REPUBLIQUE DU BENIN

-----@@@------

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE l RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERCITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FA.S.E.G)

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE I POUR L'OBTENTION

DU DIPLOME DE LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCE ECONOMIQUE

Option : **ECONOMIE**

filière : **ECONOMIE ET GESTION DES STRUCTURES SANITAIRES (E.G.S.S)**

Année académique

2018 - 2019

ANALYSE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRE EN MILIEU URBAIN : CAS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT- LAGUNE

Réalisé et soutenu par :

Godfroid Gilbert ZANNOU & **Yacinthe Médènou KOYO**

Sous la direction de :

Maître de stage

M. Hubert BOCOVO

directeur de mémoire

Dr Hilaire G. HOUENINVO

Enseignant-chercheur à la FASEG

Mois et année de finalisation

Décembre 2019

Avertissement

« LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI N'ENTEND DONNER NI APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ».

Dédicace 1

Je dédie ce mémoire à :

- Ma famille KOYO en particulier mon père Jacob KOYO et ma mère Monique HOUNMENOU
- Tous ceux qui ont contribué à mon développement personnel en particulier ma grande sœur Elvire KOYO

Yacinthe Médènou KOYO

Dédicace 2

Je dédie ce mémoire à :

- Ma famille ZANNOU
- Tous ceux qui ont contribué à mon développement personnel en particulier ma mère Emilienne Y. HOUNTONGBAN et mon père Roger ZANNOU

Godfroid Gilbert ZANNOU

Remerciement

Au terme de ce travail dont le résultat est le fruit de plusieurs contributions, nous adressons nos sincères remerciements :

- Au bon Dieu le Tout Puissant, maître des temps et des circonstances, qui nous accorde encore le souffle de vie ainsi que la force pour arriver à ce moment si précieux de notre vie.
- A notre maître de mémoire, le Docteur Hilaire HOUENINVO, pour avoir accepté de superviser ce travail avec dévouement et rigueur malgré ses multiples occupations. Ses observations, suggestions, remarques et encouragements nous ont été d'une grande importance et ont concourra à l'amélioration de ce mémoire ;
- A notre maitre de stage, Monsieur Hubert BOCOVO pour avoir accepté d'assurer l'encadrement de notre stage malgré ses multiples occupations ;
- Au Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune, Monsieur Lambert LOKO TONOUDJI pour nous avoir permis d'effectuer notre stage au sein du Centre dont il est à la charge ;
- A Madame Jacqueline ADJA, Chef de service de la Division Economat 2 et du Personnel pour avoir suivi et fourni des informations nécessaires à l'amélioration de notre travail ;
- A Monsieur Jules TCHEDE le DE du CHU-MEL et du personnel pour avoir suivi et fourni des informations nécessaires à l'amélioration de notre travail ;
- A tous le personnel administratif du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune ;
- Au Professeur Denis ACCLASSATO, Doyen de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, pour son efficacité dans l'organisation administrative de la Faculté ;
- Au Docteur Théophile WOTO, Vice-Doyen de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, pour son travail dans l'organisation des activités académiques de la Faculté ;
- Au président de Jury et aux membres du jury pour les différentes suggestions qu'ils feront sur ce travail ;
- A tous les Enseignants de la FASEG qui ont contribué à notre formation en particulier le Docteur Gilles Armand SOSSOU responsable de notre filière
- A nos camarades de promotion pour les joies et les peines partagés ensemble ;
- A tous ceux qui ont contribués, de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.

Définition des sigles et Acronymes

AC	**:**	Agent Comptable
ACBA	**:**	Agents Contractuels sur Budget Autonome
ACMS	**:**	Agents Contractuels Mesures Sociales
AES	**:**	Agents d'Entretien des services
APE	**:**	Agents Permanents de l'Etat
APG	**:**	Agents Prestataires de Garde
ASF	**:**	Agents des Services Financiers
ACB	**:**	Analyse Coût-Bénéfice
ACE	**:**	Analyse Coût-Efficace
ACU	**:**	Analyse Coût-Utilité
AMC	**:**	Analyse par Minimisation du Coût
CCG	**:**	Cellule de Contrôle et de Gestion
CQ	**:**	Cellule Qualité
CHR	**:**	Centres Hospitaliers de Référence
CHU	**:**	Centre Hospitaliers Universitaires
CHU –MEL	**:**	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune
CNS	**:**	Centres Nationaux Spécialisés
CSMI	**:**	Centre de Santé Maternité et Infantile
CODIR	**:**	Comité de Direction
CME	**:**	Commission Médicale d'Etablissement
CHS	**:**	Commission d'Hygiène et de Sécurité
CA	**:**	Conseil d'Administration

CVA	**:**	Conducteurs des Véhicules Administratifs
DG	**:**	Directeur Général
DAE	**:**	Direction des Affaires Economiques
DDS	**:**	Direction Départementale de la Santé
DRH	**:**	Direction des Ressources humaines
DCR	**:**	Division Caisse et Recouvrement
DCC	**:**	Division des Cellules de Contrôles
DCB	**:**	Division Comptabilité et Budget
DCM	**:**	Division de la Comptabilité matière
DE	**:**	Division Economat
DEF	**:**	Division Evaluation et Formation
DGMS	**:**	Division Gestion des Malades et Statistiques
DGPSC	**:**	Division de Gestion Prévisionnelle et Suivie de Carrière
EGSS	**:**	Economie et Gestion des Structures Sanitaires
FASEG	**:**	Faculté des Sciences Economiques et de Gestions
F CFA	**:**	Franc de la Communauté Financière Africaine
UNICEF	**:**	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
HEN	**:**	Health Evidence Network
HL	**:**	Hôpital Locaux
HOMEL	**:**	Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune
HP	**:**	Hôpitaux Privés
IS	**:**	Infirmiers Scolaires
MS	**:**	Ministère de la santé
MF	**:**	Médecins sans Frontières

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PRMP : Personne Responsable des Marchés Publics

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PEV : Programme Elargie de Vaccination

PSA : Proposés des Services Administratifs

QALY : Quality Ajusted Life-Years

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SSA : Secrétaire des Services Administratifs

SM : Secteur Médical

SAP : Service Administration et Paie

SP : Soins Primaires

SSP : Soins de Santé Primaires

SS : Structures Sanitaires

TVA : Taxe sur les Valeurs Ajoutées

UAC : Université d'Abomey Calavi

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

5S KAIZEN : Séparer, Systématiser, Salubrité, Standardiser, se discipliner

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Fiche d'identité du CHU-MEL……14

Tableau n°2 : Récapitulatif de l'effectif du personnel du CHU-MEL……22

Tableau n°3 : Répartition des lits par services d'hospitalisation au CHU-MEL……..…24

Tableau n°4 : Procédure de validation…….……...…43

Tableau n°5 : Répartition des répondants selon les dépenses effectuées et qui sont liées directement au traitement……...……...……45

Tableau n°6 : Répartition des répondants selon le moyen de transport utilisé pour venir au CHU-MEL……..……46

Tableau n°7 : Répartition des répondants selon le temps mis pour recourir aux soins ……...46

Tableau n°8 : Résultat de l'estimation…….. ……..……48

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition des données sur la présence des patients dans cet hôpital……..43

Graphique 2 : Répartition sur les caractéristiques du (de la) malade…….44

Graphique 3 : Répartition des responsables de la prise en charge des soins de santé du (de la) malade……..…….44

Graphique 4 : Répartition des malades bénéficiaires d'une assurance maladie……45

Graphique 5 : Répartition des répondants selon le temps mis avant de venir se faire consulter……47

Graphique 6 : Répartition des répondants selon l'appréciation des soins reçus au CHU-MEL……..47

Résumé

L'objectif de ce mémoire est d'analyser l'accessibilité aux soins de santé primaires au CHU-MEL. Pour analyser l'accessibilité des soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune nous avons eu recours à la modélisation économétrique. Les données sont issues d'une enquête menée auprès de 100 patients hospitalisés au CHU-MEL. Les logiciels ayant servi le traitement des données collectées sont world version 2013, Excel version 2013 et Eviews 9.5. Les résultats nous montrent que le taux de l'accessibilité des ménages au CHU-MEL est de 82%. Quant à la caractéristique de la malade, 91% sont de sexe féminin et 58% optent pour ce centre par une consultation médicale. 78% des patients affirment que les soins sont moins satisfaisants, pour des raisons qui sont à la base du retard de consultation, 51% incriminent le manque d'argent. Pour des raisons liées à l'accessibilité des soins, 24% de la population prennent + 5jours à la maison avant de recourir aux soins. L'identification géographique souligne que 66% des patients du CHU-MEL dépensent pour la consultation et 60% optent pour une assurance maladie, ce qui affirme que 63% des femmes majoritaire sont responsable de la prise en charge des soins de santé.

Mots clés : Analyse, accessibilité, CHU-MEL.

ABSTRAT

The purpose of this dissertation is to study how the basic health care is accessible in CHU-MEL. To study the accessibility of the basic health care in Centre Hospitalier Universitaire de la mère et de l'enfant-Lagune, we've checked on the économétrie modeling. The informations are from a survey made on 100 pertients of CHU-MEL. The software that have wed for these informations are: World version 2013, excel 2013 and Eviews 9.5. The results show us that the rate of accessibility of households 82%. Concerning the caracteristies of the disease, 91% are females and 58% chose this center for medical analysis. 78% of the patients declare that the health cares are less sattisfying, due to the delaying in consultation, 51% say this is due to lack financial means. For the reasons of the health care accessibility, 24% of the population take more than five days before taking steps to health care. The geographical identification shows that 66% of the patients of CHU-MEL spend for consultation and 60% chose for health insurance, which shows that majority of woman are responsible of the health caring

Key worlds: Analyze, Accessibility, CHU-MEL

Introduction

La principale idéologie sur le droit à la santé de l'OMS, se trouve dans le préambule de la constitution de 1946 et à la conférence d'Alma-Ata organisée et initiée par l'OMS et l'UNICEF, qui « garantit à tous notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs, la protection de la santé » (ALBANZ.., 2008). Elle met l'accent sur l'accès aux soins de santé primaires qui désigne le premier contact entre l'individu et les services de santé. Cependant les difficultés d'accès à la santé sont énormes. L'obligation faite à l'usager de payer les prestations de soins représente un obstacle de première ligne. Chaque année, plus de 100millions d'individus basculent dans la pauvreté du fait des dépenses catastrophiques de santé (KAYUNGURA. 2008). Cet accès au système de soins est orienté différemment dans les pays industrialisés : « à besoin égal, accès égal aux soins » (KONAN, 2003). L'Afrique est loin d'être élogieux dans le domaine sanitaire qui dépend de l'enveloppe budgétaire souvent négligé. Malgré ça, certains pays africains ont réussi à s'aligné dans l'approche définie par l'OMS. C'est le cas du Bénin qui depuis 1990, a prévu dans l'article 8 de la constitution de 1990 que « la personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat à l'obligation absolue 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, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emplois ». La même constitution précise en son article 26 que « l'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les handicapés et les personnes âgées ». Sous ses normes appellations, l'Etat béninois, comme beaucoup d'autres Etats en développements, a consenti d'importants efforts pour fournir une couverture sanitaire de base à l'ensemble de la population. La coopération bi et multilatérale, ainsi que, d'une manière non concertée, les secteurs privés à but lucratif et les secteurs confessionnels ou associatifs à but non lucratif, y ont largement contribué. L'Etat répond ainsi à l'une de ses vocations premières : « protéger la santé individuelle et promouvoir la santé publique » (SALEM, 1993). Au Bénin, l'accessibilité géographique aux soins et aux services de santé est définie par le pourcentage de la population qui vit à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé. Dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leurs localités dans un rayon de 5km s'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, on remarque que plus de 50% de la population a accès à un hôpital de référence en cas de nécessité ; 13% des populations vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77 % pour le milieu urbain). En 2006, selon l'annuaire des statistiques sanitaires, le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs

(publics et parapublics) est de 44%. Cette situation qui contraste avec la couverture sanitaire qui avoisine les 86% pourrait s'expliquer par des contraintes financières, un accueil et une qualité des soins peu satisfaisants. Le taux le plus élevé est observé chez les enfants de moins de 5 ans (79%) contre 17% chez les enfants âgés de 5 à 14 ans. Au niveau des départements, le taux de fréquentation des services curatifs (pour les enfants de moins de 5 ans) le plus élevé a été observé dans le département du Littoral (163%) contre 53% dans le département de la Donga. Ceci nous a interpellés et incités à étudier les facteurs, qui handicapent l'utilisation des services dans ces départements doter d'une zone sanitaire étant donné qu'elle reste un bon indicateur d'accès aux soins de santé primaires.

De tout ce qui précède, nous avons choisi de travailler sur le sujet : *« Analyse aux soins de santé primaire en milieu urbain : cas du centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune »*. Ce travail s'inscrit dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de licence professionnelle en Economie et Gestion des Structures Sanitaires (EGSS) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). A cet effet, nous avons eu à effectuer un stage académique de trois mois du 21 Août au 20 Novembre 2019 au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune. Le mémoire est organisé en trois Chapitres. Le premier est consacré au Cadre Institutionnel de l'étude. Le deuxième aborde le cadre théorique et méthodologie de l'étude. Le troisième est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

Ce chapitre présente d'une part, le cadre institutionnel de l'étude, Et d'autre part, le déroulement du stage.

Section 1 : Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune

Cette section comprend deux paragraphes. Le premier paragraphe aborde l'historique, les missions, le statut juridique et les attributions du centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant-lagune. Le deuxième paragraphe expose l'organisation, le fonctionnement et les ressources du centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant-lagune.

Paragraphe 1 : Historique, Situation géographique, Missions, Statut Juridique et Attributions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de L'Enfant-Lagune

Ce paragraphe comprend deux sous-paragraphes. Le premier sous-paragraphe fait ressortir l'historique du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de L'Enfant-Lagune, le second sous-paragraphe aborde les missions, le statut juridique et les attributions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de L'Enfant-Lagune.

Tableau N°1 : Fiche d'identité du CHU-MEL

FICHE D'IDENTITE	
DENOMINATION	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune
SIGLE	CHU-MEL
DATE DE CREATION	25 Août 2014
FORME JURIDIQUE	Etablissement public à caractère social
ADRESSE	01BP 107 Cotonou Tél : 21313128/21313319/21312116
SIEGE SOCIAL	Missèbo
BUDGET	Budget National, Budget Autonome Aides financières des partenaires au développement
REGIME FISCAL	Droit Commun
EFFECTIF	596 agents en septembre 2019

Source : Conçu par les auteurs à partir des informations obtenues au CHU-MEL

A. Historique du centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant-lagune

La Maternité de Tokpa-hoho créée en 1958, aujourd'hui appelée Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) est un hôpital de référence pour les soins concernant la mère et l'enfant. Ce centre hospitalier universitaire est né de la fusion de deux formations sanitaires contigües : la Maternité LAGUNE et le Centre de Santé Maternelle et Infantile (CSMI). Ainsi, il a connu dans le temps plusieurs dénominations à savoir : maternité de Tokpa-hoho, Maternité Lagune de Cotonou, Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) qui va connaitre une transformation pour mieux répondre à ses missions. Ainsi, depuis août 2014, suivant le décret n°2014-528 du 25 août 2014, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune est érigé en Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune.

De nos jours, dans une vision de rayonnement international, le CHU-MEL est engagé dans le système de la démarche qualité suivant les normes ISO 9001. Voici quelques dates importantes de cet engagement : Octobre 2003 **:** démarrage du programme de mise en œuvre de la démarche Qualité selon les normes ISO 9001 version 2000 par MOODY FRANCE INTERNATIONAL. Septembre 2005 **:** obtention de la certification concernant les normes ISO 9001 Version 2000 par MOODY FRANCE INTERNATIONAL. Audits de suivi (2006-2007) Renouvellement de la Certification selon la norme ISO 9001 version 2008 : Septembre 2008**.** Audit de suivi (2009-2010). Renouvellement de la Certification selon la norme ISO 9001 version 2008 : Août 2011**.** Audits de suivi (2012-2013). Renouvellement de la Certification selon la norme ISO 9001 version 2008 : Août 2014**.** Audit de suivi (2015). Renouvellement de la Certification selon la norme ISO 9001/2015 :11 Août 2017**.** Audit de suivi (septembre 2018)

B. Situation géographique

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune est situé sur l'ancien site de l'ex Compagnie Commerciale de Distribution d'Energie Electrique (CCDEE) à Tokpa-hoho dans le cinquième ($5^{ème}$) arrondissement du département du Littoral. La CCDEE est l'ancienne appellation de la Société Béninoise d'Electricité et d'Eau (SBEE) qui a donné naissance à la Société Béninoise d'Energie Electrique (SBEE) et la Société Nationale des Eaux du Bénin (SONEB). Le CHU-MEL est limité au Nord par le Lycée technique Coulibaly, au Sud par des centres commerciaux, à l'Est par la lagune et à l'Ouest par la voie pavée menant au marché Missèbo.

C. Missions, Statut juridique et Attributions du Centre Hospitalier Universitaire de La Mère et de L'Enfant-Lagune

1. Missions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de L'enfant-Lagune

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de L'enfant-Lagune (CHU-MEL) est un établissement public à caractère social, un hôpital de référence en matière de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de chirurgie-pédiatrie. Il est doté d'une semi-autonomie financière. A l'instar des autres Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) du Bénin, le CHU-MEL a trois missions principales : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et ré- adaptatifs), la formation et la recherche en santé. Il entretient des relations de prestations de soins et de services avec ses clients, des relations de formation pratique avec les élèves et étudiants des écoles et facultés de santé, d'assistance sociale et de spécialisation des médecins.

Le CHU-MEL reçoit, en dehors des étudiants nationaux, des étudiants étrangers (de certains pays africains mais aussi de la France, la Belgique, le Canada, les USA, etc.) ; ce qui justifie sa réputation internationale et le confort dans sa position d'hôpital de référence en matière de soins de qualité dans sa spécialité typique de la mère et de l'enfant. Il accorde également une grande importance à la formation continue de son personnel pour lui permettre de mieux s'occuper des malades qui lui viennent des départements du littoral, de l'Atlantique, de l'Ouémé, du Zou, des Collines, du Mono et du Couffo et dans une faible proportion des départements du Nord Bénin.

2. Statut juridique du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune

Selon le décret N°2014-528 du 25 août 2014, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) est érigé en Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) de Cotonou. Le CHU-MEL est administré par un Conseil d'Administration (CA) qui a à sa tête un président (représentant du ministre de la santé). Il est directement géré par un Directeur Général (DG) qui rend régulièrement compte des activités menées au CA.

3. Attributions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de L'Enfant-Lagune

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) est un établissement de référence qui procure des soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré

adaptifs au profit de la mère et de l'enfant dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, de la chirurgie pédiatrique, de la néonatologie, du suivi nutritionnel et de la protection sociale. Ainsi le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune s'est vu attribuer plusieurs activités, principalement en direction de la mère et de l'enfant de 0 à 5 ans. Celle de la section de la mère se présente comme : la section maternelle, qui s'est beaucoup développées dans le temps. Nous pouvons citer entre autre les consultations prénatales, les consultations post-natales, les consultations en planning familial, les accouchements, les actes gynécologiques, les activités de vaccination de la mère grâce au Programme Elargie de Vaccination (PEV). Les activités de la section enfant regroupent les soins afférents aux nouveaux nés et aux enfants. Comme activité on peut citer : les activités néonatales (elles ont rapport aux infections néonatales, aux détresses vitales, aux ictères néonatales et aux faibles poids des bébés) et les activités de pédiatrie (elles concernent les soins afférés aux enfants d'un jour à quinze. La pédiatrie traite des infections respiratoires, le paludisme, les infections diarrhéiques et les problèmes liés à la malnutrition).

Paragraphe 2 : Organisation, Fonctionnement et Ressources du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune

Ce paragraphe comprend deux sous-paragraphes. Le premier expose l'organisation du CHU-MEL ; Le second aborde le fonctionnement et les ressources dudit centre.

A-Organisation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune

Le CHU-MEL comprend le bloc administratif et les services techniques. Au sein du bloc administratif nous avons : le bureau du conseil d'Administration, le bureau du directeur, le bureau de l'Agent comptable (AC), le bureau du secrétariat particulier, le secrétariat administratif, la Direction des Affaires Economiques (DAE), la Direction des ressources Humaines (DRH) et la Direction des Affaires Médicales (DAM).

Au nombre de ces directions citées, ils font l'objet de plusieurs services qui se figure sur l'Organigramme en Annexe. Ces services techniques sont au nombre de quinze (15) à savoir : le service des Affaires Economiques de la Maintenance et Entretien, le service de la Gestion Prévisionnelle et Carrière, le service de la formation et Evaluation de la Pédiatrie Générale, le service de la Chirurgie Pédiatrique, le service de la Gynécologie Obstétrique, d'Anesthésie-Réanimation, le service d'Exploitation fonctionnelle, le service de laboratoire, le service de Spécialité Médico Chirurgical, le service de la Pharmacie, le service de l'Hygiène

Hospitalière, le service des conditions de travail et de Sécurité et le social. Il y a une plaque d'Orientation des services techniques afin d'aider les clients/Patients dès leurs arrivé dans le centre. A l'entrée de l'Hôpital juste en face du portail à droite, nous avons l'accueil, la plaque des urgences et la caisse. A droite, nous avons le bâtiment de Rée de chaussée lieu de consultation prénatales et Planning familiale etc. Sur le même Alignement on a le Bâtiment à 1er étage, lieu de consultation prénatale, toujours dans l'aile droite on a le Bâtiment Administratif annexe, le site groupe électrogène et centrale fluide médicaux, la morgue, la buanderie- lingerie, toujours sur l'aile droite, nous avons le Bâtiment lieu du Bloc Obstétrical etc…, le centre de formation et le Bâtiment C celui de l'Administration. A gauche, nous avons le Bâtiment F Rez-de-chaussée, lieu de la Pharmacie etc…, Bâtiment F 1er Etage lieu des Archives etc…, toujours sur le même alignement on le Bâtiment F 2ème étage, Banque de Sang, Secteur des activités sociales, Unité de l'assistance Médicale à la procréation, laboratoires etc…, cantine (Restauration) Bâtiment internat, Bâtiment D lieu d'Hospitalisations unité des soins intensifs toujours sur l'alignement suivie d'un Hôtellerie, à l'aile gauche on a l'Hospitalisation G etc…, et enfin l'incinérateur.

B- Fonctionnement

Le bon fonctionnement d'une structure dépend de la rapidité d'exécution des tâches assignées aux individus qui relèvent des rapports hiérarchiques et fonctionnels existant entre ceux-ci ou les différents services ou subdivisions. Ainsi, l'organigramme du CHU-MEL repose sur les organes de gestion et de consultation, les structures administratives et techniques.

1. Les organes de gestion et de consultation

Les attributions de ces organes sont contenues dans les statuts de l'hôpital. Nous avons : le Conseil d'Administration (CA), le Comité de Direction (CODIR), la commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS), la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la Cellule de contrôle et de Gestion (CCG) et enfin la Cellule Qualité (CQ).

a. Le conseil d'Administration (CA)

C'est l'organe de décision. Il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances, dans la limite de l'objet social, au nom du CHU-MEL. Il se réunit en session ordinaire, deux (2) fois par an, pour étudier et approuver soit le budget de l'exercice à venir,

soit les états financiers et le rapport d'activité de l'exercice écoulé. Il est présidé par un représentant du Ministre de la santé et est composé de sept (07) membres.

b. Le Comité de Direction (CODIR)

Il est l'organe consultatif obligatoire examinant toutes les questions relatives à l'organisation générale du travail, au statut du personnel, à l'élaboration du budget, à la politique générale de l'hôpital, à l'hygiène, à la sécurité et à la salubrité dans les services. Il exécute les décisions du CA. Il se réunit une fois par mois et est présidé par le Directeur Général de l'hôpital.

c. La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS)

Elle est l'organe chargé du contrôle et de la gestion de l'hygiène des espaces et des individus, de la salubrité, de la sécurité des personnes et de leurs biens. Elle est également chargée de la sécurité du patrimoine du centre, des risques d'incendie ou d'inondation et des risques d'accident de travail. Elle est un organe consultatif.

d. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Elle est un organe qui est consulté sur les principales affaires concernant la gestion de l'hôpital dans les domaines relatifs aux activités de santé, à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et médico-techniques. Elle est également un organe technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène et de sécurité. Elle est composée de médecins qui élisent à sa tête un président et un vice-président.

e. La Cellule des statistiques et du Contrôle de Gestion (CSCG)

Elle est un organe de conseil qui permet de fournir à la direction du centre et aux divers responsables les informations internes indispensables à la gestion. Elle est aussi un organe technique d'analyse des informations aux fins d'améliorer la gestion de l'hôpital.

f. La Cellule Management de la Qualité (CMQ)

Cette cellule est chargée de la mise en place et de la conduite de la démarche qualité et également du concept des 5S KAÏZEN (Séparer, Systématiser, Salubrité, Standardiser, Se discipliner).

Le Système de Management de la Qualité répond à la volonté affichée du CHU-MEL de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue de ses performances. Ceci dans le souci de satisfaire en permanence les attentes de ses clients. Pour cela, l'hôpital s'assure à travers la

Cellule Qualité, de l'amélioration continue de son Système de Management de la Qualité, de ses processus et de ses prestations de services.

Outre ces organes, le CHU-MEL comprend plusieurs services administratifs et techniques qui assurent sa mission et la coordination de ses activités.

2. Les structures administratives et techniques

Sur les plans administratifs et techniques, le CHU-MEL est structuré comme suit :

La Direction :

La Direction du Centre Hospitalier de La Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) de Cotonou est assurée par :

a. La Direction Générale (DG)

La Direction du Centre Hospitalier de La Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) de Cotonou est assurée par :

b. Un Directeur Général (responsable de la structure)

Il est le responsable de la structure dont il assure la gestion à travers l'exécution les décisions du Conseil d'Administration et la mise en œuvre de la politique générale définie par cette dernière. Il est nommé par arrêté du Ministre de la Santé.

c. Un Directeur des Affaires Economiques (responsable des Affaires Economiques)

Il a sous sa responsabilité les divisions suivantes :

- Service de l'Economat ;
- service de la Gestion Administrative des Patients ;
- service du Matériel et de la Comptabilité de Gestion ;
- service Infrastructure Equipement et Maintenance.

d. Un Agent Comptable (responsable des Affaires Financières)

Il s'occupe essentiellement du recouvrement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de banque, de la comptabilité générale et analytique, de l'établissement du bilan, de la gestion des régies des recettes et de l'élaboration du budget.

Toutes les tâches sont exécutées par les deux divisions ci-après qui le composent :

- Service de la Comptabilité et du Budget ;

- service des Caisses et Recouvrements.

e. Un Directeur des Ressources Humaines (responsable de la Gestion Administrative du Personnel).

Il gère la dimension administrative des ressources humaines. Il se charge de l'application de la politique sociale du CHU-MEL. La DRH comprend trois Services que sont :

- Le Service Contentieux, Relation Sociale, Suivie Carrière et Archives ;
- le Service Administration et Solde ;
- le Service Gestion Prévisionnelle, Formation et Evaluation.

Ces Services permettent au DRH de répondre aux attributions qui sont les siennes.

Les activités de prévision et de suivi de carrière, d'administration et de paie, d'évaluation et de formation sont les principales attributions qui permettent à cette direction d'atteindre les objectifs que lui a fixés la direction du CHU-MEL.

Le chef de la Direction des Affaires Economique (responsable des Affaires Economiques). Il a sous sa responsabilité les divisions suivantes à savoir : la Division Economat, la Division Gestion des Malades et Statistiques, la Division de la Comptabilité Matière, la Division des Cellules des Contrôles, la Divisions des cellules régisseurs et la Division infrastructure Entretien et Maintenance, la facturation et le service de la fiche de Naissance

f. Un Directeur des Affaires Médicales.

Il a pour activité principale de coordonner tous les services médicaux et techniques. Il s'occupe de l'atteinte des objectifs médicaux au sein de la Direction.

g. Le secteur médical :

Le CHU-MEL dispose de deux pôles techniques : le pôle Mère et le pôle Enfant. Chaque pôle est composé de plusieurs services qui participent à l'atteinte ses objectifs.

Ces deux grands pôles sont dirigés chacun par un médecin chef, tous deux chapeautés par un Directeur Affaires Médicales. La majorité des différents secteurs techniques de l'hôpital sont, chacun, sous la responsabilité d'un médecin qui est assisté d'un infirmier surveillant de pavillon. Notons également que le CHU-MEL dispose des Services annexes dont :

- Le Service de la pharmacie ;
- le Service de l'Imagerie Médicale ;

- le Service de Laboratoire ;
- le Service de Banque de Sang.

C- Ressources du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune

Pour mieux assurer les prestations à fournir aux clients qui fréquentent ces secteurs, le CHU-MEL dispose d'un certain nombre de ressources. Ces ressources sont de trois ordres essentiellement : les ressources humaines ; les ressources matérielles et les ressources financières.

1. Les ressources humaines

Etant la plus importante ressource d'une organisation, les ressources humaines du CHU-MEL sont composées du personnel médical, du personnel paramédical, du personnel administratif, du personnel d'entretien et de soutien .Au 06 septembre 2019, pour son animation le centre dispose d'un effectif de 596 agents de différents statuts dont 67 Agents Permanents de l'Etat (APE), 276 Agents Contractuels de l'Etat (ACE), 04 Agents Contractuels Mesure Sociales (ACMS), 246 Agents Contractuel sur Budget Autonome, 03 conseillés National de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme et 00 Agents Prestataires de Garde (APG) comme présenté dans le Tableau n°2 .

Tableau n° 2 : Récapitulatif de l'effectif du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL)

Statut	Effectif
Agents Permanents de l'Etat	63
Agents Contractuels de l'Etat	269
Agents Contractuels Mesures sociales	4
Agents Contractuels sur Budget Autonome	256
Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA la Tuberculose et le Paludisme	3
Agents Prestataire de Garde	16
TOTAL	611

Source : Nos investigations

Ces agents du CHU-MEL sont soumis aux règles générales régissant le statut des Agents Personnels de l'Etat ou à celles de la convention collective générale de travail qui régissent

certaines catégories socioprofessionnelles. Les recrutés sur contrat sont rémunérés soit par le budget autonome de l'Hôpital, soit sur le budget de l'Etat selon le cas. Par contre tous les prestataires de services (PS) sont rémunérés sur le budget autonome de l'Hôpital.

Ces différents statuts se retrouvent aussi bien dans l'administration que dans les services techniques. De ces différents statuts confondus, il ressort une multitude de corps socioprofessionnels au plan administratif et au plan technique.

Au plan administratif, on rencontre entre autres le corps des administrateurs des hôpitaux, le corps des techniciens des ressources humaines, le corps des Secrétaires des Services Administratifs (SSA), le corps des assistants financiers, le corps des attachés financiers (Att/SF), le corps des agents d'hygiène, le corps des Agents d'Entretiens des Services (AES), le corps des Proposés des Services Administratifs (PSA) et le corps des Conducteurs des Véhicules Administratifs (CVA).

Au plan technique, on distingue le corps des médecins généralistes, le corps des médecins spécialistes, les sages-femmes d'Etat et infirmiers spécialistes, le corps des infirmiers diplômés d'état et Spécialistes, le corps des infirmiers brevetés, le corps des techniciens de laboratoire, le corps des inspecteurs d'action sanitaire, le corps des aides-soignants et le corps des médecins généralistes. Tous ces personnels qualifiés travaillent en synergie pour la bonne marche du centre.

2. Les ressources matérielles

Les ressources matérielles sont les moyens matériels permettant le diagnostic et le traitement des malades. Ce sont les infrastructures avec leurs équipements et le matériel médicotechnique. Le CHU-MEL dispose actuellement de plusieurs bâtiments qui abritent les différents services de soins, d'hospitalisation, d'administration et d'équipements médicotechniques qui varient selon les spécialités et les activités des services. Elle se présente sous plusieurs formes à savoir le matériel roulant, le matériel informatique, le matériel de bureau, les produits d'entretien, le matériel de travail des agents médicaux et paramédicaux. Jusqu'en Septembre 2019, on dénombre 231 lits d'hospitalisation répartis dans les différents services selon les besoins. Le tableau n° 3 récapitule la répartition des lits par services d'hospitalisation.

Tableau n°3: Répartition des lits par service d'hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL)

Services	Type de Service	Nombre de lits	Pourcentage (%)
Hospitalisation D	Service des Mères	40	17
Hospitalisation G		55	24
Soins intensif		14	6
Réanimation		9	4
Pédiatrie	Service Des Enfants	50	23
Chirurgie Pédiatrique		15	6
Néonatologie		48	20
TOTAL		231	100

Source : réalisé par les auteurs des services statistiques (septembre, 2019)

Suite à la lecture de ce tableau, il ressort que les services d'hospitalisation D et d'hospitalisation G disposent d'un nombre élevé de lit par rapport aux autres services dans la section des services des mères, quant à la section des services des enfants, on note un nombre élevé de lit dans les services de la pédiatrie et du Néonatologie. Au CHU-MEL, le service d'hospitalisation D, d'hospitalisation G, de la pédiatrie et en Néonatologie ont donc une capacité d'accueil des malades et d'hospitalisation importante par rapport aux autres services.

3. Les ressources financières

Les ressources financières sont l'ensemble des moyens financiers dont se dote le CHU-MEL pour assurer chaque année les dépenses de fonctionnement et d'investissement. Elles sont constituées par :

- Les recettes provenant des prestations ;
- La subvention annuelle de l'Etat ;
- Les dons et legs.

Le budget général de l'année 2019 est équilibré en recettes et en dépenses pour un montant de 5 486 912 000 F CFA. Il se reparti comme suit :

Budget de fonctionnement : 3 650 079 000 F CFA

Budget d'investissement : 1 836 833 000 F CFA

Section 2 : Déroulement du stage

Cette section présente, dans un premier temps les services dans lesquels s'est déroulé notre stage et dans un second temps les tâches exécutées dans ces différents services, enfin les difficultés rencontrées et suggestions.

Paragraphe 1 : Les différents services concernés et les tâches exécutées

Ce paragraphe présente les services concernés et les tâches exécutées

1- Les services concernés

Notre stage s'est déroulé au CHU – MEL qui est le centre spécifique de notre thème plus précisément à la Direction des Affaires Economiques. De ce fait, nous avons parcouru la Division Economat où nous avons fait deux (02) mois 2 semaines et la Division de la comptabilité matière durant deux (02) semaines.

2- Les tâches exécutées

A- Tâches exécutées au niveau de la Division Economat

Ce service qui est sous la Direction des Affaires Economiques nous a permis de faire : l'établissement des bons de commande aux fournisseurs, l'enregistrement des factures pro-forma envoyées par le fournisseur, l'enregistrement des pièces justificatives dans leurs registres et leur envoient à la comptabilité, l'établissement du procès-verbal de dépouillement y compris le tableau comparatif des prix en consultant le répertoire des prix, Préparer les dossiers pour la certification et la liquidation des états de paiement du personnel, l'établissement des mandats de paiement, l'enregistrement des mandats dans le registre des mandats après établissement, la vérification des factures et leur certification, faire signer le bon de commande, le procès-verbal de dépouillement, les factures certifiées, les mandats de payement et les états de payement par le DAE tout en les déposant au Secrétariat Administratif ou au Secrétariat Particulier lorsqu'il s'agit d'une urgence, l'enregistrement des pièces justificatives dans leurs registres et leur envoie à la comptabilité et enfin envoyer les mandats de paiement à la comptabilité et les décharger. Compte tenu de ces tâches exécutées on a eu à suivre une procédure d'approvisionnement qui suit les étapes suivantes.

1ère étape : l'expression de besoins fournie par les chefs services, les surveillants de pavillon ou services techniques et les magasins est transmis aux chefs comptabilité matière en collaboration avec le DAE ; qui à leur tour se charge de faire

- La centralisation du coût global ;
- La répartition des besoins par natures (produits pharmaceutique, vivres frais et secs, produit d'entretien, fourniture de bureau, réactifs de laboratoire et imagerie médical) ;
- Transmission des commandes quantités coûts au DG pour la validation ;
- Après validation des besoins, le DAE transmit tout à la PRMP pour l'essentiel de l'approvisionnement.

2ème étape : Explication essentiel de l'approvisionnement par la PRMP

- La consultation des listes ou les bases des agréments des fournisseurs pour affecter à chaque fournisseur les besoins par nature selon leur domaine d'activité ;
- L'estimation du coût est faite à partir du dernier achat ;
- La lettre de consultation restreinte adressée par la PRMP aux fournisseurs agrée ;
- Le dépouillement des offres reçues des fournisseurs et sanctionné par un Procès-verbal de sélection ;
- L'élaboration du bon de commande par la PRMP et sanctionné par un délai de livraison de 15 jours ;
- La réception des produits commandés par la PRMP ou son représentant en collaboration avec l'équipe de réception, sanctionnée par un procès-verbal de réception ou un bordereau de livraison et des autres pièces justificatives de la commande (c'est-à-dire les factures et la photocopie du bon de commande) ;
- L'entrée au magasin des produits réceptionnés avec élaboration des bons d'entré et remplissage des fiches de stocks ;
- Le dépouillement des pièces justificatives et affectation au DAE pour l'établissement des mandats par ses collaborateurs à l'économat ;
- Après l'établissement du mandat, signature de celui-ci par le DG et sa transmission à la comptabilité pour le paiement du mandat.
- Et enfin un chèque est établi à base du mandat par l'AC (Agent Comptable) et signé par le DG et l'AC.

3. Tâches exécutées au service du Matériel et de la Comptabilité de Gestion

Ce service qui est sous la Direction des Affaires Economiques, représente le magasinier central. Il a pour rôle la gestion des existants en stocks, en établissant l'expression de besoins des demandes tout en assurant la sortie de la matière, assurer la bonne gestion des marchandises entrantes et sortantes, savoir passer les commandes à temps pour ne pas avoir la rupture dans la

structure et enfin il veille sur toute les marchandises entrantes et sortantes dans la structure. Pendant les trois semaines que nous avons passées à la division comptabilité matière on a eu :

- Réceptionner les expressions de besoins de chaque service santé administratifs comme service de spécialiste ;
- Etablir les ordres de sortie en réponse à chaque expression de besoin tout en tenant compte du stock existant en magasin pour une répartition rationnelle et ce en trois en trois (03) exemplaires ;
- Faire signer les ordres de sortie au comptable des matières, à l'administration des matières et réceptionnaire ;
- Après signature, la comptabilité matière conserve un exemplaire, le magasinier conserve un exemplaire en guise de pièce justificative ;
- Enregistrement et immatriculation des mobiliers équipements ;
- Etablir l'inventaire semestriel.

Paragraphe 2 : Difficultés rencontrées et suggestions

A. Difficultés rencontrées

Malgré l'accueil chaleureux, l'encadrement et la volonté manifestée par le personnel à notre égard, dans le cadre de l'exécution des diverses activités, nous avons rencontré quelques difficultés. Néanmoins, les difficultés rencontrées sont d'ordre organisationnel. Au nombre de celles-ci au plan organisationnel nous pouvons citer : la non maîtrise des cas de dossiers qui ne nécessitent pas de bon de commande, le suivi de la procédure normale d'approvisionnement, la méconnaissance des produits non-assujettis à la TVA , la non maîtrise du logiciel perfecto pour la saisie des bons de commande, l'insuffisance de matériel de travail tels que l'imprimante, afin de faciliter l'impression, l'erreur sur les factures envoyées par les fournisseurs, ce qui retarde leur traitement, le retard dans la réception des factures, procès-verbal de réception, bordereau de livraison entrainant des lots de dossiers en instance. Au plan technique (lors de notre enquête) notre première difficulté est liée à l'adaptation de l'environnement d'hospitalisation. Lors de la collecte des données, certains parents n'arrivaient pas à nous fournir toutes les données relatives aux différentes dépenses effectuées durant leur séjour d'hospitalisation. Ils expliquaient cela par l'oubli à cause du temps d'hospitalisation parfois long. D'autres parents refusaient ou

avaient des difficultés à répondre à certaines questions qui touchaient leur revenu car opérant dans le secteur informel où le gain journalier n'est pas constant. Face à toutes ces difficultés nous étions sous l'autorisation des médecins responsables de salles de fouiller les cahiers de soins pour compléter nos données ou d'user des stratégies pour convaincre des parents afin d'avoir une estimation de leur revenu journalier. Ce sont ces dispositions que nous avons prises pour surmonter ces difficultés afin qu'elles n'affectent pas la qualité de l'étude. La majorité des patients à cause du stress lié à la maladie, trouvaient l'enquête comme un dérangement et refusaient parfois de répondre aux questions. Néanmoins nous avons apprécié favorablement notre séjour à l'hôpital CHU-MEL.

B. Suggestions

Face aux difficultés rencontrées nous suggérons des approches de solutions que voici. Pour l'Economat, il serait préférable de penser à octroyer plus d'ordinateur, rapprocher les différentes sections de l'Economat aux services qui lui sont complémentaires, installer une connexion internet dans les services économiques et financiers, surtout à l'Economat pour faciliter la saisie du bon de commande sur le logiciel perfecto. Doter la Division Economat de plusieurs ordinateurs, imprimantes et d'un photocopieur afin d'avoir une bonne évolution du travail au sein de ladite division.

Pour la comptabilité matière, faire passer vite l'expression de besoin afin de faciliter la commande des demandes et éviter les ruptures fréquentes des produits

A l'endroit du personnel soignant, nous leur suggérons de faire en sorte que tous les actes de soins soient posés avec plus de lucidité.

A l'endroit des patients, une ouverture d'esprit plus adéquate aux chercheurs ou stagiaires pour des études pareilles et le respect des règles du centre.

Nous suggérons enfin à tous le personnel du CHU-MEL de prendre en compte toutes les difficultés émises ci-dessus, ce qui leur permettra d'améliorer le travail les jours à venir pour l'évolution des activités de ce centre.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Ce chapitre comprend deux sections. La première section présente le cadre théorique de l'étude. La seconde section présente la méthodologie adoptée pour réaliser l'étude.

Section 1 : Cadre théorique de l'étude

Cette section est organisée en deux paragraphes. Le premier paragraphe fait ressortir la problématique, les objectifs ainsi que les hypothèses de l'étude. Le second paragraphe présente la revue de la littérature.

Paragraphe 1 : Problématique, Objectifs et hypothèses de l'étude.

Ce paragraphe comprend deux sous-paragraphes. Le premier sous-paragraphe fait ressortir la problématique qui fonde d'étude. Le deuxième sous-paragraphe expose les objectifs et les hypothèses de l'étude.

A- Problématique de l'étude

Le secteur de la santé mobilise de plus en plus une part importante de l'action publique et par là, il demeure un secteur de concentration des dépenses publiques. Bien que les investissements consentis dans le secteur soient en forte hausse ; les questions à régler restent préoccupantes et nécessitent une prise en charge particulière (MS, PNDS, 2009-2018). Au Bénin, selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2008, le taux de fréquentation des centres de soins, pour les soins curatifs (publics et privés) est de 45,1% pour l'ensemble de la population et de 73,1% pour les enfants de moins de 5ans. Ce contraste avec la couverture sanitaire qui est de 89%. Elle pourrait s'expliquer par des contraintes financières, la qualité de l'accueil et des soins (MS, PNDS 2010). Parmi les nombreuses barrières pouvant expliquer les difficultés d'accès à la santé, l'obligation faite à l'usager de payer les prestations de soins représente un obstacle de première ligne. Ainsi, la zone sanitaire de Cotonou (TOKPA xoxo), précisément le centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant-lagune souligne la prévalence sur un pourcentage de 82% en 2019 (Calculé à partir des données recueillies au service de la statistique). Au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant, l'indisponibilité des moyens financiers représente la première cause d'inaccessibilité aux soins de santé primaire avec 83 cas étudier, soit 59,71% des ménages et la distance entre le domicile et le centre de santé constituent la deuxième cause avec 77 cas enquêter, soit 68,14% des populations (calculé à partir des données de la statistique, CHU-MEL, 2019).

Les raisons économiques constituent l'un des principaux problèmes d'accessibilité aux soins. Selon L'EDS III, « obtenir l'argent pour y aller » et le « coût trop élevé » ont été cités par, respectivement, 74% et 57% des femmes. Le manque d'argent affecte davantage les femmes du milieu rural (83%) que celles du milieu urbain (62%). De même, les femmes des départements de l'Alibori (90%), de l'Atacora (88%), es collines (89%), du couffo (85%) et du Zou (86%) ont été plus fréquemment confrontées à ce problème que celles du Littoral (40%). En outre, ce problème à plus souvent concerné les femmes sans instruction (82%) et les femmes des ménages les plus pauvres (89%). Le « coût élevé des soins » a aussi été mentionné fréquemment par toutes les catégories de femmes, en particulier celles de l'Atacora (89%) et des collines (84%) (MS, PNDS (2010)). D'autre part, la distance entre le domicile et le centre de santé constitue un problème pour près de deux femmes sur cinq (38%). Cette proportion est plus élevée dans l'Atacora (66%) suivi du Borgou (51%). Par ailleurs, pour 37% des femmes, prendre un de transport est un obstacle qui limite leur accès aux soins de santé. Il faut également noter les proportions importantes de femmes ayant cité des problèmes en relation avec le fonctionnement des services de santé à savoir : « l'attente trop longue » (30%), « le personnel absent ou en retard » (29%), « les soins non efficaces » (24%) « Le mauvais accueil » (24%) et « le manque de personnel féminin (16%). (MS, PNDS (2010)). Le coût trop élevé induit l'inaccessible aux soins de santé primaire ; ce qui constitue un problème essentiel tout à la santé publique ainsi qu'au développement des pays. La question fondamentale qui se dégage de cette considération sur l'accessibilité des soins de santé primaire au Bénin, se formule ainsi : Quelle est l'analyse de l'accessibilité des soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune ?

De façon spécifique,

- Comment les coûts des soins affectent l'accessibilité aux soins de santé primaire en milieu urbain ?
- Comment l'accessibilité géographique implique l'accessibilité aux soins de santé primaire en milieu urbain ?

B. Objectifs et hypothèses de l'étude

1. Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'analyser l'accessibilité des soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune.

De façon spécifique, l'étude poursuit quatre objectifs :

- Déterminer l'effet des coûts des soins sur l'accessibilité aux soins de santé primaire en milieu urbain.
- Mesurer l'effet de l'accessibilité géographique sur l'accessibilité aux soins de santé primaire en milieu urbain.

2. Hypothèses de l'étude

Les hypothèses associées respectivement à ses objectifs spécifiques sont :

- Les coûts trop élevés affectent l'accessibilité aux soins de santé primaire.
- La distance trop longue affecte négativement l'accessibilité aux soins de santé primaires.

Paragraphe 2 : Clarification conceptuelle et revue de littérature

Ce paragraphe est organisé en deux sous-paragraphes. Le premier sous-paragraphe aborde la clarification des concepts contenus dans le sujet. Le second sous-paragraphe est consacré à la revue de littérature.

A. Clarification conceptuelle

Ce sous-paragraphe aborde la définition et la typologie des concepts d'analyse, d'accessibilité, de soins, de santé, de primaire, de soins primaires de soins de santé primaire.

1. Définition et typologie du concept d'Analyse

a. Définition de l'analyse

L'analyse est l'examen de l'information (tirer, additionner ; comparer) pour mieux comprendre les relations entre le ‘’tout’’ et les ‘’parties’’. Au sens économique, l'analyse économique est un outil d'aide à la définition économique qui clarifie les positions et les enjeux des acteurs. Elle consiste aussi à comparer l'efficience (rapport entre les coûts et les résultats) de deux ou plusieurs actions possibles. Cependant, l'analyse économique à ces faiblesses. Plusieurs problèmes méthodologiques persistent. C'est en particulier le cas de l'évaluation de l'unité de différents états de santé ou de l'attribution d'une valeur monétaire et ces mêmes états.

b. Types d'analyse économique

Selon Charmot et al, (2001), il existe quatre grands types d'analyse économique. Il se distingue par leur façon de mesurer les résultats des interventions et par les questions auxquelles ils permettent de répondre. Il s'agit de l'analyse par minimisation des coûts (AMC), l'analyse coût-efficacité (ACE), l'analyse coût-utilité (ACU) et l'analyse coût-bénéfice (ACB).

L'AMC vise à comparer les coûts respectifs d'intervention auprès des mêmes patients, et dont les résultats en termes de santé sont identiques. On comparera, par exemple, les coûts d'un traitement d'entorse et de cheville par plâtre délivré par une permanence chirurgicale et par un médecin installé. Cette approche n'est appropriée que lorsqu'il est établi que les stratégies examinées on la même efficacité. (Charmot et al, 2001)

L'ACE permet de comparer des interventions qui diffèrent à la fois par leurs coûts et leur efficacité. La comparaison entre traitements porte alors sur les ressources qu'il faut engager pour améliorer d'une unité la mesure de résultat. Cette unité est exprimée sur une échelle

naturelle. On calcule donc un coût par guérison obtenue, par cas de cancer dépisté, etc. il n'est pas nécessaire que les interventions soient d'efficacité égale. Une analyse coût-efficacité est indiquée, par exemple, lorsqu'une intervention est moins chère, mais aussi moins efficace qu'un autre traitement. Il faut seulement que les interventions comparées entraînant une modification de même nature de l'état de santé. L'analyse coût-efficacité ne permet pas de gérer des résultats multiples, ce qui arriver si un traitement entraîne un taux de guérison supérieur mais cause plus d'effets indésirables que le traitement rival. De même, ce type d'analyse ne s'applique pas si les traitements comparés concernent des patients différents ou entraînent des résultats cliniques différents. Dans ces situations on aura recours à l'analyse coût-utilité (ACU) (E.Charmot et al, 2001).

L'ACU intègre tous les résultats relatifs à la santé dans une mesure synthétique, transposable à des problèmes cliniques différents. Par exemple, on peut évaluer l'effet conjoint d'un traitement sur la durée et la qualité de vie, en calculant les années de vie ajustées pour la qualité de vie ou QALY (acronyme anglais de « Quality Ajusted life-years »). Les QALY pondèrent le nombre d'années de vie vécues par le niveau de bien être éprouvé au cours de ces années. Par convention, l'état de santé optimal reçoit un poids de 1,0 et la mort celui de 0 ; les autres états de santé s'échelonnent entre ces valeurs en fonction de leur désirabilité. Une année de vie « malade » vaudra donc moins que 1, 0, voire moins que 0, lorsque les patients préféreraient mourir plutôt que de survivre dans leurs état (E.Charmot et al, 2001).

L'ACB adopte la perspective la plus globale, en chiffrant les résultats des interventions en unité monétaire. Ceci permet d'élargir encore les questions avec l'on peut explorer ; il devient nomment possible de comparer le rendement des investissements consacrés aux soins avec celui d'investissements dédiés à d'autres secteurs d'activités (sécurité routière, par exemple) (E.Charmot et al, 2001).

2- Définition, typologies et caractéristiques de l'accessibilité

a- Définition de l'Accessibilité

De façon générale, le dictionnaire Larousse définit la substantive accessibilité comme étant la possibilité d'arriver qu'à un individu d'accéder à un privilège quelconque d'obtenir quelque chose. En matière des soins de santé primaire (SSP), l'accessibilité est comprise comme « le pourcentage de la population résident dans la zone de santé rurale ou urbaine avec accès facile aux services des SSP ». Elle est ainsi la possibilité qu'à chaque individu ou la collectivité

d'avoir ce dont il a besoin quantitativement et qualitativement par des méthodes qui soient acceptables pour la restauration de la santé. L'accessibilité implique, pour ce faire, la dispensation continue et organisé de soins qui soit géographiquement, financièrement, culturellement et fonctionnellement à la portée de la communauté à desservir. (RIOLACCI : Définition des experts de l'OMS, p 23)

b- Types d'accessibilité

Selon BAHATI, (2010) la capacité pour un malade de recourir au soin de santé, est mesurée en fonction de la disponibilité des services du point de vue : Géographique ou physique, économique ou financier et, culturel. Ainsi, il distingue trois types d'accessibilité :

1- Accessibilité géographique est une valeur qui dépend de nombreux facteurs qui peuvent l'aggraver (mauvais état physique, difficultés du trajet (moyen de transport et de communication). La distance représentant un facteur d'obstacle à l'accessibilité des services de santé.
2- Accessibilité économique : est le coût de soins qui doit être réduits au strict minimum et le prix qui doit être fixer en fonction des revenus des ménages.

- Le Cout de soins : montant, exprimé en monnaie, des charges nécessaires, l'acquisition ou à la production d'un bien ou d'un service.
- Le cout direct : c'est tous les frais imputables à la maladie (consultations, soins médicaux, achats médicaments examens de laboratoire etc.…)
- Le cout indirect : c'est le cout additif aux couts directs (transport, repas du malade, cout du remplacement à domicile, vois en cas d'absence…)
- Le cout d'opportunité ou manque à gagner : c'est ce que le malade pouvait produire s'il n'était pas malade (vente de biens, maisons, etc…)
- Dépense des soins de santé : peut être définie comme l'ensemble des frais payés par un usager des biens et de services de santé ainsi consommé. Face à ces offreurs de soins de santé, des mécanismes de mobilisation de fonds, les ressources financières sont essentielles pour rendre réels le paiement des soins de santé. Elles peuvent être, soit les fonds publics ou l'état, soit la taxation des soins, soit l'intervention des bailleurs de fonds, soit les dons curatifs soit l'assurance ou mutuelle et soit l'individu (ménages).

3- Accessibilité culturelle : est une connaissance des caractéristiques socioculturelles, des respects des coutumes, des religions etc…

c- Caractéristiques de l'accessibilité

Selon l'OMS (2007) « droit à la santé », stipule que le droit à la santé est composé de quatre (04) éléments. Ce qui signifie que l'accessibilité à quatre (04) caractéristiques

- La disponibilité ;
- L'accessibilité, où les installations, les biens et services en matériels doivent accessible à toutes personnes relevant de la juridiction de l'état partie ;
- L'acceptabilité ;
- La continuité.

B. Revue de littérature

La question d'analyse de l'accessibilité des soins de santé primaire est une problématique fondamentale en économie de la santé. Ainsi, l'accessibilité des soins de santé primaire dans les hôpitaux n'est pas une problématique nouvelle en économie de la santé. Elle a fait l'objet d'une abondante littérature empirique. Sans faire une recension critique de la littérature sur la question de l'accessibilité des soins de santé primaires nous allons, dans le cadre de notre mémoire fait une synthèse des travaux les plus récents.

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. Or sans argent, pas de soin ni de médicament. Pour payer la consultation et se soigner, la majeure partie des Burundais est contrainte de recourir à des moyens extrêmes, tel l'endettement ou la vente d'un bien, les poussant dans une pauvreté encore plus grande. Le recours à l'endettement auprès d'un centre de santé est une pratique courante dans le pays. Les titulaires de ces structures signalent d'ailleurs une forte augmentation des patients s'endettant au niveau de leur centre. Les patients ont recours à l'endettement aussi bien pour l'hospitalisation que pour une simple consultation ambulatoire, pour lesquelles les sommes varient fortement.

AMINA (2012), souligne dans son étude faite sur la population de Bujovu en RDC, que l'accessibilité géographique n'est pas un handicap à l'utilisation des services des soins de santé à Bujovu, car 90,4% des ménages enquêtés affirment que le C.S est à moins de 1km de distance, 9,6% disent qu'ils sont entre 2 à 4km de distance. Ce qui confirme leur marche à pieds pour se rendre au C.S à 93,3% et seulement 0,7% utilise la moto.

Toujours selon AMINA (2012), l'accessibilité aux soins de santé est handicapé par les moyens financiers à 89,2%.en tenant compte des données de la banque mondiale avec un revenu de moins de 30 dollars et de 30-60 dollars le mois pour une famille de 5-10 personnes, le revenu journalier des habitants de Bujovu est en dessous de 0,5 dollars par jour. Ce qui explique l'inaccessibilité aux soins de santé par ces derniers.

Charles E. PHELPS, dans son ouvrage les fondements de l'économie de la santé, note quant à lui que, comme pour tout autre bien économique, la demande des soins médicaux, dépend des revenus. Des revenus plus importants créent une demande de soins plus importante. Il fait remarquer cependant que ce genre de déclaration doit être accompagné d'une mise en garde : toute chose restant égale par ailleurs. Pour ce qui est du prix de l'argent, le raisonnement économique affirme que les personnes vivant dans les limites des contraintes budgétaires achètent moins un certain type de biens au fur et à mesure que leur prix augmente. En sens inverse, elles achètent davantage quand leur prix baisse. Si des expérimentales sont nécessaires pour montrer l'importance des prix dans l'influence exercée sur les consommateurs de soins médicaux, la logique nous enseigne que sa possibilité existe. D'autres choses étant égales, la demande des individus devrait diminuer quand le prix des soins médicaux augmente. Il signale en plus que la demande des soins devrait varier directement avec la gravité de la maladie, aussi longtemps que ces soins seront aptes à guérir le patient.

Une étude menée par Masusu B. Faustine à Kinshasa en 2005 fait ressortir que 34,9 % des malades estiment que les coûts de soins pratiqués l'H.P.G.R.K est inaccessibles, et 62% disent que c'est assez cher. Ce taux élevé prouve que les soins sont inaccessibles à l'H.P.G.R.K. cette appréciation des coûts élevés de soins à l'H.P.G.R.K a été également constatée lors de l'étude comparative avec l'hôpital saint Joseph.

En RDC, précisément au Nord de Kivu, la population continue de vivre dans des conditions difficiles loin en dessous du seuil de pauvreté bien que le revenu moyen par jour par personne soit passé de 0,16$ (en 2003) à 0,33 en 2005, la santé constitue un besoin prioritaire de la population : 44% des ménages ont vendu un bien de valeur du ménage pour des raisons de santé au cour de 12 derniers mois ; en cas de maladies, les ménages recouvrent principalement au centre de santé dans 42% des cas, à la pharmacie dans 281 des cas, les ménages dépensent 16% de leur revenu pour la santé, les 50% les plus pauvres dépensent jusqu'à 23% de leur revenu pour la santé. Le coût global moyen des soins est élevé. En effet, en moyenne un ménage dépense 4,27$ par épisode maladie (tous les frais compris)

En RDC, précisément dans la ville de Goma, le nombre moyen de personnes par ménage était de 6,1 en 2005, le revenu moyen mensuel par ménage est de 134,59 $, le revenu médian mensuel par ménage est de 95,66 $ et le revenu moyen par personne par jour est de 0,66 $, le score moyen de la pauvreté est de 24%, le revenu moyen par personne par an est de 248,05 $us, le montant moyen que le ménage est capable de payer pour une consultation à l'hôpital est

de : 2,12 $us, pour un accouchement : 3 $, pour une césarienne : 18,36 $,… la majorité de la population se fait soigner au centre de santé dans une proportion de 42% de cas.

Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude

Cette section présente deux paragraphes. Le premier paragraphe aborde la méthodologie de recherche. Le deuxième paragraphe fait ressortir la méthode d'analyse de l'étude.

Paragraphe 1 : Méthodologie de recherche

Dans cette partie, nous exposons la démarche scientifique utilisée pour la mise en œuvre de notre étude. Ainsi, la méthodologie adoptée comprend successivement les étapes : type et période de l'étude, donnée de l'étude, population et échantillonnage, description de la population et de l'échantillon, l'analyse descriptive, l'analyse économétrique et la vérification des hypothèses.

A. Type et période de l'étude

Le cadre de l'étude est le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) qui a déjà fait l'objet de présentation dans le chapitre 1. L'étude réalisée dans ce mémoire est une étude transversale et descriptive en rapport avec l'accessibilité aux soins de santé primaire. Elle couvre une période de trois mois à compter du 21 Août 2019.

B. Données de l'étude

Au regard de l'objectif générale de l'étude, les données à utiliser sont des données primaires de demande de prestations de soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune. Ces données sont collectées au moyen d'une enquête de sortie menée auprès d'un échantillon de demandeurs (patients) de soins de santé primaires à l'aide des questionnaires adressés à ces derniers. Les parents qui sont hospitalisés et sont présents au moment de l'enquête sont concernés dans l'étude. Par contre les patients qui ne sont pas hospitalisés au moment de l'enquête sont exclus de l'étude.

C. Population et échantillonnage

La population étudiée dans le cadre de notre travail est celle des patients présents au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune pour cause de maladie et d'accouchement. L'unité statistique est le patient malade et en Etat. Le nombre de patient que nous avons enquêtés est déterminé en faisant un échantillonnage aléatoire. Ce qui nous a permis de trouver une taille de l'échantillon représentative de la population étudiée. La probabilité

d'accessibilité aux soins du CHU est estimée à 82%, on prend la valeur p = 0,82 et on se donne une prévision E avec un intervalle de confiance de 95%. Ainsi la taille de l'échantillon est donnée par la formule Schwartz (1996) :

$n = \frac{z^2 pq}{E^2}$

n = taille de l'échantillon

z = 1,96 est le coefficient de confiance pour un degré de confiance de 95%

p = probabilité d'accessibilité aux soins du CHU-MEL

E = marge de précision ou de confiance (en générale = 0,05 de la population cible

q = (1-p)

$n = \frac{1{,}96^2 \times 0.82 \times 0{,}08}{0{,}05^2}$

n = 100,80 (la valeur arrondir est 100)

Cette démarche nous a permis d'avoir 100 patients enquêtés.

D. **Spécification économétrique du modèle**

Le modèle utilisé dans sa globalité sera justifié et présenté dans ce sous-paragraphe

Choix et justification de la forme mathématique du modèle

Pour analyser l'accessibilité des soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune nous avons eu recours à la modélisation économétrique. En effet l'analyse économétrique propose plusieurs méthodes qui permettent d'analyser l'accessibilité des soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune. Les modèles les plus utilisés sont l'analyse discriminante, les modèles PROBIT, les modèles LOGIT, et les modèles de probabilités linéaires. Les modèles de probabilités linéaires, bien que fréquemment utilisés en économétrie à cause de leur simplicité dans l'application (estimation par MCO) présentent néanmoins d'énormes défaillances théoriques. En effet, ils aboutissent à la construction de densité de probabilité prenant des valeurs de l'intervalle [0, 1], ce qui est dénué de sens (Feder, 1985). Ainsi, plusieurs auteurs (Griffith & *al*. 1993 ; Koua, 2007) déconseillent l'usage de ces modèles.

Les modèles qui sont généralement utilisés dans les études où la variable dépendante est binaire, sont les modèles PROBIT, les modèles LOGIT. Ces modèles ont l'avantage qualificatif

d'utiliser une série de caractéristiques de l'individu afin de prédire la probabilité de son choix ou de son développement. Il n'est pas toujours possible dans la pratique de conclure la supériorité d'un modèle sur un autre (Doucouré, 2005). La différence fonctionnelle entre par exemple LOGIT et PROBIT est que le modèle LOGIT suppose une distribution logistique tandis que le modèle PROBIT suppose une distribution normale (Koua, 2007). Dans le cas de notre étude, nous utiliserons le modèle PROBIT dichotomique.

E. **Présentation du modèle**

Afin d'expliquer l'accessibilité des soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune nous avons supposé que chacun d'eux est face à deux éventualités (V_1 pour le fait que les patients ont un accès aux soins primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune et V_0 pour le fait que les patients n'ont pas un accès aux soins primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune). Ainsi, la variable dépendante qui peut prendre qu'une éventualité :

Y = 1 si les patients ont un accès aux soins primaires

L'accessibilité des soins de santé primaires au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune est une fonction de certaines variables explicatives Xi, avec i = 1 à 9. Nous obtenons la forme non matricielle suivante :

$$Acces_i = \beta_0 + \beta_1(age_i) + \beta_2(objet - presence_i) + \beta_3(Prise - charge_i) + \beta_4(assurance_i) + \beta_5(depenses_i) + \beta_6(couts_i) + \beta_7(temps_i) + \beta_8(avant - venir_i) + retards_i + \mu_i$$

Avec i=1... 100), les coefficients des variables explicatives et μ_i le terme d'erreur.

F. **Présentation des variables**

Nous exposerons dans cette partie les variables de notre étude qui nous ont conduites aux résultats. Ces variables sont les suivantes:

- ✓ Accessibilité : **Acces**
- ✓ Age du patient : **Age**
- ✓ Objet de votre présence à l'hôpital en ce moment : **Objet _présence**
- ✓ Répondant où le responsable de la prise en charge des soins de santé du (de la) malade (dans le ménage) : **Prise en charge**
- ✓ Assurance-maladie **: assurance**
- ✓ Quelles sont les dépenses que vous avez effectuées à ce jour et qui sont liée directement au traitement : **dépenses**
- ✓ A combien estimez-vous le coût du transport : **coût**
- ✓ Combien de temps avez-vous fait à la maison avant de recourir aux soins ? **: temps**

- ✓ Pourquoi mettez-vous du temps avant de venir vous faites consulter **: avant venir**
- ✓ Les retards de consultation, vous cause-t-il des problèmes **: retards**

G. **Tests de validation**

Les tests et leurs règles sont expliqués suivants la description de Doucouré (2005).

1-Test de significativité globale du modèle

Comme dans le cas des modèles de régression linéaire avec variable dépendante continue, on effectue le test de Fisher pour voir la significativité globale du modèle, dans le cas des modèles à variables qualitatives estimés par la méthode de maximum de vraisemblance, il existe un test analogue (LR- Statistique) fondé sur le rapport des vraisemblances. On teste donc les tests suivants :

H_0: mauvais modèle

H_1: bon modèle

- **Règle de décision**

La statistique de LR suit une loi de Khi-Deux à *k* degrés de liberté avec *k* le nombre de variables explicatives. On rejette H_0 si la probabilité critique est supérieure à α.

2-Test de Hosmer-Lemeshow

Ce test permet d'apprécier la qualité de l'ajustement effectué. Ainsi, on test les hypothèses suivantes :

H_0 : ajustement bon

H_1 : ajustement mauvais

- **Règle de décision**

On accepte H_0 si la valeur de la probabilité correspondante est supérieure à 5%. On rejette H_0 dans le cas contraire. La valeur de la probabilité est obtenue avec le logiciel EVIEWS 9.5

3-Evaluation du pouvoir de prédiction du modèle

Ici, on calcule le pourcentage de prédictions correctes, c'est-à-dire le pourcentage des cas où la valeur observée est égale à la valeur prédite. On calcule de même le pourcentage des cas contraires (prédictions fausses).

- **Règles de décision**

Plus le pourcentage des prédictions fausses est faible (proches de 0), plus le pouvoir de prédiction est élevé.

4-Test de significativité des coefficients des variables explicatives

On teste les variables suivantes :

$H_0 : \beta i = 0$

$H_1 : \beta i \neq 0$

- **Règle de décision**

On rejette H_0 si la probabilité critique est inférieure à 5%. On accepte H_0 si cette probabilité est supérieure à 5%.

5-Condition de vérification des hypothèses

Il s'agit, ici, d'énoncer les conditions qui serviront à confirmer ou à infirmer les hypothèses de notre étude. Notons que la validation de nos hypothèses se fera sur la base des résultats de nos régressions, et des tests de validations des modèles estimés.

Le tableau suivant résume la procédure de validation.

Tableau 4 : Procédure de validation

Hypothèses	Conditions de validations
Hypothèse 1 :	Le modèle est globalement non significatif
Hypothèse 2 :	Le modèle est globalement significatif

Source : les auteurs

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Cette partie du travail est consacrée à la présentation des résultats issue du dépouillement du questionnaire qui est adressé aux patients à travers des tableaux et des graphiques. Le présent chapitre est subdivisé en deux sections. La première section présente les résultats de l'étude ; la seconde est consacrée à l'analyse des résultats (discussion des résultats) et à la vérification des hypothèses.

Section 1 : Présentation des résultats

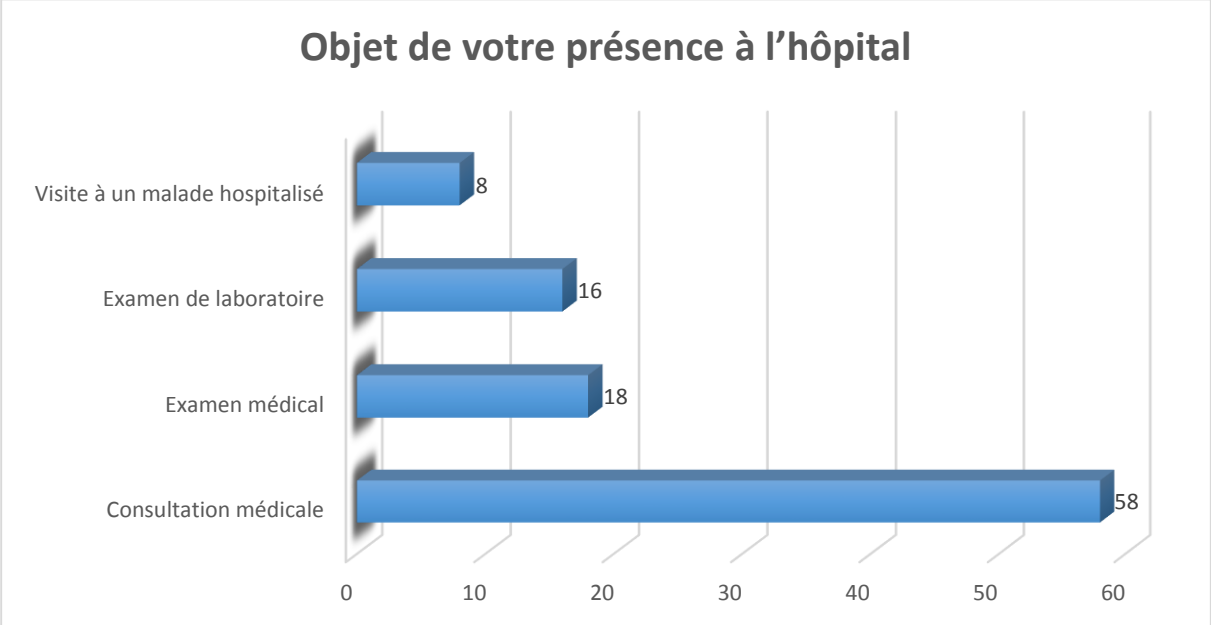
Cette section comprend un paragraphe, consacré aux renseignements cohérents sur l'accessibilité aux soins de santé primaires des ménages du CHU-MEL.

Paragraphe 1 : Renseignements cohérents sur l'identification géographique du (de la) malade au CHU-MEL.

Ce paragraphe est subdivisé en deux sous-paragraphes. Le premier aborde les données de l'identification géographique de la malade. Le second expose les caractéristiques de la malade.

A. Les données de l'identification géographique de la malade

Graphique 1 : Répartition des données sur la présence des patients dans cet hôpital

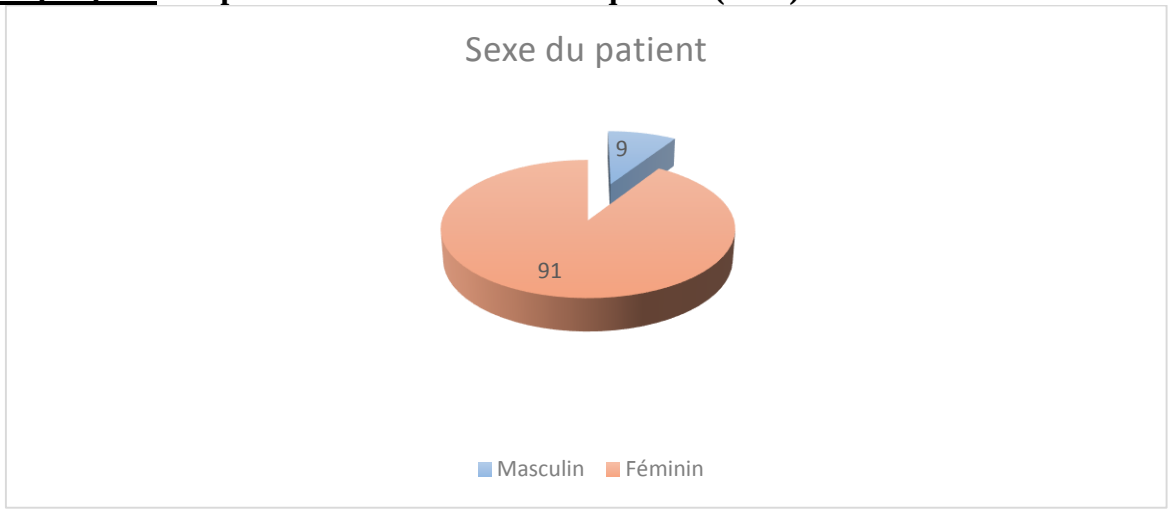


Source : résultats de l'enquête

Il ressort de l'analyse de ce graphe que sur les 100 patients enquêtés, 58 patients justifient leur présence par une consultation médicale, 18 patients le justifient par un examen médical, 16 patients le justifient par un examen de laboratoire et 8 patients le justifient par une visite. On en déduit, d'après l'analyse 58 patients optent ce centre par une consultation médicale.

B. les caractéristiques du (de la) malade au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune.

Graphique 2 : Répartition sur les caractéristiques du (de la) malade

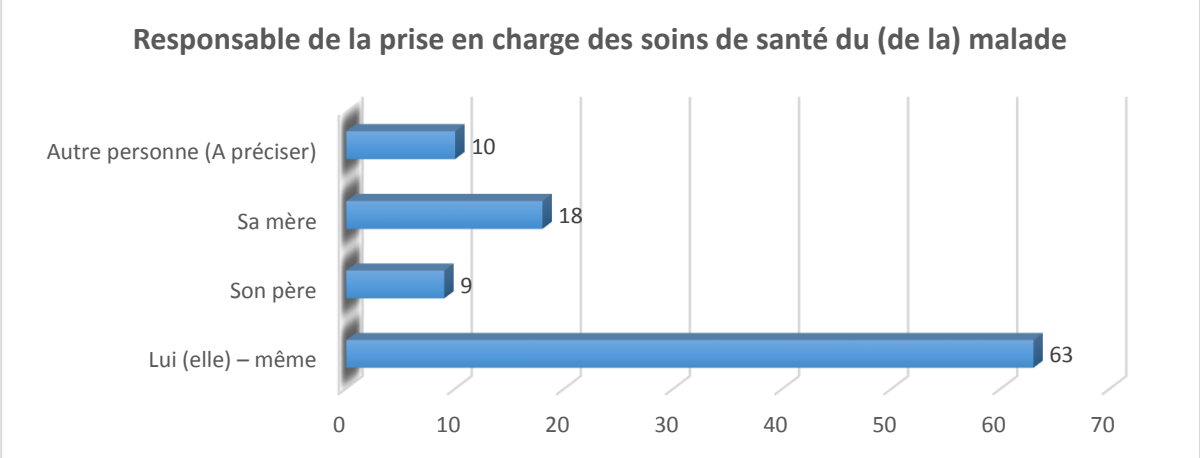


Source : Résultats de l'enquête

Les résultats de ce graphe prouvent que nos enquêtés à 91% étaient de sexe féminin

1- Responsable de la prise en charge des soins de santé du (de la) malade (dans le ménage)

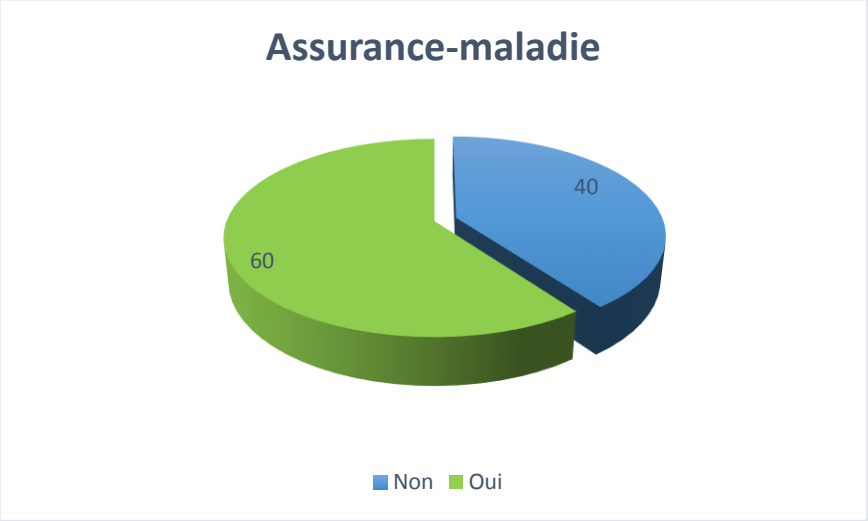
Graphique 3 : Répartition des responsable de la prise en charge des soins de santé du (de la) malade



Source : Résultats de l'enquête

Les analyses de ce graphe montre que les enquêtés (femmes) sont majoritaires avec un pourcentage de 63%. On en déduit que la majorité des femmes sont responsables de la prise en charge des soins de santé.

Graphique 4 : Répartition des malades bénéficiaires d'une assurance maladie



Source : Résultats de l'enquête

L'analyse faite de ce graphique justifie que 60% ont optés pour une assurance-maladie

Tableau n°5 : Répartition des répondants selon les dépenses effectuées et qui sont liée directement au traitement

Dépenses	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Dépenses de consultation	66	66,0
Dépenses pour le test de Diagnostic Rapide (TDR)	2	2,0
Dépense pour la Goutte Epaisse (GE)	3	3,0
Dépenses pour les médicaments hospitaliers	3	3,0
Dépenses pour les médicaments de relais	7	7,0
Dépenses pour les soins	4	4,0
Dépenses d'hospitalisation	6	6,0
Dépenses pour le cathéter	1	1,0
Dépenses pour les seringues	1	1,0
Dépenses pour le perfuseur	1	1,0
Dépenses pour la transfusion sanguine	5	5,0
Non précisé	1	1,0
Total	100	100,0

Source : Résultats de l'enquête

Il ressort de ce tableau que 66% des patients de CHU-MEL dépense pour la consultation.

Tableau n°6 : Répartition des répondants selon le moyen de transport utilisé

Moyens	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Voiture personnelle (ou d'un ami)	18	18,0
Moto personnelle (ou d'un ami)	14	14,0
Bénin Taxi (Soft taxi)	10	10,0
Taxi ordinaire	3	3,0
Taxi Moto (Zémidjan)	55	55,0
Total	**100**	**100,0**

Source : Résultats de l'enquête

Dans ce tableau, nous remarquons que 55% prennent des Taxi Moto (Zémidjan) pour arriver dans ce centre

Tableau n°7 : Répartition des répondants selon le temps mis pour recourir aux soins

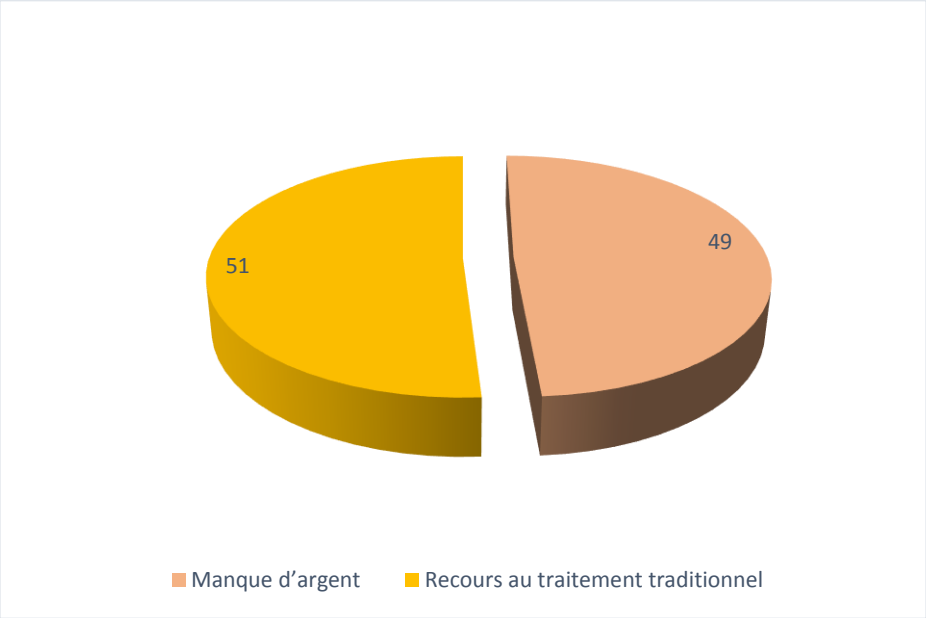
Temps	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Je n'ai pas faire de temps	21	21,0
1 à 2 jours	20	20,0
3 à 4 jours	18	18,0
+ 5 jours	24	24,0
Je ne sais pas	17	17,0
Total	**100**	**100,0**

Source : Résultats de l'enquête

Dans ce tableau, on constate que 24% de la population prennent + 5jours à la maison avant de recourir aux soins.

Graphique 5 : Répartition des répondants selon le temps mis avant de venir se faire consulter

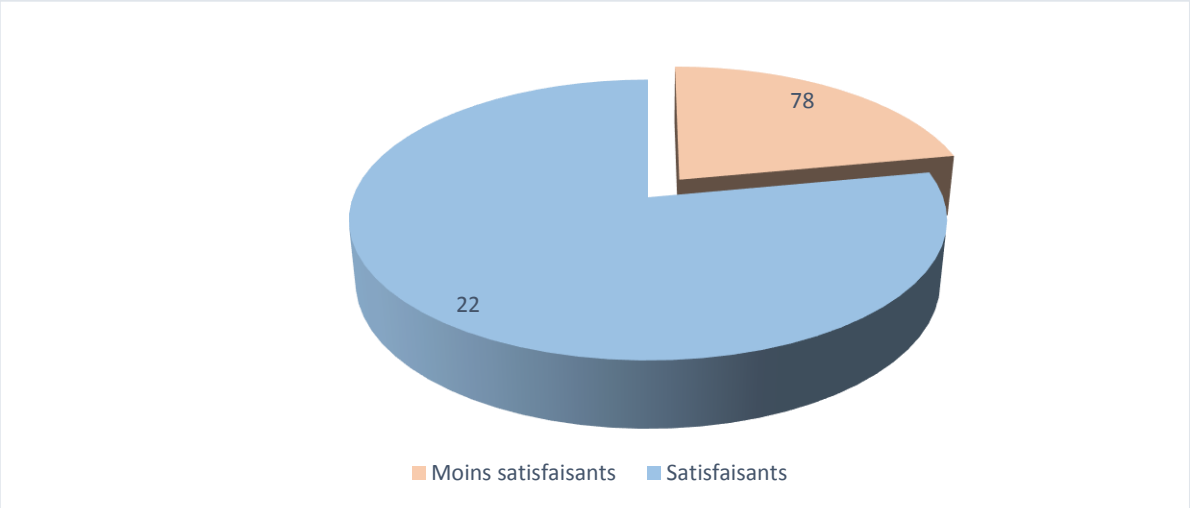
D'après ce graphique, les motifs sont divers et dépassent le nombre des répondants étant donné qu'un répondant pouvait avoir plusieurs motifs qui l'empêchent de consulter les services de santé à temps.



Source : Résultats de l'enquête

Pour les raisons qui sont à la base du retard de consultation, 51% incriminent le manque d'argent.

Graphique 6 : Répartition des répondants selon l'appréciation des soins reçus au CHU-MEL



Source : Résultats de l'enquête

De ce graphique, il ressort que 78% des patients affirment que les soins sont moins satisfaisants

Section 2 : Discussions et recommandations

Cette section comprend deux paragraphes. Le premier expose la discussion sur les différents résultats de l'étude et la vérification des hypothèses. Le second est consacré aux recommandations

Paragraphe 1 : Discussions

Le présent paragraphe comporte deux sous paragraphes. Le premier est consacré à la présentation économétrique des résultats au CHU-MEL. Le second expose la validation des coefficients du modèle au CHU-MEL.

A. Présentation économétrique des résultats au CHU-MEL.

Le modèle estimé est l'équation :

$$Acces_i = \beta_0 + \beta_1(age_i) + \beta_2(objet - presence_i) + \beta_3(Prise - charge_i) + \beta_4(assurance_i) + \beta_5(depenses_i) + \beta_6(couts_i) + \beta_7(temps_i) + \beta_8(avant - venir_i) + retards_i + \mu_i$$

Avec i=1... 100), les coefficients des variables explicatives

Où β_o est la constante de l'équation, les β_i sont les coefficients des variables explicatives de l'équation et μ_i le terme d'erreur.

Les résultats obtenus après estimation du modèle PROBIT à l'aide du logiciel EVIEWS 9.5 sont présentés dans le tableau 11

Tableau 8: Résultat de l'estimation.

Variable dépendante : *ACCES*				
Méthode d'estimation : maximum de vraisemblance (modèle PROBIT)				
Taille de l'échantillon : 100				
Variables	**Coefficients**	**Std-Error**	**Z-Statistic**	**Prob**
C	**3.781799**	**2.778351**	**1.361166**	**0.1735**
AGE	**0.057704**	**0.059640**	**2.967538**	**0.0023***
OBJET_PRESENCE	**0.803744**	**0.556221**	**1.445007**	**0.1485**
PRISE EN CHARGE	**0.019855**	**0.013257**	**1.497673**	**0.1342**
ASSURANCE	**1.091979**	**1.572663**	**3.694350**	**0.0005***
DEPENSES	**0.076085**	**0.321242**	**2.236845**	**0.0428***
COUT	**0.000560**	**0.000568**	**0.985838**	**0.3242**
TEMPS	**-0.265537**	**0.282180**	**-1.941018**	**0.0467***
AVANT_VENIR	**-0.770310**	**0.952576**	**-1.808659**	**0.0187***
RETARDS	**-0.125021**	**0.399895**	**-2.312634**	**0.0046***
Pseudo R^2				**0.733365**
Statistique LR	**14,93178**	**Probabilité LR**	**0.00500**	
Statistique de H-L	**4.3307**	**Probabilité H-L**	**0.8261**	
% de prédictions correctes	**83.33%**	**% de prédiction incorrectes**	**16.67%**	

Source : Auteurs, à partir des données de nos enquêtes, 2019

NB : (*) =significatif à 5% ;

Ainsi, les résultats des différents tests effectués se présentent comme suit :

1- Significativité global du modèle

Après estimation, la probabilité de la statistique LR est 0.00500 ce qui est très inférieur à 0,05 ; donc on rejette l'hypothèse nulle et on accepte l'hypothèse alternative. C'est-à-dire que le modèle est globalement spécifié.

1.1 – Test de Hosmer-Lemeshow

La probabilité obtenue pour la statistique HL au seuil de 5% est de 0,8261 supérieure à 0,05. On accepte donc l'hypothèse nulle et on rejette l'hypothèse alternative, c'est-à-dire que l'ajustement du modèle est bon.

1.2 – Estimation du pouvoir de prédiction du modèle

Le pourcentage de prédictions correctes 83,33% (tableau n° 8) ; alors que celui de prédiction fausse est de 16,67%. Nous acceptons alors l'hypothèse que le modèle a un pouvoir de prédiction élevé.

2- Validation des coefficients du modèle

2.1- Evaluation du pouvoir explicatif du modèle

De l'analyse du tableau 8 issu de la régression, il ressort que le pseudo R^2 (R^2 de McFadden) est égal à 0,733365 soit 73,33%. Ce qui signifie que la variation des variables explicatives explique à 73,33 la variation de la variable expliquée.

2.2- Significativité statistique des coefficients du modèle et analyse des résultats

De l'analyse du tableau 8, il ressort que sur les 9 variables du modèle, 6 sont significatives à savoir : AGE, ASSURANCE, DEPENSES, TEMPS, AVANT-VENIR et RETARDS tous au seuil de 5%. Le résultat du test de Hosmer-Lemeshow montre que l'ajustement effectué par le modèle est bon. Ce qui veut dire que la différence entre les variables

observées et celles prédites n'est pas significative. De même le calcul des pourcentages de prédictions fausses montre qu'elles sont faibles. De plus le R^2 de McFadden du modèle est relativement élevé. Le modèle peut donc être accepté dans son ensemble, et ses résultats validés.

Nous notons aussi que d'après les résultats du test de significativité globale, le modèle est globalement significatif. C'est-à-dire que les variables explicatives du modèle expliquent en général, le phénomène représenté par la variable expliquée. Autrement dit, AGE, ASSURANCE, DEPENSES, TEMPS, AVANT-VENIR et RETARDS influencent en général l'accessibilité aux soins. Remarque prise individuellement, certaines variables n'ont pas d'influence sur cette accessibilité. Mais il est nécessaire de préciser avant toute interprétation que dans un modèle binaire, les valeurs des paramètres indiquant si la variable associée influence la probabilité à la hausse ou à la baisse.

Ainsi, à l'issu de notre analyse économétrique, les femmes ont accès au CHU-MEL que les hommes. Donc l'âge du patient influence positivement l'accès aux soins au seuil de 5%. En d'autre terme, la probabilité pour qu'une femme ait accès a ce centre est une fonction croissante de l'accessibilité. Toute chose étant égale par ailleurs, on peut alors dire que les hommes en particulier les enfants de 0 à 15ans ont accès à ce centre de santé.

L'analyse du coefficient estimé de la variable explicative, objet de présence montre qu'elle est positivement corrélée à la variable expliquée. Ce signe positif montre que l'objet de la présence motive l'accessibilité aux soins de santé primaires dans ce milieu urbain. Autrement dit, la probabilité pour qu'une femme est accès à ce centre, est une fonction croissante de la variable objet de présence.

Quant à la variable prise en charge, elle est aussi corrélée significativement à la variable expliquée. La probabilité pour qu'un patient est accès aux soins de santé, est fonction croissante de la prise en charge de l'accessibilité.

La variable Assurance est corrélée significativement à la variable expliquée au seuil de 5%. La probabilité pour qu'un patient est accès aux soins de santé primaire est forte selon qu'il bénéficie d'une assurance.

La variable Dépense, est aussi corrélée significativement à la variable expliquée au seuil de 5%. La probabilité pour qu'un patient est accès aux soins de santé primaire est forte selon qu'il effectue une dépense directe à un traitement.

La variable coût est corrélé positivement à la variable dépendante au seuil de 5%. Ceci nous permet de dire que la variable coût influence l'accessibilité aux soins de santé primaires

La variable temps est corrélé négativement à la variable dépendante au seuil de 5%. Ce nous permet de dire que la variable temps n'influence pas l'accessibilité aux soins de santé primaire.

La variable Avant-venir est corrélée négativement à la variable expliquée au seuil de 5%. Ceci nous permet de dire que la variable Avant-venir n'influence pas l'accessibilité aux soins.

Le coefficient estimé de la variable explicative, Retards montre qu'elle est négativement corrélée à la variable expliquée au seuil de 5%. En d'autre terme, la probabilité pour qu'un patient est accès aux soins est forte selon qu'il soit en retards.

L'analyse a montré en outre que les variable respectives (temps) ; (Avant – venir) et (Retards) du patient n'influence pas la variable indépendante et sont négativement corrélées à elle.

En conclusion, nous pouvons retenus que l'âge, l'objet de présence, Prise en charge, Assurance, Dépenses et Coût influencent positivement la variable dépendant et tandis que les variables temps, Avant-venir et retards du patient influencent négativement l'accessibilité aux soins de santé primaires.

B. Vérification des Hypothèses

L'analyse économétrique a montré d'une part que la variable coût est corrélé positivement à la variable expliquée. Ce signe nous permet alors de valider notre deuxième hypothèse qui stipule que : les coûts trop élevés affectent l'accessibilité aux soins.

D'autre part, elle montre que la variable, retards est corrélée négativement à la variable expliquée. Nous pouvons du coup infirmer que la troisième hypothèse stipule que : La distance trop longue affecte négativement l'accessibilité aux soins de santé primaires. Autrement dit, plus la distance est longue, le patient accuse de retard avant recourir aux soins.

Paragraphe 2 : Recommandations

Au terme de notre étude les observations faites, nous amènent à formuler les recommandations à l'endroit des autorités sanitaires et des ménages.

A l'endroit des autorités sanitaires :

- ✓ Assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.
- ✓ Renforcer le partenariat pour la santé.
- ✓ Améliorer le mécanisme de financement du secteur et le renforcement de la gestion du secteur.
- ✓ Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.
- ✓ Mettre en place des projets, comme le RAMU, l'ARCH, SUNU assurance etc.… pour sensibiliser la population sur les bienfaits des mutuelles de santé.

A l'endroit des ménages :

- ✓ S'organiser en communauté ou association pour la création des mutuelles de santé de mini projets d'élevage et des cultures maraichères
- ✓ Mettre en place des projets pour que l'Etat soit désormais un régulateur du système, le responsable de la conception de la politique et des normes, de leur suivi et évaluation.

Conclusion

L'objectif de ce travail est d'Analyser l'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu urbain au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune. Les méthodes descriptives, analytiques, les techniques documentaires et les questionnaires d'enquête ont été utilisée pour analyser l'accessibilité aux soins de santé primaires. Les données utilisées sont issues d'une enquête réalisée du 26 août au 25 septembre 2019 sur 100 patients accessibles.

L'Analyse des données a montré que le taux de l'accessibilité des ménages au CHU-MEL est de 82%. Quant à la caractéristique de la malade, 91% sont de sexe féminin et 58% optent ce centre par une consultation médicale. 78% des patients affirment que les soins sont moins satisfaisants, pour des raisons qui sont à la base du retard de consultation, 51% incriminent le manque d'argent. Pour des raisons liées à l'accessibilité des soins, 24% de la population prennent + 5jours à la maison avant de recourir aux soins. L'identification géographique souligne que 66% des patients du CHU-MEL dépense pour la consultation et 60% optes pour une assurance maladie, ce qui affirme que 63% des femmes majoritaire sont responsable de la prise en charge des soins de santé.

A la lumière des résultats, plusieurs dimensions de l'accessibilité peuvent être mesurées. L'accessibilité géographique est fonction de la distance physique et temporelle entre un lieu (habitation, travail ou autre) et les services. L'accessibilité sociale est fonction de la compatibilité entre les services offerts et les caractéristiques sociales et culturelles des personnes. L'accessibilité économique est reliée au coût des services, en relation avec le niveau socio-économique des personnes. L'accessibilité organisationnelle est fonction des horaires, des procédures à suivre en relation avec les contraintes des personnes (Levesque et al ,2003). Elle se définit comme la disponibilité des professionnels de santé à répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins exprimées par un patient. Le CHU-MEL fait actuellement face à un problème aigu d'accessibilité économique reliée au coût des services et d'accessibilité géographique reliée à la distance physique et temporelle entre les lieux et les services.

Enfin, Il faut aussi noter que des patients jusque-là ne connaissent pas l'existence des mutuelles de santé. Le projet ARCH en cour de mise à niveau, est l'un des politiques de

mutuelle de santé que l'Etat béninois a mis en place pour assurer l'accès aux soins de santé à ces populations mais méconnaissable de plusieurs. La prise en charge des personnes victimes des violences faites sur le genre, est aussi l'une des politiques de l'Etat béninois et bien respecter au CHU-MEL sans oublier la gratuité de la césarienne.

Références bibliographiques

Albanz K. 2008. Initiation à la recherche scientifique, ISC-GOMA.

Amina K. M. 2012. « Problématique d'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu urbanorural, dans l'aire de santé de Bujovu ».

Bahati M. D. 2009. « Accessibilité financière aux soins de santé cas spécifique de la population de la zone de santé de Goma »

Chamot E., Bovier P., Perneger T., Chastonay P., Hermann F., Garnerin P. et Chopard P. (2001). *« Analyse économique appliqué à la santé : un tour d'horizon* ». Bulletin des médecins Suisses, 82 (39) : pp 2061 - 2063

Constitution béninoise. 1990. Article 8 et 26.

Doucouré, Didier Schlacter, Théophile Azomahou, Nicolas Couderc, Stéphanie Monjon, Phu Nguyen Van (2005). Econométrie : l'ouvrage et les corrigés éd Pearson Education 1086 pages 15/09/2006 5è édition.

Feder., Lollivier S., Verger D. (1985). « Présentation et mise en œuvre de modèles de régression qualitatifs », note interne Département « Population Ménages », Division « Conditions de vie des ménages », Division « Revenu », Inséé, juin

Griffiths G., Judge, W.., Carter Hill, R., Lutkepohl, H., and Lee, T. (1993), ‘’The Theory and Practice of Econometries’’, Wiley, USA, 2 edition.

Karen A. 2012. « Problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu urbanorural ».

Kayungura G. 2008. Recherche et Enquête sur terrain, ISIG – GOMA.

Konan O. 2003. L'accès aux Soins de Santé Primaires, Mémoire en SAPU, France rennes.

Koua, Greene W.H. (2007), ‘’Econométrie Analysies’’, Londres, Prentice Hall.

Masasu B.F. 2005 « Problématique des coûts des soins dans les hôpitaux publics, cas de l'hôpital provincial général de référence de Kinshasa »

MS. 2009. « Plan National de Développement Sanitaire 2009 – 2018 » Pp 1 ; 14 – 17.

MSF/Belgique, Burundi : les vulnérables privés des soins de santé, Bujumbura, Avril 2004, p.6.

Novib et IPS/ Nord-kivu

OECD 2005. Economic surveys (Belgium), I 2005(765): 1- 199

OMS 1978. « Les soins de santé primaire. » Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata (URSS). Genève, OMS. Pp 88

OMS 1978. « Les soins de santé Primaires » Article 6, Alma-Ata.

OMS 1986. « la Charte d'Ottawa ». Canada.

OMS 2003. « Les systèmes de santé des soins intégrés fondés sur des principes. » Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir. Genève, OMS. http:// WWW. Who .int/Whr/2003/fr/.

OMS. 2007. « Droit à la Santé » Aide-Mémoire

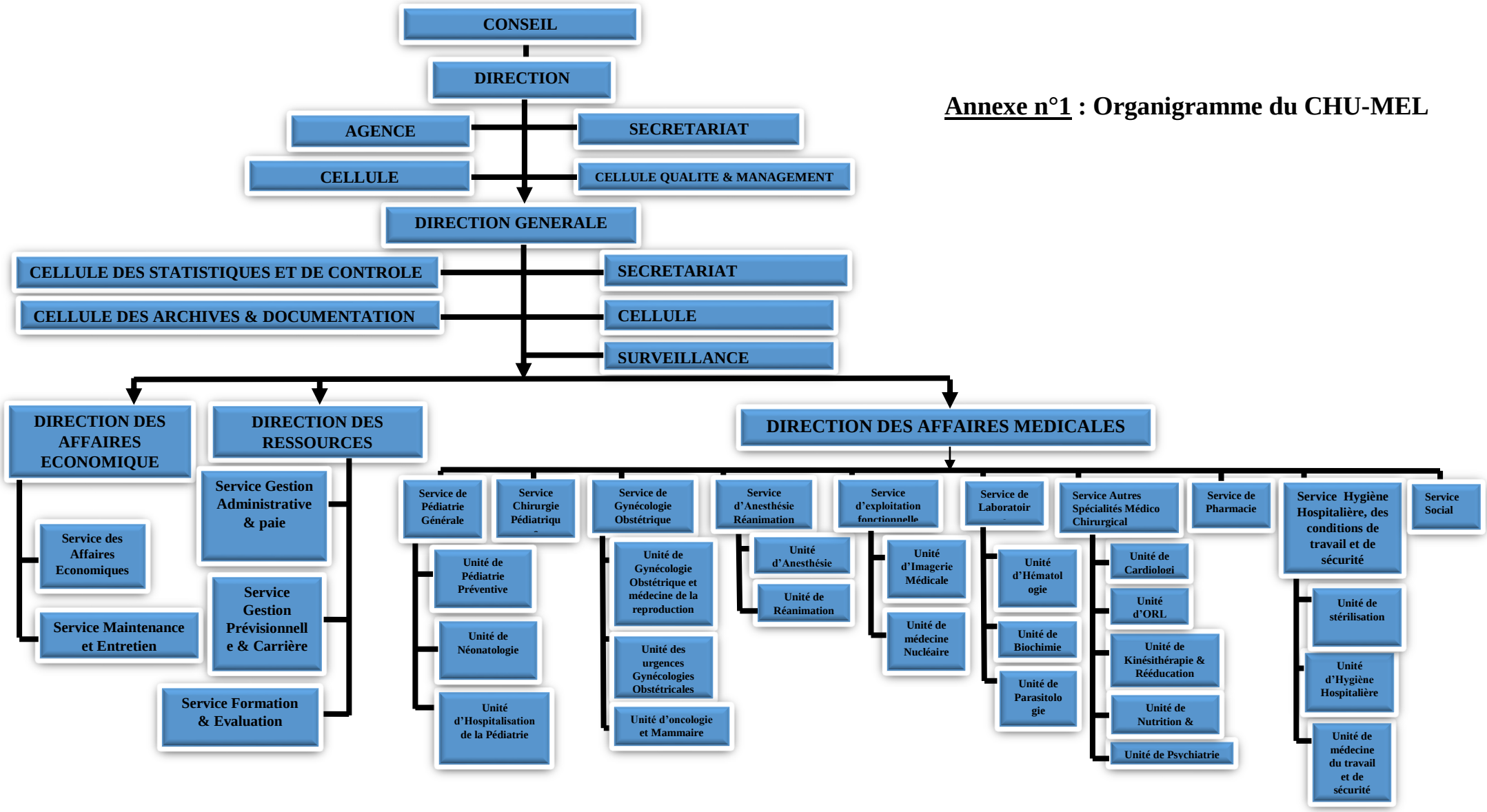
PHELPS Charles E. 1995. « Les fondements de l'économie de la santé. » Publi-Union, France. Pp 74

Salem G., Lang T.1993. « *Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielles à Pikine, Sénégal* », sciences sociales et santé, 11 (2) : 27 – 40

Shwartz D. 1996. *« Méthodes à l'usage des médecins et des biologistes »* 4ème Edition Médecine – science Flammarion. Pp 314

Annexes

Annexe n°1 : Organigramme du CHU-MEL



Annexe n°2 : **Questionnaire de collecte des données**

QUESTIONNAIRE DE COLLECTE DE DONNEES

Madame /Monsieur, dans le cadre de notre mémoire de fin de formation de Licence en Economie et gestion des Structures Sanitaires (EGSS) à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi (FASEG/UAC), nous avons choisi de travailler sur le sujet : ***« Analyse de l'accessibilité aux soins de santé primaires en milieu urbain au CHU-MEL »*** A cet effet, nous procédons à cette enquête qui est destinée à collecter les données. Nous vous prions de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Nous vous garantissons que les réponses aux questions seront traitées dans le respect des textes en vigueur en la matière, en particulier la règle de l'anonymat. Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

N°	QUESTIONS	CODES	REPONSES	CONSIGNES
1. IDENTIFICATION DU (DE LA) MALADE				
Q01	**Madame/Monsieur, quel est l'objet de votre présence à l'hôpital en ce moment ?**	**Consultation médicale=1**	**/ /**	
		Examen médical = 2	**/ /**	
		Examen de laboratoire = 3	**/ /**	
		Autre (A préciser) = 99 ……	**/ /**	
Q02	**Dans quelle commune habitez-vous ?**	**Pas de code commun. Inscrire le nom de la commune**	**……**	
Q03	**Dans quel quartier habitez-vous ?**	**Pas de code Commun. Inscrire le nom du quartier.**	**……**	
2. CARACTERISTIQUES DU (DE LA) MALADE				
Q04	**Quel est le sexe du (de la) malade ?**	**Masculin = 1**	**/ /**	
		Féminin = 2	**/ /**	
Q05	**Quel est l'âge du (de la) malade ?**	**Inscrire l'âge en années révolues**	**/ /**	
Q06	**Qui est le répondant où le responsable de la prise en charge des soins de santé du (de la) malade (dans le ménage) ?**	**Lui (elle) – même = 1**	**/ /**	
		Son père = 2	**/ /**	
		Lui (elle) – même = 1	**/ /**	
		Son père = 2	**/ /**	
		Sa mère = 3	**/ /**	
		Autre personne (A préciser) = 99……	**/ /**	
Q07		**Agriculteur = 1**	**/ /**	

	Quelle est la profession du répondant ?	**Artisan = 2**	/ /	
		Ouvrier = 3	/ /	
		Salarié du secteur public = 4	/ /	
		Salarié du secteur privé = 5	/ /	
		Profession libérale = 6	/ /	
		Transporteur = 7	/ /	
		Commerçant = 9	/ /	
		Sans emploi = 10	/ /	
		Autre (A préciser) = 99……..	/ /	
Q08	**Quel est le niveau d'instruction du répondant ?**	**Sans instruction = 1**	/ /	
		Primaire = 2	/ /	
		Secondaire = 3	/ /	
		Supérieur = 4	/ /	
3. Régime d'assurance				
Q09	**Le (la) malade bénéficie-t-il (elle) d'une assurance-maladie ?**	**Oui = 1**	/ /	
		Nom = 2	/ /	
Q10	**Quel est le type d'assurance – maladie dont il (elle) est bénéficiaire ?**	**Assurance-maladie privée = 1**	/ /	
		Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) = 2	/ /	
		Mutuelle de santé = 3	/ /	
		Assurance-maladie des Agents Permanents de l'Etat = 4	/ /	
		Prise en charge gratuite de l'accessibilité chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans	/ /	
		Autre type (A préciser) = 99……	/ /	
4. Questions liées aux dépenses de le (la) malade				
Q11	**Quelles sont les dépenses que vous avez effectuées à ce jour et qui sont liée directement au traitement ?**	**Dépenses de consultation**	/ /	
		Dépenses pour le test de Diagnostic Rapide (TDR)	/ /	
		Dépense pour la Goutte Epaisse (GE)	/ /	
		Dépenses pour les médicaments hospitaliers	/ /	

		Dépenses pour les médicaments de relais	/ /	
		Dépenses pour les soins	/ /	
		Dépenses d'hospitalisation	/ /	
		Dépenses de restauration	/ /	
		Dépenses pour le cathéter	/ /	
		Dépenses pour les seringues	/ /	
		Dépenses pour le perfuseur	/ /	
		Dépenses pour la transfusion sanguine	/ /	
		Autres dépenses (A préciser)	/ /	
5. Questions liées aux Transports				
Q12	**Par quel moyen êtes-vous venu à l'hôpital ?**	**Voiture personnelle (ou d'un ami) = 1**	/ /	
		Moto personnelle (ou d'un ami) = 2	/ /	
		Bénin Taxi (Soft taxi) = 2	/ /	
		Taxi ordinaire = 4	/ /	
		Taxi Moto (Zémidjan) = 5	/ /	
Q13	**A combien estimez-vous le coût du transport ?**	**Indiquer le montant**	/ /	
6. Questions liées à l'accessibilité des soins				
Q14	**Combien de temps avez-vous fait à la maison avant de recourir aux soins ?**	**Recours immédiat**	/ /	
		1 à 2 jours	/ /	
		3 à 4 jours	/ /	
		+ 5 jours	/ /	
		Je ne sais pas	/ /	
Q15	**Pourquoi mettez-vous du temps avant de venir vous faire consulter ?**	**Manque d'argent**	/ /	
		Recours au traitement traditionnel	/ /	
Q16	**Quelle est la première structure que vous consulter quand vous êtes malades ?**	**Ça dépend du cas de la maladie**	/ /	
		CHU-MEL	/ /	
		N'importe	/ /	

Q17	**Comment appréciez-vous les soins reçus au CHU-MEL**	**Moins satisfaisants**	/ /	
		Satisfaisants	/ /	
		Mauvais	/ /	
Q18	**Comment payez-vous les soins ?**	**Paiement direct**	/ /	
		Endettement	/ /	
		Vente de bien	/ /	
Q19	**Les retards de consultation, vous cause-t-il des problèmes ?**	**Complication des maladies**	/ /	
		La mort	/ /	
		La maladie traine	/ /	
		Mauvaise santé		
Q20	**Quelles solutions proposez-vous pour améliorer l'accès aux soins ?**	**Diminuer le cout des soins**	/ /	
		L'Etat paie le personnel	/ /	
		Financer les structures de soins	/ /	
		Soins gratuits	/ /	
		Création des mutuelles	/ /	
		Sensibilisation	/ /	

Annexes n° 3 : Estimation du modèle

Annexes 3-1 : Estimation du modèle PROBIT

Dependent Variable: ACCES
Method: ML - Binary Logit (Newton-Raphson / Marquardt steps)
Date: 11/28/19 Time: 13:07
Sample (adjusted): 2 100
Included observations: 66 after adjustments
Convergence achieved after 5 iterations
Coefficient covariance computed using observed Hessian

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
C	3.781799	2.778351	1.361166	0.1735
AGE	0.057704	0.059640	2.967538	0.0023
OBJET_PRESENCE	0.803744	0.556221	1.445007	0.1485
REPONDANT	0.019855	0.013257	1.497673	0.1342
NIVEAU_INSTRUCTION	0.215036	0.477055	2.450758	0.0422
ASSURANCE	1.091979	1.572663	3.694350	0.0005
DEPENSES	0.076085	0.321242	2.236845	0.0428
ESTIMEZ	0.000560	0.000568	0.985838	0.3242
TEMPS	-0.265537	0.282180	-1.941018	0.0467
AVANT_VENIR	-0.770310	0.952576	-1.808659	0.0187
RETARDS	-0.125021	0.399895	-2.312634	0.0046

McFadden R-squared	0.733365	Mean dependent var	0.833333
S.D. dependent var	0.375534	S.E. of regression	0.384526
Akaike info criterion	1.114277	Sum squared resid	8.132321
Schwarz criterion	1.479220	Log likelihood	-25.77115
Hannan-Quinn criter.	1.258483	Deviance	51.54229
Restr. Deviance	59.47408	Restr. log likelihood	-29.73704
LR statistic	14.931787	Avg. log likelihood	-0.390472
Prob(LR statistic)	0.000500		

Obs with Dep=0	11	Total obs	66
Obs with Dep=1	55		

Annexe 3-2 : Test de spécification du modèle

Goodness-of-Fit Evaluation for Binary Specification

Andrews and Hosmer-Lemeshow Tests

Equation: UNTITLED

Date: 11/28/19 Time: 13:07

Grouping based upon predicted risk (randomize ties)

	Quantile of Risk		Dep=0		Dep=1		Total	H-L
	Low	High	Actual	Expect	Actual	Expect	Obs	Value
1	0.4237	0.6305	3	2.77526	3	3.22474	6	0.03386
2	0.6798	0.7245	1	2.08660	6	4.91340	7	0.80615
3	0.7347	0.7782	2	1.50584	4	4.49416	6	0.21651
4	0.7803	0.8283	2	1.34340	5	5.65660	7	0.39714
5	0.8337	0.8570	0	1.07822	7	5.92178	7	1.27454
6	0.8614	0.8892	1	0.75382	5	5.24618	6	0.09195
7	0.8926	0.9187	1	0.66829	6	6.33171	7	0.18203
8	0.9191	0.9443	1	0.40597	5	5.59403	6	0.93229
9	0.9446	0.9765	0	0.28691	7	6.71309	7	0.29917
10	0.9775	0.9977	0	0.09571	7	6.90429	7	0.09703
		Total	11	11.0000	55	55.0000	66	4.33065

H-L Statistic	4.3307	Prob. Chi-Sq(8)	0.8261
Andrews Statistic	26.4968	Prob. Chi-Sq(10)	0.0031

Annexes 3-3 : Test de prédication du modèle

Expectation-Prediction Evaluation for Binary Specification
Equation: UNTITLED
Date: 04/09/18 Time: 15:05
Success cutoff: C = 0.5

	Estimated Equation			Constant Probability		
	Dep=0	Dep=1	Total	Dep=0	Dep=1	Total
P(Dep=1)<=C	23	10	33	0	0	0
P(Dep=1)>C	52	143	195	75	153	228
Total	75	153	228	75	153	228
Correct	23	143	166	0	153	153
% Correct	30.67	93.46	72.81	0.00	100.00	67.11
% Incorrect	69.33	6.54	27.19	100.00	0.00	32.89
Total Gain*	30.67	-6.54	5.70			
Percent Gain**	30.67	NA	17.33			

	Estimated Equation			Constant Probability		
	Dep=0	Dep=1	Total	Dep=0	Dep=1	Total
E(# of Dep=0)	29.38	45.62	75.00	24.67	50.33	75.00
E(# of Dep=1)	45.62	107.38	153.00	50.33	102.67	153.00
Total	75.00	153.00	228.00	75.00	153.00	228.00
Correct	29.38	107.38	136.75	24.67	102.67	127.34
% Correct	39.17	70.18	59.98	32.89	67.11	55.85
% Incorrect	60.83	29.82	40.02	67.11	32.89	44.15
Total Gain*	6.27	3.07	4.13			
Percent Gain**	9.35	9.35	9.35			

*Change in "% Correct" from default (constant probability) specification
**Percent of incorrect (default) prediction corrected by equation

Tables des matières

AVERTISSEMENT……..……..2

DEDICACE 1…..……....3

DEDICACE 2……..4

REMERCIEMENTS……..….5

DEFINITIONS DES SIGLES ET ACRONYMES…….……..…….6

LISTE DES TABLEAUX……...9

LISTE DES GRAPHIQUES……10

RESUME…….....….11

ABSTRACT…….……....……10

INTRODUCTION…….....…..12

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE……..14

Section 1 : Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune……..…….……14

Paragraphe 1 : Historique, Missions, Statut Juridique et Attributions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune ……..……14

A. Historique du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune ……..…..15

B. Situation géographique…….15

C. Missions, Statut juridique et Attributions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune…….…...16

1. Missions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune…….....16

2. Statut juridique du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune……..….16

3. Attributions du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune…….……..16

Paragraphe 2 : Organisation, Fonctionnement et Ressources du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune……..…..16

A- Organisation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune……...17

B-Fonctionnement…….....…..18

1. Les Organes de Gestions et de consultation……..…..18

a. Le Conseil d'Administration (CA)……..…18

b. Le Comité de Direction (CODIR)…….……19

C. La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS).. ……..……19

d. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)…….……..…..19

e. La Cellule des statistiques et du Contrôle de Gestion (CSCG)……..…...…19

f. La cellule Management de la Qualité (CMQ)……...……...…..19

2. Les Structures administratives et techniques…….....20

a. La Direction Générale (DG)……...…20

b. Un directeur Général (responsable de la structure)……20

c. Un Direction des Affaires Economiques (responsable des Affaires financières)…….…….20

d. Un Agent Comptable (responsable des Affaires financières)……..…….…….20

f. Un Direction des Affaires Médicales…….…..……..….21

g. Le Secteur médical……21

C. Ressources du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune……...……...…..22

1. Les Ressources Humaines……..…20

2. Les Ressources matérielles …….…..22

3. Les Ressources financières……23

Section 2 : Déroulement du Stage……..25

Paragraphe 1 : Les différents services concernés et les tâches exécutées……...…..25

1. Les Services Concernés…….....25

2. Les Tâches exécutées…….....25

A- Tâches exécutées au niveau de la Division Economat……...…25

B- Tâches exécutées au service du Matériel et de la comptabilité de Gestion…….…26

Paragraphe 2 : Difficultés rencontrées et suggestions……..…..27

A- Difficultés rencontrées…….....27

B- Suggestions……...…28

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE……29

Section 1 : Cadre théorique de l'étude……29

Paragraphe 1 : Problématique, Objectif et hypothèses de l'étude ……..29

A- Problématique de l'étude ……..…..29

B- Objectif et Hypothèse de l'étude ……...…..31

1- Objectifs de l'étude ……31

2- Hypothèses de l'étude ……31

Paragraphe 2 : Clarification conceptuelle et revue de littérature……...…32

A. Clarification Conceptuelle……...….32

1. Définition et typologie du concept d'Analyse……..……..32

a. Définition de l'analyse ……...…32

b. Types d'analyse économique……..…..32

2. Définition, Typologies et caractéristiques de l'accessibilité…….….33

a. Définition de l'Accessibilité……...…33

b. Types d'accessibilité……..…..34

c. Caractéristiques de l'accessibilité ……..…..35

B- Revue de littérature ……..….36

Section 2 : Cadre méthodologique de l'Etude……38

Paragraphe 1 : Méthodologie de recherche ……...…38

A- Type et période de l'étude……..……38

B- Données de l'étude……38

C- Population et échantillonnage……...……...….38

D- Spécification économétrique du modèle.....……...…39

E- Présentation du modèle……...……..40

F- Présentation des variables……40

G- Tests de validation……41

1- Test de significativité globale du modèle……...41

2- Test de Hosmer-Lemeshow……...41

3- Evaluation du pouvoir de prédiction du modèle……41

4- Test de significativité des coefficients des variables explicatives……42

5- Condition de vérification des hypothèses……..42

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS……43

Section 1 : Présentation des résultats……...…..43

Paragraphe1 : Renseignements cohérents sur l'identification géographique du (de la) malade au CHU-MEL……43

A- les données de l'identification géographiques de la malade……43

B- les caractéristiques du (de la) malade au CHU-MEL……44

Section 2 : Discussions et recommandations……48

Paragraphe 1 : Discussions……48

A- Présentations économétrique des résultats au CHU-MEL……48

1- Significativité global du modèle……...49

1-1. Test de Hosmer-Lemeshow……49

1-2. Estimation du pouvoir de prédiction du modèle……..49

2- Validation des coefficients du modèle……...49

2-1. Evaluation du pouvoir explicatif du modèle……..49

2-2. Significativité statistique des coefficients du modèle et analyse des résultats……49

B- Vérification des hypothèses……..51

Paragraphes 2 recommandations……..52

Conclusion……54

Annexes……57

Annexe n°1 : Organigramme du CHU-MEL……58

Annexe n°2 : Questionnaire de collecte des données……59

Annexe n°3 : Estimation du modèle……..62

Annexe n°3-1 : Estimation du modèle PROBIT……62

Annexe n°3-2 : Test de signification du modèle……63

Annexe n°3-3 : Test de prédication du modèle……..64

Tables des Matières :……65