

INTRODUCTION

«La santé n'a pas de prix mais elle a un coût» (Koné, 2005). Au Bénin, cet adage est connu de tout un chacun qui, en absence de tiers payeur, supporte à lui seul le coût de sa santé. Au moins 50% des dépenses de santé sont payés directement par les utilisateurs dans les pays pauvres (Flori, 2000). Souvent ce coût est prohibitif et la santé, notre bien le plus précieux, peut se dégrader très vite. Ainsi, s'amorce un cercle vicieux : la pauvreté qui engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient à son tour la pauvreté (Banque Mondiale, 2000).

En effet, le fardeau de la santé tend à s'accroître avec le coût de prestations pratiquées dans les hôpitaux. La maladie quant à elle est une source d'appauvrissement supplémentaire des ménages. Les réformes mises en œuvre notamment dans le domaine du financement, n'ont pas résolu les problèmes d'inégalité et d'accès aux soins de santé. La généralisation de la tarification des services aux populations et la promotion du secteur privé, sont deux réformes mises en œuvre dans la région qui ont clairement contribué à renforcer les inégalités d'accès aux soins ; ce qui a davantage affecté les populations défavorisées (Hadad *et al*, 2004).

Ainsi face à la maladie, les populations urbaines risquent de se trouver face à un dilemme : ne pas recourir aux soins et subir une altération de leur santé, ou recourir aux soins et courir le risque d'une détérioration de leurs conditions de vie sous le poids des dépenses de santé ce qui affecte considérablement le PIB par habitant. Ce dilemme peut s'avérer tragique en cas de grave maladie. Les effets néfastes que la mauvaise santé exerce sur les niveaux de vie des ménages sont de plus en plus considérés comme des problèmes de justice sociale traduisant l'idée de perte de revenus et frais médicaux associés à la mauvaise santé qui sont involontairement et tout bonnement la conséquence de traumatisme sanitaires non désiré (Wagstaff *et al*, 2001). Les résultats des enquêtes menées par l'UNICEF suggèrent que les ménages renoncent effectivement et très souvent au recours à l'hospitalisation, cela d'autant plus que le recours aux soins y apparaît deux fois moins fréquent dans certains ménages que dans d'autres, alors qu'il est difficile de concevoir que certains sont moins en proie aux maladies que d'autres (UNICEF, 2004).

Face à ces dépenses de soins hospitaliers, certains ménages ont dû consentir des sacrifices qui peuvent affecter plus ou moins durablement le bien être desdits ménages.

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

On peut donc se demander quelle est la vulnérabilité socio-économique des ménages face à ces dépenses d'hospitalisation.

C'est l'objet du présent mémoire de licence en Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi (FASEG/UAC) qui s'articule sur le thème «Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'hôpital de zone de Menontin ». En vue de la rédaction de ce mémoire, nous avons effectué un stage académique de trois mois à l'Hôpital de zone de Menontin.

Ce thème est traité en deux chapitres. Le premier présente le cadre institutionnel et théorique de l'étude. Le second porte sur l'analyse économique des ménages hospitalisés de l'hôpital de zone de Menontin.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET THEORIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, il s'agira dans une première section de présenter l'Hôpital de Zone de Menontin. La seconde section abordera le déroulement du stage et enfin la troisième section mettra en exergue le cadre théorique de l'étude.

Section 1 : Présentation de l'Hôpital de Zone de MENONTIN

Dans cette section, nous partirons de la genèse de l'Hôpital à la présentation des activités et des ressources dont il dispose.

Paragraphe 1 : Historique, cadre institutionnel et objectifs de l'HZM

A) Historique et cadre institutionnel de l'HZM

Au début du troisième millénaire le secteur de la santé connaît un grand bouleversement en matière de prestation de service. Il doit donc s'adapter aux différentes évolutions technologiques pour faire face aux besoins croissants des populations. Dans le but de satisfaire la population en matière de protection sociale et de santé, il est créé en République du Bénin au niveau de chaque zone sanitaire un établissement de santé à caractère social.

Le concept de la zone sanitaire est né suite à plusieurs constatations et réflexions faites par les pays africains. A cet effet, il a été décidé en 1995 la réorganisation de la pyramide sanitaire en zone sanitaire. Ainsi, l'hôpital de zone peut être un hôpital privé ou un hôpital public. L'hôpital de zone public est placé sous la double tutelle technique et administrative du ministère de la santé publique et bénéficie de l'appui de l'Etat. Quant à l'hôpital de zone privé, il peut être associatif ou confessionnel et est placé uniquement sous la tutelle du ministère de la santé publique.

C'est dans cette optique que l'Hôpital de Menontin a vu le jour le 22 Juillet 1996 grâce à l'Etat Béninois sur l'initiative du Monseigneur Isidore de-SOUZA. L'Hôpital de Menontin est le premier Hôpital contractualisé par l'Etat Béninois qui a mandaté l'Association Médico-Sociale de Menontin (AMSM) à en assurer le fonctionnement en tant qu'Etablissement Hospitalier à vocation privée sociale.

L'HZM est situé dans le département de l'Atlantique. Ses locaux sont construits dans le quartier Menontin dans la Commune de Cotonou. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de la zone Cotonou V 2010, l'HZM couvre une superficie de 2345m². Il est situé au lot 2130-A à Menontin. Sa situation géographique lui confère la position de charnière entre la ville de Cotonou et les agglomérations de Calavi, Godomey et Ouidah.

L'HZM est doté d'une personnalité morale et d'une autonomie de gestion qui lui est consacré depuis sa création. Il est régi par les textes suivants :

- Les statuts de l'AMSM
- Le règlement intérieur de l'AMSM
- Le mandat de gestion en concession entre l'AMSM et l'Etat Béninois en date du 12 Février 1992
- Le règlement intérieur de l'Hôpital actualisé en Novembre 2000
- Le manuel de procédures administratives, financières et comptables révisé en 2009
- La convention collective du travail de l'AMCES qui régit les rapports de travail au sein de l'Hôpital.

La gestion comptable et financière est faite suivant les normes de l'OHADA.

B) Missions de l'HZM

L'HZM est un centre de santé de première référence doté d'un plateau technique et d'un ensemble de services spécialisés lui permettant d'assurer sa mission de base : « assurer l'accessibilité aux soins de santé de qualité à moindre coût à la population de Menontin et de ces agglomérations par la pratique d'une tarification communautaire ».

De façon spécifique, l'Hôpital vise à :

- Améliorer les conditions d'hygiène et de santé des populations concernées par : l'information, l'éducation et la communication pour la santé.
- Faciliter à ces populations l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé primaires.
- Réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et femmes gestantes et permettre à ces dernières un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires.

Pour réussir les missions qui lui sont assignés, l'HZM dispose d'organes de décision et de consultation ; de différents services administratifs, médicaux-techniques et de services de soins.

Paragraphe II : Structure organisationnelle, activités et ressources de l'hôpital de zone de Menontin

A) Structure organisationnelle de l'Hôpital de Menontin

Conformément à l'arrêté ministériel N°2221/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 Avril 2000 portant création de la zone sanitaire de Cotonou V, l'Hôpital de Menontin est devenu l'Hôpital de référence de la zone sanitaire de Cotonou V depuis Juillet 2003. En conséquence, ses activités se sont enrichies du paquet complémentaire de services. L'hôpital de zone de Menontin fonctionne sur la base des organes de gestion et de services. Il s'agit, d'une part, des organes de décision et des organes consultatifs pour la gestion organisationnelle de l'hôpital et, d'autre part, du bloc administratif. Les organes de décision sont l'Assemblée Générale de l'AMSM et la Direction. Quant aux organes consultatifs, ils sont constitués : du Comité de Direction (CODIR), organe consultatif sur les décisions importantes telles que l'élaboration du budget, l'exécution des activités quotidiennes ; d'un Commissaire aux comptes qui examine les Etats financiers de l'hôpital à la fin de chaque exercice. S'agissant du cadre fonctionnel de l'HZM, le bloc administratif est constitué du Médecin Directeur (MD), d'un Directeur Administratif et Financier (DAF) et d'un Secrétariat Administratif (SA). Ensuite d'un Service des Affaires Economiques (SAE) qui coordonne et supervise les activités de chacune des divisions qui la constituent. Il s'agit de la Division de l'Approvisionnement et Magasin (DAM), la Division des Ressources Humaines (DRH), la Division des Statistiques (DS), la Division des Services Généraux (DSG) la Division du Parc Automobile (DPA) et la Division de la Maintenance (DM). Enfin le Service Comptabilité et Finances (SCF) comprend comme divisions, la Division de la Comptabilité (DC), la Division de la Facturation (DF) et la Division de la Trésorerie (DT).

Par ailleurs, l'HZM dispose de plusieurs services médico-techniques tels que : la pharmacie, la stomatologie, le service social, le laboratoire, la radiologie, l'ophtalmologie, la cardiologie, l'ORL et la kinésithérapie. En appui des services médicaux techniques viennent les services médicaux qui sont : le service d'urgence, la pédiatrie, la chirurgie, la médecine, la gynécologie et le bloc opératoire.

B) Activités de l'hôpital de zone de Menontin

L'HZM assure des prestations de soins ambulatoires, hospitaliers de jour, de nuit et 24H/24H. Il reçoit notamment en partie les urgences provenant de ces agglomérations, en particulier les urgences obstétricales et les traumatismes qui surviennent souvent sur la voie inter Etat. Avec une capacité de 125 lits, l'HZM évolue vers une adaptation continue de son offre de soins aux exigences de qualité de ses bénéficiaires, dans le respect scrupuleux des politiques, normes, standards et directives du Ministère de la Santé. Il privilégie notamment l'accessibilité, la commodité hospitalière, la sécurité des soins, l'incitation du progrès social et le développement sanitaire communautaire. Ces principales activités sont de trois ordres : activités préventives, activités curatives et activités promotionnelles.

C) Les ressources de fonctionnement de l'hôpital de zone de Menontin

L'hôpital de zone de Menontin dispose pour mener sa mission des ressources humaines, matérielles et financières.

1- Les ressources humaines

Elles constituent l'ensemble du personnel médical, technique et administratif de l'hôpital pour son bon fonctionnement. Ainsi, sur la base de l'organisation de l'HZM, la répartition du personnel par catégorie socio-professionnelle et suivant les différents statuts professionnels se présente comme l'indique le tableau 1 (Voir ANNEXE)

2- Les ressources financières

Elles sont l'ensemble des moyens financiers de l'hôpital lui permettant de couvrir ses différentes dépenses de fonctionnement et d'investissement afin d'assurer la pérennité des matériels mis en place, d'accomplir ces différentes missions et pour répondre aux différents besoins de santé des patients. Les ressources financières constituent l'un des éléments clés pour le fonctionnement de toute organisation.

Ainsi, l'HZM bénéficie des ressources financières provenant de diverses sources. Elles sont constituées par les fonds propres et les apports externes (gouvernementaux et non gouvernementaux).

Les fonds propres sont les recettes générées par des frais des différentes prestations de services et des produits pharmaceutiques vendus au sein de l'HZM. Les apports externes gouvernementaux sont très rares quasiment inexistantes à l'HZM et sont octroyés sous forme de vivres. Enfin, les apports externes non gouvernementaux constituent l'ensemble des aides,

des dons, des legs des bailleurs de fond (autres que l'Etat). Ces apports externes non gouvernementaux sont également très rares et se réduisent à quelques actions ponctuelles de générosité provenant de quelques particuliers ou structures privées.

3- Les ressources matérielles

C'est l'ensemble constitué de matériels, locaux et équipements permettant d'accomplir les différentes tâches et prestations dans l'enceinte de l'hôpital. Il s'agit entre autres des bâtiments, du plateau technique et des moyens de transport.

Ainsi, l'HZM dispose actuellement de : deux blocs opératoires dont certains équipements ont été renouvelés courant 2010 tels que la table d'opération, la table d'anesthésie et le poupinel pour la stérilisation du matériel ; d'un laboratoire d'analyses bio médicales équipé en 2014 d'un nouveau appareil d'électrophorèse ; d'un service d'imagerie médicale équipé d'appareils tels que la radio, la développeuse d'image et l'appareil d'échographie ; d'une unité de gastro entérologie équipée d'un appareil d'endoscopie digestive ; d'une maternité équipée en tables d'accouchement, table de réanimation bébé, moniteur cardioscope etc. ; d'un service de stomatologie équipé de deux fauteuils dentaires ; d'une unité de santé au travail équipée d'un audiomètre et d'un spiromètre ; d'une ambulance pour le transport des malades ; d'un véhicule utilitaire TOYOTA HILUX 4x4 ; d'une TOYOTA ADVENTIS à usage administratif.

Section 2 : Déroulement du stage

Le succès de l'étude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation de la clientèle de l'hôpital de zone de Menontin nécessite une connaissance parfaite de celle-ci. Pour ce faire, nous avons sollicité un stage de trois (03) mois à l'HZM qui nous a été accordé par les responsables de cette structure. La présente section a pour objectif d'une part de présenter les attributions du SAE ainsi que les travaux effectués au cours de notre stage et d'autre part, de faire ressortir les difficultés rencontrées au cours de notre stage ainsi que nos approches de solutions.

Paragraphe 1 : Attributions du SAE et travaux effectués

A) Attributions du SAE

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Le Service des Affaires Economique coordonne et supervise les activités de chacune de ces divisions. Sous l'autorité du Directeur Administratif et Financier et en relations hiérarchiques et fonctionnelles avec les autres services du centre, le SAE a pour mission d'exécuter toutes les tâches administratives et économiques devant de garantir à l'Hôpital la disponibilité des ressources matérielles et humaines en quantité et en qualité suffisante. Il a pour tâches :

- ✓ Assurer un approvisionnement optimal de l'Hôpital en matières de consommables, équipements et autres fournitures conformément aux prévisions budgétaires ;
- ✓ Assurer la bonne gestion des matières et fournitures stockées ;
- ✓ Assurer une bonne gestion optimale des ressources humaines de l'Hôpital (gestion prévisionnelle et à postériori) ;
- ✓ Assurer une gestion optimale des ressources matérielles de l'Hôpital ;
- ✓ Appuyer le Directeur Administratif et Financier dans l'élaboration des projets de budgets ;
- ✓ Veiller à la propreté de l'Hôpital et de ses abords immédiats ;
- ✓ Assurer la disponibilité des données statistiques relatives aux activités de l'Hôpital ;
- ✓ Exercer tous les pouvoirs délégués par le DAF ;
- ✓ Exécuter toutes les tâches requises par ses supérieurs hiérarchiques.

B) Travaux effectués

Au cours des trois mois qu'a duré notre stage, nous nous sommes intéressés au mécanisme de fonctionnement du SAE. Bien que relativement court, ce stage nous a permis d'être en contact avec les réalités liés au financement des soins par les particuliers . Dans certaines des divisions du SAE où nous sommes passés, nous avons pris connaissance de leur mécanisme de fonctionnement.

1- Travaux effectués à la Division de l'Approvisionnement et du Magasin (DAM)

Les travaux effectués à la Division de l'Approvisionnement et du Magasin ont lieu à deux (02) niveaux à savoir au niveau de la Division de l'Approvisionnement et au niveau de la Division du Magasin.

a) Travaux effectués à la Division de l'Approvisionnement

La division de l'Approvisionnement intervient dans les différentes phases administratives de l'approvisionnement. Le responsable de cette division du SAE est chargé de faire le choix des fournisseurs et de passer des commandes. Pour passer les commandes, le responsable de cette division demande des factures pro forma à différents fournisseurs. Après avoir examiné les factures pro forma, le responsable de la division procède à une sélection des fournisseurs selon la qualité exigée par le technicien de chaque service médico-technique et surtout suivant les meilleurs rapports qualité/prix. Il s'agit d'une procédure rigoureuse du choix des

fournisseurs de l'HZM. Ensuite le responsable de la division procède à la rédaction de la facture proprement dite. Dans l'accomplissement de cette tâche, les documents utilisés sont, ceux intervenant depuis l'expression des besoins au niveau de l'hôpital. Il s'agit entre autres de la facture pro forma, du bon de commande, du bon de livraison et du procès-verbal de réception. Le travail étant un peu complexe, nous avons dû assister uniquement le responsable de cette division dans l'accomplissement de sa tâche.

b) Travaux effectués au niveau de la Division du Magasin

La division du magasin s'occupe de la gestion et du stockage des différents produits utilisés à l'HZM. Il s'agit des consommables médicaux, des réactifs, des fournitures de bureau, des produits d'entretien, des produits pharmaceutiques (les injectables et les comprimés), des produits dentaires et des imprimés (les bons de commande, les procès-verbaux, les carnets, les fiches de stock etc...). Le responsable de cette division enregistre l'entrée des produits au magasin dans le bon d'entrée. Il enregistre également la sortie de ces produits dans le bon de sortie. Les fiches de stocks sont remplies sur la base des bons d'entrée et de sortie. A ce poste, nous avons vérifié sur la base des différentes fiches de stocks la concordance entre les stocks réellement disponible au magasin et les stocks théoriques figurant sur les fiches de stocks à la fin de l'inventaire général de l'année 2014. Ensuite, nous avons avec le responsable de la division nettoyé et rangé le magasin de stockage.

2- Travaux effectués la Division des Ressources Humaines (DRH)

La division des ressources humaines s'occupe principalement de la gestion des carrières des différents agents. Il s'agit entre autre du recrutement, la prise de service, l'exercice proprement dit, les versements patronaux sur salaire et les cotisations sociales, mais aussi de la gestion du dossier du personnel. A ce niveau, nous avons aidé la responsable de cette division à exécuter certaines tâches.

Paragraphe 2 : Observations de stage, difficultés rencontrées et approches de solutions

A) Observations de stage

Durant notre séjour à l'hôpital de zone de Menontin, diverses observations ont fait l'objet de notre constat. A cet effet, nous pouvons dire que l'HZM est un hôpital qui bénéficie de la part de ces dirigeants d'une bonne gestion administrative et financière. De plus, le personnel administratif ainsi que le personnel soignant assurent non seulement le bien être mais également la satisfaction de leur clientèle à travers leurs différentes prestations. Grâce au

concept japonais des 5S qui veut dire SEIRI (séparer), SEITON (situer), SEISO (scintiller), SEIKETSU (standardiser) et SHITSUKE (se discipliner), les locaux de l'HZM sont très propres et très attrayants.

B) Difficultés rencontrés

L'engagement et la détermination du personnel de l'HZM à nous aider dans la réalisation de ce travail ne nous a pas épargné de certaines difficultés. Nous pouvons citer à cet effet : l'exiguïté des bureaux de l'administration de l'HZM qui oblige ainsi les stagiaires à rester dans la salle de conférence de l'Hôpital les coupant de ce fait des réalités quotidiennes vécus dans ces bureaux ; le manque de ressources immobilière pour les stagiaires car nous sommes souvent contraint de libérer la salle de conférence que nous occupons dès qu'il y a une réunion.

C) Approches de solutions aux difficultés rencontrées

Face à ces difficultés que nous avons rencontrées, nous suggérons à l'HZM de :

- Créer au sein de chaque bureau des emplacements pour les stagiaires ;
- De répartir les stagiaires au niveau des différents services en fonction de leur formation et les associer à l'exécution des tâches du personnel ;
- Mettre si possible à la disposition des stagiaires l'outil informatique et la connexion internet pour qu'ils puissent effectuer des recherches.

Section 3 : Cadre théorique de l'étude

A travers cette section, nous allons présenter la problématique de notre thème d'étude, les objectifs définis et les hypothèses postulées pour réaliser ces objectifs.

Paragraphe 1 : Problématique, objectifs, hypothèses de l'étude et clarification conceptuelle

Ce paragraphe est consacré à la formulation du problème de recherche, des objectifs de l'étude, des hypothèses posées dans le cadre de l'étude et à une clarification conceptuelle.

A) Problématique

L'histoire des pays Africains a été marquée par une crise économique dans les années 1980. Cette crise a affecté profondément les finances publiques de ces pays, a contribué à la sous dotation des budgets de la santé et donc à l'insuffisance du financement assuré par les fonds

publics internes et externes. C'est dans cet ordre d'idée que le Bénin, dans le but d'offrir des soins de meilleure qualité à ses populations, a entrepris des réformes visant à améliorer l'organisation de son système de santé. Ainsi en 1995, s'est tenue la table ronde sur le secteur de la santé, l'idée de l'accessibilité des soins et de la garantie de la qualité des services de santé de base et de première référence aux populations. Par ailleurs, l'objectif de l'Etat est de rendre les hôpitaux et les centres de santé publics capables de financer leurs charges récurrentes en dehors des salaires des agents de santé employés par la fonction publique et qui émargent au budget de l'Etat (Sossou, 2011). La nouvelle politique de financement de la santé promeut le partage des dépenses de santé entre l'Etat et les ménages. La participation de l'Etat consiste à financer la construction des formations sanitaires, à assurer leur équipement, à former le personnel et à mettre à la disposition dans certains cas une partie dudit personnel. Par contre la participation financière des communautés vient assurer la viabilité des hôpitaux, car ceux-ci réalisent des ressources qui viennent alléger la charge supportée par l'Etat.

Cet état de chose a entraîné une élévation du coût des prestations de service dans les hôpitaux. Ceci affecte directement l'état de santé globale de la population qui n'arrive pas à s'acquitter de ses dépenses de santé provoquant ainsi un taux de morbidité élevé au sein de la population et une détérioration du capital humain. Dans son ouvrage *Human Capital*, l'économiste américain Gary S. Becker, définit le capital humain comme "l'ensemble des capacités productives qu'un individu acquiert par accumulation de connaissances générales ou spécifiques, de savoir-faire, etc." Il n'est alors pas étonnant que les théories de la croissance endogène ont considéré la santé comme un élément crucial à l'accumulation de connaissances et de compétences : des individus en meilleure santé sont de fait plus productifs, s'adaptent mieux aux innovations technologiques et plus largement aux situations changeantes. Une mauvaise santé freine la créativité, l'entrepreneuriat et la capacité de se montrer original.

Par ailleurs, depuis l'article séminale de Robert Barro et Xavier Sala-i-Martin (1992), plusieurs études ont cherché à préciser empiriquement le lien entre la santé et la croissance économique. Parmi d'autres Philippe Aghion, Peter Howitt et Fabrice Murtin (2012) ont établis une relation positive et significative entre l'espérance de vie et la croissance. Les trois auteurs trouvent en effet qu'un niveau initialement élevé de l'espérance de vie et une amélioration rapide de celle-ci ont un impact significativement positif sur la croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) par tête. Les données de Jakob Madsen (2012) montrent que la santé a particulièrement favorisé la croissance depuis 1870 à travers le capital humain et les innovations.

Les progrès techniques s'accéléralant, la production se complexifie, et un nouveau besoin apparaît : celui de travailleurs qualifiés, qui doivent être de plus en plus nombreux. La réussite scolaire ajustée à la santé se révèle un bien plus puissant vecteur du progrès technique que la réussite scolaire non ajustée. Ainsi, la théorie du Capital humain introduit dans les théories de production un nouveau facteur : l'éducation (sous toutes ses formes, notamment les études), dans laquelle on peut investir.

Au regard de ces considérations, certains questionnements se posent notamment celle de déterminer les facteurs de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses de santé.

B) Objectifs et hypothèses de l'étude

L'objectif général de notre étude est l'étude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'hôpital de zone de Menontin.

De façon spécifique, il s'agira de :

- ✓ Déterminer les caractéristiques socio-économique des ménages urbains.
- ✓ Identifier les déterminants de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation.

Pour la réalisation des objectifs ci-dessus, les deux hypothèses suivantes ont été formulées.

- ✓ 30% des chefs de ménage dont l'un des leurs est hospitalisé à l'HZM sont des artisans.
- ✓ La forte tarification dans les hôpitaux rend vulnérable les ménages.

C) Clarification conceptuelle

Nous ferons dans un premier lieu ressortir les définitions des concepts clés de notre champ d'étude et dans un second lieu une revue de littérature relative à notre thème.

1- Clarification conceptuelle

a) Vulnérabilité

La vulnérabilité est la probabilité actuelle de pénurie dans le futur. Un individu, un ménage ou une communauté est vulnérable lorsqu'il est prédisposé à certains inconvénients, exposé à des chocs, des pertes, des échecs, des risques. Le risque désignant des événements aléatoires qui peuvent affecter le niveau de vie, comme la maladie, la vieillesse, les pertes de récolte, le chômage, la sécheresse ou les risques liés aux actions d'autres personnes ou aux

décisions politiques. Pour une définition opérationnelle, on dira que la vulnérabilité d'un ménage, d'un individu ou d'une communauté, quel que soit son niveau de vie, est la probabilité que celui-ci trouve sa situation ou ses conditions de vie se dégrader dans le futur face aux fluctuations de la vie.

b) Soins hospitaliers

Dans le cadre de notre étude les soins hospitaliers sont les soins qui entraînent une hospitalisation effective d'au moins une journée du malade dans un hôpital.

c) Ménage

C'est l'unité principale d'analyse de notre étude, le ménage est défini comme un groupe de personnes, apparentées ou non, qui partagent le même toit, mettent en commun tout ou une partie de leurs ressources en vue de prendre des décisions économiques communes tout en reconnaissent l'autorité d'une seule et même personne : le chef de ménage. Défini comme une unité budgétaire dans cette étude, le ménage se distingue de l'unité familiale qui regroupe des personnes unies par le sang ou le mariage.

d) Dépense

Il peut être défini comme l'emploi d'argent, spécialement à des fins autres que le placement. Dans le cadre de notre étude toutes les dépenses analysées sont celles effectuées par les ménages.

e) Dépense de soins hospitaliers

C'est l'emploi d'argent par les ménages pour l'acquisition de soins de santé au niveau de l'hôpital de zone de Menontin. Elle comprend les actes médicaux et les médicaments.

f) Dépense Totale Globale du ménage (DTG)

C'est le total des dépenses alimentaires et non alimentaires réalisées par les ménages durant un mois.

g) Revenu

Dans le cadre de notre étude, le revenu n'est rien d'autre que la dépense totale globale (DTG) du ménage ceci pour contourner la difficulté de la non déclaration des revenus. Au Bénin, tout comme dans tous les pays en voie de développement, il est très difficile de déterminer les revenus réels des ménages. Cela à cause de la prédominance du secteur de l'économie informelle mais aussi des attributs sociologiques.

Paragraphe 2 : Revue de littérature et Méthodologie de l'étude

A) Revue de littérature

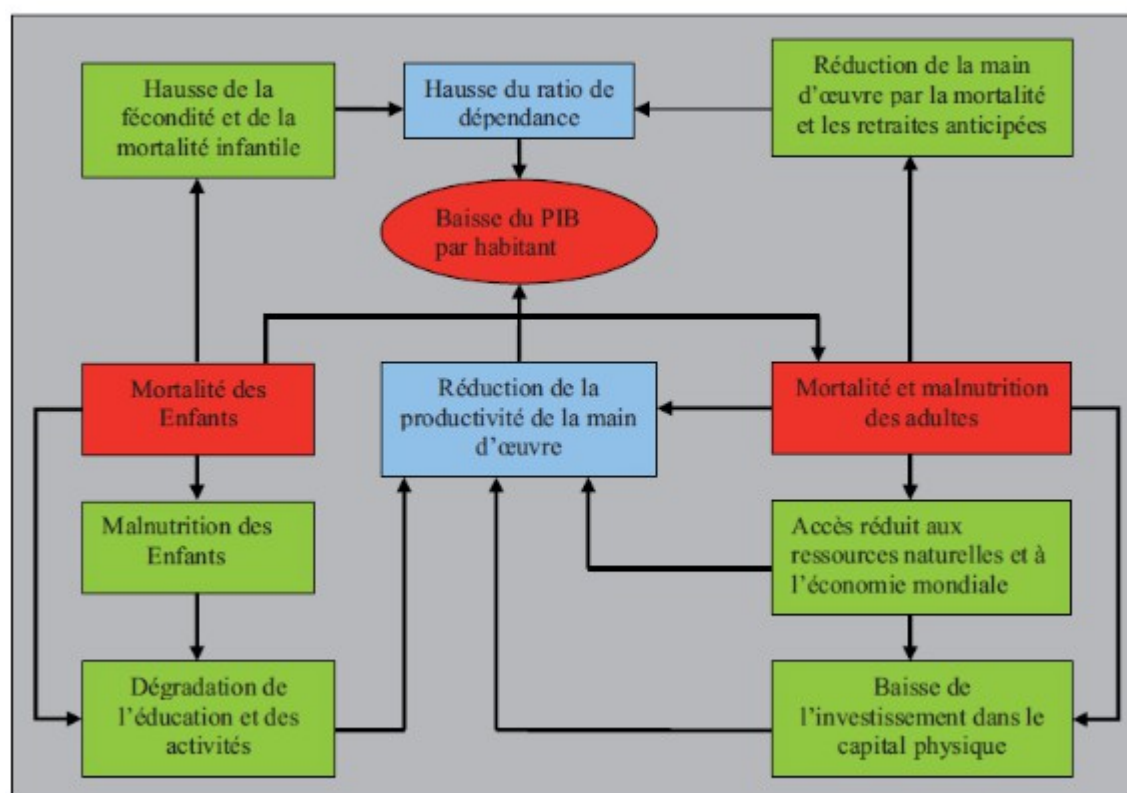
Les dépenses en soins de santé et leur impact socio-économique ont fait l'objet de nombreuses recherches et publications en raison de l'importance que revêt ce sujet.

1- Santé et PIB

L'étude réalisée par David *et al* (2004), sur l'influence de la santé sur le PIB a montré que la détérioration de l'état de santé entraîne une diminution considérable du niveau de vie des ménages et une plus forte détérioration de la santé, etc. (Cercle vicieux). Des travailleurs en bonne santé sont plus productifs que des travailleurs comparables à tous égards sauf sur ce plan. L'amélioration de la santé relève aussi le revenu par habitant par d'autres voies (graphique 1)

Graphique 1 : SANTE et PIB

Santé et PIB : Une mauvaise santé affecte le PIB par habitant en réduisant la productivité et la taille relatives de la main d'oeuvre



Source: Ruger, Jennifer Parh, Dean T. Jamison (al); "Health and the Economic" page 619 in International Public Health by Michael H. Merson, Robert E.

Les progrès sanitaires encouragent aussi l'investissement direct étranger : les investisseurs fuient les pays où la main-d'œuvre est la proie de nombreuses maladies.

Les maladies endémiques peuvent aussi empêcher l'accès humain aux terres et à d'autres ressources naturelles, comme c'était le cas dans une grande partie de l'Afrique de l'Ouest avant que ne soit maîtrisée l'onchocercose. Si l'amélioration de la santé accroît le potentiel productif d'une économie, on pourrait s'attendre à ce qu'une bonne situation sanitaire s'accompagne d'une hausse de la production en état stable. Dans ce cas, les pays en bonne santé mais à faible revenu devraient enregistrer une croissance relativement plus rapide à mesure que leurs revenus s'ajustent.

De fait, l'état de santé initial d'une population est l'un des moteurs les plus robustes et puissants de la croissance parmi d'autres bien connus, tels que le revenu initial par habitant (quand un pays atteint un niveau stable de revenu, la croissance ralentit), la situation géographique, le cadre institutionnel, la politique économique, le niveau initial d'instruction et les investissements dans l'éducation. Bloom, Canning et Sevilla (université Harvard) ont ainsi observé qu'une année d'espérance de vie supplémentaire relève de quelque 4% le PIB en état stable par habitant. Mais ce lien n'est pas aussi favorable partout. Alok Bhargava (université de Houston) et ses collaborateurs ont noté qu'une meilleure santé a plus d'effet sur les salaires dans les pays à faible revenu que dans ceux à revenu élevé. Selon d'autres études, il en va de même pour les pays menant une politique économique avisée, par exemple l'ouverture au commerce et une bonne gouvernance. Bloom, Canning et Malaney (université Harvard) ont conclu que la croissance miraculeuse de l'Asie de l'Est n'avait en fait rien de miraculeux, mais démontre au contraire le rôle déterminant des progrès sanitaires dans le contexte d'une politique économique globalement favorable.

2- Accessibilité aux soins et source de financement

Au niveau d'un ménage, on constate qu'un épisode morbide peut condamner un ménage modeste à la pénurie de biens matériels, notamment lorsqu'il lui faut vendre ses biens de production pour couvrir des dépenses de santé.

En fait, nombreuses sont les raisons pour lesquelles la maladie fait peser une charge accrue sur certains. Premièrement, ceux-ci sont beaucoup plus vulnérables à la maladie parce qu'ils ont moins accès que les autres à une eau saine et à un assainissement efficace, à un logement sûr et hygiénique, à des soins médicaux, à une information sur les comportements préventifs et à une alimentation appropriée. Ensuite, ils sont beaucoup moins à même de recevoir des

soins médicaux, même quand ils en ont un besoin urgent, parce qu'ils habitent loin des prestataires de services de santé, n'ont pas les ressources financières nécessaires pour payer les soins et enfin, parce qu'ils ignorent les meilleures mesures à prendre face à un épisode morbide. Enfin tout comme déjà dit, les dépenses qu'entraîne une grave maladie peuvent entraîner une diminution considérable de leur niveau de vie en les forçant peut-être à contracter des dettes, à vendre ou à hypothéquer des biens de production (comme une terre). Une telle maladie peut plonger un ménage dans une misère prolongée qui peut même s'étendre à la génération suivante lorsque les enfants doivent quitter l'école pour travailler.

Au terme de l'étude menée au Bénin sur la contribution des dépenses publiques de santé et du revenu par habitant à l'amélioration de la santé des populations, par Gangniahossou et Taïrou en 2007, il ressort que le financement du secteur de la santé au Bénin provient de trois (03) sources fondamentales : l'Etat, l'aide extérieure et la participation communautaire. L'implication de la communauté à la base dans le financement de la santé se renforce davantage à cause de la faiblesse des montants alloués à la santé. Les parts revenant aux investissements dans le secteur n'ont pas atteint des niveaux élevés et proviennent en majorité du financement extérieur. Par ailleurs, la capacité d'absorption du financement extérieur demeure faible.

L'analyse de l'incidence des dépenses d'investissements sur l'accessibilité des populations aux soins de santé montre une amélioration de la couverture du territoire national. L'offre de soins de santé s'est améliorée. Il s'ensuit une maîtrise, voire une réduction du taux de prévalence de certaines maladies. Néanmoins, certaines disparités demeurent et découlent de la mauvaise répartition géographique des services de santé, d'une répartition inégale et inéquitable des ressources financières publiques et de la faiblesse générale des revenus des populations.

3- Conséquences économiques des prescriptions irrationnelles de médicaments

L'étude menée dans la région de Dakar sur les conséquences économiques des prescriptions irrationnelles de médicaments aux malades dans les structures de soins, par Basenya (2003), a montré que ces prescriptions irrationnelles ont pour conséquences :

- L'élévation du prix moyen de l'ordonnance, l'achat incomplet de médicaments, le fractionnement des doses de médicaments.
- Un impact sur les dépenses de consommation mensuelle moyenne, le ménage risquant de se priver des autres biens pourtant de première nécessité au profit d'une ordonnance.

Du fait de la maladie, les personnes perdent une partie de leur aisance économique. Lorsque les économistes ou les spécialistes de la santé publique tentent de quantifier cette perte d'aisance, ils considèrent généralement les éléments suivants : la perte de revenus marchands causée par la maladie, la perte de salaire résultant d'un épisode de maladie, la perte de capacité de gains de l'adulte résultant d'épisodes de maladie au cours de l'enfance, et la perte de gains futurs résultant d'un décès prématuré (Koné, 2005).

En somme, les conséquences économiques d'un épisode de maladie pour un ménage peuvent encore être aggravées si les dépenses encourues par celui-ci pour faire face à la maladie l'obligent à mettre en œuvre trop de ressources et à contracter des dettes. Il risque ainsi de se retrouver plongé dans une situation de dénuement total de laquelle il ne pourra s'en sortir ; ce qui aura des incidences sur le bien-être de tous ses membres, et parfois aussi sur celui d'autres personnes de la famille. De nombreuses études ont montré que certains ménages sont rarement assurés contre les effets néfastes d'une maladie et doivent donc vendre leurs biens, comme du matériel agricole ou des animaux de ferme, ou encore hypothéquer leur terre pour maintenir une consommation minimale en dépit de leurs pertes de revenus marchands, tout cela pour payer les soins médicaux urgents. Cette réduction des biens de production peut les condamner à une misère persistante qui s'étendra au-delà de l'épisode aigu de maladie ; car il leur sera très difficile de rentabiliser de nouveau leurs activités de production. Le ménage endetté ne disposera pas de fonds de roulement nécessaires aux investissements à court terme qui lui permettraient de produire suffisamment pour rembourser ses dettes ; et il lui sera impossible d'emprunter sur ses futurs gains. Cet état de chose risque alors d'aggraver encore les conditions initiales favorables à la maladie.

A l'issue de cette revue de la littérature, nous retenons que la santé a un impact sur le niveau de vie des ménages. Les dépenses en soins de santé entraînent diverses conséquences sur les ménages.

B) Méthodologie de l'étude

Nous présentons ici, les outils méthodologiques que nous avons utilisés dans ce travail ainsi qu'une description de la base de données exploitée.

1- Les données de l'étude

Dans le but d'avoir des informations fiables et une analyse pertinente pour l'étude, nous avons mené des enquêtes appuyées par une recherche documentaire pour avoir les données suivantes.

a) Caractéristiques socio-économiques des ménages

Les modalités de financement des soins dépendent de la situation socio-économique des ménages. Comme il s'agit de comprendre comment les ménages démunis gèrent une situation imprévue, la stabilité de leur situation sociale est aussi importante que leur niveau de vie. Cette stabilité concerne non seulement leurs revenus, mais aussi leur réseau social. Les ménages urbains démunis peuvent aussi se détacher plus ou moins des réseaux traditionnels de solidarité, mais ils peuvent aussi en avoir constitué de nouveau.

Une typologie des situations socio-économiques pertinente sera construite à partir des résultats de l'enquête. Elle s'appuiera donc non seulement sur les critères usuels (revenu, taille du ménage, sexe du chef de ménage etc...), mais également sur des indicateurs de stabilité sociale (salaire réguliers, appartenance à des réseaux associatifs).

b) Motif d'hospitalisation

On peut supposer que les modalités de financement ne dépendent pas seulement du montant de la somme à réunir et de la position socio-économique du ménage, mais aussi du problème auquel ils font face. Selon la personne hospitalisée (âge, sexe, position dans la fratrie pour les enfants) et la cause de recours aux soins (accident, maladie, accouchement...); le chef de famille peut être incité à s'orienter vers telle ou telle solution de financement, tout simplement parce qu'il sait qu'un soutien est plus ou moins probable selon le problème.

c) Niveau des dépenses des soins hospitaliers

Les dépenses de soins hospitaliers sont représentées par les dépenses indirectes et les dépenses directes. Les dépenses indirectes sont constituées de frais de transport du malade et de son accompagnateur, également de frais d'alimentation du malade et de son accompagnateur puis de leur dépenses de communication. Celles qui ne sont pas prises en compte par les assurances ou par les services de la santé peuvent être aussi endossées autant que la facture d'hospitalisation, par le malade. La facture d'hospitalisation comprend en plus de la consultation, les frais d'opération, les frais de la chambre d'hospitalisation et les frais des médicaments. Selon le niveau des dépenses du malade, il pourrait découler des conséquences plus ou moins catastrophiques pour l'économie familiale.

d) Modes de financement des dépenses de soins hospitaliers

Les modalités de financement des soins vont avoir un impact différent selon qu'il s'agit d'une aide informelle, d'un financement propre du ménage ou d'un financement collectif formel. On distinguera donc les formes de financement suivantes.

Pour l'aide informelle :

- Aide de famille
- Aide d'un notable
- Collecte de voisinage

Pour le financement propre du ménage :

- Argent disponible
- Emprunts (gagés, non gagés)
- Ventes (produits de consommation, biens d'équipement).

Pour le financement collectif formel :

- Assurance maladie (mutuelle, fonction publique)

2- Echantillonnage

La population cible de notre étude est constituée par les ménages sortants et qui ont été hospitalisés à l'hôpital de zone de Menontin. La méthode d'échantillonnage adoptée a été non probabiliste. Nous avons fait un choix raisonné tenant compte de la durée d'hospitalisation. La taille de notre échantillon est de 100 malades hospitalisés.

3- Méthode de collecte des données

a) Collecte des données

Un hôpital a fait l'objet de notre investigation. Nous avons été au chevet des malades qui sont sur le point de sortir pour les questionner. Ensuite nous avons été au bureau des entrées ou à la facturation pour obtenir les factures d'hospitalisation. Au cours de cette première phase nous avons questionné les malades ou l'accompagnateur du malade. Ce questionnaire nous a permis d'obtenir des informations sur les caractéristiques socio-économiques des ménages, l'hospitalisation des malades ainsi que sur les différentes dépenses d'hospitalisation et leurs modalités de financement. Cette phase a duré du 16 Mars 2015 au 03 Avril 2015 et nous avons pu interroger 100 malades sortants suite à une hospitalisation à l'hôpital de zone de Menontin.

b) Présentation du questionnaire

Le questionnaire que nous avons utilisé pour la collecte des données et présenté en annexe est composé de quatre (04) sections, que sont :

- Identification du malade
- Caractéristiques socio-économique du ménage.
- Hospitalisation
- Dépenses d'hospitalisation et modalités de financement

Paragraphe 3 : Outils d'analyse

Pour vérifier nos hypothèses de travail, nous avons utilisé deux principaux outils à savoir l'analyse descriptive et l'analyse économétrique.

A) Analyse descriptive

Nous avons dans ce cadre, calculé certains indicateurs de position et de dispersion (moyenne, variance, quartiles, écart type, etc.) de réaliser des tableaux illustratifs et de tirer quelques conclusions.

B) Analyse économétrique

L'analyse économétrique nous permettra d'établir grâce au test non paramétrique Chi² de Pearson, les relations existantes entre la vulnérabilité des ménages et certaines variables liées à celle-ci.

CHAPITRE II : ANALYSE ECONOMIQUE DES MENAGES HOSPITALISES DE L'HOPITAL DE ZONE DE MENONTIN

Le présent chapitre est divisé en deux (02) sections. Dans un premier temps, nous allons présenter analyse à l'appui les résultats de notre enquête, ensuite nous aborderons les recommandations.

Section 1 : Présentation et analyse des résultats

Cette section est consacrée à la présentation, à l'analyse des résultats permettant d'évaluer les effets de certaines variables liées à la vulnérabilité socio-économique des ménages.

Paragraphe 1 : Analyse descriptive

Dans ce paragraphe, nous faisons une analyse descriptive des variables. Cette première analyse a été menée sur les caractéristiques socio-économiques des ménages, les raisons d'hospitalisation des malades et enfin sur les dépenses d'hospitalisation des ménage en réalisant différents tableaux illustratifs.

A) Caractéristiques socio-économiques des ménages

Les caractéristiques socio-économiques des ménages étudiées sont le sexe du chef de ménage, la catégorie professionnelle du chef de ménage, taille du ménage, le revenu du ménage et l'appartenance à un réseau social d ménage.

1- Sexe du chef de ménage

Tableau 3 : Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage

S	E	E	Ef
e	f	f	fec
x	f	f	tif
e	e	e	s
	c	c	cu
	t	t	m
	i	i	ul
	f	f	és
		e	en
		n	%
		%	
F	1	1	15
é	5	5	
m			
in			
in			

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

M a s c u l in	8 5	8 5	10 0,0 0
T ot al	1 0 0	1 0 0 , 0 0	

Source : Résultats des enquêtes

Suite à l'analyse du tableau 3, il ressort que 85% des ménages dont au moins l'un de leur membre a été hospitalisé sont dirigés par les hommes contre 15% dirigés par les femmes. On en déduit que la majorité des malades hospitalisés à l'HZM ont pour chef de ménage un homme.

2- Catégorie professionnelle du chef de ménage

Tableau 4 : Répartition des ménages hospitalisés selon la catégorie professionnelle du chef de ménage

Caté gorie profe ssion nelle	Eff ect if	E f f e c t i f e n %	E ff e ct if s c u m u l é e n %
Agri culte ur	15	1 5	1 5

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Artisan	14	1	2
Commerçant	22	2	5
Cadre	8	8	1
Ouvrier, Employé	31	3	9
Etudiant	3	3	0
Retraité	4	4	9
Autres	3	3	7
			1
			0
			0
			0
			0
			0
Total	100	100	100

Source : Résultats des enquêtes

Dans l'ensemble, 15% des ménages hospitalisés à l'HZM sont des agriculteurs, 14% des artisans, 22% des commerçants, 8% des cadres et 31% des ouvriers/employés. Les inactifs composés en général des retraités et des sans-emplois représentent 10% des chefs de ménage. On en déduit que la majorité des malades hospitalisés à l'HZM ont pour chef de ménage des ouvrier/employé et des commerçants.

3- Analyse descriptive des variables quantitatives

Tableau 5 : Résumé statistique des variables quantitatives

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

social	if	f	f
		e	e
		c	c
		t	t
		i	i
		f	f
		e	c
		n	u
		1	m
		0	u
		0	l
		%	é
			e
			n
			%
Appartient à un réseau social	21	2	2
		1	1
		%	%
N'appartient pas à un réseau social	79	7	1
		9	0
		%	0
			%
Total	100	1	
		0	
		0	
		%	

Source : Résultats des enquêtes

L'analyse de ce tableau nous révèle que 79% des ménages dont l'un au moins des membres a été hospitalisé, n'appartiennent à aucun réseau social contre 21% de ménages appartenant à un réseau social. On en déduit donc que très peu de ménages appartiennent à un réseau social.

B) Raisons d'hospitalisation

Les variables étudiées à ce niveau sont : le mode d'entrée des ménages à l'hôpital, le motif d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation.

1- Mode d'entrée à l'hôpital

Tableau 7 : Répartition des malades selon le mode d'entrée à l'hôpital

Mod	Eff	E	E
e	ect	f	f

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

d'ent rée à l'hôp ital	if	f e c t i f e n %	f e c t i f c u m u l é e n %
Cons ultati on	67	6 7 %	6 7 %
Urge nce	33	3 3 %	1 0 0 %
Total	100	1 0 0 %	

Source : Résultats des enquêtes

Il ressort du tableau 7 que dans l'ensemble, les consultations dominent et représentent 67% des modes d'entrée à l'hôpital. Elles sont suivies des urgences qui s'élèvent à 33%. Cela peut s'expliquer par le fait que les malades ne font pas vite recours aux hôpitaux pour une prise en charge à temps de la maladie ce qui fait que lorsqu'ils se rendent finalement dans un hôpital pour une consultation, ils sont alors hospitalisés. Plus la maladie traine plus les ménages courent le risque d'être hospitalisés au cours de la consultation.

2- Motif d'hospitalisation

Tableau 8a : Motif accident

A	Eff	E	E
c	ect	f	f
c	if	f	f

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

i d e n t		e c t i f e n %	e c t i f c u m u l é e n %
N o n	74	7 4 %	7 4 %
C i r c u l a t i o n	15	1 5 %	8 9 %
D o m e s t i q u	5	5 %	9 4 %

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

e			
T r a v a i l	6	6 %	1 0 0 %
T o t a l	10 0	1 0 0 %	

Source : Résultats des enquêtes

Les résultats du tableau 8a montrent que 15% des malades sont hospitalisés suite à un accident de circulation, 5% sont hospitalisés suite à un accident domestique et 6% sont hospitalisés suite à un accident de travail. D'après ces résultats, il ressort que sur l'ensemble des malades hospitalisés pour motif accident, 57,69% ont eu un accident de circulation, 19,23% ont eu un accident domestique et 23,07% ont eu un accident de travail. La principale cause d'hospitalisation des malades ayant eu un accident à l'HZM est donc dû aux accidents de circulation.

Tableau 8b : Motif accouchement

A c c o u c h e m e n t	E f f e c t i f	E f f e c t i f e n %	E f f e c t i f c u m u l
--	--------------------------------------	---	---

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

			é e n %
N o n	86	8 6 %	8 6 %
O u i	14	1 4 %	1 0 0 %
T o t a l	100	1 0 0 %	

Source : Résultats des enquêtes

L'analyse du tableau 8b montre que 14% des malades sont hospitalisés suite à un accouchement.

Tableau 8c : Motif maladie

Maladie	E f f e c t i f	E f f e c t i f %	Effe ctif cum ulé en %
Non	4 0	4 0 %	40%
Paludisme	3 2	3 2	72%

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

		%	
Diarrhée	2	2	74%
		%	
Choléra	9	9	83%
		%	
Infectieuses	5	5	88%
		%	
Cardiovasculaires	6	6	94%
		%	
Autres	6	6	100
		%	%
Total	100	100	
		%	

Source : Résultats des enquêtes

Suite aux résultats du tableau 8c, nous avons respectivement 32% des malades qui sont hospitalisés pour le paludisme, 2% pour la diarrhée, 9% pour le choléra, 5% pour les maladies infectieuses, 6% pour les maladies cardio-vasculaires et également 6% pour d'autres maladies. Le paludisme est donc la principale cause d'hospitalisation des malades pour le motif maladie.

En somme, il ressort de l'ensemble des trois (3) tableaux 8a, 8b et 8c que la maladie est la première cause d'hospitalisation des malades ensuite vient respectivement le motif accident et le motif accouchement. En effet, 60% des malades sont hospitalisés pour motif maladie et sont suivis des accidents qui représentent 26% des malades et enfin 14% sont hospitalisés suite à un accouchement.

3- Durée d'hospitalisation

Tableau 9 : Durée d'hospitalisation

D	Eff	E	E
u	ect	f	f
r	if	f	f
é		e	e
e		c	c
		t	t
e		i	i
n		f	f
			c
j		e	u
o		n	m
u			u

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

		%	l
			é
			e
			n
			%
[	40	4	4
1		0	0
;		%	%
3			
]			
[	33	3	7
3		3	3
;		%	%
5			
]			
P	27	2	1
l		7	0
u		%	0
s			%
d			
e			
5			
T	10	1	
o	0	0	
t		0	
a		%	
l			

Source : Résultats des enquêtes

L'analyse du tableau 9 montre que, 40% des malades ont été hospitalisés pendant un (1) à trois (3) jours ; 33% ont été hospitalisés pendant trois (3) à cinq (5) jours et 27% des malades ont été hospitalisés pendant plus de cinq (5) jours. En résumé, 60% des malades hospitalisés

ont fait au moins trois (3) jours contre 40% des malades qui ont été hospitalisés au moins pour une journée.

C) Dépenses d'hospitalisation et mode de financement des dépenses

1- Dépenses d'hospitalisation

Les dépenses d'hospitalisation représentent les sommes d'argent dépensés par les ménages durant l'hospitalisation de l'un des leurs. L'analyse du tableau 5 de la page 21 nous révèle que la facture moyenne d'une hospitalisation à l'HZM est égale à 143500 FCFA.

2- Mode de financement des dépenses d'hospitalisation

Tableau 10 : Mode de financement des dépenses d'hospitalisation

Mode de financement	Effectif	Effectif en %	Effectif cumulé en %
Aide informelle	48	48%	48%
Financement propre du ménage	91	91%	139%
Financement collectif formel	21	21%	160%
Total	160	160%	

Source : Résultats des enquêtes

Il ressort de l'analyse du tableau 10 que 48% des ménages font recours à une aide informelle pour financer leurs dépenses d'hospitalisation ; 91% utilisent les fonds propres du ménage tandis que 21% font recours au financement collectif formel. Ces résultats s'expliquent par le fait que certains ménages font recours à plus d'un mode de financement pour couvrir leur dépenses d'hospitalisation.

Paragraphe 2: Analyse économétrique

Nous analyserons ici l'effet de certaines variables sur la vulnérabilité des ménages. Cette analyse nous permettra d'établir grâce au test non paramétrique Chi2 de Pearson, les relations existantes entre la vulnérabilité des ménages et ces différentes variables. Les variables retenues à cet effet sont :

- Le sexe du chef de ménage
- La catégorie professionnelle du chef de ménage
- La taille du ménage
- Le revenu du ménage
- L'appartenance du ménage à un réseau social
- Le mode d'entrée du ménage à l'HZM
- Le motif d'hospitalisation du malade
- La durée d'hospitalisation du malade
- Le coût de l'hospitalisation du malade
- Le mode de financement des dépenses d'hospitalisation par le ménage.

1- Vulnérabilité et sexe du chef de ménage

Tableau 11 : Vulnérabilité et sexe du chef de ménage

Vulnérabilité	Sexe du chef de ménage		Total
	Masculin	Féminin	
Non vulnérable	15	3	18
Vulnérable	70	12	82
Total	85	15	100

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du sexe du chef de ménage

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du sexe du chef de ménage

Pearson Chi 2 = 0,048

P-value = 0,827

De l'analyse du tableau 11 nous pouvons dire que :

- 70 ménages sur 85 soit 82,35% des ménages dont leurs chefs sont des hommes sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 15 ménages sur 85 soit 17,64% non vulnérables.
- 12 ménages sur 15 soit 80% des ménages dont leurs chefs sont des femmes sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 3 ménages sur 15 soit 20% non vulnérables.

Nous pouvons donc dire que tous les ménages quel que soit le sexe du chef de ménage sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation. De plus, les résultats du test de chi2 montrent qu'il n'existe pas une relation de dépendance entre la vulnérabilité du ménage et le sexe du chef de ménage puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,827 ce qui est supérieur à 0,05. On accepte donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages ne dépend pas du sexe du chef de ménage.

2- Vulnérabilité et catégorie professionnelle du chef de ménage

Il s'agit de montrer la relation entre la vulnérabilité des ménages et la catégorie professionnelle du chef de ménage.

Tableau 12 : Vulnérabilité et catégorie professionnelle du chef de ménage

V	Catégorie professionnelle	T
u		o
l		t
n		a
é		l
r		

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

a b l e	A g r i c u l t e u r	A r t i s a n	C o m m e r c e n t	C a d r e	O u v r i e r / E m p l o y é	I n a c t i f s	
N o n v u l n é r a b l e	2	4	1 0	5	9	0	3 1
V u l n é r a b l	1 3	1 0	1 2	3	2 2	1 0	6 9

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

e							
T	1	1	2	8	3	1	1
o	5	4	2		1	0	0
t							0
a							
l							

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas de la catégorie professionnelle du chef de ménage.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend de la catégorie professionnelle du chef de ménage.

Pearson Chi 2 = 12,823

P-value = 0,025

L'analyse du tableau 12 nous a permis de déduire les informations ci- après :

- 13 ménages sur 15 soit 86,66% des ménages dont leurs chefs sont des agriculteurs sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 2 ménages sur 15 soit 13,33% non vulnérables.
- 10 ménages sur 14 soit 71,42% des ménages dont leurs chefs sont des artisans sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 4 ménages sur 14 soit 28,57% non vulnérables.
- 12 ménages sur 22 soit 54,54% des ménages dont leurs chefs sont des commerçants sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 10 ménages sur 14 soit 45,45% non vulnérables.
- 3 ménages sur 8 soit 37,5% des ménages dont leurs chefs sont des cadres sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 5 ménages sur 8 soit 62,5% non vulnérables.
- 22 ménages sur 31 soit 70,96% des ménages dont leur chef sont des ouvriers ou des employés sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 9 ménages sur 22 soit 29,03 non vulnérables.
- La totalité des ménages dont leurs chefs sont des inactifs sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation.

Dans l'ensemble nous pouvons donc dire que la catégorie professionnelle du chef de ménage influe sur la vulnérabilité du ménage suite aux dépenses d'hospitalisation. Notons aussi que les inactifs sont les plus vulnérables et les cadres sont les moins vulnérables. De plus, les résultats du test de chi2 montrent qu'il existe une relation de dépendance entre la vulnérabilité du ménage et la catégorie professionnelle du chef de ménage car la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,025 ce qui est inférieur 0,05. On rejette donc l'hypothèse nulle

(H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages dépend de la catégorie professionnelle du chef de ménage.

3- Vulnérabilité et taille du ménage

Tableau 13 : Vulnérabilité et taille du ménage

Vulnérabilité	Taille du ménage			Total
	[2 ; 6[	[6 ; 11[	[11 ; 21[
Non vulnérable	22	9	0	31
Vulnérable	25	37	7	69
Total	47	46	7	100

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas de la taille du ménage

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend de la taille du ménage

Pearson Chi 2 = 11,448

P-value = 0,003

De l'analyse du tableau 13 nous pouvons dire que :

- 25 ménages sur 47 soit 53,19% des ménages dont la taille est comprise entre 2 et 6 personnes sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 22 ménages sur 47 soit 46,80% non vulnérables.
- 37 ménages sur 46 soit 80,43% des ménages dont la taille est comprise entre 6 et 11 personnes sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 9 ménages sur 46 soit 19,56% non vulnérables.
- La totalité des ménages dont la taille est comprise entre 11 et 22 personnes sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation.

Nous pouvons donc dire que plus la taille du ménage est élevée, plus le ménage est vulnérable aux dépenses d'hospitalisation. Les résultats du test de chi2 entre la vulnérabilité du ménage et sa taille nous révèlent qu'il existe une relation de dépendance entre la vulnérabilité et la taille du ménage puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,003 ce qui est inférieur 0,05. On rejette donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages dépend de la taille du ménage.

4- Vulnérabilité et revenu du ménage

Tableau 14 : Vulnérabilité et revenu du ménage

Vulnérabilité	Revenu mensuel du ménage				Total
	Inférieur à 10000	[10000 ; 30000[	[30000 ; 60000[	60000 et plus	
Non vulnérable	0	4	13	18	35
Vulnérable	10	18	30	7	65
Total	10	22	43	25	100

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du revenu mensuel du ménage

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du revenu mensuel du ménage

Pearson Chi 2 =23,593

P-value = 0,000

De l'analyse du tableau 14 nous pouvons dire que :

- La totalité des ménages dont le revenu mensuel est inférieur à 10000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation.
- 18 ménages sur 22 soit 81,81% des ménages dont le revenu mensuel est compris entre 10000FCFA et 30000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 4 ménages sur 22 soit 18,18% non vulnérables.
- 30 ménages sur 43 soit 69,76% des ménages dont le revenu mensuel est compris entre 30000FFA et 60000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 13 ménages sur 43 soit 30,23% non vulnérables.
- 7 ménages sur 25 soit 28% des ménages dont le revenu mensuel est supérieur à 60000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 18 ménages sur 25 soit 72% non vulnérables.

Ces analyses nous révèlent que plus le revenu du ménage est élevée, moins le ménage est vulnérable aux dépenses d'hospitalisation. En effet, les résultats du test de chi2 entre la vulnérabilité du ménage et le revenu mensuel du ménage montrent qu'il existe une relation de dépendance entre la vulnérabilité du ménage et son revenu mensuel puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,000 ce qui est inférieur 0,05. On rejette donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages dépend du revenu mensuel du ménage.

5- Vulnérabilité et appartenance à un réseau social

Nous allons étudier ici la relation entre la vulnérabilité et l'appartenance à un réseau social du ménage.

Tableau 15 : Vulnérabilité et appartenance à un réseau social

Vulnérabilité	Appartenance à un réseau social		Total
	Appartie	N'appartie pas	
Non	5	8	13

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

vulné rable			3
Vulné rable	16	71	8
Total	21	79	1
			0
			0

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas de l'appartenance du ménage à un réseau social.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend de l'appartenance du ménage à un réseau social.

Pearson Chi 2 = 2,746

P- value = 0,097

Il ressort de l'analyse du tableau 15 que :

- 16 ménages sur 21 soit 76,19% des ménages appartenant à un réseau social sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 5 ménages sur 21 soit 23,80% ménages non vulnérables.
- 71 ménages sur 79 soit 89,87% des ménages n'appartenant pas à un réseau social sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 8 ménages sur 79 soit 10,12% sont non vulnérables.

Ces différentes informations nous permettent de déduire ce qui suit : l'appartenance ou non des ménages à un réseau social ne permet pas d'expliquer leur vulnérabilité. Par ailleurs, les résultats du test de chi2 entre la vulnérabilité des ménages et l'appartenance à un réseau social montrent qu'il n'existe pas une relation de dépendance entre la vulnérabilité des ménages et l'appartenance à un réseau social puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,097 ce qui est supérieur à 0,05. On accepte donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages ne dépend pas de l'appartenance du ménage à un réseau social.

6- Vulnérabilité et mode d'entrée à l'hôpital

Tableau 16 : Vulnérabilité et mode d'entrée à l'hôpital

Vulné rabi té	Mode d'entrée à l'hôpital		T o t a l
	Cons ultati on	Ur ge nc e	
Non vulné rable	17	13	1 2
Vulné	50	20	8

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Tableau 16			8
Total	67	33	1
			0
			0

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du mode d'entrée à l'hôpital des ménages.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du mode d'entrée à l'hôpital des ménages.

Pearson Chi 2 = 2,07

P-value = 0,150

Il ressort du tableau 16 les données suivantes :

- 50 ménages sur 67 soit 74,62% des ménages dont l'un des leurs a été hospitalisé suite à une consultation sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 17 ménages sur 67 soit 25,37% non vulnérables.
- 20 ménages sur 33 soit 60,60% des ménages dont l'un des leurs entre à l'hôpital par urgence sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 13 ménages sur 33 soit 33,33% non vulnérables.

L'analyse des données ci-dessus nous permettent de déduire que la majorité des ménages dont l'un des leurs a été hospitalisé sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation quel que soit leur mode d'entrée à l'hôpital. Les résultats du test de chi2 entre la vulnérabilité des ménages et leur mode d'entrée à l'hôpital nous montrent également qu'il n'existe pas une relation de dépendance entre la vulnérabilité et le mode d'entrée du ménage à l'hôpital puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,150 ce qui est supérieur à 0,05. On accepte donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages ne dépend pas du mode d'entrée à l'hôpital.

7- Vulnérabilité et motif d'hospitalisation

Tableau 17 : Vulnérabilité et motif d'hospitalisation

Vulnérabilité	Motif d'hospitalisation			Total
	Accident	Accouchement	Maladie	
Non vulnérable	10	11	10	31
Vulnérable	16	3	50	69
Total	26	14	60	100

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du motif d'hospitalisation du malade.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du motif d'hospitalisation du malade.

Pearson Chi 2 = 21,251

P-value = 0,000

L'analyse du tableau 17 nous permet de déduire les informations suivantes :

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

- 16 ménages sur 26 soit 61,53% des ménages dont l'un des leurs a été hospitalisé pour motif accident sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 10 ménages sur 26 soit 38,46% non vulnérables.
- 3 ménages sur 14 soit 21,42% des ménages dont l'un de leur membre a été hospitalisé pour motif accouchement sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 11 ménages sur 14 soit 78,57% non vulnérables.
- 50 ménages sur 60 soit 83,33% des ménages dont l'un des leurs a été hospitalisé pendant plus de cinq jours sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 10 ménages sur 60 soit 16,66% non vulnérables.

Il ressort de ces informations que la vulnérabilité des ménages peut être expliquée par le motif d'hospitalisation du malade. En effet, les résultats du test de chi2 entre la vulnérabilité et le motif d'hospitalisation des malades montrent qu'il existe une relation de dépendance entre la vulnérabilité du ménage et le motif d'hospitalisation des malades puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale 0,000 ce qui est inférieur à 0,05. On rejette donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages dépend du motif d'hospitalisation du malade.

8- Vulnérabilité et durée d'hospitalisation

Tableau 18 : Vulnérabilité et durée d'hospitalisation

Vulnérabilité	Durée d'hospitalisation en jours			Total
	[1 ; 3]	[3 ; 5]	Plus de 5	
Non vulnérable	3	2	5	8
Vulnérable	3	0		4
	7	1	2	1
		3	2	6

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Tota	4	3	2	1
I	0	3	7	0
				0

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas de la durée d'hospitalisation du malade.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend de la durée d'hospitalisation du malade.

Pearson Chi 2 = 27,226

P-value = 0,000

L'analyse du tableau 18 nous permet de déduire :

- 7 ménages sur 40 soit 17,5% des ménages dont l'un des leurs a été hospitalisé pour une durée de un à trois jours sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 33 ménages sur 40 soit 82,5% non vulnérables.
- 13 ménages sur 33 soit 39,39% des ménages dont l'un de leur membre a été hospitalisé pour une durée de trois à cinq jours sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 20 ménages sur 33 soit 60,60% non vulnérables.
- 22 ménages sur 27 soit 81,48% des ménages dont l'un des leurs a été hospitalisé pendant plus de cinq jours sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 5 ménages sur 27 soit 18,51% non vulnérables.

On constate donc que la vulnérabilité des ménages aux dépenses d'hospitalisation évolue proportionnellement avec la durée d'hospitalisation de leur membre. De plus, les résultats du test de chi2 nous révèlent qu'il existe une relation de dépendance entre la vulnérabilité des ménages et la durée d'hospitalisation du malade puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est 0,000 ce qui est inférieur à 0,05. On rejette donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages dépend de la durée d'hospitalisation du malade.

9- Vulnérabilité et coût d'hospitalisation

Tableau 19 : Vulnérabilité et coût d'hospitalisation

Vulnérabilité	Coût d'hospitalisation				Total
	Inférieur à 50000	[50000 ; 100000 [	[100000 ; 150000[	150000 et plus	
Non vulnérable	20	8	2	1	31
Vulnérable	10	30	6	23	69
Total	30	38	8	24	100

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du coût d'hospitalisation du malade.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du coût d'hospitalisation du malade.

Pearson Chi 2 = 27,813

P-value = 0,000

L'analyse du tableau 19 nous permet de déduire :

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

- 10 ménages sur 30 soit 33,33% des ménages dont les dépenses d'hospitalisation sont inférieurs à 50000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 20 ménages sur 30 soit 66,66% non vulnérables.
- 30 ménages sur 38 soit 78,94% des ménages dont les dépenses d'hospitalisation sont comprises entre 50000FCFA et 100000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 8 ménages sur 38 soit 21,05% non vulnérables.
- 6 ménages sur 8 soit 75% des ménages dont les dépenses d'hospitalisation sont comprises entre 100000FCFA et 150000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 2 ménages sur 8 soit 25% non vulnérables.
- 23 ménages sur 24 soit 95,82% des ménages dont les dépenses d'hospitalisation sont supérieurs à 150000FCFA sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisation contre 1 ménage sur 24 soit 4,166 non vulnérables.

On constate donc que plus les dépenses d'hospitalisation augmentent, plus le ménage devient vulnérable aux dépenses d'hospitalisation. De plus, les résultats du test de chi2 montrent qu'il existe une relation de dépendance entre la vulnérabilité et les dépenses d'hospitalisation puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est 0,000 ce qui est inférieur à 0,05. On rejette donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages dépend de la durée d'hospitalisation du malade.

10- Vulnérabilité et mode de financement des dépenses

Nous étudierons la relation entre la vulnérabilité et l'aide informelle, le financement collectif formel et le financement propre du ménage.

a) Vulnérabilité et l'aide informelle

Tableau 20 : Vulnérabilité et l'aide informelle

V u l n é r a b i l i	Aide informelle				T o t a l
	A i d e d e l a	A i d e d e , u n	C o l l e c t i f	A u t r e s	

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

t é	f a m i l l e	n o t a b l e	e v o i s i n a g e		
N o n v u l n é r a b l e	5	2	3	7	1 4
V u l n é r a b l e	2 5	5	8	4 5	8 6
T o t	3 0	7	1 1	5 2	1 0 0

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

a					
l					

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du financement par l'aide informelle des dépenses d'hospitalisation des ménages.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du financement par l'aide informelle des dépenses d'hospitalisation des ménages.

Pearson Chi 2 = 1,951

P-value = 0,583

Suite à l'analyse du tableau 20 nous pouvons déduire :

- 25 ménages sur 30 soit 83,33% des ménages qui ont utilisé l'aide de la famille pour financer leurs dépenses d'hospitalisation sont vulnérables à ces dépenses contre 5 ménages sur 30 non vulnérables.
- 5 ménages sur 7 soit 71,42% des ménages qui ont utilisé l'aide des notables pour financer leur dépense d'hospitalisation sont vulnérables à ces dépenses contre 2 ménages sur 7 soit 28,57% non vulnérables.
- 8 ménages sur 11 soit 72,72% des ménages qui ont financé leurs dépenses par la collecte de voisinage sont vulnérables à ces dépenses contre 3 manages sur 11 soit 27,27% non vulnérables.
- 45 ménages sur 52 soit 86.53% des ménages qui ont utilisé d'autres types de financement autre que l'aide informelle vulnérables à ces dépenses contre 7 ménages sur 45 soit 13,46% non vulnérables.

Les résultats du test de chi2 montrent qu'il n'y a aucune relation de dépendance entre la vulnérabilité et l'aide informelle puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,583 ce qui est supérieur à 0,05. On accepte donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages ne dépend donc pas du financement par l'aide informelle des dépenses d'hospitalisation des ménages.

b) Vulnérabilité et financement propre du ménage

Tableau 21 : Vulnérabilité et financement propre du ménage

V ul né ra bi	Financement propre du ménage				T o t a l
	Argent disponible	E m p r	V e n t	Autr es	

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

lit é		u n t s	e d e b i e n s		
N o n v ul né ra bl e	4	3	0	6	1 6
V ul né ra bl e	2 4	3 2	2 8	3	8 4
T ot al	2 8	3 5	2 8	9	1 0 0

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du financement propre des dépenses d'hospitalisation par les ménages.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du financement propre des dépenses d'hospitalisation par les ménages.

Pearson Chi 2 = 27,750

P-value = 0,000

L'analyse du tableau 21 nous révèle :

- 24 ménages sur 28 soit 85,71% des ménages dont l'un des leurs a été hospitalisé et qui ont financé leur dépenses d'hospitalisation par argent disponible sont vulnérables à ces dépenses contre 4 ménages sur 28 soit 14,28% non vulnérables.

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

- 32 ménages sur 35 soit 91,42% des ménages qui ont financé les dépenses d'hospitalisation de l'un des leurs par emprunts sont vulnérables à ces dépenses contre 3 ménages sur 35 soit 8,57% non vulnérables.
- La totalité des ménages soit 100% des ménages qui ont financé les dépenses d'hospitalisation de l'un des leurs par ventes de leur bien sont vulnérables à ces dépenses.
- 3 ménages sur 9 soit 33,33% des ménages qui ont utilisé d'autres types de financement autre que le financement propre du ménage sont vulnérables à ces dépenses contre 6 ménages sur 9 soit 66,66% non vulnérables.

Suite à l'analyse des informations ci-dessus, nous pouvons dire que le financement par les fonds propres du ménage les vulnérabilise. De plus, les résultats du test de chi2 entre la vulnérabilité du ménage et le financement par les fonds propres du ménage montrent qu'il existe une relation de dépendance entre la vulnérabilité des ménages et le mode de financement des dépenses par fond propre puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 est égale à 0,000 ce qui est inférieur 0,05. On rejette donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages dépend du financement des dépenses d'hospitalisation par les fonds propre du ménage.

c) Vulnérabilité et financement collectif formel

Tableau 22 : Vulnérabilité et financement collectif formel

Vulnérabilité	Financement collectif formel		Total
	A	A	
Non vulnérable	3	1	4
Vulnérable	18	6	24

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

le		8	
Total	21	7	100
		9	

Source : Résultats des enquêtes

H0 : La vulnérabilité des ménages ne dépend pas du financement collectif formel des dépenses d'hospitalisation par les ménages.

H1 : La vulnérabilité des ménages dépend du financement collectif formel des dépenses d'hospitalisation par les ménages.

Pearson Chi 2 = 0,002

P-value = 0,966

Il ressort de l'analyse de ce tableau 22 les informations suivantes :

- 18 ménages sur 22 soit 85,71% des ménages ayant financé leurs dépenses d'hospitalisation par assurance maladie sont vulnérables à ces dépenses contre 3 ménages sur 21 soit 14,28% non vulnérables.
- 68 ménages sur 79 soit 86,07% ayant ont utilisé d'autres types de financement que le financement collectif formel sont vulnérables à ces dépenses contre 11 ménages sur 68 soit 16,17% non vulnérables.

Les résultats du test de chi2 nous révèlent qu'il n'existe aucune relation de dépendance entre la vulnérabilité des ménages et le financement collectif formel puisque la probabilité liée à la statistique de chi2 entre la vulnérabilité des ménages et financement collectif formel des dépenses d'hospitalisation est égale à 0,966 ce qui est supérieur à 0,05. On accepte donc l'hypothèse nulle (H0) et on conclut au seuil de 5% que la vulnérabilité des ménages ne dépend donc pas du financement collectif formel des dépenses d'hospitalisation par les ménages.

Au terme de ces différentes analyses, nous pouvons conclure que les déterminants de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation sont :

- ✓ La catégorie professionnelle du chef de ménage
- ✓ La taille du ménage
- ✓ Le revenu du ménage
- ✓ Le motif d'hospitalisation du malade
- ✓ La durée de l'hospitalisation
- ✓ Le financement des dépenses d'hospitalisation par les fonds propres du ménage

Section 2 : Recommandations

Cette étude sur l'impact des dépenses de soins hospitaliers des ménages urbains a mis en exergue les différents déterminants de la vulnérabilité des ménages face aux dépenses d'hospitalisation. Il paraît donc opportun de faire des recommandations à l'endroit des décideurs, des partenaires en matière de développement et de politique de santé ceci sans oublier les consommateurs des services de soins.

A) A l'endroit de l'Etat et des partenaires d'aide au développement

1- A l'endroit de l'Etat Béninois

Afin de lutter contre la vulnérabilité des ménages aux dépenses d'hospitalisation, l'Etat Béninois a son rôle à y jouer. Ainsi, l'Etat béninois devrait :

- ✓ Renforcer les systèmes de financement permettant l'accès équitable des pauvres aux services de santé notamment à l'hôpital ;
- ✓ Accroître les budgets alloués aux hôpitaux pour leur permettre de baisser leurs tarifs ;
- ✓ Renforcer la capacité des services sociaux afin de permettre la prise en charge des personnes indigentes.

2- A l'endroit des partenaires d'aide au développement

A l'endroit des partenaires nous faisons les propositions suivantes :

- ✓ Accroître l'aide accordée à la réalisation des OMD relatifs à la santé et à la réduction de la pauvreté ;
- ✓ Œuvrer à l'amélioration des capacités d'analyse des effets socio-économiques, afin de connaître les processus d'exclusion produits par le recours aux soins.

B) A l'attention des responsables des hôpitaux et des ménages

1- A l'attention des responsables de l'HZM et des autres hôpitaux

Sur la base des résultats de notre étude, nous recommandons aux responsables de l'HZM ainsi qu'aux responsables des autres centres de santé de :

- ✓ Réviser les prix des différentes prestations à la baisse afin que les factures ne soient pas trop élevées et difficiles à supporter pour les ménages ;
- ✓ Mettre en place un service d'orientation et d'information sur les tarifs pratiqués et sur l'existence d'un service social auquel le ménage peut recourir en cas de besoin ;

- ✓ Mettre en place un système de prix basé sur l'équité contributive verticale selon le niveau socioéconomique des malades ;
- ✓ Envisager un système de prépaiement forfaitaire pour s'assurer les complications de l'accouchement.

2- A l'attention des ménages

Les ménages quant à eux devraient :

- ✓ Envisager la mise en place d'une mutuelle de santé pour les soins d'hospitalisation afin d'amoindrir les conséquences des dépenses d'hospitalisation ;
- ✓ Pour les femmes en état de grossesse, faire des consultations prénatales afin d'éviter des complications au cours de l'accouchement car les accouchements compliqués sont la première cause de vulnérabilité des ménages.
- ✓ Faire des planifications familiales afin de contrôler les naissances au sein du ménage.

Conclusion

L'objectif général de la présente étude est d'analyser les déterminants de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation. Pour atteindre cet objectif nous avons été au chevet des malades qui ont été hospitalisés à l'HZM pour leur administrer un questionnaire. Ce questionnaire nous a permis d'obtenir des informations sur les caractéristiques socio-économiques du ménage, l'hospitalisation du malade ainsi que sur le niveau des dépenses et les modalités de financement de ces dépenses. Nous avons pu interroger 100 malades hospitalisés à l'HZM de la ville de Cotonou, soit un total de 100 ménages.

Pour vérifier nos hypothèses de travail, nous avons dans un premier temps mené une analyse descriptive, ensuite nous avons réalisé le test Chi 2 de Pearson pour chacune des variables retenues afin de tester l'indépendance entre ces variables et la vulnérabilité des ménages.

L'analyse descriptive nous a permis de calculer des paramètres de position et de dispersion tels que les moyennes, la variance, l'écart type, de réaliser des tableaux illustratifs et d'aboutir à des conclusions. L'analyse économétrique quant à elle nous a permis d'établir grâce au test non paramétrique Chi2 de Pearson, les relations existantes entre la vulnérabilité des ménages et les différentes variables retenues.

En résumé, la catégorie professionnelle du chef de ménage, la taille du ménage, le revenu du ménage, le motif d'hospitalisation, la durée d'hospitalisation et le financement des dépenses d'hospitalisation par les fonds propres du ménage sont les déterminants de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation.

Il paraît donc opportun suite à ces résultats de faire quelques suggestions à l'endroit des décideurs, des partenaires en matière de développement et de politique de santé, sans oublier les consommateurs des services de soins.

Cependant, la présente étude a connu, au cours de sa réalisation quelques difficultés qui peuvent constituer une limite à la portée des résultats obtenus. Une première difficulté est liée au fait qu'il est très difficile de mesurer les dépenses de soins des ménages en Afrique notamment au Bénin où la majeure partie de la population n'a aucune notion comptable de ses

dépenses courantes en particulier les dépenses de santé. Une deuxième difficulté est la non prise en compte d'une plus grande proportion de la population, faute de moyen. Néanmoins, la taille de notre échantillon, même si elle n'est pas trop élevée, permet d'approcher de manière substantielle les déterminants les plus fréquentes de la vulnérabilité socio-économique des ménages suite aux dépenses de soins d'hospitalisation. Une étude plus poussée sur la question serait souhaitable.

Références bibliographiques

Aghion Philippe, Peter Howitt et Fabrice Murin (2012) «The relationship between health and growth : when Lucas meets Nelson-Phelps», *Review of Economic and Institutions*, Vol 2, N°1, hiver.

Alok Bhargava (université de Houston)

Banque Mondiale (2000), "Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale", Luxembourg, communautés européennes.

Barro Robert et Xavier Sala-i-Martin (1992), « Convergence », *Journal of Political Economy*, vol. 100, n° 2.

Basenya Olivier (2003), «Analyse des conséquences économiques pour les malades des prescriptions irrationnelles des médicaments dans les structures de soins de la région de Dakar», Mémoire DSES, Décembre 2003.

Bloom David E., David Canning et J. Sevilla (2004), «The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach», *World Development*, Vol. 32 (Janvier), p. 1–13.

Bloom David E., David Canning, et Pia Malaney (2000), «Demographic Change and Economic Growth in Asia», *Supplement to Population and Development Review*, Vol. 26, p. 257–90.

Bloom David E. *et al*, Mars (2004), «Finance et développement», *Bilan de santé* volume 41, N°1.

Flori A. Yves (2000), «Financement des politiques de santé» Mars 2000 n°30.

Gagniahossou Eric et Quenum Taïrou Afissou, 2007, «La contribution des dépenses publiques de santé et du revenu par habitant à l'amélioration de la santé des populations : cas du Bénin» M. Maîtrise : Economie : FASEG/UAC.

Gary Becker (1964), Human Capital,

Haddad Salim et Nougatara Adrien (2004), «Equité du financement de la santé au Burkina Faso».

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Houndjo Eddy N., «Etude des déterminants et de l'ampleur de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de la clientèle du CNHU» M. Maitrise : Economie de la santé FASEG/UAC.

Koné Georges, «Etude des déterminants de la vulnérabilité et de l'ampleur socio-économique des ménages suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de la clientèle de HALD et du HOGGY» M. DESS : Economie de la santé : Institut de recherche pour le développement - Hann (Dakar).

Kpodar (2007), Econométrie sous stata

Sossou Gilles Armand (2011), «Equité et efficacité des mécanismes de financement de la santé au Bénin : laboratoire d'Economie d'Orléans, Faculté de Droit d'Economie et de Gestion », p64-66.

Unicef (2004) «Qualité et accès aux soins en milieu urbain Coopération Française»

Wagstaff Adam et Van Doorslaer E, Banque Mondiale (2001) «Paying for health care».

ANNEXE

Questionnaire d'enquête sur les ménages hospitalisés à l'Hôpital de zone de Menontin dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de licence professionnelle en Economie et Gestion des Structures Sanitaires

Objectif : Etudier la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation

Questionnaire

N°	Questions	Codes
I- Identification du malade		
Q1	Commune : Arrondissement : Village/Quartier : Contact : Nom : Prénom : Age : Sexe : Situation matrimoniale : Profession :	
II- Caractéristiques socio-économique du ménage		
Q2	Quel est le sexe du chef de ménage ? 1-Masculin 2-Féminin	<input type="text"/>
Q3	Quelle est la catégorie professionnelle du chef de ménage ? 1-Agriculteur 2-Artisan 3-Commerçant 4-Cadre 5- Ouvrier, Employé 6- Etudiant 7-Retraité 8-Autres	<input type="text"/>
Q4	Quelle est la taille du ménage ?	<input type="text"/>
Q5	Combien d'enfants sont encore à la charge du ménage ?	<input type="text"/>

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Q6	A combien estimez-vous le revenu mensuel du ménage ? 1-< 10000 FCFA 2- [10000 ; 30000 [FCFA 3- [30000 ; 60000 [FCFA 4- 60000 FCFA et plus	<input type="text"/>
Q7	Disposez-vous d'une assurance maladie ? 1-Oui 2-Non	<input type="text"/>
Q8	Si oui à Q7, quelle est sa nature ? 1-Formelle 2-Informelle	<input type="text"/>
Q9	Quel est le nom de votre compagnie ou groupement d'assurance ?	
Q10	A combien remonte votre prime d'assurance?	<input type="text"/>
Q11	A quelle hauteur votre compagnie d'assurance couvre-t-elle vos dépenses d'hospitalisation ? 1-100% 2-75% 3-50% 4-25% 5-15% 6-Autres	<input type="text"/>
III- Hospitalisation		
Q12	Quel est votre mode d'entrée à l'HZM ? 1-Consultation 2-Urgence	<input type="text"/>
Q13	Quel est le coût de la consultation ?	
Q14	Depuis combien de jours êtes-vous hospitalisé ? 1-Une journée 2-Deux jours 3-Trois jours 4-Quatre jours 5-Cinq jours 6-Plus	<input type="text"/>

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Q15	<p>Quel est le motif de votre hospitalisation ?</p> <p>1-Accident de circulation 2-Accident domestique 3-Accident de travail 4-Accouchement 5-Paludisme 6-Diarrhée 7-Choléra 8-Maladies infectieuses 9-Maladies cardiovasculaires 10-Autres</p>	<input type="text"/>
Q16	<p>Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?</p> <p>1-Oui 2-Non</p>	<input type="text"/>
Q17	<p>Si oui à Q16, combien a-t-elle coûté ?</p>	<input type="text"/>
IV- Dépenses d'hospitalisation et modalités de financement		
Q18	<p>Quel est le coût de votre chambre d'hospitalisation ?</p>	<input type="text"/>
Q19	<p>Combien avez-vous dépensé approximativement pour l'acquisition des médicaments qui vous ont été prescrits ?</p>	<input type="text"/>
Q20	<p>Comment avez-vous financé vos dépenses d'hospitalisation ?</p> <p>1-Argent disponible 2-Assurance maladie 3-Emprunts 4-Vente de biens (mobiles ou immobiliers) 5-Aide de la famille 6-Aide d'un notable 7-Collecte de voisinage 8-Autres</p>	<input type="text"/>
Q21	<p>Que pensez-vous du coût des différentes prestations de l'HZM ?</p> <p>1-Très chers 2-Chers 3-Moins chers 4-Abordables</p>	<input type="text"/>

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

Tableau 1 : Etat statistique du personnel de l'HZM par catégories socio-professionnelles

2014

Catégorie socio-professionnelle	Statuts				TOTAL
	Permanents		Collaborateur Extérieur		
	F	M	F	M	
Médecin	4	5	1	3	13
Médecin Gynécologue	0	2	2	5	9
Médecin Santé au travail	0	1	0	0	1
Médecin Chirurgien	0	1	0	1	2
Médecin Radiologue	0	0	0	1	1
Médecin Ophtalmologiste	0	0	1	2	3
Médecin ORL	0	0	0	2	2
Médecin Cardiologue	0	0	1	2	3
Médecin Pédiatre	0	0	0	2	2
Médecin Dermatologue	0	0	1	0	1
Médecin Neuro Chirurgien	0	0	0	1	1
Médecin Diabétologue	0	0	0	0	0
Médecin Anesthésiste	0	1	0	0	1
Chirurgien-Dentiste	1	0	0	1	2
Prothésiste	0	0	0	0	0
Technicien de labo niveau A	0	0	0	0	0
Technicien de labo niveau B	2	3	0	0	5
Ingénieur des travaux laboratoire	1	1	0	0	2
Inspecteur d'action sanitaire laboratoire	0	2	0	0	2
Technicien supérieur de radio	2	2	1	0	5
Infirmier anesthésiste réanimateur	1	2	0	0	3
Sage-femme anesthésiste réanimateur	1	0	0	0	1
Kinésithérapeute	1	0	0	0	1
Infirmier diplômé d'Etat	12	13	0	0	25
Sage-femme	13	0	0	0	13
Assistante sociale	2	0	0	0	2
Infirmier de santé	12	2	0	0	14
Aide-soignant	52	10	0	0	62
Agent d'entretien	1	13	0	0	14
Comptable	2	2	0	0	4
Maintenancier	1	1	0	0	1
Magasinier	1	1	0	0	2
Administrateur	0	1	0	0	1
Gestionnaire de stocks et de logistique	0	1	0	0	1
Conducteur véhicules hospitaliers	0	4	0	0	4
Chargé des ressources humaines	0	1	0	0	1
Assistante de service	1	0	0	0	1

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

administratif					
Analyste programmeur	0	1	0	0	1
Agent de statistique	1	1	0	0	2
Standardiste	1	0	0	0	1
Secrétaire	4	0	0	0	4
TOTAL	115	71	07	20	213
Total /Statut	186		27		213

Source : AMSM

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT.....	I
SOMMAIRE.....	II
DEDICACE 1.....	III
DEDICACE 2.....	IV
REMERCIEMENTS.....	V
LISTE DES SIGLES ET ACROYMES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES GRAPHIQUES.....	VII
RESUME.....	VIII
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET THEORIQUE DE L'ETUDE.....	3
Section 1 : Présentation de l'Hôpital de Zone de MENONTIN	3
Paragraphe 1 : Historique, cadre institutionnel et missions de l'HZM.....	3
A) Historique et cadre institutionnel de l'HZM.....	3
B) Missions de l'HZM.....	4
Paragraphe 2 : Structure organisationnelle, activités et ressources de l'hôpital de zone de Menontin.....	4
A) Structure organisationnelle de l'HZM.....	4
B) Activités de l'HZM.....	5
C) Les ressources de fonctionnement de l'HZM.....	5
.....	5
1- Les ressources humaines.....	6
2- Les ressources financières.....	6
3- Les ressources matérielles.....	6

Section 2 : Déroulement du stage.....	7
Paragraphe 1 : Attributions du SAE et travaux effectués.....	7
A) Attributions du SAE.....	7
B) Travaux effectués.....	8
1- Travaux effectués à la DAM.....	8
a) Travaux effectués à la division de l'approvisionnement.....	8
b) Travaux effectués à la division du magasin.....	8
2- Travaux effectués à la DRH.....	9
Paragraphe 2 : Observations de stage, difficultés rencontrés et approches de solutions.....	9
A) Observations de stage.....	9
B) Difficultés rencontrés.....	9
C) Approches de solutions aux difficultés rencontrées.....	10
Section 3 : Cadre théorique de l'étude.....	10
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs, hypothèses de l'étude et clarification conceptuelle.....	10
A) Problématique.....	10
B) Objectifs et hypothèses de l'étude.....	11
C) Clarification conceptuelle, Revue de littérature et Méthodologie de l'étude.....	12
1- Clarification conceptuelle.....	12
a) Vulnérabilité.....	12
b) Soins hospitaliers.....	12

c) Ménage.....	12
d) Dépense....	13
e) Dépense de soins hospitaliers	13
f) Dépense Totale Globale du ménage (DTG)	13
g) Revenu.....	13
Paragraphe 2 : Revue de littérature et méthodologie de l'étude.....	13
A) Revue de littérature.....	13
1- Santé et PIB.....	13
2- Accessibilité aux soins et source de financement.....	15
3- Conséquences économiques des prescriptions irrationnelles de médicaments.....	16
B) Méthodologie de l'étude.....	17
1- Les données de l'étude.....	17
a) Caractéristique socio-économique des ménages.....	17
b) Motif d'hospitalisation.....	17
c) Niveau des dépenses des soins hospitaliers.....	18
d) Modes de financement des dépenses de soins hospitaliers.....	18
2- Echantillonnage.....	18

3- Méthode de collecte des données.....	
.....19	
a) Collecte des données.....	19
b) Présentation du questionnaire.....	19
CHAPITRE II : ANALYSE ECONOMIQUE DES MENAGES HOSPITALISES DE L'HOPITAL DE ZONE DE MENONTIN.....	20
Section 1 : Présentation et analyse des résultats.....	20
Paragraphe 1 : Analyse descriptive.....	20
A) Caractéristiques socio-économiques des ménages.....	20
1- Sexe du chef de ménage.....	20
2- Catégorie professionnelle du chef de ménage.....	21
3- Analyse descriptive des variables quantitatives.....	21
4- Appartenance à un réseau social.....	22
B) Raisons d'hospitalisation.....	22
1- Mode d'entrée à l'hôpital.....	22
2- Motif d'hospitalisation.....	22
3- Durée d'hospitalisation.....	24
C) Dépenses d'hospitalisation et mode de financement des dépenses.....	24
1- Dépenses d'hospitalisation.....	24

2- Mode de financement des dépenses d'hospitalisation.....	24
Paragraphe 2 : Analyse économétrique.....	25
1- Vulnérabilité et sexe du chef de ménage.....	25
2- Vulnérabilité et catégorie professionnelle du chef de ménage.....	26
3- Vulnérabilité et taille du ménage.....	27
4- Vulnérabilité et revenu du ménage.....	28
5- Vulnérabilité et appartenance à un réseau social	29
6- Vulnérabilité et mode d'entrée à l'hôpital.....	30
7- Vulnérabilité et motif d'hospitalisation.....	31
8- Vulnérabilité et durée d'hospitalisation.....	32
9- Vulnérabilité et coût d'hospitalisation.....	33
10- Vulnérabilité et mode de financement des dépenses.....	34
a) Vulnérabilité et l'aide informelle.....	34
b) Vulnérabilité et financement propre du ménage.....	35
c) Vulnérabilité et financement collectif formel.....	36
Section 2 : Recommandations.....	37
A) A l'endroit de l'Etat Béninois et des partenaires d'aide au développement.....	38
1- A l'endroit de l'Etat Béninois.....	38
2- A l'endroit des partenaires d'aide au développement.....	38
B) A l'attention des responsables des hôpitaux et des ménages.....	38

Etude de la vulnérabilité socio-économique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : cas de l'Hôpital de zone de Menontin

1- A l'attention des responsables de l'HZM et autres centres de santé.....	
.....38	
2- A l'attention des ménages.....	39
Conclusion.....	40
Référence bibliographique.....	42
Annexe.....	44