



# REPUBLIQUE DU BENIN

\*\*\*\*\*

## MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

### UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI (UAC)

\*\*\*\*\*

### FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

\*\*\*\*\*

Mémoire réalisé en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de LICENCE  
PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES

Option : Economie

Spécialité : Analyse des Projets

**Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé  
dans les hôpitaux publics : cas du Centre Hospitalier  
Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau**

Réalisé présenté par :

ADJASSE Hypolite

&

AKONDE Denis

Sous la direction de :

Maître de Stage :

Mr MONTCHO Paulin

DGMS au CHUD-OP

Maître de Mémoire :

Docteur TOBOSSI C. Gilles

Enseignant à la FASEG

Année académique : 2015-2016

**AVERTISSEMENT**

**LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)  
N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS  
CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME  
PROPRE A LEURS AUTEURS.**

**DEDICACE 1 :**

Je dédie ce travail à ma très chère mère VIDJENNANGNI Rogatienne et sa sœur jumelle  
VIDJENNANGNI Donatienne, mon père ADJASSE T. Gabin et toute la famille

**ADJASSE Hypolite**

**DEDICACE 2 :**

Je dédie ce travail à mes chers parents ZOUNMENOUE Germaine et AKONDE Martin, toute la famille AKONDE, mes frères et sœur

**AKONDE Houénagnon Denis**

### **Remerciements**

Le présent mémoire n'aurait été rédigé sans l'appui et participation à divers niveaux et divers degrés de bien de personnes à qui nous avons l'obligation morale d'exprimer nos profonds remerciements. Nous pensons à tous ceux qui nous ont apporté leur soutien, notamment :

- au Docteur TOBOSSI Gilles, notre directeur de mémoire qui nous a témoigné une très grande considération et une disponibilité inattendues malgré ses multiples occupations ;
- à Mr MONTCHO Paulin pour sa disponibilité et pour son aide précieuse qu'il nous a apporté
- à Mme BOGNINOU Pélégie pour sa disponibilité
- à tous le personnel enseignant de la Faculté des Sciences Economique et de Gestion (FASEG) pour leur dévouement au travail
- à nos parents pour leur affection et soutien de tous genres ;
- à tous ceux qui de près ou de loin nous ont aidés de quelque manière que ce soit.
  
- nos remerciements sont adressés enfin à tous nos camarades avec qui nous gardons certainement en mémoire beaucoup de souvenirs inoubliables de trois années passées ensemble à la FASEG de l'Université d'Abomey-Calavi.

### **AVANT-PROPOS**

Dans le cadre de la formation des Analystes des Projets (AP) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) du Bénin, il est demandé à chaque étudiant, suite à un stage pratique, de présenter un travail de recherche qu'il doit soutenir publiquement. Ce travail, dénommé mémoire, constitue une première expérience dans la recherche scientifique pour l'étudiant. Pour ce qui nous concerne, nous avons effectué notre stage au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) de Porto-Novo . Durant ce stage nous avons eu l'opportunité de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises au cours de notre formation. Notre mémoire a pour thème, «Accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du CHUD-OP de Porto-Novo ». Le présent document contribue ainsi à l'amélioration des conditions d'accessibilité en vue d'augmenter la fréquentation des services de santé.

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Description des variables socioéconomiques et culturels.....	38
Tableau 2 : Statistiques descriptives.....	39
Tableau 3 : Evaluation des variables explicatives suivant l'accès.....	42
Tableau 4 : Analyse des facteurs explicatifs de l'accès aux soins de santé.....	44

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL, THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE .....	3
SECTION 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage.....	3
SECTION 2 : De la synthèse de revue documentaire au cadre méthodologique .....	11
Chapitre 2 : Cadre méthodologique et résultats .....	32
Section 1 : Cadre méthodologique .....	32
Section 2 : Méthode d'analyse .....	36
CONCLUSION.....	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	51
ANNEXES.....	i
TABLE DES MATIERES .....	xi

## SIGLES ET ABREVIATIONS

BM	: Banque Mondiale
CEDEAO	: Communauté Economique Des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHUD-OP	: Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou MAGA
DDS-OP	: Direction Départementale de la Santé de l’Ouémé et du Plateau
DGMS	: Division Gestion des Malades et Statistiques
FED	: Fond Européen de Développement
F CFA	: Franc de la communauté Financière d’Afrique
INSAE	: Institut National de Statistique et d’Analyse Economique
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
PITA	: Plan Intégré de Travail Annuel
PNCCRH Hospitaliers	: Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers
PNDS	: Programme National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRPSS	: Programme de Renforcement des Projets du Secteur Santé
PIB	: Produit Intérieur Brut
SNIGS	: Système National d’Information et de Gestion Sanitaire
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l’Enfance l’éducation et la culture

## RESUME

L'objectif de cette étude est d'évaluer le degré d'accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins au CHUD-OP ; aussi d'identifier les barrières à l'accès aux soins de ces ménages.

Pour atteindre ces objectifs une enquête a été effectuée sur un échantillon de 100 ménages. Notre unité d'échantillonnage est ménage, l'unité déclarante c'est le patient ou l'un des deux parents. Le questionnaire est administré au CHUD-OP, il prend en compte la population hospitalisée dans le centre. Ensuite pour mieux cerner les problèmes, des analyses descriptives (uni-variées, bi-variées, test de Khi-Deux) ont été faites. Il ressort des résultats que le niveau de revenu de la majeure partie des ménages étant bas et que se sont ses ménages mêmes qui prennent en charge leurs dépenses en santé, 71% de la population trouve que le coût des médicaments est élevé, 72% trouve que le coût des soins est élevé ainsi que le coût d'hospitalisation 76%. Il faut aussi remarquer que 48% des enquêtés ont un niveau de revenu inférieur à 40.000FCFA et 32% ont un niveau de revenu compris entre 40.000 et 80.000FCFA. Par ailleurs 78.38 % des chefs de ménage auraient une accessibilité permanente aux soins et services de santé si le coût des soins était non élevé et 82.43% auraient accès si le coût d'hospitalisation est non élevé. On peut donc constater que cette accessibilité serait plus forte si le coût des prestations était faible. Les principales barrières à l'accès aux soins au CHUD-OP sont donc d'ordre financier. Des constats faits au niveau des chefs de ménages montrent que la distance a une influence négative sur l'accès aux soins, ainsi lorsque la distance est moindre, la probabilité d'accès augmente.

## INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé constitue un droit fondamental selon la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et le principe d'équité horizontale, qui exige un traitement égal à besoin égal, est aujourd'hui largement accepté pour juger de l'équité des systèmes de soins (Wagstaff, Van Doorslaer [2000] ; Fleurbaey, Schokkaert [2008]). On observe cependant des inégalités sociales ou inéquités dans la consommation de soins dans la plupart des pays, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à besoin de soins égal (Van der Meer, Mackenbach [1999], Van Doorsleret *al.* [2000] ; Hanratty, Zhang, Whitehead [2007]).

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la déclaration d'Abuja et le plan d'action de lutte contre le paludisme (OMS, UNICEF, Banque Mondiale PNUD et RBM-Abuja 20002), mettent l'accent sur l'amélioration de l'état de santé des populations. La réalisation de ces objectifs ne saurait se faire, sans une bonne organisation du système de soins permettant un accès pour tous aux services de santé. L'accès aux soins de santé est incontestablement un phénomène social, économique et politique et, par-dessus tout, un des droits fondamentaux de l'Homme (Déclaration universelle des droits de l'Homme [1945] ; OMS, 2000).

On constate toujours à travers le monde, malgré des améliorations significatives de l'état de santé global des populations, l'existence de disparités majeures liées à l'accès inéquitable aux soins. Ce problème dépend largement du type de système de santé, de son organisation, de son financement et du fait qu'il favorise ou non les régimes de protection sociale quel que soit leur mode de financement. En Afrique, les analyses des réformes sanitaires des dernières décennies aboutissent toutes à la même conclusion : L'aspect équitable des politiques publiques de santé a été négligé, et les préoccupations premières des acteurs se sont concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place (Gilson, 2007 ; Boubou Cissé*etal.*, 2004).

En effet, ces politiques (Soins de santé primaire, Alma-Ata en 1978 ; Recouvrement des coûts ; Initiative de Bamako en 1987) ont généralisé la tarification des actes médicaux et la vente des médicaments, depuis les soins de bases jusqu'aux soins hospitaliers. En l'absence de dispositif d'assurance maladie ou de prise en charge efficace des indigents (93 % des ménages

urbains démunis ne bénéficient pas d'assurance santé (Unicef , 2000), ces politiques ont, d'un côté, renforcé la disponibilité de soins de qualité, mais de l'autre, les ont rendus difficilement accessibles à une fraction de la population (Sauerborn *et al.*, 1994; Akinet *et al.*, 1995; Asenso-Okyere *et al.*, 1997; Forsythe *et al.*, 2002; Mariko 2003a, 2003b). L'objectif fondamental de la santé pour tous ne pourra être atteint dans ces conditions.

Ainsi face à la maladie, les populations urbaines démunies risquent de se retrouver face à un dilemme : ne pas recourir aux soins et subir la dégradation de leur santé, ou recourir aux soins et courir des risques de conditions de vie dégradées sous le poids des dépenses de santé. 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 sociales traduisant l'idée de pertes de revenus et frais médicaux associés à la mauvaise santé qui sont involontairement et tout bonnement la conséquence de traumatisme sanitaire non désiré (Wagstaff *et al.* ; 2001) . Les résultats des enquêtes menées par l'UNICEF suggèrent que les ménages démunis 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 chez les démunis que chez les non démunis, alors qu'il est difficile de concevoir que les premiers sont moins en proie aux maladies que les seconds (UNICEF, 2004).

Cependant, même si les ménages démunis renoncent deux fois sur quatre à un recours hospitaliers, il n'en demeure pas moins que le taux de recours aux soins de santé moderne en milieu urbain au Bénin est de 47% pour les ménages démunis contre 78% pour les ménages non démunis (MDR-PNUD, 1996 ; INSAE-PNUD, 1996).

Toutefois, malgré le foisonnement des politiques visant l'amélioration des conditions socio sanitaire et la multiplication des services de santé, les ménages ont toujours recours à l'automédication.

C'est au regard de tous ces constats que nous avons choisi de faire une étude dont le thème s'intitule « Accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du CHUD-OP ». Nous allons la structurer en deux chapitres. Le premier

chapitre est consacré à la présentation du cadre institutionnel et théorique de l'étude. Dans le deuxième chapitre nous présenterons les résultats et l'analyse de données.

## CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL, THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre comporte deux sections. La première section présente le cadre institutionnel. La deuxième section est consacrée au cadre théorique de l'étude.

### **SECTION 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage**

Le cadre institutionnel du CHUD-OP se base sur son historique, ses missions, ses objectifs et ses activités.

#### **Paragraphe 1 : Historique, missions, objectifs, activités du CHUD-OP**

##### **1- APERCU HISTORIQUE DU CHD-OP**

Le Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé et du Plateau dénommé autrefois Hôpital de Porto-Novo, a été créé en 1906 et installé sur la caserne militaire au quartier Ouenlinda, où résidait le Colonel Alfred Dodds, ancien gouverneur de l'Administration coloniale française de l'ex-AOF.

Dirigé à l'époque par des officiers supérieurs de l'administration coloniale française, il aura servi de répondant pour l'hôpital Aristide LE DANTEC de DAKAR au Sénégal. En tant que tel, il desservait le sud-ouest du Nigeria, le sud – est du Togo et le Dahomey. Cette période correspondait à de bonnes conditions de séjour des malades de la métropole. La qualité des soins était soutenue à l'époque coloniale par la disponibilité des médicaments et consommables médicaux, le renforcement du plateau technique, et l'efficacité des soins

assurés par des médecins militaires et des infirmiers spécialisés administrés par la métropole.

Au lendemain des indépendances nominales en Afrique en 1960, cette notoriété a demeuré quelque peu grâce à la mise en place de la PHARMAPRO qui distribuait des produits pharmaceutiques et des consommables médicaux aux hôpitaux sous le régime de nationalisation des établissements et des offices d'Etat. Avec la liquidation de la PHARMAPRO et les pratiques peu orthodoxes des agents de santé telles que la vente illicite des médicaments, le mauvais accueil et le rançonnement des malades, des dysfonctionnements d'ordre matériel, technique et financier, ont entaché la régularité de fonctionnement Services du Centre et par conséquent, terni l'image de marque de l'hôpital.

Compte tenu de ces difficultés, la refonte du système sanitaire a été consacrée par les résolutions issues de l'Initiative de Bamako en 1987 qui stipulaient au préambule, la participation communautaire pour le bon fonctionnement des centres de santé au sein des pays membres de la CEDEAO. Cette réforme a permis de réorienter l'approche de fonctionnement des centres de santé basée sur la cession des médicaments essentiels sous nom générique à moindre coût dans les centres de santé. La mobilisation des fonds propres par le financement communautaire permettra aux centres de santé de faire face à l'achat des consommables, des médicaments essentiels et des matériels médicaux de première nécessité. Cette décision a été entérinée au Bénin par les dispositions du Décret 88 - 444 du 18 novembre 1988 pour répondre à l'efficacité et à l'efficience des soins de santé.

Par ailleurs, les actions de lutte contre la vente parallèle des médicaments, le rançonnement des malades et le mauvais accueil, ont permis d'améliorer le climat de confiance entre l'hôpital et sa clientèle.

Etant le plus ancien hôpital du pays, ses bâtiments qui datent de la colonisation sont délabrés totalement sous le poids de l'âge et de l'usure. Des efforts de bienveillance ont été faits en 1989 par deux natifs de Porto-Novo ( EL HADJA Ibatou SANNI GLELE et feu EL HADJ Waïdi Badirou ) qui ont construit gracieusement deux (2) bâtiments splendides dans l'hôpital qui abritent respectivement les Services de la Médecine Interne (52 lits) et de la Pédiatrie (65 lits et berceaux). Cette action de bienveillance au profit des populations, a encouragé les partenaires du 8e FED à financer le projet de réhabilitation complète des infrastructures de l'hôpital en 1991. La réception définitive de ces travaux et le rééquipement du Centre a été célébrée en janvier 2000 avec une capacité d'accueil de 400 lits.

Le décret 90 - 347 du 14 novembre 1990 portant statut des CHD et formations sanitaires assimilées, a permis d'installer les conseils d'administration et d'envisager une autre orientation à la gestion des hôpitaux publics du pays (passage d'une gestion centralisée à une gestion autonome plus souple).

A la faveur des réformes intervenues au niveau du système sanitaire national jusqu'à la récente apparition des hôpitaux de zone, le Centre a subi des mutations d'ordre structurel : il deviendra Centre Hospitalier Provincial de l'Ouémé (CHP-Ouémé) en 1980, puis Centre Hospitalier Département de l'Ouémé ( CHD-Ouémé) en 1990 , Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau ( CHD-OP) en 1996 avec l'avènement de la décentralisation puis CHUD-OP dans l'espace CHU en 2014.

## **2- Statut juridique**

Le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé et du Plateau est un établissement sanitaire public hospitalier ayant les attributs d'un office d'Etat à caractère social, culturel et scientifique. Il est régi par les dispositions du Décret 90 - 347 du 14 novembre 1990 portant Statut des CHD et formations sanitaires assimilées en République du Bénin. A ce titre, Il est doté d'une personnalité morale et d'une autonomie financière sous la tutelle du Ministère de la Santé. L'organisation et le fonctionnement du Centre sont réglementés par l'Arrêté d'application du statut sous le n° 903/MS/DC/DSAF/SAG du 19 avril 1995.

Dans l'espace hospitalo universitaire, la mutation du CHD-OP en CHUD-OP est régi depuis septembre 2014 par les dispositions des textes réglementaires suivants :

- Décret n°2012-300 du 28 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement des centres hospitaliers universitaires du Bénin
- La loi organique N°2013-14 relative aux lois de finances ;
- La loi N°94-009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractère social, culturel et scientifique ;
- Le décret N°2010-640 du 31 décembre 2010 portant restructuration de l'espace hospitalier universitaire.
- Le décret n°90-344 du 14 novembre 1990 portant approbation des instructions nationales de gestion des formations sanitaires publiques de la République du Bénin

- le règlement relatif au droit comptable dans les Etats de l'UEMOA et le Système Comptable Ouest Africain.

### **3 - Mission du CHUD-OP**

La mission du CHUD-OP revêt trois volets à savoir :

- soins curatifs, préventifs et promotionnels aux populations de l'Ouémé et du Plateau.
- formation, des étudiants en stage pratique de médecine et spécialités
- recherche en santé pour les Chercheurs, les Consultants et les praticiens hospitaliers universitaires.

### **4- Objectif Général**

Assurer la prise en charge médicale, chirurgicale et psychosociale des patients admis dans le Centre.

### **5- Objectifs spécifiques**

- améliorer l'efficacité de la prise en charge des cas référés dans le Centre
- satisfaire les plaintes et les réclamations des clients,
- prendre en charge, les maladies prioritaires du PNDS et les parturientes césariées,
- gérer rationnellement les ressources disponibles
- promouvoir l'hygiène de l'environnement hospitalier,
- promouvoir la bonne gouvernance hospitalière.
- assurer l'encadrement des stages de formation et de recherche en santé aux étudiants de médecine et aux chercheurs et praticiens hospitaliers universitaires

### **6- Paquet d'activités du Centre**

- Consultations médicales externes,
- Consultations chirurgicales
- Hospitalisations,
- Actes médicaux spécialisés,
- Interventions chirurgicales,
- Explorations diagnostiques,
- Soins préventifs et promotionnels de santé maternelle et infantile,
- Réadaptation fonctionnelle,

- Assistance médicale et psychosociale,
- Cession de produits pharmaceutiques,
- Thanatopraxie

## **Paragraphe 2 : Organisation structurelle**

### **1-ORGANES DE GESTION**

#### **1-1- Organe délibérant du CHUD-OP**

Le Conseil d'Administration, (C.A) est l'organe délibérant. Il oriente et approuve la politique générale du Centre conformément aux objectifs et stratégies définis dans la politique sanitaire nationale. Il se réunit deux (2) fois par an, en session ordinaire à l'occasion de l'adoption et le vote du Budget du Centre. Il est investi des pouvoirs de décisions pour la bonne marche des activités du Centre.

#### **1-2- Organes exécutif**

L'organe de Direction de l'hôpital est dirigé par le Directeur de l'Etablissement hospitalier. Il exécute les décisions prises par le Conseil d'Administration à qui il rend compte et qui le contrôle.

Il assure le management hospitalier du Centre avec la contribution des différents organes de gestion. Il représente l'Etablissement sanitaire vis-à-vis des tiers dans les limites des pouvoirs qui lui ont été délégués par le Conseil d'Administration. Il soumet à l'appréciation du Conseil d'Administration, les propositions concrètes de projets et programmes de développement du Centre à l'occasion du vote et de l'approbation du budget. Il assiste avec voix consultative aux délibérations dudit Conseil.

#### **1-3- Organes consultatifs**

- le Comité de Direction (CODIR) : organe consultatif obligatoire présidé par le Directeur du CHD-OP, organise des réunions mensuelles ordinaires et extraordinaires, élargies aux Chefs de Service, aux Surveillants de Pavillons et aux Partenaires sociaux. Il est consulté pour prendre des décisions importantes sur les problèmes de fonctionnement du Centre.

- la Commission Médicale Consultative (CMC) : organe consultatif présidé par le chef des services médicaux et techniques, est consulté pour contribuer à la bonne marche des activités

des services médicaux et techniques du Centre.

- le Comité d'Hygiène, d'Assainissement et de Sécurité (CHAS) : organe consultatif, veille à la salubrité, l'assainissement et la sécurité des personnes et des biens.

- la Cellule de contrôle et de gestion : organe consultatif de conseil, donne des informations utiles à la gestion transparente du Centre. Cet organe technique d'analyse, contribue efficacement aux activités de contrôle et de gestion pour le développement économique et financière du Centre.

- Le Bureau des Délégués du Personnel participent à la bonne marche des activités du Centre dans les actions de sensibilisation et de mobilisation du personnel autour des principes cardinaux du respect du code de l'éthique et de la déontologie professionnelle.

#### **1-4- Autres organes consultatifs non statutaires**

- le Comité de Réception des Commandes, des Dons et Libéralités

- le Comité de Cuisine,

- le Comité de jumelage avec les partenaires

- le Comité de pilotage du SMQ,

- le Comité de suivi des activités de la Morgue

- le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

- la cellule de contrôle et de recouvrement (CCR)

## **2- Présentation des services**

En vertu des dispositions du décret 90 / 347 du 14 novembre 1990 portant statut des CHD et formations sanitaires assimilées, le CHD-OP est un hôpital de type pavillonnaire composé de :

-services médicaux et techniques,

-service des affaires administratives et économiques,

-service des affaires financières,

-et de la surveillance générale en position de staff de direction.

### **2-1- Services médicaux et de spécialités**

- Médecine Interne

- Chirurgie Générale
- Pédiatrie - Néonatalogie
- Gynéco-Obstétrique
- Urgences et Tris
- Ophtalmologie
- ORL
- Odonto - Stomatologie
- Anesthésie – Réanimation
- Unité de Psychiatrie
- Unité de Cardiologie
- Unité de Dermatologie-Vénérologie
- Unité de Diabétologie

## **2-2- Services médico – techniques**

- Laboratoire
- Radiologie
- Pharmacie
- Rééducation fonctionnelle
- Service social

## **2-3- Services de Direction**

- Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)
- Service des Affaires Financières (SAF)

La Surveillance Générale et la Cellule Qualité sont des instances administratives rattachées à la Direction de l'hôpital.

## **3- Ressources Humaines**

Le personnel du CHUD-OP est un ensemble pluridisciplinaire de 547 agents de santé au 1er juillet 2016, répartis par catégories socio- professionnelles comme suit :

Professeurs de faculté de Médecine	:	11
-Médecins généralistes	:	19
-Médecins spécialistes	:	37
-Pharmacien	:	1

-Inspecteurs d'Action sanitaire	:	39
-Infirmiers /IDE/IS/IB	:	145
-Sages-Femmes d'Etat	:	36
-Aides-Soignants	:	122
-Techniciens de Laboratoire	:	22
-Techniciens de Radiologie	:	06
-Kinésithérapeutes et Orthopédistes	:	05
-Assistants sociaux	:	04
-Personnel des services logistiques de soutien	:	57
-Personnel Administratif et financier	:	43
Total	:	549

#### **4- Plateau Technique**

Le Plateau technique du CHUD-OP est composé de :

- 1 Bloc opératoire central muni de quatre (4) salles d'interventions et d'un bloc de stérilisation centrale.
- 1 Bloc obstétrical avec deux (2) salles d'interventions
- 1 Unité de soins intensifs avec une salle des brûlés
- 1 Unité d'Electro-cardiogramme et d'Echo Doppler cardiaque
- 2 Cabinets dentaires
- 1 cabine d'audiométrie ORL
- 5 sections d'analyses biomédicales du Laboratoire (Biochimie – Hématologie – Bactériologie, Sérologie et Parasitologie).
- 1 Service d'imagerie médicale
- 1 Centre de réadaptation fonctionnelle
- 1 Banque de sang
- 1 Service de Pharmacie
- 1 Unité de Néonatalogie pour les soins néonataux d'urgence

#### **5- Capacité en lits d'hospitalisation**

Le CHUD-OP dispose d'une capacité théorique de 400 lits. En raison des travaux de réfection et d'aménagement des infrastructures sanitaires en cours dans le Centre, le nombre

de lits réellement occupés est réduit à 375 places, réparties par Service comme suit :

- Médecine Interne----- 60 lits
- Pédiatrie -Néonatalogie----- 87 lits et berceaux
- Gynéco -Obstétrique----- 79 lits
- Salle de Réanimation----- 14 lits
- Salle de Réveil ----- 12 lits
- Salle d'observation aux Urgences----- 10 lits
- Ophtalmologie – ORL - Stomatologie-----18 lits
- Chirurgie----- 95 lits

Ces travaux de réhabilitation engagés sur le budget national, sont pilotés par le programme du PNCCRH du Ministère de la Santé,

### **Paragraphe 3 : Déroulement du stage et centre d'intérêt du cadre de stage**

Le stage à notre niveau a débuté le 24 octobre au 30 décembre 2016 au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) précisément à la Direction de la Gestion des Malades et Statistiques (DGMS). Dans les locaux de la DGMS, nous avons été instruits pour les deux premières semaines à passer dans tous les services aux fins de prendre connaissance de leur fonctionnement. Bien que très souvent vécu dans un climat d'atmosphère convivial, nous avons rencontrés quelques difficultés qui n'ont cependant pas affecté la qualité de rédaction du mémoire. Il s'agit en l'occurrence de la non disponibilité des personnes ressources. Ce stage nous a permis d'acquérir quelques connaissances, et aussi prendre part à la mise en œuvre des activités relevant de ses attributions.

### **SECTION 2 : De la synthèse de revue documentaire au cadre méthodologique**

Dans cette section, nous avons présenté la problématique, fixé les objectifs poursuivis pour aboutir aux hypothèses de travail, la synthèse de littérature ainsi que la démarche méthodologique adoptée dans la conduite de l'étude.

## **Paragraphe 1 : De la problématique aux hypothèses de travail**

### **1- Problématique**

La loi 90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin reconnaît expressément le droit à la sécurité ou à la protection sociale. En son article 8, elle dispose « la personne humaine est inviolable. L'Etat a l'obligation de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi ». Cependant elle en dispose sous diverses formes. Pour ce qui concerne spécifiquement le droit à la santé, la constitution précise qu'il est du devoir de l'État d'œuvrer à sa promotion et protection. L'objectif du Bénin tel qu'il est explicité dans les Etudes Nationales de Perspective à Long Terme : Bénin 2025 est l'amélioration du bien-être social qui repose, entre autre, sur un système éducatif efficace et performant ; des soins de santé de qualité ; de l'eau potable, de l'électricité et un habitat sain pour tous ; un cadre de vie sain.

Le diagnostic du secteur de la santé au Bénin a montré que la plupart des problèmes sanitaires face à l'atteinte des OMD peuvent s'expliquer par (i) la faible responsabilisation des agents de santé et des formations sanitaires ; (ii) le manque de mécanismes adéquats pour assurer l'accessibilité financière aux soins; et (iii) une faible efficacité d'allocation du budget Santé, entraînant un sous-financement des formations sanitaires et des interventions a fort impact.

Il est à noter que le secteur de la santé souffre (i) de la non prise en compte les besoins réels de la population dans toutes les régions, (ii) de l'absence de mécanisme fiable d'identification des revenus des ménages et des indigents (iii) d'un manque d'implication des communautés dans le suivi de ses activités et (iv) d'un système de tarification désuet et inadapté, de la non disponibilité d'un système de couverture sanitaire actif.

Afin d'accroître l'accessibilité financière aux services de santé, le Projet de Renforcement des Performances du Système Sanitaire (PRPSS) s'est assigné plusieurs objectifs dont notamment la revue du système de tarification

C'est pourquoi, la deuxième composante du PRPSS vise à accroître l'accessibilité financière des services de santé par: (i) le renforcement du processus actuel d'identification

des plus pauvres pour les exempter de paiements au centre de santé, (ii) le renforcement des services de santé dans 4 des zones sanitaires ciblées, (iii) le financement de la prise en charge gratuite des cas de paludisme pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, (iv) le soutien au développement d'un système d'assurance maladie universelle et (v) une revue du système de tarification afin non seulement de l'adapter aux revenus des ménages mais aussi d'avoir une maîtrise des coûts des soins de santé.

La production de la santé nécessite des inputs notamment des dépenses en santé qui peuvent être relativement élevées par rapport aux niveaux de revenu des ménages. C'est pour cette raison que la Banque Mondiale (2000) a recommandé aux gouvernements de mettre en place des systèmes de santé basés sur un système de financement qui protège la population contre les risques financiers associés à la maladie.

La part des dépenses en santé effectuées par les ménages d'une région ou d'un pays dépend des modes de financement du système de santé en vigueur. Par exemple, en Afrique le financement privé de la santé y compris les dépenses des paiements directs des soins médicaux sont relativement élevés (Whitehead et al, 2001 ; OMS, 2013). Autrement dit, les dépenses en santé constituent une charge substantielle pour les ménages notamment pauvres et sans assurance maladie (Narayan, 2000 ; Xu et al., 2003). En conséquence, elles reflètent les barrières financières à l'accès aux services de santé par les ménages et donc ont des effets négatifs sur la demande des services de santé et le niveau de vie des ménages (Garg et Karan, 2009 ; Gertler et al, 1987). De même, les dépenses en santé constituent un facteur de disparité d'état de santé entre les différents groupes socio-économiques (van Doorslaer et al., 2006 ; O'Donnell et al., 2007 ; Garg et Karan, 2009).

L'accès aux soins de santé des populations demeure un défi urgent et difficile pour le système de santé du Bénin. Le Bénin a alloué environ 4,3% de son PIB à la santé en 2009 (OMS, 2013) ; et ne dispose pas d'une assurance sociale maladie effective pour faciliter l'accès aux soins des pauvres. Moins de 10% de la population dispose d'une couverture assurance maladie à travers les mécanismes d'assurance du secteur privé ; le paiement direct étant principal moyen de financement de la santé (MSP, 2011). Une partie de la population, faute de moyen financier n'a pas accès aux soins de santé et se retrouve privé, de façon ponctuelle ou permanente, de soins de santé. Près de 80% de la population béninoise ne

bénéficie d'aucune protection sociale. Seulement 51,4% de la population Béninoise font recours aux systèmes de santé en cas de maladie en 2012 (Annuaire des statistiques sanitaires 2012). Les résultats de cette même enquête montrent que le taux de fréquentation des hôpitaux publics est de 28,1% pour tout le Bénin. Le taux de fréquentation des centres de santé en 2013 est de 33,2% pour le département de l'Ouémé contre 52,8% pour tout le Bénin et de 46,1% dans la commune de Porto Novo. Ces mêmes statistiques montrent que ce taux est de 30,3% pour les hôpitaux publics. Pourquoi le problème d'accès aux soins se pose toujours dans les hôpitaux publics malgré les politiques de l'Etat dans le domaine de santé ? Et qu'en serait-il pour le Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé-Plateau ?

Suivant l'organisation du système sanitaire pyramidal, le CHUD-OP occupe aujourd'hui le deuxième rang après le CNHU-HKM sur l'échiquier national. Il dessert aujourd'hui les cinq zones sanitaires de l'Ouémé et du Plateau dont la population est estimée à 1.733.788 habitants en 2016 selon les projections cibles du SNIGS. A cela s'ajoutent une partie des populations provenant des départements limitrophes de l'Atlantique, du Littoral, du Zou et celles des zones de proximité du Nigéria voisin. Mais force est de constater que le CHUD-OP ne dessert même pas encore le un dixième de la population des cinq zones sanitaires de l'Ouémé et du Plateau. Le nombre d'hospitalisés en 2013 est 19145, 17239 en 2014, 15724 en 2015 et de 11865 jusqu'au 30 septembre 2016 (draft PITA 2017 CHUD-OP). Il faut remarquer qu'au moins 85% des cas traités au CHUD-OP sont des cas référés des centres périphériques, aussi le nombre d'hospitalisés diminue depuis trois ans. Qu'est-ce qui empêche les ménages d'accéder aux soins au CHUD-OP ? Est-il de même pour les populations vivantes dans les environs du centre ?

C'est pour répondre à ces interrogations que nous avons pour thème : « Accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du CHUD-OP »

Puis nous essayerons d'apporter des éléments de réponses aux questions de recherche suivantes :

Quel est le degré d'accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins de santé dans le Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) ?

Quelles sont les barrières à l'accès aux soins au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) par les ménages de Porto-Novo ?

Tout ceci afin de percevoir les difficultés rencontrées par les ménages de Porto Novo pour accéder aux soins au CHUD-OP

## **1.2. Intérêt de l'étude**

Cette étude s'inscrit dans la continuité des efforts déployés pour informer et de guider les acteurs nationaux et régionaux sur les problèmes que rencontre les populations en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, dans le but faciliter l'accès aux soins de santé avec la réduction du taux de mortalité, aider les autorités dans leur prise de décision, celle-ci nous offre aussi l'opportunité de confronter nos connaissances théoriques à la réalité pratique.

## **1-3 Objectifs et hypothèse de l'étude**

### **1-3-1 OBJECTIF GENERALE**

L'objectif général poursuivi est d'améliorer l'accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins de santé dans le Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP)

#### **1-3-1-1 Objectifs spécifiques**

L'objectif général de notre étude sera atteint à travers les objectifs spécifiques suivants :

- i. évaluer le degré d'accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins de santé dans le Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP)
- ii. identifier les barrières à l'accès aux soins de santé au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) par les ménages de Porto-Novo.

## **1-4 Hypothèses**

Pour atteindre ces objectifs, deux hypothèses sont posées :

- i. Le niveau d'accessibilité aux soins des ménages de Porto Novo au CHUD-OP dépend de la distance et de leur niveau de revenu
- ii. Les principales barrières à l'accès aux soins des ménages de Porto Novo au CHUD-OP sont les barrières financières

## **Paragraphe 2 : REVUE DE LITTERATURE**

### **1- La demande de soins de santé**

Les économistes définissent la demande comme la quantité d'un bien que les sujets économiques désirent acquérir au prix du marché.

La demande de soins est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande peut être exprimée ou non. La demande de soins de santé augmente avec l'âge. Les femmes expriment généralement une plus grande demande (de soins) de santé que les hommes. La demande est limitée par la perception et, de ce fait, concerne principalement les soins curatifs et plus rarement les mesures préventives. Une personne ne fait appel à un service que si elle en ressent le besoin.

En santé publique, les demandes soulèvent une série de difficultés. La première déjà évoquée est la faible demande pour des besoins préventifs. La deuxième est la forme subjective ou individuelle de la demande : cette dernière est alors perçue, à tort ou à raison, comme trop peu fréquente pour exiger une réponse collective de santé publique. Un troisième écueil est celui des limites de la perception individuelle

Les variables liées à la demande de soins de santé sont le prix, la qualité des soins, le temps et la distance, les facteurs culturels et le revenu.

L'appréciation de ces déterminants sur la demande des soins de santé varie selon les auteurs et les endroits où les études ont été menées.

### **2- Les déterminants de la demande de soins**

L'analyse des déterminants de la demande de soins est extrêmement importante pour la formulation de politiques et de stratégies dans le secteur de la santé. Une connaissance adéquate de l'étendue des déterminants de la demande de soins et de l'élasticité de la demande de soins, est importante pour mettre en place des politiques en vue d'accroître l'efficacité allocative des ressources, d'assurer une utilisation effective des services en particulier par les pauvres et d'améliorer la qualité des services. Elle est aussi importante pour concevoir des stratégies capables d'assurer la soutenabilité du financement d'un programme de santé. Les

déterminants de la demande de soin sont mis en relief à travers le modèle de Grossman. Ce modèle analyse les investissements individuels d'un ménage et ses choix de consommation comme des facteurs pouvant améliorer l'accès aux soins de santé et l'état de santé d'un individu, (Grossman, 2000).

La demande de soins de santé est influencée par des facteurs qui déterminent si l'individu arrive à identifier la maladie, souhaite et est capable de se procurer les soins appropriés.

Le revenu semble être un facteur déterminant de la demande de soin de santé aussi bien directement qu'indirectement. Donc en corrigeant l'inégalité de revenu dans une population donnée, on améliorerait la demande de soin de santé des pauvres.

L'éducation et l'accès à l'information constituent aussi des déterminantes clefs de la demande de soin de santé et là où ces facteurs sont rares ou inexistantes le marché des soins de santé ne fonctionne pas bien. En effet, les individus non éduqués ne ressentent pas nécessairement le besoin d'aller se soigner dans les centres de santé. Ils sont souvent dépourvus des informations nécessaires sur la disponibilité des traitements appropriés.

A côté des coûts directs (le prix) liés aux soins médicaux, se trouve un autre groupe de facteurs déterminants de la demande de soin qui peuvent accroître le coût d'un traitement médical. Il s'agit par exemple de la distance à parcourir pour accéder aux centres de santé et des coûts d'opportunité liés au travail causés par la maladie.

Par ailleurs, il existe un autre groupe de facteurs relatif à la culture et à l'acceptabilité sociale de recevoir un traitement ; c'est le cas par exemple de l'influence de la communauté, de la famille et de la religion. L'effet de ces facteurs, peut dépasser celui des autres évoqués jusqu'à présent. Par exemple une famille qui a suffisamment de moyens pour payer les soins de santé peut refuser de mettre à la disposition d'un de ces membres les moyens nécessaires pour se faire soigner d'une maladie particulière.

Ces différents facteurs jouent négativement sur la demande de soin des pauvres qui dans la plupart des cas ne sont pas éduqués et sont mal informés. Ce sont également ces derniers qui souvent n'ont pas les moyens nécessaires pour se faire soigner et sont très éloignés des centres de santé et qui en plus sont sous l'emprise des facteurs socioculturels.

La qualité des soins prodigués par le personnel de santé peut aussi influencer significativement la demande de soins des pauvres. La qualité peut se percevoir de plusieurs points de vue, mais il peut se résumer à l'accueil pour les pauvres. Dans ces conditions, ne pas accueillir convenablement les pauvres comme tout autre patient peut décourager ces derniers à retourner dans le même centre de santé. Lorsqu'on considère la qualité des soins du point de vue de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments, on peut penser que les pauvres ne vont continuer à fréquenter les centres de santé que lorsqu'ils sont sûrs que les médicaments sont disponibles et leur seront accessibles financièrement. Ceci justifie le recours massif dans les pays en développement aux médicaments génériques.

Outre, ces facteurs qui agissent sur la demande de soins des pauvres, il existe des facteurs du côté de l'offre qui ne sont pas de nature à encourager les pauvres à se faire soigner. Il s'agit en l'occurrence de la disponibilité de médecins et des médicaments de bonne qualité, de la difficulté pour les pauvres de prendre rendez-vous avec le médecin, du comportement de certains personnels soignants vis-à-vis des pauvres et de la qualité des soins prodigués. Ceci justifie le recours dans certains programmes d'amélioration de la demande des soins de santé des pauvres de la combinaison de stratégies axées sur l'offre et la demande.

### **3- Effet de l'éducation et de l'information sur la demande de soin**

L'éducation, souvent mesurée par le niveau ou la durée de scolarisation est le facteur le plus corrélé à la bonne santé (Grossman et Kaestner, 1997). Au Pakistan, par exemple, l'éducation de la mère est le facteur le plus important dans la détermination de la survie des enfants (Agha, 2000). Il est assez souvent admis qu'une éducation de base suivie d'une culture personnelle dans le domaine de la santé, peut augmenter le recours aux soins de santé toutes choses égales par ailleurs. Ainsi, des études dans plusieurs pays ont montré l'effet positif de l'éducation de la mère sur l'utilisation des services obstétricaux (Cleland et Van Ginneken 1998 ; Raghupathy 1996). L'éducation supérieure chez la mère est mentionnée comme élément de recours aux soins prénataux. Elo (1992) mentionne que plus le niveau d'éducation de la mère est élevé, plus celle-ci dispose d'un pouvoir de décision au sein du ménage. Cela améliore ses connaissances sur les soins de santé modernes.

Le niveau d'éducation de la femme enceinte et de son mari est souvent cité comme ayant une relation positive avec le recours aux soins prénataux. Raghupathy (1996), Becker et *al.* (1993) et Elo (1992) font ressortir un effet positif de l'éducation des deux parents, tandis que McCaw-Binns et *al.* (1995) et Wong et *al.* (1987) font ressortir un effet positif de l'éducation de la mère seulement sur le recours aux soins prénataux.

L'éducation dote les individus de la capacité d'évaluer leur propre besoin ou celui d'une personne tiers de recourir à un soin de santé. L'information pour connaître là où on peut recevoir le meilleur est aussi importante. En effet, il est souvent admis que les individus ne peuvent pas assimiler les options de traitement, mais selon des études entreprises en Ouganda, loin d'être des consommateurs passifs, les malades cherchent le personnel soignant le plus sûr et la meilleure structure pour chaque maladie (Leonard 2002 ; Leonard, Mliga et Marian 2001, page 43).

Sossou (1999) en étudiant l'analyse économique des choix de recours thérapeutique, montre que ce recours est lié à trois déterminants : la zone d'habitation, l'état matrimonial et le niveau d'instruction.

On peut déduire de ces études que chez les pauvres où le taux de scolarisation est faible et où il existe une asymétrie d'information, la demande de soin serait négativement influencée toute chose égale par ailleurs.

#### **4- Les Barrières financières et de distance**

##### **4-1- Le coût des soins de santé**

Les études ultérieures sur la demande de soins de santé ont exclusivement montré les effets faibles des prix des soins de santé. Ainsi Akin et Schwartz (1988) dans une étude réalisée en Jamaïque, montrent que l'influence des tarifs sur la consultation est très faible. Heller (1982) dans une étude sur la demande de soins en Malaisie rurale, avait trouvé que le nombre annuel de visites totales à l'hôpital n'est pas significativement influencé par le prix des soins de santé. De la même manière, Akin et al (1984), Griffin (1988) concluaient que les prix des soins de santé ne constituent pas des déterminants importants de la demande pour les soins de santé aux Philippines. Dans une étude sur la demande de soins en milieu rural en côte d'Ivoire, Gertler et van der Gaag (1990) trouvaient que l'utilisation des services de santé est inélastique au prix des soins de santé. Dans une autre étude qui analyse la demande de soins des pauvres en Bolivie (en milieu urbain), Li (1996) trouvait que, même si la demande de soins de santé pour les pauvres est réactive aux changements de prix, l'élasticité prix de la demande de soins est très faible. Toutefois, il existe des évidences empiriques de l'effet positif sur la demande de soins de santé d'une augmentation des prix des soins de santé couplée à une amélioration de la qualité des soins. Ces évidences empiriques ont été notamment rapportées par Litvack et Bodart (1993) dans une étude réalisée au Camérout. Cette même observation été faite Mauritanie par Audibert et Mathonnat.

Ces études placent la santé au rang des biens de première nécessité (ou biens vitaux) auxquels aucun individu ne doit déroger même si les prix des soins de santé augmentent. En est-il toujours le cas ; en particulier pour les pauvres ?

Une autre catégorie d'études, à la différence des études précédentes, a montré que les prix ont un impact négatif sur la demande des soins de santé. C'est le cas des études sur l'effet d'une augmentation des prix des soins de santé dans certaines structures sanitaires en République Démocratique du Congo. Bethume et al (1989) avaient trouvé que cela se traduisait par une diminution de la demande de soins surtout si cette augmentation de prix est brusque, puis Fournier, Hadaad et Perrin (1991), ont montré que cela se traduit par une diminution sensible de l'utilisation des services de santé. Waddington et Enyimayew (1989)

avaient, pour leur part, trouvé une diminution générale de l'utilisation des structures de soins suite à une augmentation des prix des soins de santé au district sanitaire de Ashanti-Akim au Ghana. Dans une étude réalisée au Kenya dans quatre centres de santé, Mwabu et al (1991) avaient estimé que, suite à une augmentation des prix des soins de santé de 1%, le recours aux soins dans ces centres de santé avait diminué de 38% entre 1989 et 1990. Huber (1993) qui avait travaillé sur les mêmes centres de santé liait une grande partie de cette diminution de la demande de soins de santé à une insuffisance des mesures d'exemption. Notons que cette observation rejoint la conclusion formulée par Mwabu et al dans la mesure où les mesures d'exemption concernent des individus qui n'ont pas les moyens financiers pour accéder aux soins de santé et dont la capacité à payer s'érode beaucoup plus avec l'augmentation des prix des soins de santé. En Mozambique, Magnus Lindlow (1998) a trouvé qu'un changement relatif, même faible du prix des soins, a un impact substantiel sur l'accès aux soins de santé publique en particulier pour les ménages les plus pauvres. Dans une étude réalisée dans la commune de Ouidah, Kpegla (1997) trouve que les ménages pauvres dépensent plus pour la santé que les ménages non pauvres et seuls 6,8% des ménages ont un accès financier aux soins. Gertler et al. (1988) ont montré que, dans le cas du Pérou, si les prix des services publics de santé doubleraient, les visites pour des soins de santé baisseraient de 3%. De même, Gertler et Van der Gaag (1990) ont trouvé que les prix sont des facteurs importants.

Au Burundi, Selon l'enquête menée par MSF Belgique de novembre 2003 à janvier 2004 sur les soins des personnes vulnérables, plus de 17% de la population ne se rend pas à une simple consultation, principalement pour des raisons financières (82% de ces malades ne consultent pas par manque d'argent). A cela, il faut ajouter que parmi les patients qui ont trouvé le moyen financier de payer la consultation, certains (quelque 4.8%) n'ont pas l'argent nécessaire pour financer un traitement ou seulement partiellement.

Dor et Van der Gaag (1988) vont plus loin en rapportant qu'en l'absence de prix monétaire, certains coûts privés, représentés par le temps de déplacement, jouent le rôle du mécanisme des prix. Ils ont calculé l'élasticité de la demande des soins médicaux par rapport au coût d'opportunité du temps et ont trouvé qu'elle se situait entre 0,34 et -0,24.

#### **4-2- Les coûts de transport**

Les coûts de transport diminuent souvent de façon considérable la demande de soin de santé. Au Burkina Faso, les coûts de transport représentent 28% du coût total supporté par les patients ; au nord-est du Brésil, ils représentent 25% du coût total, (Frew et autres, 1999 ; Sauerborn, Bodart et Essomba, 1995 ; Souza et autres, 2000). Au Bangladesh, le transport est le second poste de dépense de santé d'un patient (CIET Canada, 2000).

Au Zimbabwe, plus de 50% de la mortalité maternelle due à l'hémorragie peut être attribuée à l'absence de transport d'urgence (Fawcus et autres 1996).

La distance est la raison pour laquelle les femmes choisissent d'accoucher à domicile plutôt que dans un centre de santé. C'est le cas aux Philippines (Schwartz, Akin et Popkin 1996). La même observation a été faite en Ouganda (Amooti-Kaguna et Nuwama 2000) et en Thaïland (Raghupathy 1996). La distance peut avoir aussi des effets différentiels à travers les groupes de revenu. En effet au Vietnam, une étude faite par Segal et autres (2000) a montré que les ménages les plus pauvres ont souvent accès à un moyen de transport inférieur en situation de maladie.

L'éloignement des centres de santé peut occasionner des coûts d'opportunité très importants surtout pour des ménages très pauvres. Cette situation peut s'empirer si la période de maladie coïncide avec des périodes où l'activité économique est à son maximum. Dans ces conditions, la demande de soins de santé dépend de la disponibilité d'autres personnes à remplacer la personne malade ; ce qui correspondrait à un coût d'opportunité faible. En Ouganda par exemple, les ménages les plus pauvres parcourent des distances très grandes à la recherche de meilleurs soins de santé parce que les coûts d'opportunité sont faibles (Akin et Houtchison 1999).

Les pauvres peuvent aussi ignorer l'effet distance s'il existe, un espoir de trouver, une fois arrivés dans les centres de santé, la satisfaction, en d'autres termes, si les soins prodigués sont de bonne qualité. Les coûts d'opportunité liés à l'éloignement des centres de santé et qui peuvent avoir un impact négatif sur la demande de soin des pauvres sont atténués par les soins de qualité; une étude menée en Inde dans le secteur privé aboutit à la conclusion selon

laquelle les soins de bonne qualité annulent les coûts liés à la distance (Bhatia et Cleland 1999 ; Shenoy, ShenoyKrishnan 1997) et que cette observation nécessite des études plus approfondies. Ils peuvent aussi être atténués par la possibilité de compensation pouvant émaner d'autres membres de la famille en milieu rural par exemple ou par d'autres employés de l'entreprise. Cette possibilité de compensation ne peut porter toutefois que sur une période de temps assez réduite.

Le recours aux soins de santé prénataux peut être lié à la qualité des soins et aux coûts de ces soins. Acharya et Cleland (2000), Magadi, Madise et Rodrigues (2000) et Raghupathy (1996) font ressortir une incidence négative de la distance et/ou du temps de déplacement sur le recours aux soins, tandis que Acharya et Cleland (2000), McCaw-Binns et *al.* (1995) et Wong et *al.*(1987) font ressortir une relation positive avec la qualité des soins prénataux.

En moyenne, toute chose égale par ailleurs, des centres de santé trop éloignés peuvent avoir un impact négatif sur la demande de soin. Ceci est surtout vrai chez les pauvres qui n'ont pas les moyens de supporter les frais de transport qui peuvent dans certains cas, devenir prohibitifs, qui en plus supportent des coûts d'opportunité très élevés.

#### **4-3- Les barrières sociales et culturelles**

Plusieurs études en analyse transversale s'accordent sur le fait qu'en moyenne les hommes, de préférence, accèdent plus aux soins de santé que les femmes (Nayaran 1997). Au Bangladesh, en Inde et en Côte d'Ivoire, les femmes ont plus de chance d'accéder aux structures de soin et bénéficient plus des dépenses privées ou publiques de santé (Begum et Sen 2000 ; Booth et Verma 1992). En Inde ce biais à la défaveur des hommes est réduit quand le chef de famille est plus éduqué (Booth et verma 1992). Ces écarts s'expliquent à la fois par des facteurs sociaux et culturels entre les ménages et la communauté.

Il existe des normes culturelles qui peuvent empêcher les femmes de rechercher les soins de santé en dehors de la maison pour elles-mêmes et pour leurs enfants (Rachid et autres 2001). Cette barrière, souvent élevée, lorsque ce sont les hommes qui fournissent les services a été citée comme la raison pour laquelle les femmes d'Asie vivant dans les pays occidentaux ont très peu recours aux services de santé (Whiteford et Szelag 2000). De telles restrictions peuvent aussi interagir avec d'autres barrières. En Inde, la distance constitue une barrière

importante, plus pour les femmes que pour les hommes avec des revenus similaires (Vissandjee, Barlow et Fraser 1997). Ceci peut s'expliquer par le fait que culturellement, il est inacceptable pour les femmes de quitter leur ménage pour de longues périodes ou par le fait que ces dernières ont un accès limité aux ressources du ménage pour payer les frais de transport.

Dans certains cas, les hommes prennent la décision à la place des femmes sur la recherche de soins de santé. Au Sénégal par exemple, les hommes prennent plus de 50% des décisions sur l'accès aux soins de santé des femmes (Post 1997). Ceci est particulièrement important dans la mesure où les preneurs de décision passent souvent moins de temps sur les déterminants sociaux de la demande de soins, selon les conclusions d'une étude menée au Bangladesh, en Afrique du Sud, en Indonésie et en Ethiopie par (Quisumbing et Maluccio 1999).

Dans plusieurs sociétés d'Asie du Sud, la belle-mère joue un rôle considérable dans la naissance d'un enfant et les soins prénataux de la belle fille et plus particulièrement dans un jeune couple. En effet, si la belle famille doit donner naissance à son enfant à la maison avec l'aide d'un membre de la famille, ou en ayant recours à une accoucheuse traditionnelle, ou encore par le biais d'une structure de soins, cela dépend de la croyance de la belle-mère qui doit nécessairement donner son avis (Piet-Pelon, Rob et Khan 1999). Au niveau communautaire, l'accoucheuse traditionnelle joue un rôle important qui influence substantiellement la demande de soins de santé en matière de maternité. Au Rajasthan, plus de 90% des femmes qui n'ont jamais reçu de soins prénataux sont déconseillées par les accoucheuses traditionnelles d'y recourir (Hitesh 1996).

Il se peut que la religion et l'ethnie influencent l'attitude des femmes face à la grossesse et aux soins de santé modernes. Addai (2000) indique qu'il existe un rapport positif entre le fait d'être catholique et le recours aux soins prénataux, et un rapport négatif avec l'appartenance à une religion traditionnelle. Raghupathy (1996) fait ressortir un effet négatif lié à la religion musulmane sur le recours aux soins prénataux en Thaïlande.

## **5- La qualité des soins de santé et le demande de soins des pauvres**

La qualité des soins de santé dépend du protocole thérapeutique, de la disponibilité des médicaments essentiels et l'amélioration de la gestion des systèmes de santé. L'utilisation accrue des centres de santé du fait de l'amélioration de la qualité des soins de santé surpasse la diminution de la demande de soins de santé qui peut résulter de l'introduction du recouvrement des coûts ou de l'augmentation du prix des actes médicaux. Carrin, Perrot et Sergent (1993) montrent que la demande de soins de santé est déterminée non seulement par le prix relatif de l'accès aux soins mais aussi par la qualité des soins. Ainsi, une politique de santé qui associe à l'augmentation du prix des soins de santé, l'amélioration de la qualité des soins, se traduit par un effet net positif c'est-à-dire une augmentation de l'utilisation des centres de santé. La considération de la qualité apparaît importante pour assurer le succès à long terme des mesures de partage de risque utilisées pour améliorer l'accès aux soins de santé des pauvres.

Les pauvres ne perçoivent pas toute la dimension de la qualité. Seulement la disponibilité des médicaments leur est perceptible en plus de l'accueil dont ils font l'objet dans les centres de santé. Il est donc important de mettre un accent particulier sur ces deux dimensions dans les politiques de santé. L'autre dimension qui est liée, au protocole thérapeutique déterminé par la compétence du personnel soignant est plus perceptible par les autorités, mais aussi par les usagers à long terme dans la mesure où on va assister une dégradation continue de l'état de santé des populations. Une plus grande rigueur dans la formation du personnel de santé est donc importante. Une enquête faite au Mali sur 1200 ménages montre que ceux-ci sont prêts à payer 30% supplémentaires du prix des soins habituels s'il y a une amélioration de la qualité des soins de santé ; Mariko (2003). La même tendance a été observée dans des centres de soins à Abidjan dans une étude réalisée par Escalon (2000).

Augmenter la demande de soins des pauvres ne peut pas se résumer au simple fait de sensibiliser ou d'éduquer les pauvres ou encore accroître leur revenu pour leur permettre de payer des soins de santé. Quisumbing et Maluccio (1999) trouvent que l'écart entre les niveaux d'éducation des femmes et des hommes détermine la position de responsabilité dans la famille. En Inde, les femmes qui n'ont pas reçu une éducation supérieure, ou, ne gagnent qu'un revenu très faible ne s'occupent que des travaux domestiques et sont reconnues comme

telles. Cette position peut réduire leur demande de soins de santé en cas de maladie (Ramasubban et Rishyasinga 2000).

## **6- Les systèmes de santé et équité de la consommation de soins**

Dans les travaux antérieurs qui concernent l'accessibilité aux soins de santé, il faut remarquer que peu d'attention a été portée sur le rôle du système de santé dans l'explication des inégalités de recours aux soins. De plus, on peut envisager des facteurs relevant de l'offre de soins et de son organisation qui peuvent influencer la consommation de soins des différentes catégories sociales.

Les systèmes de santé peuvent tout d'abord être regroupés selon la nature de leurs principales sources de financement, puisque celles-ci définissent en partie les conditions d'accès aux soins et modes d'organisation des soins. Il s'agit alors de distinguer les systèmes selon l'ampleur respective des financements publics et privés, d'une part, et de distinguer les systèmes d'assurance sociale des systèmes financés par taxation, d'autre part.

Au-delà de ces classifications globales, on peut également isoler d'autres caractéristiques de l'organisation des systèmes de santé pouvant influencer le niveau de la consommation de soins et l'équité de sa répartition. On peut citer notamment le niveau de densité médicale, le mode de rémunération des médecins, le mode d'orientation des patients dans le système de santé et les facteurs organisationnels. Nous décrivons ci-dessous brièvement ces paramètres et leurs effets attendus sur les inégalités de recours aux soins.

Quelques études montrent que la division entre les financements public et privé des services de santé influence les différences sociales d'état de santé et de recours aux soins. Au niveau macroéconomique, plusieurs travaux ont mis en évidence l'impact positif du financement public des soins sur la mortalité générale et les taux de morbidité (Leu [1986] ; Babazano [1994] ; Or [2001]), mais ces études ne permettent pas d'établir si l'amélioration dans l'état de santé est uniforme au sein de la population. Le financement public des services de santé est en effet susceptible, s'il s'accompagne d'une réduction des coûts pour les plus pauvres, d'améliorer leur accès aux soins et donc de contribuer à la réduction des inégalités de consommation de soins, comme le suggèrent plusieurs expériences nationales. En France, par exemple, le suivi de la mise en œuvre de la cmu-Complémentaire, offrant une couverture

complémentaire gratuite sous condition de ressources à près de 7,5 % de la population la plus pauvre, a montré que cette mesure a fortement contribué à la réduction des différences sociales de consommation de soins (Raynaud [2003] ; Grignon, Perronnin [2003]).

Plusieurs études ont mis en évidence une contribution positive du niveau des ressources médicales, la densité médicale en particulier, à l'explication des disparités nationales et régionales d'état de santé (Grubaugh et Santerre [1994] ; Jusot [2004] ; Or [2001, 2005]). Il est également démontré que la consommation de soins de généralistes et, plus encore, de spécialistes, augmente avec la densité médicale de la zone géographique, cet effet étant en outre plus marqué parmi les populations les plus défavorisées (Place [1997] ; Lucas-Gabrielliet *al.* [2001] ; Breuil-Genier et Rupprecht [2000]).

Il semble en effet raisonnable de supposer que, dans les systèmes où les ressources sont rares, l'accès aux soins est difficile pour tous, mais d'autant plus pour les personnes défavorisées pour qui un coût d'opportunité élevé, expliqué notamment par des coûts de transport importants, sera d'autant plus désincitatif. Cependant, au niveau macroéconomique, il est également possible que, dans les systèmes où les ressources sont les moins abondantes, une attention particulière soit portée sur la répartition géographique de ces ressources et que des mécanismes soient mis en place afin de cibler les personnes ayant les besoins de soins les plus importants et, donc, les plus pauvres en particulier.

En ce concerne le mode de rémunération des médecins, on recense trois modes principaux de rémunération des médecins : la rémunération à l'acte (*fee-for-service*), le salariat des médecins et la capitation. Dans le premier cas, les médecins sont rémunérés pour chaque acte pratiqué ; dans le second, les médecins reçoivent une rémunération par unité de temps, indépendamment du nombre d'actes pratiqués et de patients reçus ; dans le troisième cas, les médecins reçoivent une rémunération pour chaque patient pris en charge par unité de temps, indépendamment du nombre d'actes pratiqués pour chaque patient.

Dans les systèmes où les médecins reçoivent une rémunération à l'acte, ces derniers sont incités à accroître le volume et le prix des actes pratiqués selon le cadre théorique de la demande induite (Arrow [1986] ; Rochaix et Jacobzone [1997]). L'offre de soins de médecins est ainsi plus importante en France et en Allemagne. La capitation est souvent introduite dans

le but de contrôler les coûts du système de santé, les professionnels n'étant plus incités à accroître le nombre d'actes par patient. Plusieurs études américaines suggèrent ainsi que le passage de la rémunération à l'acte à la capitation dans le contexte du *managed care* a réduit l'utilisation des services de santé (Gosdenet *al.* [2000]), sans que l'on puisse conclure si ceci implique une amélioration de l'efficacité des systèmes ou d'une réduction de l'accès aux soins. Par exemple, en comparant différents programmes de couverture médicale (hmos), Zukevas et Hill [2004] montrent que la capitation peut améliorer l'accès aux soins préventifs. La rémunération salariale des médecins est connue pour faciliter la planification financière et le contrôle des coûts des systèmes de santé (oecd [1994] ; Maynard [1986]). Cependant, dans ces systèmes, les médecins sont peu incités à accroître le nombre de leurs patients. En conséquence, les patients peuvent souffrir d'un choix de traitement moins pertinent et d'une orientation inappropriée vers les autres professionnels de santé (Gosdenet *al.* [1999]).

De plus, dans les systèmes par rémunération à l'acte, la coordination des soins est souvent limitée. En effet, il n'existe que rarement des mécanismes formels permettant d'assister les personnes souffrant de maladies chroniques ou de poly-pathologies afin d'obtenir des soins coordonnés et ainsi obtenir l'ensemble des soins nécessaires. La capitation semble au contraire améliorer la gestion des soins et permet une meilleure coordination des services reçus que les deux autres systèmes (Mitchell et Gaskin [2007]). Or, cette meilleure coordination est sans doute plus importante pour garantir une prise en charge adaptée aux personnes les plus pauvres et les moins éduquées qui semblent avoir une moindre connaissance des filières de soins.

Dans de nombreux pays européens, comme la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et le Portugal, le secteur des soins primaires est organisé autour des médecins généralistes qui jouent le rôle de *gatekeeper*, c'est-à-dire qui contrôlent le recours aux autres professionnels de santé.

Le *gatekeeping* est considéré comme un mécanisme de maîtrise des coûts dans la mesure où les spécialistes peuvent être incités par leur mode de rémunération à induire une demande de soins coûteuse et parfois non nécessaire (Richardson et Peacock [2006]). De plus, le *gatekeeping* a tendance à intensifier les contacts entre les patients et leur médecin généraliste,

ce qui peut conduire à une prise en charge plus préventive, plus globale et mieux coordonnée que celle fournie par les spécialistes.

Quelques rares études se sont intéressées à l'impact des différents modèles de *gatekeeping* (strict, souple, aucun) sur la consommation de soins. Par exemple, Hodgkin *et al.* [2007] montrent que l'assouplissement des règles de *gatekeeping* permet une augmentation très significative de la consommation de soins psychiatriques. Ferris *et al.* [2001, 2002] ont également montré que le passage à l'accès libre aux spécialistes conduit à une augmentation du recours des enfants souffrant de maladies chroniques, mais n'a pas d'impact sur la consommation de soins des adultes.

Par ailleurs, les systèmes dans lesquels les généralistes ont un rôle de *gatekeeper* sont ceux qui disposent d'une organisation bien développée des soins primaires. Quelques travaux ont également mis en évidence que les inégalités de consommation de soins étaient réduites dans les pays disposant d'un système de santé orienté vers les soins primaires (Starfield *et al.* [2005]). L'efficacité auprès des populations défavorisées des programmes organisant les soins de premier recours est particulièrement bien établie dans les pays en développement (Albert *et al.* [1997] ; Reyes *et al.* [1997]).

Une autre composante est la qualité technique des personnels de santé, mais pas nécessairement dans le sens où on l'entend habituellement. La qualité des soins recouvre en effet un spectre très large de représentations dans lesquelles la qualification du personnel occupe certes une place importante, mais non exclusive : les relations interpersonnelles entre patients et personnel soignant en sont un élément tout aussi important. L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le soignant, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments de la qualité perçue par les usagers. Tous ces facteurs conditionneraient l'utilisation des services de santé de premier niveau, que ce soit pour des soins curatifs, pour des soins préventifs y compris pour la planification familiale. La qualité perçue qui a donc une influence non négligeable sur l'utilisation des services de santé agit aussi sur la volonté à payer ces services.

Des enquêtes anthropologiques menées dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) en 1999 et 2000, relèvent non seulement une lourdeur importante dans le fonctionnement des structures de santé qui conduit à une perte de temps excessive pour l'utilisateur mais également un comportement du personnel soignant, notamment dans les maternités, extrêmement négatif qui se traduit par des attitudes face au patient anonyme (qui n'a pas de connaissance dans la structure visitée) qui vont :

- de l'indifférence, au mépris jusqu'à la violence verbale et physique; un non-respect des normes de bienséance qui va de la non considération de l'intimité et de la pudeur du patient à l'absence d'écoute du malade;
- un régime de faveurs lié à la personnalisation de la relation patient/personnel soignant qui permet à ceux qui sont recommandés d'être bien accueillis, de ne pas attendre quitte à passer devant tout le monde et parfois de ne rien payer ou presque (ceci explique, du moins en ville, que les utilisateurs iront d'abord dans les structures où ils connaissent quelqu'un, mais aussi pour créer cette relation que les utilisateurs font des cadeaux ou acceptent le dessous de table demandé pour être correctement pris en charge) ;
- une vente privée de médicaments et de petit matériel (gant pour le toucher vaginal) : le personnel peut acheter des médicaments, des gants, ou des seringues au marché, dans des pharmacies privées ou les dépôts de vente du centre pour les revendre plus cher aux utilisateurs ;
- une faible qualité de l'information transmise au patient qui va du manque d'explication simple du fonctionnement du centre (achat du carnet, salle d'attente, partition des actes entre le personnel, heures d'ouverture), à l'absence de posologie pour la prise de médicaments prescrits ;
- la faible qualité des actes : le soignant ne prend pas la peine d'examiner le patient, parfois même de l'interroger ;
- les détournements ou l'existence de paiements illégaux, pourtant connus de tous, ne faisant l'objet d'aucune sanction.

Les structures de soins publiques, en Afrique subsaharienne, se caractérisent et sont caractérisées très souvent par leur mauvais fonctionnement [Jaffré et Olivier de Sardan, 2003] et le mauvais traitement des patients [Jewkes, Naeemah*et alii*, 1998], par des personnels de santé qui, confrontés à des conditions de vie difficile, sont souvent davantage préoccupés à compléter leurs revenus qu'à dispenser des soins [Ferrinho et Van Lerberghe, 2000], à tel point que l'on peut arriver à se demander pourquoi les patients se rendent encore dans des établissements de soins [Gruénais, 1996]. Face à ces constats sévères, qui attestent finalement du peu de considérations des personnels de santé à l'égard des patients dans les structures publiques, les réflexions de santé publique se multiplient sur les stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins [Haran, Iqbal *et alii*, 1993 ; Whittaker*et alii*, 1998 ; Kegels, 1999] et dynamiser la performance des systèmes de santé [Murray et Frenk, 2000]. Dans ce contexte, le secteur privé fait volontiers figure d'alternative [Bennett, McPake*et alii*, 1997, p. 2]. Aujourd'hui, l'ensemble des agences de développement et des instances internationales (Banque mondiale, OMS, Union européenne, etc.) considèrent que toutes les structures de soins, privées comme publiques, sont constitutives à part entière des systèmes de santé nationaux. Plus que jamais, le secteur privé bénéficie d'une opinion favorable au regard de la rigueur de sa gestion, liée notamment à la nécessité de ne compter que sur ses propres forces pour assurer sa pérennité, gage de la qualité du service. Cependant les bailleurs de fonds, représentants d'États du Nord, employant nombre de fonctionnaires ou assimilés, qui œuvrent pour le développement des États du Sud en accordant une attention particulière aux plus pauvres, ont encore quelques réticences à traiter directement avec les représentants du secteur privé lucratif. En revanche, ces réticences sont levées dès qu'il s'agit du secteur privé non lucratif, prioritairement représenté par les ONG et les institutions confessionnelles. Ainsi, dès 1993, la Banque Mondiale proposait de subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de premières nécessités aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé ».[Banque Mondiale, 1993]

## Chapitre 2 : Cadre méthodologique et résultats

Pour atteindre les objectifs visés par la présente recherche, il est nécessaire d'adopter une méthodologie appropriée. Elle est le pilier de toute recherche réussie et prend en compte l'ensemble des techniques, méthodes et procédures utilisées pour atteindre le but de la recherche. Elle combine aussi bien les approches qualitatives que quantitatives. La méthodologie adoptée regroupe globalement deux sections : le cadre méthodologique et la méthode d'analyse.

### **Section 1 : Cadre méthodologique**

Dans un travail de recherche, la méthodologie suivie s'avère importante pour la fiabilité et la crédibilité des résultats. Elle se définit comme l'ensemble des démarches entreprises pour la collecte des informations, des données et leur traitement en vue de produire des résultats qui permettent d'atteindre les objectifs fixés et de vérifier les hypothèses

### **Paragraphe 1 : Cadre de l'étude**

#### **1- Cadre physique**

Le CHUD-OP est situé au quartier Ouenlinda, dans la ville de Porto-Novo, capitale du Bénin. Il est implanté une superficie de terrain de 5,6 hectares, non loin de l'Assemblée Nationale. En tant qu'hôpital départemental de référence suivant la pyramide sanitaire nationale, le CHUD-OP dessert les populations des départements de l'Ouémé et du Plateau.

D'une superficie de 4.725 km<sup>2</sup>, ces deux départements sont situés dans la partie sud-est du Bénin et repérés entre le 6° et le 7,5° de la latitude nord sur le globe terrestre. Ils sont limités au nord par le département des Collines, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par la République Fédérale du Nigeria et à l'ouest par les départements de l'Atlantique, du Littoral et du Zou.

Conformément à la carte sanitaire de l'Ouémé et du Plateau, le CHUD-OP dessert les centres de santé périphériques et les hôpitaux de zone formant la sphère d'activités des cinq (5) zones sanitaires suivantes :

- A- Zone sanitaire Porto Novo, Aguégoués, Sèmè Podji (PAS) située dans un rayon d'au moins 10 km,
- B- Zone sanitaire Adjarra, Avrankou, Akpro-Missérété (AAA) située dans un rayon d'au moins 20 km,
- C- Zone sanitaire Sakété, Ifangni (SAKIF) située dans un rayon d'au moins 30 km,
- D- Zone sanitaire Adjohoun, Bonou, Dangbo (ABD) située dans un rayon d'au moins 25 km,
- E- Zone sanitaire. Pobè, Adja Ouèrè, Kétou (PAK) située dans un rayon d'au moins 50 km,

## **2- Climat**

Le climat du bassin d'attraction du CHUD-OP est de type subéquatorial avec deux saisons pluvieuses : une grande de mars à juillet et une petite de septembre à novembre et deux saisons sèches qui s'intercalent entre les deux saisons pluvieuses. La température relativement élevée oscille entre 24°C et 32°C. Les précipitations annuelles varient entre 900 et 1480 mm

## **3- Hydrographie, pluviométrie et Relief**

Le fleuve Ouémé est le seul cours d'eau important des deux départements. Il traverse les départements du nord au sud et constitue sa limite Ouest sur une cinquantaine de kilomètres. Il se prolonge dans la région méridionale par la lagune de Porto-Novo, le lac Nokoué, les mangroves et rivières saisonnières qui renforcent le réseau hydrographique du bassin.

Les départements jouissent d'un climat de type équatorial humide avec deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches.

Les hauteurs de pluie s'établissent dans l'Ouémé à 1418,2 mm en 2012 contre 1284,1 mm en 2011 pour respectivement 78 et 65 jours de pluie. Dans le département du Plateau, on enregistre 1111,5 mm de pluie en 2012 contre 1132,4 mm en 2011 pour respectivement 71 et 58 jours de pluie. Le pic de la courbe pluviométrique a été enregistré en mai avec une hauteur d'eau de 237.29 mm en 8 jours dans le département du Plateau et en juin avec une hauteur de 208.00 mm en 10 jours dans celui de l'Ouémé.

Le relief est diversifié. On distingue trois (03) zones naturelles :

- la vallée de l'Ouémé à l'Ouest qui s'étend du Nord au Sud ;
- la dépression septentrionale, encore appelée dépression de la LAMA, qui est orientée suivant l'axe Sud-Ouest/Nord-Est et qui longe le plateau de Kétou ;
- et le reste de la région (au Sud) qui est un plateau sablonneux et argileux.

#### **4- Données démographiques de l'Ouémé et du Plateau**

Les deux départements regroupent aujourd'hui quatorze (14) communes et quatre-vingt et un (81) arrondissements répartis comme suit :

- L'Ouémé est composé de (09) communes, 52 arrondissements, 265 villages et 146 quartiers de villes.  
Les communes de l'Ouémé sont : Adjarra, Adjohoun, Aguégoués, Akpro-Misséréte, Avrankou, Bonou, Dangbo, Porto-Novo et Sèmè-Podji .
- Le Plateau regroupe cinq (5) communes (Adja-Ouèrè, Ifangni, Kétou, Pobè, Sakété), 29 arrondissements, 165 villages et 62 quartiers de villes.

Le chef-lieu de la Préfecture des deux départements est situé à **Porto-Novo**, Capitale de la République du Bénin. La population de l'Ouémé et du Plateau est estimée à 1.725.695 habitants en 2016. La densité de la population est de 365,3 habitants au kilomètre carré (km<sup>2</sup>).

Les principaux groupes ethniques qui cohabitent le milieu socioculturel ambiant sont : les Goun, les Yoruba, les Xwla et les Tori dans l'Ouémé, puis les Wémé, les Holly, les Nagot dans le Plateau. A cela s'ajoutent, une partie des populations provenant des départements limitrophes du Littoral, de l'Atlantique, du Zou et celles des zones de proximité avec la République Fédérale du Nigéria.

### **Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche**

#### **1-Méthode de recherche**

Dans cette partie nous présentons le type d'étude, les techniques de collecte et d'analyse des données.

##### **❖ Type d'étude**

L'étude est transversale et analytique. Par rapport aux objectifs de la recherche, plusieurs techniques quantitatives et qualitatives ont été utilisées.

❖ **Population à l'étude**

Dans cette étude, notre unité d'échantillonnage est le ménage, l'unité déclarante c'est à-dire celui qui sera soumis notre questionnaire est le patient ou l'un de ces parents.

❖ **Critères d'inclusion**

Le questionnaire est administré au CHUD-OP. Il prend en compte la population hospitalisée dans le centre.

❖ **Echantillonnage**

La taille de l'échantillon retenu pour cette étude est de 100 ménages soit un taux de 0,84% des malades hospitalisés jusqu'au 30 septembre 2016 au CHUD-OP. La taille de cet échantillon a été choisie en tenant compte de nos moyens et du temps dont nous disposons dans le cadre de cette étude.

Ainsi donc l'échantillonnage de cette étude est fait par une méthode non probabiliste à savoir : l'échantillonnage par choix raisonné vu l'état de santé des patients.

**2-Recherches documentaires et choix des instruments de recueil des Données.**

- **Recherches documentaires**

Elle concerne beaucoup de structures susceptibles de tenir des éléments d'informations qui nous intéressaient à savoir : le centre de documentation de la Direction Départemental de la Santé de l'Ouémé et du Plateau (DDS-OP), l'internet et personnes ressources. Ce qui nous a aidés à mieux orienter nos instruments de recherche.

- **Choix des instruments de recueil des données**

Le questionnaire a surtout été utilisé pour mieux recueillir les informations que détiennent les ménages car pour plus de précision l'utilisation de cet instrument est indispensable. Cet instrument est présenté en annexe.

### **3- Mode d'administration, difficultés et limites de la recherche**

L'administration des instruments s'est faite de manière directe. Le principal avantage de cette méthode est qu'il permet d'avoir un contact visuel entre le chercheur et les répondants. Un contact pouvant renseigner sur des facteurs que le questionnaire n'a pas forcément pris en considération. Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel **Stata**. Les problèmes de disponibilité des sources de données sont aussi un élément à résorber. Les limites ont surtout trait au manque de moyens et de temps qui ne permet pas de viser une cible d'étude plus large.

## **Section 2 : Méthode d'analyse**

### **Paragraphe 1 : Formulation du modèle**

#### **1- Statistique Descriptive :**

Variable quantitative discrète. De façon générale à chaque valeur  $k$  d'une variable quantitative discrète correspond un effectif, noté par  $n_k$  ; il s'agit en fait du nombre des individus pour lesquels on a observé la valeur  $k$ . La fréquence  $f_k$  de la valeur  $k$ , se calcule au moyen de la formule:  $f_k = \frac{n_k}{N}$ , où  $n_k$  désigne l'effectif correspondant à la valeur  $k$  et  $N$  l'effectif total ; tout comme dans le cas des variables qualitatives, en multipliant les fréquences par 100, on obtient les pourcentages correspondants.

#### **. Variable dépendante**

La variable dépendante retenue pour notre étude est l'accès. Elle est utilisée pour mesurer le niveau d'accès du CHUD-OP par les ménages de Porto-Novo

<b>Variables</b>	<b>Description des variables</b>	<b>Valeur</b>
<b>ACCES</b>	Variable représentant l'accès	1 si l'individu à accès ; 0 si non

Source : données de nos enquêtes

#### **. Variables indépendantes**

Le tableau ci-dessous donne la description de la composition du vecteur des variables explicatives qui ont été retenues pour les besoins de notre analyse.

**Tableau 1:** Description des variables socioéconomiques et culturels.

Variables	Description des variables	Valeur
AGE	Age du répondant	1-si (15ans-20ans) 2-si (21ans-26ans) 3-si (27ans-32ans) 4-si (33ans-38ans) 5-si (39ans- 44ans) 6-si (45ans-50ans) 7- si (51ans-56ans) 8- si (57ans-62ans) 9-si (63ans-68ans)
INSTRUC	Variable catégorielle représentant le niveau d'instruction du répondant	0 si aucun ; 1 si- Primaire ; 2 si Secondaire et plus
REVENU	Variable représentant le niveau de revenu mensuel du ménage	1-Plus pauvre $\leq 40.000$ 2- Pauvre ( $] 40.000 ; 80.000]$ 3-Moyen ( $\geq 80.000F$ )
ACUEIL	Variable catégorielle représentant la célérité dans l'accueil des patients	1 si accueil rapide ; 2 si non
COUTSOI	Variable catégorielle représentant le niveau du coût des soins au centre de santé	1 si coût élevé ; 2 si non
COUTME	Variable catégorielle représentant le niveau du coût des médicaments	1 si coût élevé ; 2 si non

OCCUP	Variable catégorielle indiquant que le chef du ménage a une activité génératrice de revenu	1 si oui ; 2 si non
MOTIF	Variable catégorielle indiquant la raison de leur hospitalisation	1 si cas référé ; 2 si cas d'accident ; 3 si autres
COUHD'HOSP	Variable catégorielle indiquant le niveau du coût	1 si élevé ; 2 si non

Source : données de nos enquêtes

## 2-Analyse descriptive :

Ici notre étude s'est basée sur l'analyse uni-variée qui consiste en la description statistique de chaque variable. L'analyse bi-variée quant à elle, consistera à examiner des associations (tableaux croisés) entre chaque variable indépendante et la variable dépendante afin de détecter l'existence de liaison entre les couples de variables. Pour tester l'indépendance de deux variables nous avons utilisé le test usuel de Khi-deux(Khi2) de Pearson avec une statistique de Fisher dont la probabilité qui lui est associée peut être interprétée de la manière suivante :

Lorsque la probabilité associée à la statistique est inférieure au seuil de significativité 10% on rejette l'hypothèse nulle d'indépendance, dans le cas contraire on l'accepte. Ces tests de comparaison de proportion sont basés sur la statistique de Khi-Deux. En outre nous avons procédé à l'analyse uni-varié et bi-varié en utilisant le logiciel **STATA**.

**Tableau 2** : Statistique descriptive

Variable	Modalité	Fréquence	Pourcentage
Accès	Oui	74	74.0
	Non	26	26.0
Fréquentation	Oui	52	52.0
	Non	48	48.0
Sexe	Masculin	37	37.0

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

	Féminin	63	63.0
Niveau d'instruction	Aucun	43	43.0
	Primaire	25	25.0
	Secondaire et plus	32	32.0
Situation matrimoniale	marié	35	35.0
	Non	65	65.0
Occupation	artisan	41	41.0
	commerçant	29	29.0
	fonctionnaire	15	15.0
	cultivateur	15	15.0
Motif	Cas grave/urgence	49	49.0
	Cas d'accident	33	33.0
	Autres	18	18.0
distance	Moins de 1Km	52	52.0
	Plus de 1Km	48	48.0
Temps de marche	Moins de 30min	27	27.0
	Moins de 1h	35	35.0
	plus de 1h	38	38.0
Appréciation de la distance	Proche	27	27.0
	Moyenne	32	32.0
	Longue	41	41.0
Coût des médicaments	Non élevé	29	29.0
	élevé	71	71.0
Coût des soins		28	28.0
	Non élevé		
	élevé	72	72.0

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

accueil	Non rapide	29	29.0
	Rapide	71	71.0
Coût hospitalisation	Non élevé	24	24.0
	élevé	76	76.0
Méthode traitement	Automédication	50	50.0
	Médecine traditionnelle	19	19.0
	Médecine Moderne	31	31.0
Charge santé	Fonds propres	68	68.0
	Prise en charge de l'Etat	15	15.0
	Couverture mutualiste/Assurances	17	17.0
Niveau revenu	Moins de 40.000 FCFA	48	48.0
	40.000 FCFA-80.000 FCFA	32	32.0
	Plus de 80.000 FCFA	20	20.0

Source : Nos données d'enquête

**Tableau 3** : Evaluation des variables explicatives suivant l'accès

		accès		pourcentage
		Non	Oui	
Fréquentation	Non	15	33	44,59%
	Oui	11	41	55,41%
Sexe	Masculin	7	30	40,54%
	Féminin	19	44	59,46%
Niveau d'instruction	Aucun	10	33	44,59%
	Primaire	5	20	27,03%
	Secondaire et plus	11	21	28,38%
matrimonial	Non marié	13	52	70,27%
	Marié	13	22	29,73%
occupation	Artisanat	12	29	39,19%
	Commerçant	7	22	29,73%
	Fonctionnaire	4	11	14,86%
	Cultivateur	3	12	16,22%
motif	Cas grave/urgence	9	40	54,05%
	Cas d'accident	13	20	27,03%
	Autres	4	14	18,92%
distance	Moins de 1Km	8	44	59,46%
	Plus de 1Km	18	30	40,54%
temps	Moins de 30min	8	19	25,68%
	Moins de 1h	6	29	39,19%
	Plus d' 1h	12	26	35,14%

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

Appréciation distance	Proche	9	18	24,32%
	Moyenne	8	24	32,43%
	Longue	9	32	43,24%
Coût médicament	Non élevée	10	19	25,68%
	Elevée	16	55	74,32%
Coût soins	Non élevée	14	58	78,38%
	Elevée	12	16	21,62%
accueil	Non rapide	15	14	18,92%
	Rapide	11	60	81,08%
Coût hospitalisation	Non élevée	15	61	82,43%
	Elevée	11	13	17,57%
Méthode traitement	Automédication	11	39	52,70%
	Médecine traditionnelle	3	16	21,62%
	Médecine moderne	12	19	25,68%
Charge santé	Fonds propres	14	54	72,97%
	Prise en charge de l'Etat	8	7	9,46%
	Couverture mutualiste/Assurances	4	13	17,57%
Niveau revenu	Moins de 40.000 FCFA	4	16	21,62%
	40.000 FCFA-80.000 FCFA	7	25	33,78%
	Plus de 80.000 FCFA	15	33	44,59%

Source : données de nos enquêtes

### 3-Test de khi2

Après avoir déterminé le seuil de l'accès, nous utiliserons le test de Khi2 pour montrer s'il y a un lien entre l'accès et les autres variables prises individuellement. La comparaison entre Khi2 calculé et Khi2 théorique va nous permettre de trancher entre les deux hypothèses. La règle est la suivante :

Khi2 Calculé < Khi2 théorique => H0

Khi2 Calculé > Khi2 Théorique => H1

**Tableau 4** : Analyse des facteurs explicatifs de l'accès aux soins de santé

Variable dépendante	Variable indépendante	Significativité au seuil de 10%
ACCES	Fréquentation	Non
	Sexe	Non
	Niveau d'instruction	Non
	Situation matrimonial	Oui
	Occupation	Non
	Motif	Oui
	Distance	Oui
	Temps de marche	Non
	Appréciation de la distance	Non
	Coût des médicaments	Non
	Coût des soins	Oui
	Accueil	Oui

Coût hospitalisation	Oui
Méthode de traitement	Non
Charge santé	Oui
Niveau revenu	Oui

Source : données de nos enquêtes

Les tableaux de contingence entre l'Accès et les variables indépendantes sont Présentés en annexe

## **Paragraphe 2 : Analyse des données et interprétation des résultats**

Le tableau 2 révèle que 82% des enquêtés sont venus pour des cas d'urgence, soit 49% de cas référés des centres périphériques et 33% de cas d'accident.

Le niveau de revenu de la majeure partie de cette population étant bas et que se sont ses ménages mêmes qui prennent en charge leurs dépenses en santé, 71% de la population trouve que le coût des médicaments est élevé, 72% trouve que le coût des soins est élevé ainsi que le coût d'hospitalisation 76%. Il faut aussi remarquer que 48% des enquêtés ont un niveau de revenu inférieur à 40.000FCFA et 32% ont un niveau de revenu compris entre 40.000 et 80.000FCFA.

La statistique de Pearson donne le seuil avec lequel on peut rejeter l'hypothèse nul. L'hypothèse nul est rejeté si la Probabilité associée à la statistique de Khi2 inférieure 10%. Les variables sociodémographiques et les variables économiques significativement liées au seuil de 10% à l'accès sont :

- situation matrimoniale
- motif
- distance
- coût des soins

- accueil
- coût hospitalisation
- dépense de santé
- niveau de revenu

L'accès dépend donc de la situation matrimoniale, motif, la distance, coût des soins, coût hospitalisation, de la dépense en santé et du niveau de revenu.

En outre la majeure partie de la population (85%) sont des artisans et des revendeurs. Ce qui explique leur faible niveau de revenu. Par ailleurs les coûts élevés des soins et d'hospitalisation empêchent d'accéder aux soins.

Le tableau 3 montre que la distance a une influence négative sur l'accès aux soins, ainsi lorsque la distance est moindre, la probabilité d'accès augmente. Aussi force est de constater que, plus leur niveau de revenu est élevé, plus ils ont accès aux soins.

### **Paragraphe 3 : Validation des hypothèses**

Agée de 35 ans en moyenne, la population enquêtée constituée de 37 % de sexe masculin et 63 % de sexe féminin. Le test d'indépendance de Khi-Deux nous a permis de vérifier une relation probable entre l'accès aux soins de santé et quelques variables à savoir :

- situation matrimoniale
- motif
- distance
- coût des soins
- accueil
- coût hospitalisation
- dépense de santé

- niveau de revenu

Il ressort de cette analyse que le niveau de revenu et la distance sont liés à l'accès aux soins de santé de la population enquêtée. **En effet la probabilité associée aux statistiques de Khi-Deux du test d'indépendance réalisée à cet effet est significativement inférieure à 0,001. Ainsi nous pouvons conclure que la première hypothèse est validée.** En effet, elle stipule que l'accessibilité aux soins des ménages de Porto Novo au CHUD-OP dépend de la distance et de leur niveau de revenu.

La probabilité associée aux statistiques de khi-Deux du test d'indépendance réalisée au niveau des coûts de soins et d'hospitalisation montre qu'il est significativement inférieur à 0,001. **Il ressort de cette analyse que le coût de soins et le coût d'hospitalisation sont liés à l'accès aux soins c'est-à-dire l'accès aux soins dépend des coûts de soins et d'hospitalisation. Ainsi nous pouvons conclure que les principales barrières à l'accès sont d'ordre financier. D'où la deuxième hypothèse est validée.**

#### **Paragraphe 4 : Discussions, limites et préconisations opérationnelles**

##### **A-Discussions**

Dans notre étude, l'accès aux soins de santé n'est lié ni au niveau d'instruction, ni au sexe, ni à l'âge, ni l'occupation du chef de ménage, ni au temps de marche et à la méthode de traitement de la personne enquêtée car les résultats du test d'indépendance ne sont pas significatifs pour ces variables précitées.

L'accessibilité aux soins selon Picheral (2001), « c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle. Surtout fonction du distance/temps donc la proximité ou l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est-à-dire l'utilisation effective du système).

L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion).»

L'auteur fait référence à la dimension géographique et économique de l'accessibilité. Ainsi désigne-t-il l'accessibilité géographique comme la notion de distance-temps entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours (la notion de desserte bien que l'intégrant est limitée). Concernant l'accessibilité financière ou économique on doit remarquer que plusieurs choix de services sont en général possibles. A chaque nouvelle technologie se positionne une nouvelle problématique d'accessibilité. L'accessibilité dépendra donc de la forme économique et technologique des services de santé. Ainsi nous pouvons en déduire que les rencontres pour accéder aux soins dans les services de santé de l'Etat sont d'ordre financier

Comme on pouvait s'y attendre, notre étude montre que ces difficultés d'accès financier permanent aux soins de santé sont plus grandes pour les indigents. Avoir un accès aux soins n'équivaut pas à être capable de les payer par soi-même. Face à la maladie, certains chefs de famille utilisent plusieurs mécanismes : vente de biens, renonciation à d'autres dépenses, prêts, dons, etc. Il faut assurer la gratuité des médicaments ou accorder des subventions. Les focus groups décrivent fort bien ce que vivent les communautés avec les comités de gestion et qui peut se résumer en « pas d'argent, pas de soins, qui que vous soyez ». Le personnel de santé et les membres des comités de gestion privilégient la rentabilité financière au détriment de la prise en charge des indigents.

Pour apporter son appui à la résolution du problème d'accessibilité financière des indigents, l'Etat béninois consacre depuis 1999 une part spéciale de son budget à la prise en charge des soins de santé des indigents. La stratégie adoptée consiste à doter les centres de santé en médicaments et matériels de première nécessité pour améliorer la prise en charge des premiers soins d'urgence et des cas d'indigence. Mais les difficultés d'identification des indigents et l'esprit de lucre fort présent, ont transformé ces dotations en renforts des stocks habituels ou d'entretien du clientélisme. Au total, les vrais indigents n'en bénéficient pas réellement.

Des situations semblables sont vécues dans plusieurs pays d'Afrique. Une étude de cas du Kenya montre que les politiques d'exemption ne sont pas nécessairement mises en œuvre. Les aspects liés à la viabilité financière des centres de santé prennent le dessus sur l'exemption de ceux qui sont incapables de payer.

De même, les organisations communautaires (groupements, ONG, organisations religieuses) interviennent très peu dans l'aide. C'est le cas du Bénin où une étude de Weil et al montre que les recours à des systèmes traditionnels d'entraide sont assez rares. Dans quelques cas, surtout pour les accouchements compliqués, on peut avoir recours aux tontines ou à d'autres associations caritatives.

Parmi les personnes enquêtées 4,67 % déclarent avoir une prise en charge par l'Etat ; 4,67 déclarent avoir une couverture mutualiste/assurance permanent aux soins de santé. Donc 90,67 % ne peuvent pas garantir à tout moment les soins de santé aux personnes qu'ils ont à charge, s'ils doivent compter sur leurs propres ressources financières.

Mais comme le suggère Waelkens, il faut considérer avec prudence ce type de résultats issus d'entretiens car ils ne reflètent pas toujours la réalité. Les répondants adaptent leurs réponses en fonction du bénéfice qu'ils attendent de l'entretien ou en fonction de la pression sociale, ce qui n'est pas perçu par celui qui réalise l'entretien. Mais la question du revenu est plus complexe à aborder que ce que nous avons fait ainsi des réserves sont à faire à ce sujet.

## **B- Limite de l'étude**

Cette étude présente quelques limites qu'il serait intéressant de souligner. La première limite est liée à la nature transversale des données de l'enquête que nous avons réalisée du 26 au 30 Décembre 2016 et sur lesquelles se base l'étude. En effet, elles sont mesurées au moment de l'enquête et non au moment où se sont produits les évènements. La deuxième limite quant à elle est relative au faible pourcentage de l'échantillon (environ 0,84%). Aussi faut-il ajouter les facteurs psychosociaux, économiques et technologiques (estime personnelle, importance apportée à l'opinion d'autrui, revenu réel du chef de ménage, la taille du ménage, technique de traitement, les technologies utilisées etc.) que nous n'avons pris en

compte dans cette étude. Ces différentes variables peuvent faire l'objet d'une autre étude à part entière.

### **C- Suggestions**

Au regard des résultats obtenus plusieurs suggestions méritent d'être faites à l'endroit des différents acteurs du CHUD-OP

- assurer l'efficacité de la prise en charge médicale des cas référés dans le centre
- couvrir les demandes d'assistance sociale aux malades indigents
- sensibiliser les malades sur les comportements de prévention et de lutte contre la maladie

## CONCLUSION

La présente étude effectuée sur la base des données de l'enquête réalisée du 26 au 30 décembre 2016 au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) a pour objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins des ménages de Porto Novo. Elle a porté sur un échantillon de 100 ménages.

L'analyse des résultats montre que la distance a une influence négative sur l'accès aux soins des ménages enquêtés, ainsi lorsque la distance est moindre, la probabilité d'accès augmente. On note également que plus le niveau de revenu des ménages est élevé plus ils ont le pouvoir d'accéder au CHUD-OP. La situation matrimoniale, le motif, la distance, le coût des soins, le coût hospitalisation, la dépense en santé et le niveau de revenu sont des facteurs significativement liés à l'accès aux soins. Les variables comme la fréquentation, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, l'occupation, le temps de marche, l'appréciation de la distance, le coût des médicaments et méthode de traitement ne sont guère liées à l'accès aux soins.

L'étude a montré les difficultés réelles que la plupart des chefs de ménage et, de façon spécifique, ceux des ménages indigents, rencontrent pour accéder financièrement aux soins de santé. Les principales barrières à l'accès aux soins au CHUD-OP sont les coûts élevés de soins et d'hospitalisation.

A la lueur de nos résultats, il est souhaitable que les politiques de santé des pays africains s'inscrivent dans la logique de garantie de l'accès aux soins de santé aux populations et en particulier aux indigents. C'est un mérite pour le ministère de la Santé publique du Bénin de s'attaquer au problème de prise en charge des indigents, mais sa stratégie devra s'orienter vers un ciblage plus spécifique des indigents en attendant que des réformes économiques plus profondes permettent d'améliorer le niveau de vie de façon générale

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**Annuaire des Statistique Sanitaire 2012, 2013 et 2014**

**Draft PITA 2017 CHUD-OP v1**

**BLANPAIN N.**, « Etat de santé et accès aux soins des allocataires du RMI. », INSEE PREMIERE, n°655, **1999**

**BOCOGNANO A., S. DUMESNIL, L. FREROT , P. LE FUR, C. SERMET**, « Santé, soins et protection sociale en **1998**. Enquête sur la santé et la protection sociale. France 1998 », Rapports **CREDES** n°1282 et 1282bis, **1999**

**EECKHOUDT L., E. CALES, B. DERVAUX**, « Identification des variables explicatives du recours aux soins en lien avec les comportements de prévention et en présence de risques multiples. Rapport final. », Centre de Recherches Economiques Sociologiques et de Gestion, **1998**

**MIZRAHI (An. ), MIZRAHI (Ar.)**, « Les inégalités d'accès aux soins. Inégalités, santé, exclusions. », PREVENIR, n° 28, pp.7-28, **1995**

**Mizrahi An, Ar. Mizrahi**, « Evolution des disparités des dépenses médicales **1970-1980-1991** : enquête sur la santé et les soins médicaux, France **1970, 1980, 1991-92**. » Rapport CREDES, n°1168, **1997**

**Picheral H. (2005)**, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, Atelier Géographie de la santé ed **2001**, Montpellier: Université de Montpellier 3-Paul **Valery R.S. Koukpo**, Le droit de la santé au Bénin: état des lieux, Cotonou 2005, Réseaux des chercheurs

**Haddad S.**, Utilisation des services de santé en pays en développement , in Institut d'analyse des systèmes biologiques et socio-économiques . 1992, Université de Lyon Claude Bernard.: Lyon. p. 362.

**Fortney, J.C.**, et al. , The effects of travel barriers and age on the utilization of alcoholism treatment aftercare. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, **1995. 21 (3): p. 391 (16 pages)**.

**Pooler J.A.**, The use of spatial separation in the measurement of transportation accessibility. Transportation Research, **1995. 29 (6): p. 421-427**.

**Eden J.** Measuring access to care through population based surveys in a managed care environment: Where are we now? in Measuring access to care through population based surveys in a managed care environment . **1998**: Bindman A.B., Gold M.R.,.

**Picheral H.** Territoires et valeurs d'usage de l'espace: éléments d'une géopolitique de la santé . in Allocation des ressources et géographie des soins. **1998**. Paris: CREDES.

**Stiglitz J. E.**, Principe d'Economie Moderne . 2° ed. Ouvertures Economiques Prémisses. 2000, Bruxelles: De Boeck Université. 939p. dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3 Pascal BONNET © **2002**

**Catherine Bac et Didier Balsan** Modélisation des dépenses d'assurance n° 19 – **octobre 2001**

**Jacobzone S. ET Rochaix L.** (1997) « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », Economie et Prévision, n°129-130, **1997-3/4**.

**L'horty Y., Quinet A. ET Rupprecht F** (1997) « Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique », Economie et Prévision, n°129-130, **1997-3/4**.

**Mahieu R.** « Les déterminants des dépenses de santé: une approche macroéconomique », Document de travail de l'INSEE, (**2000**)

**Newhouse J.** (1977) « Medical care expenditure : a cross national survey », Journal of human resources, n°12, pp 115-125.

**Rochaix L.** (1993) « Financial incentives for Physicians: the Quebec experience », Health Economy , vol.2, pp 163-176.

**Site internet :**

**[www.wikipédia.com](http://www.wikipédia.com)**

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

Nous répondons aux noms de **ADJASSE Hypolite et AKONDE Denis** stagiaire au centre hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) de Porto-Novo étudiant à la Faculté des Sciences Economique et de Gestion de l'Université d' Abomey-Calavi (FASEG/UAC) dans la filière Analyse de Projet.

Dans le cadre de l'étude devant couronner la fin de notre formation nous sommes en train de réaliser une enquête qui peut nous aider à mieux cerner le thème : « Accessibilité des ménages de Porto-Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics: cas du CHUD-OP de Porto-Novo ». Ainsi vous avez été ciblé comme personne ressource capable de nous aider à entrer en possession des informations. Nous vous seront infiniment gré de répondre aux questions qui vous seront posées. Nous vous remercions d'avance pour votre contribution.

#### **I- Identification du ménage**

- 1- Zone de provenance .....
- 2- Sexe
- 3- Nombre d'enfant dans le ménage

#### **II- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

- 1- Age :
- 2- Niveau d'instruction :
- 0-Aucun      1- Primaire      2- Secondaire et plus
- 3- Etat matrimonial :
- 1-Marié      2-Non
- 4- Quelle est votre actuelle occupation :
- 1-Artisanat      2- Commerçant (enregistré ou non au registre de commerce)

3-Fonctionnaire      4-Cultivateur

### **III- ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE DE L'ETAT**

1-Motif

1-cas grave envoyé par un autre centre      2-cas d'accident      3- autre

2-Avez-vous accès aux soins de santé ?

1-Oui      2- Non

3-A quelle distance se situe le centre de santé ?

1-Moins de 1km      2- plus de 1km

4-Combien de temps de marche faut-il pour se rendre dans le centre de santé ?

1-Moins de 30 min      2- Moins de 1h      3- Plus

5-Quelle appréciation faites-vous de la distance entre votre domicile et ce centre ?

1-Proche      2-Moyenne      3- Longue

6-Fréquentez-vous les services de santé quand vous tombez malade ?

1-Oui      2- Non

7-Quelle appréciation faites-vous du coût des médicaments ?

1-Elevé      2- Non

8-Quelle appréciation faites-vous du coût des soins ?

1- Elevé      2-Non

9-Quelle appréciation faites-vous de l'accueil du personnel ?

1-Accueil rapide      2-Non

10-Quelle appréciation faites-vous du coût d'hospitalisation ?

1-Elevé      2-Non

11-Quelle méthode de traitement adoptez-vous quand vous tombez malade ?

1-Automédication 2- Médecine traditionnelle 3- Médecine moderne

Pourquoi cette méthode de traitement ?

12- Qui assure la prise en charge de vos dépenses de santé ?

1-Fond propre 2- Prise en charge de l'Etat 3- Couverture Mutualise / Assurance

13- Niveau de revenu

1- Plus pauvre  $\leq$  40 000 FCFA 2-Pauvre (40 000 ; 80 000) 3-Moyen ( $\geq$  80 000 FCFA)

14-Enumérez cinq (05) principales raisons qui empêchent les gens de se rendre aux services  
de santé

1-

2-

3-

4-

5-

Justification

Classification

#### IV- Suggestion

#### **Les tableaux de la statistique descriptive**

-Tableau de fréquence de la variable dépendante :

**Tableau1 : Accès**

Accès	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Non	26	26,0	26,0
Oui	74	74,0	100,0
Total	100	100,0	

-Tableaux de fréquence des variables indépendantes

**Tableau 2 : Sexe**

Sexe	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Masculin	37	37,0	37,0
Féminin	63	63,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 3 : Niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Aucun	43	43,0	43,0
Primaire	25	25,0	68,0
Secondaire et plus	32	32,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 4 : Situation matrimoniale**

Matrimonial	Frequency	Percent	Cumulative Percent
-------------	-----------	---------	--------------------

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas  
du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

---

Marié	35	35,0	35,0
Non marié	65	65,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 5 : Occupation**

Occupation	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Artisanat	41	41,0	41,0
Commerçant	29	29,0	70,0
Fonctionnaire	15	15,0	85,0
Cultivateur	15	15,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 6 : Motif**

Motif	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Cas grave/urgence	49	49,0	49,0
Cas d'accident	33	33,0	82,0
Autres	18	18,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 7 : Distance**

Distance	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Moins de 1Km	52	52,0	52,0
Plus de 1Km	48	48,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 8 : Temps**

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

Temps	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Moins de 30min	27	27,0	27,0
Moins de 1h	35	35,0	62,0
Plus d' 1h	38	38,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 9 : Appréciation distance**

Appréciation distance	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Proche	27	27,0	27,0
Moyenne	32	32,0	59,0
Longue	41	41,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 10 : Accueil**

Accueil	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Non rapide	29	29,0	29,0
Rapide	71	71,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 11 : Coût médicament**

Coût médicament	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Elevée	71	71,0	71,0
Non élevée	29	29,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau :12 Coût des soins**

Coût des soins	Frequency	Percent	Cumulative Percent
----------------	-----------	---------	--------------------

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

Elevée	72	72,0	72,0
Non élevée	28	28,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 13 : Coût d'hospitalisation**

Coût d'hospitalisation	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Elevée	76	76,0	76,0
Non élevée	24	24,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 14 : Méthode de traitement**

Méthode de traitement	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Automédication	50	50,0	50,0
Médecine traditionnelle	19	19,0	69,0
Médecine moderne	31	31,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 15 : Charge santé**

Charge santé	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Fonds propres	68	68,0	68,0
Prise en charge de l'Etat	15	15,0	83,0
Couverture mutualiste/Assurances	17	17,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 16: Revenu**

Revenu	Frequency	Percent	Cumulative
--------	-----------	---------	------------

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas  
du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

---

			Percent
Moins de 40.000 FCFA	48	48,0	48,0
40.000 FCFA-80.000 FCFA	32	32,0	80,0
Plus de 80.000 FCFA	20	20,0	100,0
Total	100	100,0	

**Tableau 17 : Fréquentation**

Fréquentation	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Non	48	48,0	48,0
Oui	52	52,0	100,0
Total	100	100,0	

**Statistique**

		âge	nombr-enf
N	Valid	100	100
	Missing	0	0
Mean		34,90	2,90
Median		35,00	3,00
Mode		37	3
Std. Deviation		10,138	1,709
Variance		102,778	2,919
Range		51	10
Minimum		15	0
Maximum		66	10
Sum		3490	290

**TEST DE KHI2**

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

Logistic regression		Number of obs	=	100			
		LR chi2(13)	=	45.84			
		Prob > chi2	=	0.0000			
Log likelihood = -34.385505		Pseudo R2	=	0.4000			
	accès	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[90% Conf. Interva	
	age	.9713585	.0339884	-0.83	0.406	.917031	1.02891
	nombrenf	.9024985	.1819819	-0.51	0.611	.6477435	1.25741
	matrimonial	.4342067	.3142637	-1.15	0.249	.1320305	1.42791
	motif						
	Cas grave/urgence	1	(base)				
	Cas d'accident	.2671819	.189706	-1.86	0.063	.0830997	.859041
	Autres	2.712211	2.677789	1.01	0.312	.534612	13.7591
	distance						
	Moins de 1Km	1	(base)				
	Plus de 1Km	.1291583	.0957114	-2.76	0.006	.0381734	.437001
	coûtsoins						
	Non élevée	1	(base)				
	Elevée	.21737	.1556695	-2.13	0.033	.0669294	.705961
	acceuil						
	Non rapide	1	(base)				
	Rapide	6.797651	5.682071	2.29	0.022	1.718866	26.8821
	coûthospi						
	Non élevée	1	(base)				
	Elevée	.1931215	.1446904	-2.19	0.028	.0563151	.66221
	chargesanté						
	Fonds propres	1	(base)				
	Prise en charge de l'Etat	.3957348	.3614941	-1.01	0.310	.0880769	1.7781
	Couverture mutualiste/Assurances	1.761909	1.794724	0.56	0.578	.3298587	9.4111
	nivreveu						
	Moins de 40.000 FCFA	1	(base)				
	40.000 FCFA-80.000 FCFA	2.257887	1.848001	1.00	0.320	.5875311	8.67701
	Plus de 80.000 FCFA	4.440512	4.220605	1.57	0.117	.9299483	21.2031
	_cons	39.0424	72.29352	1.98	0.048	1.856936	820.871



## TABLE DES MATIERES

<b>AVERTISSEMENT</b> .....	<b>i</b>
<b>DEDICACE 1</b> : .....	<b>ii</b>
<b>DEDICACE 2</b> .....	<b>iii</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>iv</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>vi</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>vii</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	<b>viii</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>ix</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL, THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE</b> .....	<b>3</b>
<b>SECTION 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage</b> .....	<b>3</b>
<b>Paragraphe 1 : Historique, missions, objectifs, activités du CHUD-OP</b> .....	<b>3</b>
<b>1- APERCU HISTORIQUE DU CHD-OP</b> .....	<b>3</b>
<b>2- Statut juridique</b> .....	<b>5</b>
<b>3 - Mission du CHUD-OP</b> .....	<b>6</b>
<b>4- Objectif Général</b> .....	<b>6</b>
<b>5- Objectifs spécifiques</b> .....	<b>6</b>
<b>6- Paquet d'activités du Centre</b> .....	<b>6</b>
<b>Paragraphe 2 : Organisation structurelle</b> .....	<b>7</b>
<b>1-ORGANES DE GESTION</b> .....	<b>7</b>
<b>1-1- Organe délibérant du CHUD-OP</b> .....	<b>7</b>

1-2- Organes exécutif .....	7
1-3- Organes consultatifs.....	7
1-4- Autres organes consultatifs non statutaires.....	8
2- Présentation des services .....	8
2-1- Services médicaux et de spécialités.....	8
2-2- Services médico – techniques.....	9
2-3- Services de Direction.....	9
3- Ressources Humaines.....	9
4- Plateau Technique.....	10
5- Capacité en lits d'hospitalisation .....	10
Paragraphe 3 : Déroulement du stage et centre d'intérêt du cadre de stage .....	11
SECTION 2 : De la synthèse de revue documentaire au cadre méthodologique .....	11
Paragraphe 1 : De la problématique aux hypothèses de travail.....	12
1- Problématique .....	12
1.2. Intérêt de l'étude .....	15
1-3 Objectifs et hypothèse de l'étude.....	15
1-3-1 OBJECTIF GENERALE .....	15
1-3-1-1 Objectifs spécifiques .....	15
1-4 Hypothèses.....	15
Paragraphe 2 : REVUE DE LITTERATURE.....	16
1- La demande de soins de santé .....	16
2- Les déterminants de la demande de soins .....	16
3- Effet de l'éducation et de l'information sur la demande de soin .....	18
4- Les Barrières financières et de distance .....	20
4-1- Le prix des soins de santé.....	20
4-2- Les coûts de transport.....	22

4-3- Les barrières sociales et culturelles .....	23
5- La qualité des soins de santé et le demande de soins des pauvres .....	25
6- Les systèmes de santé et équité de la consommation de soins .....	26
Chapitre 2 : Cadre méthodologique et résultats .....	32
Section 1 : Cadre méthodologique .....	32
Paragraphe 1 : Cadre de l'étude .....	32
1- Cadre physique .....	32
2- Climat.....	33
3- Hydrographie, pluviométrie et Relief .....	33
4- Données démographiques de l'Ouémé et du Plateau .....	34
Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche .....	34
1-Méthode de recherche.....	34
2-Recherches documentaires et choix des instruments de recueil des Données.....	35
3- Mode d'administration, difficultés et limites de la recherche .....	36
Section 2 : Méthode d'analyse .....	36
Paragraphe 1 : Formulation du modèle .....	36
1- Statistique Descriptive :.....	36
2-Analyse descriptive : .....	38
3-Test de khi2.....	43
Paragraphe 2 : Analyse des données et interprétation des résultats .....	44
Paragraphe 3 : Validation des hypothèses.....	45
Paragraphe 4 : Discussions, limites et préconisations opérationnelles .....	46
A-Discussions .....	46
B- Limite de l'étude .....	48
C- Suggestions .....	49
CONCLUSION.....	50

Accessibilité des ménages de Porto Novo aux soins de santé dans les hôpitaux publics : cas  
du Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé-Plateau

---

<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>i</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>xi</b>