [0,80-3,12]	2,73 [1,10-6,76]	2,73 [0,98-7,65]	0,055
Source d'orientation vers le CHDZ						
Reference	22 (10,1)	196 (89,9)	1	1	1	—
Expérience personnelle	14 (21,2)	52 (78,8)	2,94 [1,32-6,57]	2,87 [1,02-8,08]	2,87 [0,68-12,11]	0,141
Proche	4 (7,5)	49 (92,5)	1,17 [0,37-3,74]	0,46 [0,13-1,64]	0,46 [0,09-2,30]	0,322
Proximité	9 (29,0)	22 (71,0)	4,20 [1,55-11,36]	5,69 [1,77-18,26]	5,69 [1,87-17,29]	0,004
Autre	3 (21,4)	11 (78,6)	2,38 [0,57-9,98]	2,94 [0,70-12,28]	2,94 [0,39-22,25]	0,276
Appréciation de la qualité						
Élevée	14 (10,1)	125 (89,9)	1	1	1	—
Faible	29 (22,5)	100 (77,5)	3,86 [1,73-8,61]	5,18 [2,11-12,72]	5,18 [2,14-12,49]	0,001
Moyenne	10 (8,7)	105 (91,3)	1,14 [0,45-2,86]	1,48 [0,50-4,37]	1,48 [0,59-3,67]	0,377

Discussion

Niveau de satisfaction des usagers sur différents aspects de la prise en charge et la qualité des services du CHD Zou

Dans notre étude, plus de la moitié des usagers étaient insatisfaits du coût des soins (56,1 %), de la propreté des locaux (39,9 %) et de la disponibilité des médicaments prescrits (37,5 %). Bien que peu d'études se soient spécifiquement intéressées à la satisfaction globale des usagers dans les hôpitaux africains, plusieurs travaux soulignent que l'insatisfaction est fréquemment liée à la qualité perçue de l'environnement hospitalier, aux coûts et à l'insuffisance des ressources matérielles, en particulier dans les

contextes où les charges financières reposent entièrement sur les patients, comme rapporté dans les services pédiatriques au Mali où le manque de moyens était le premier motif de SCAM (Adama et al., 2022). À l'inverse, la compétence du personnel soignant était bien perçue par 73,2 % des usagers, un résultat cohérent avec des travaux ayant montré que la qualité technique reste généralement mieux évaluée que les conditions matérielles dans les hôpitaux africains (Abiadh et al., 2022).

Déclarations de sorties contre avis médical

La fréquence des déclarations de SCAM observée au CHD Zou chez les sujets hospitalisés (13,8 % ; IC95 % : 10,4-17,3 %) apparaît nettement supérieure à celle rapportée dans la majorité des études africaines. Au Mali en 2022, les SCAM représentaient 2,7 % des hospitalisations pédiatriques (Adama et al., 2022). Au Ghana, la prévalence était de 2,5 % parmi les admissions hospitalières en 2023 (Bayor & Kojo Korsah, 2023). Au Bénin en 2017 au CHUD Borgou-Alibori, elle était toutefois plus élevée (25,85 %) (Hodonou et al., 2017). Dans les pays du Moyen-Orient, les taux observés restent également inférieurs : 4,01 % en Arabie Saoudite en 2012 (Youssef, 2012) et 3,27 % en Iran en 2017 (Ashrafi et al., 2017).

Ainsi, notre fréquence élevée pourrait être liée à la population cible de notre étude menée en milieu communautaire dans la commune d'Abomey et pourrait s'expliquer par le coût élevé des soins, la disponibilité limitée des médicaments, la proximité géographique facilitant le retour à domicile, et le poids des alternatives traditionnelles, déjà documentées au Mali (79,5 % des parents), au Ghana et au Togo.

Facteurs associés aux sorties contre avis médical

Proximité géographique : La proximité du domicile était fortement associée aux SCAM (ORa = 5,69 ; p = 0,004). Ce phénomène a également été décrit au Bénin en 2015 où 80 % des patients sortaient dans les 24 heures, souvent en raison de la facilité de retour immédiat au domicile pour reprise d'un traitement traditionnel (Hodonou et al., 2017). La proximité réduit le coût perçu d'un départ précoce et renforce l'idée que le patient peut revenir à tout moment, ce qui banalise la décision de sortie.

Faible appréciation de la qualité des services : La mauvaise perception globale de la qualité des soins était fortement associée aux SCAM (ORa = 5,18 ; p = 0,001). Ce résultat est cohérent avec les conclusions d'études internationales montrant que l'insatisfaction, qu'elle concerne le personnel, les conditions d'hospitalisation ou le manque de communication, est associée aux SCAM, comme rapporté par Alsharif et al. (2023), où 51,4 % des patients évoquaient un comportement inapproprié du personnel en

Arabie saoudite, et par Mabiala Babela et al. (2011), où l'« insuffisance des soins » était rapportée parmi les motifs de sortie au Congo.

Conclusion

Notre étude met en évidence une proportion de SCAM déclarées de 13,8 % parmi les participants ayant rapporté une hospitalisation au CHD Zou au cours des deux dernières années. Les analyses multivariées montrent que la proximité géographique comme motif de fréquentation du CHD Zou et une faible appréciation globale de la qualité des services étaient associées à des odds plus élevées de SCAM. Les données qualitatives mettent également en évidence le poids des contraintes financières, relationnelles et organisationnelles dans les expériences rapportées par les participants. Ces résultats soulignent l'intérêt d'améliorer l'expérience des usagers, l'accessibilité financière et les conditions de prise en charge au CHD Zou.

Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites qu'il convient de prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

- La mesure des sorties contre avis médical reposait sur une déclaration des participants, à partir d'un épisode de maladie ou de recours aux soins antérieur. Cette approche expose à un biais de mémoire et de déclaration, notamment pour les événements survenus plusieurs mois auparavant. La SCAM n'a par ailleurs pas été vérifiée à partir des dossiers hospitaliers ou des registres de sortie, ce qui ne permet pas d'assimiler la proportion observée à une fréquence institutionnelle des SCAM au CHD Zou.
- Le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir une relation temporelle ou causale entre les facteurs étudiés et la survenue d'une SCAM. Les associations observées, notamment avec la proximité géographique et la faible appréciation globale de la qualité des services, doivent ainsi être interprétées comme des associations statistiques et non comme des relations causales.
- L'évaluation de la qualité des services reposait sur la perception des usagers, à partir d'un questionnaire de satisfaction. Ces appréciations peuvent être influencées par l'expérience individuelle du patient, ses attentes et les circonstances de son recours aux soins. Elles constituent donc une mesure de la qualité perçue et non une évaluation objective de la qualité technique des soins.
- Le volet qualitatif reposait sur trois groupes de discussion et visait à rechercher des convergences, complémentarités ou divergences avec les résultats quantitatifs. Il apporte des éléments de compréhension des perceptions et des expériences des participants, mais ne permet

pas à lui seul de mesurer la fréquence des facteurs évoqués ni d'en établir le caractère causal.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration relative aux participants humains

Cette étude a été approuvée par l'unité de santé publique de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Des autorisations de collecte ont été obtenues de ladite unité et des autorités sanitaires du département du Zou. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été conformes aux principes éthiques applicables aux recherches médicales sur les sujets humains contenus dans la Déclaration de l'Association Médicale Mondiale d'Helsinki.

References:

1. Adama, D., Coulibaly, O., Cissé, M. E., & Maïga, B. (2022). Les facteurs favorisant les sorties contre avis médical et les refus d'hospitalisation aux urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré. *Mali Santé Publique*, 54-57.
2. Abiadh, R., Jaballah, R., Ben Salah, H., Bouhoula, A., Yaakoubi, H., Boukadida, L., et al. (2022). Douleur et sortie contre avis médical dans un service des urgences. *La Revue de Médecine Interne*, 43, A232-A233.
3. Agbodande, K. A., Zannou, D. M., Wanvoegbe, F. A., Kouanou-Azon, A., Zomaheto, Z., Kpossou, A. R., Ahouada, C., Ade, G., & Houngbe, F. (2015). Morbidité et mortalité en médecine dans un hôpital de première référence du Sud Bénin (2012–2013). *Médecine d'Afrique Noire*, 62(10), 475–482.
4. Alsharif, M., Alatawi, A., Alqahtani, A. M., Alufi, M., & Alghamdi, F. (2023). Factors influencing patients to decide to discharge themselves against medical advice at tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Clinical Medicine*, 14(3), 163-174.
5. Ashrafi, E., Nobakht, S., Safi-Keykaleh, M., Kakemam, E., Hasanpoor, E., & Sokhanvar, M. (2017). Discharge against medical

- advice (DAMA): Causes and predictors. *Electronic Physician*, 9, 4563-4570.
6. Bayor, S., & Kojo Korsah, A. (2023). Discharge against medical advice at a teaching hospital in Ghana. *Nursing Research and Practice*, 2023, 4789176.
 7. Budu, E., Seidu, A. A., Agbaglo, E., Armah-Ansah, E. K., Dickson, K. S., Hormenu, T., et al. (2021). Maternal healthcare utilization and full immunization coverage among 12-23 months children in Benin: A cross-sectional study using population-based data. *Archives of Public Health*, 79(1), 34.
 8. Hodonou, M., Allodé, S., Tamou, S., Moumouni, M., Fatigba, O., Ossé, M., et al. (2017). Sortie contre avis médical des victimes des fractures de membres au Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) du Borgou-Alibori au Nord-Est du Bénin. *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 3(12), 466-469.
 9. Hwang, S. W., Li, J., Gupta, R., Chien, V., & Martin, R. E. (2003). What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ*, 168(4), 417-420.
 10. Mabiala Babela, J. R., Nika, E., Ikobo, L. C., Louaka, C., Mouko, A., Cardorelle, A., et al. (2011). Discharge of children against medical advice at CHU of Brazzaville (Congo). *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 104, 331-335.
 11. Nahini, A. T., Baranon, M. D., Sambieni, E. N., & Sanni, M. A. (2024). *Diagnosis of the Beninese health system: Progress, and challenges for an effective, resilient, and sustainable system*. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2024.06.25.24309509>
 12. Prakash, R., Kumar, P., Dehury, B., Thacker, D., Shoemaker, E., Manjappa, R. B., et al. (2025). Preventing vaccine drop-outs: Geographic and system-level barriers to full immunization coverage among children in Uttar Pradesh, India. *Vaccine X*, 23, 100613.
 13. Samb, N. D., & Sakho, P. (2012). Déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction (SR) par les populations de transhumants pastoraux de la région de Matam. *Antropo*, 27, 97-104.
 14. Youssef, A. (2012). Factors associated with discharge against medical advice in a Saudi teaching hospital. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 7(1), 13-18.