



REPUBLIQUE DU BENIN

\*\*\*\*\*

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche  
scientifique

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

\*\*\*\*\*

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUE ET DE GESTION (FASEG)

\*\*\*\*\*

Mémoire présenté en vue de l'obtention des crédits associé au diplôme de licence  
professionnelle en Economie Appliquée

OPTION : ECONOMIE

FILIERE : ECONOMIE-APPLIQUEE

THEME

**DEMANDE DES SOINS DE SANTE  
EN MILIEU RURAL AU BENIN**

Présenté et soutenu par :

AKOTONOU Maïkel

ZOUNDE Etienne

Sous la direction de :

Maitre de stage

Directeur de Mémoire

Mr Firmin DANHOUNDO

Dr Barthélémy SENOU  
Enseignant chercheur à la  
FASEG

Année Académique : 2015-2016

AVERTISSEMENT

*La faculté des sciences économiques et de gestion de l'université d'Abomey-Calavi n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

Dédicace 1

*A mon père ZOUNDE Mathieu*

*A ma chère mère OUSSOU Rébéca*

ZOUNDE Etienne

Dédicace 2

- ❖ *A ma Mère ATRA Laure*
- ❖ *A mon feu père Gnansounou AKOTONOU*

AKOTONOU Maïkel

## Remerciements

Ce travail n'est pas l'œuvre de nos seuls efforts. Plusieurs personnes ont contribué efficacement à son aboutissement. Que toutes ces personnes trouvent ici, l'expression de nos profondes gratitude et reconnaissances. Particulièrement, nous adressons nos sincères remerciements :

Au Dr Barthélémy SENOU qui a accepté de diriger ce travail avec rigueur et attention ;

A monsieur Alexandre ZOUNMENO;

Au Professeur Charlemagne IGUE, Doyen de la FASEG pour toute l'attention accordée à notre formation, et à tous les enseignants de la FASEG notamment ceux qui ont contribué à notre formation; au corps professoral et au personnel administratif de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey-Calavi ;

A monsieur Firmin DANHOUNDO, Chef Département de la CNE (Cadjèhoun) pour son soutien,

A nos parents ZOUNDE Mathieu et ATRA Laure pour tous ces sacrifices qu'ils ont fait en notre faveur, sincères gratitude ;

A toutes les familles ZOUNDE et AKOTONOU sans oublier Mr Jean GNONLONFOUN et HOUINSOU Basile pour vos soutiens et vos conseils et tous nos amis qui de près ou de loin ont contribué à notre formation, recevez nos profondes gratitude.

## Sommaire

Avertissement.....	i
Dédicace 1 .....	ii
Dédicace 2 .....	iii
Remerciements .....	iv
Liste des sigles et acronymes .....	vi
Liste des tableaux .....	vii
Liste des graphiques .....	viii
Résumé .....	ix
Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : cadre institutionnel et déroulement de stage.....	3
Section 1 : Attributions et organisation de la Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE) .....	3
Section 2 : Attributs, organisation de la DIR et le déroulement du stage.....	4
Chapitre 2 : cadre théorique et méthodologie de l'étude.....	10
Section 1 : Cadre théorique de l'étude .....	10
Section 2 : Méthodologie de l'étude.....	18
Chapitre 3 : présentation, analyse des résultats et suggestions.....	22
Section 1 : Présentation et analyse des résultats.....	22
Section 2 : Discussion des hypothèses et suggestions .....	26
Conclusion.....	27
Références bibliographies .....	29
Tables des matières .....	IV

Liste des sigles et acronymes

CEDEAO	:	Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CNHU	:	Centre National Hospitalier Universitaire
DGAE	:	Direction Générale des Affaires Economiques
DIR	:	Direction de l’Intégration Régionale
EDSB	:	Enquête Démographique et de Santé du Bénin
FASEG	:	Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
HOMEL	:	Hôpital de la Mère et de l’Enfant Lagune
INSAE	:	Institut National de la Statistique et de l’Analyse Economique
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PED	:	Pays En Développement
UAC	:	Université d’Abomey-Calavi
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

Liste des tableaux

Tableau 1	:	Présentation des variables du modèle	21
Tableau 2	:	Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant l'assurance maladie	24
Tableau 3	:	Modèle d'estimation de la consultation des services de santé au cours des douze derniers mois avant l'enquête	25

Liste des graphiques

Graphique 1	: Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant l'âge	22
Graphique 2	: Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant le sexe	23
Graphique 3	: Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant le niveau d'éducation	23
Graphique 4	: Courbe ROC d'ajustement du modèle	26

## Résumé

L'objectif de notre étude est d'analyser la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin. Cette étude a été conduite sur la base de données secondaire issue de la base de données de l'enquête démographique et de santé (EDSB\_2011\_individus) réalisée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). A l'issus des estimations nous sommes parvenus à la conclusion que les facteurs socioéconomique tels que l'âge, la région, le niveau de pauvreté de l'individu et le type de toilette accroît la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin contrairement aux autres facteurs que sont le sexe du chef de ménage, la source d'eau potable, le niveau d'éducation et l'alphabétisation qui réduisent considérablement le niveau de la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin.

Mots clés : Demande de soins de santé, milieu rural, alphabétisation, niveau d'éducation, accessibilité.

## Introduction

L'Afrique subsaharienne supporte une charge de morbidité plus élevée comparée aux autres régions du monde. La santé étant directement liée aux conditions de vie, l'inégalité économique ne peut qu'entraîner une forte différence de mortalité entre les pays développés et ceux en développement. L'incertitude associée à l'estimation de la mortalité toutes causes confondues pour 2008 allaient de plus ou moins 1% pour les pays à revenus élevés à plus ou moins 15-20% pour l'Afrique Sub-saharienne. Ceci traduit de grandes différences dans la disponibilité des données. En effet les statistiques ont montré que le taux de morbidité dans les pays de l'Afrique Sub-saharienne est plus élevé que celui des autres régions, alors que leurs ressources sont très limitées. Cette situation est liée à la lenteur des progrès accomplis vers les Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière de réduction de la morbidité maternelle et de la morbidité infanto-juvénile, à la pandémie du VIH /SIDA pour certains pays, à la double charge des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles et à un problème d'accès aux soins, en partie lié aux barrières financières. A cela vient s'ajouter un faible taux de couverture sanitaire essentiellement au secteur formel qui représente une population très faible des travailleurs. Pour ce fait, ces pays, après leurs indépendances ont presque toujours adopté la gratuité des soins dans leurs structures publiques de santé. Ce choix reposait sur plusieurs constats des gouvernements. Tout d'abord les populations ont une faible capacité de couvrir leurs dépenses de santé. Ce problème est dû au fait que dans bon nombres de pays africains la majeure partie de la population vivait encore dans les milieux ruraux. Ensuite, la santé ne devait pas être considérée comme un bien ordinaire. L'accès aux soins de santé figurait dans les plans nationaux et internationaux de développement bien avant que la déclaration d'Alma Ata en 1978 n'ait défini une stratégie en vue d'atteindre l'accès universel aux soins primaires (Organisation Mondiale de la Santé, 1978). Donc l'objectif des pays en développement après indépendance est d'assurer une vie saine pour tous ; à travers une politique d'accès équitable aux soins de santé pour toute la population. Dans les enquêtes d'Afro baromètre à travers 36 pays africains en 2014/2015, les citoyens classent la santé deuxième plus important problème (après le chômage) auquel leurs gouvernements doivent s'attaquer, aussi bien que la deuxième priorité (après l'éducation) qui nécessite un investissement additionnel de la part du gouvernement. Malgré les efforts consentis par les Etats pour régler les problèmes liés à la santé, les perceptions des citoyens révèlent que des défis à relever pour atteindre les objectifs de développement « santé pour tous », dont :

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

l'absence continue des centres de santé de base dans plusieurs secteurs ; le manque des soins médicaux nécessaires, expérimenté par presque la moitié des africains ; les difficultés largement répandues à bénéficier de soins, amenant parfois les patients à offrir des pots-de-vin ; des mauvaises performances gouvernementales, d'après les commentaires des citoyens, dans l'amélioration des services de santé de base. Donc ce sont tous ces facteurs précités qui limitent l'utilisation des services de santé en Afrique.

En effet, l'une des principales sources de richesse d'un pays étant le capital humain ; l'idéal aurait été que les autorités aient un regard attentif sur la population. Même si un gouvernement s'acharne à accumulé le capital matériel (machines, bâtiments, outils) cela ne suffit pas pour le développement du pays si le capital humain n'y est pas associé. Donc sans un bon capital humain il est impossible d'améliorer la production et parvenir à une croissance économique dans n'importe quel pays.

Dans l'optique d'une amélioration du capital humain au Bénin à travers une prestation sanitaire de bonne qualité et bien utilisée pour accroître le développement, nous avons décidé de mener une étude sur le thème « la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin ». Ce travail s'articule en trois chapitres. Le premier chapitre part du cadre institutionnel au déroulement du stage. Le second chapitre met en relief le cadre théorique et méthodologique à travers la problématique, les objectifs, les hypothèses, la revue de littérature, et la démarche méthodologie. Le chapitre trois est consacré aux résultats et aux recommandations.

## Chapitre 1 : cadre institutionnel et déroulement de stage

Dans ce chapitre, nous avons trois (03) parties dont la première partie retrace la présentation générale de la DGAE, la deuxième partie décrit la DIR qui est la direction à laquelle nous avons été affecté et la troisième partie, le déroulement du stage.

Section 1 : Attributions et organisation de la Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE)

- Attributions de la DGAE

Conformément aux dispositions de l'article 56 du Décret no 2005-110 du 11 mars 2005 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère de l'Economie, des Finances et des Programmes de Dénationalisation (MEFPD), la Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE) est chargée :

De proposer des mesures de politiques économique et financière à court, moyen et long terme au gouvernement, évaluer leurs effets sur les principales variables macro-économiques et monétaires et suivre leur mise en œuvre ;

D'élaborer des informations prévisionnelles sur l'évolution économique et financière du Bénin ;

D'assurer le contrôle de l'Etat sur les opérations d'assurances, sur la promotion du marché national d'assurances et de veiller à la sauvegarde des intérêts des assurés et bénéficiaires de contrat d'assurance ;

De proposer et suivre l'exécution de la politique d'intégration économique régionale du gouvernement et de veiller à la mise en œuvre des mécanismes de la surveillance multilatérale des politiques économiques dans le cadre de l'intégration régionale ;

De préparer et conduire en collaboration avec les structures concernées les programmes de suivi, de restructuration ou de privatisation des entreprises semi-publiques ou publiques, de même que les programmes de promotion des investissements privés ;

De suivre la gestion des entreprises publiques, semi-publiques ou entités assimilées.

- Organisation de la DGAE

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

La Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE) comprend la Direction de la Prévision et de la Conjoncture (DPC); la Direction des Assurances (DA) ; la Direction de l'Intégration Régionale (DIR), la Direction de la Gestion et du Contrôle du Portefeuille de l'Etat (DGCPE), la Direction de la Promotion Economique (DPE), un Secrétariat Particulier (SP), un Service Informatique (SI), un Service Administratif et Financier (SAF), un Comité National de Politique Economique (CNPE) et une Cellule de Veille Economique et Financière (CVEF).

Le Secrétariat Particulier (SP) est chargé de l'enregistrement, de la saisie et de l'expédition du courrier confidentiel ainsi que toutes autres tâches qui lui sont confiées par le Directeur Général.

Le Service Administratif et Financier (SAF) s'occupe de la gestion du courrier, du personnel, du matériel et de questions financières de l'ensemble des Directions composant la DGAE.

Le Service Informatique (SI) est chargé du traitement informatique des données, de la production des documents statistiques et de la mise en œuvre de l'exploitation de applications de DGAE ; de l'étude, de la conception et de la mise en place des systèmes informatiques de la DGAE. Il travaille en étroite collaboration avec la direction de l'organisation et de l'informatique du ministère dans le cadre de l'étude, de la conception et de la mise en place des systèmes informatiques de la DGAE.

Le secrétariat permanent du Comité National de Politique Economique (CNPE) est chargé du suivi de la collecte, de la centralisation et de la mise en cohérence des données statistiques devant servir dans le cadre de la surveillance multilatérale ; d'assurer l'élaboration des rapports périodiques de la surveillance multilatérale ; d'assurer l'élaboration des programmes pluriannuels de convergences et de la préparation des réunions du comité et de ses organes.

La Cellule de Veille Economique et Financière (CVEF) a essentiellement pour mission d'analyser des politiques économiques, budgétaires et financières qui sont menées dans les pays de la sous-région ; d'examiner l'évolution de l'environnement national, régional et international ; de mettre en exergue les menaces stratégiques pour le Bénin ; de procéder aux études spécifiques permettant de proposer des mesures ou des actions propres à endiguer ces menaces et enfin d'identifier les opportunités qu'offre l'environnement et proposer des mesures ou actions permettant de les saisir.

Section 2 : Attributs, organisation de la DIR et le déroulement du stage

---

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

- Attributions et organisation de la DIR

La Direction de l'Intégration Régionale a pour mission d'assurer la participation pleine et effective du Bénin au processus d'intégration régionale afin de lui permettre de tirer les meilleurs avantages de son appartenance aux communautés régionales.

A ce titre, elle est chargée :

De la proposition et de la mise en œuvre de la stratégie du gouvernement en matière d'intégration régionale ;

Des fonctions d'antenne nationale de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et de tous les autres organismes d'intégration régionale, d'une part, et de celle servant de courroie de transmission entre leurs organes exécutifs et leurs administrations de la République du Bénin, d'autre part ;

De la réflexion sur les voies et moyen pour accélérer le processus d'intégration économique ;

De la définition et de la mise en œuvre des actions requises en vue de tirer les avantages liés à l'appartenance du Bénin aux organismes d'intégration économique régionale ;

De l'analyse des répercussions des activités des différents secteurs de la vie économique sur les actions, projets et programmes communautaires et vice versa ;

De l'animation, avec les autres structures chargées des questions d'intégration, de la Commission Nationale d'Intégration du comité National chargé de l'intégration régionale (CNIR) dont elle assure le Secrétariat Permanent.

La Direction de l'Intégration régionale comprend :

Le Service des Politiques Sectorielles (SPS) ;

Le Service des Echanges Commerciaux (SEC) ;

Le Service des Affaires Administratives, Financières, Politiques et Juridiques (SAFPJ);

Le comptable.

Le Service des Politique Sectorielles suit, coordonne et conduit la réflexion sur la politique des communautés économiques dans les domaines ci-après :

L'agriculture, les ressources naturelles, l'industrie, les sciences et la technologie ;

---

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

La protection de l'environnement ;

La création et la promotion d'entreprises conjointes de production ;

Le suivi des réformes, politiques, programmes et projets des communautés ;

La création et la promotion des petites et moyennes entreprises ;

L'harmonisation du code des investissements ;

Les communications (télécommunications, services postaux...) et l'énergie (gaz, pétrole, énergie électrique, énergie renouvelables...)

Les affaires sociales et culturelles (sécurité social, industrie culturelle et presse, éducation, santé, sport, loisirs...).

Le Service des Echanges Commerciaux suit, coordonne et conduit la réflexion sur la politique communautaire en vue de la création d'un marché commun à travers :

La libéralisation des échanges par l'élimination des barrières tarifaires et non tarifaires et la promotion commerciale ;

L'établissement d'un tarif extérieur commun :

La suppression des obstacles à la libre circulation des personnes, des biens, des services et des capitaux ;

La réalisation d'une zone monétaire unique ;

La promotion du tourisme ;

La facilitation des transports ;

L'adoption de politiques communes en matière de fiscalité, de statistique, de transit.

Le Service des Echanges Commerciaux procède à l'évaluation des pertes de recettes dues à l'application des mécanismes d'échanges commerciaux au sein des communautés. Ce service veille spécifiquement à la participation des opérateurs économiques aux échanges intra-communautaires par le bénéfice des préférences communautaires.

Le Service des Affaires Administratives, Financières, Politiques et Juridiques suit, coordonne et conduit la réflexion sur les activités des communautés concernant :

Le suivi des questions administratives, financières et institutionnelles des communautés ;

---

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

La présentation de requêtes relatives aux pertes de recettes subies dans le cadre des échanges préférentiels en collaboration avec le Service des Echanges Commerciaux (SEC) ;

Le suivi du paiement des contributions du Bénin aux organisations sous-régionales et régionales ;

Le suivi des régimes de financement des communautés (contribution, évaluation du Prélèvement Communautaire de Solidarité (PCS) et du Prélèvement Communautaire (PC) ;

L'assistance des promoteurs nationaux pour le financement des activités d'intégration régionale;

Le suivi des financements des opérateurs nationaux par les organisations (Fonds de Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), Fonds Africain de Garantie et de Coopération Economique (FAGACE), Fonds d'aide à l'intégration Régionale (FAIR), etc.) ;

Le suivi des activités de la bourse régionale des valeurs mobilières ;

La promotion et le placement des nationaux au sein des Organisations Intergouvernementales (OIG) ;

L'initiation, sous l'égide du Comité National de Coordination et d'intégration Régionale (CNCIR) en collaboration avec le Secrétariat Permanent du CNPE/CNC, de toute réflexion susceptible d'assurer une plus grande présence du Bénin au sein des organisations intergouvernementales par une politique d'anticipation et de prospective ;

L'harmonisation des programmes et projets autres que ceux mis en œuvre dans les autres services (Droit des Affaires, Finances Publiques, Comptabilité :

Le suivi des organisations spécialisées (Parlement, Cour de Justice, Chambre Consulaire, Cour des Comptes, etc.) ;

La gestion de l'information et de la documentation ;

La gestion des affaires publiques et militaires (mécanisation de prévention et de gestion des conflits, maintien de la paix et de la sécurité régionale) ;

Les affaires juridiques et judiciaires (ratification de protocoles, appels d'offres, examen de texte fondamentaux, etc.) ;

La sensibilisation du public sur les politiques, programmes et projets des communautés.

---

Le comptable est chargé :

De l'élaboration de l'avant-projet de budget de la Direction de l'Intégration Régionale et du suivi des comptes bancaires et de la consommation des crédits budgétaires ;

De la tenue des livres comptables ;

De l'établissement des bons de commande ;

Du paiement des fournisseurs ;

De la gestion du matériel et des stocks de fournitures de bureau ;

De la coordination de la gestion du matériel de la Direction et de la répartition judicieuse entre les différents services.

Les règles d'exécution du budget de fonctionnement de la Direction de l'Intégration Régionale sont fixées dans un manuel de procédures financières.

Le Directeur Général des Affaires Economiques est nommé par décret pris en conseil des Ministres, conformément à la procédure de dotation des hauts emplois techniques.

Le Directeur Général Adjoint des Affaires Economiques est nommé par arrêté du Ministre chargé de l'économie et des finances.

Les Directeurs Techniques de la Direction Générale des Affaires Economiques sont nommés par arrêté du Ministre chargé de l'Economie et des finances, sur proposition du Directeur Général des Affaires Economiques. Ils peuvent être assistés chacun, en cas de nécessité d'un adjoint nommé dans les mêmes conditions.

Paragraphe 2 : Déroulement du stage

Dans cette partie il question de mettre en relief les travaux effectués, les difficultés rencontrées et les suggestions.

#### A. Travaux effectués

Le stage effectué au sein de la DIR a duré trois (3) et a permis de participer à la réalisation de certaines tâches au service de la Direction de l'Intégration Régionale.

Saisie des données relatives à l'étude de l'Approche Par Compétence et la performance des élèves dans l'enseignement primaire

Participation aux réunions de la DIR

B. Difficultés rencontrées et suggestions

1. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées à la DIR sont :

Le manque d'information en temps réel ;

Le non disponibilité des données ;

2. Suggestions

Nous aimerions bien que la DIR dispose d'une base de données qui permettrait au stagiaire de recueillir toutes les informations sur les données pour leur rédaction. Au regard de l'importance du rôle que joue la DIR dans la mise en œuvre du développement économique en vue de rendre effective l'intégration économique et de favoriser une croissance économique au Bénin

## Chapitre 2 : cadre théorique et méthodologie de l'étude

### Section 1 : Cadre théorique de l'étude

#### Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de recherches

##### A. Problématique

Le Bénin appartient à la zone UEMOA, a subi la récession des années 80. Mais grâce aux différents réformes mises en œuvre, les grands programmes d'ajustement en particulier, les grands équilibres macroéconomiques et financiers ont été rétablis. En effet, le taux de croissance économique est passé de 5 % entre 1996 à 2001 à 3% sur la période 2001 à 2006, ensuite ce taux est passé de 2,5% en 2010 à 3,8% en 2012. Mais ces réformes n'ont pas manqué de toucher le domaine de la santé ; car pour relancer son économie, le Bénin doit investir dans son capital humain. Or, l'investissement dans le capital humain est constitué pour l'essentiel des dépenses d'éducation, de formation et de santé. C'est pourquoi ces secteurs méritent une attention particulière.

Depuis les années 1970 ; on a noté d'important effort consenti par l'Etat béninois principalement dans le domaine de la santé, afin de pouvoir donner une couverture sanitaire de base à l'ensemble de la population. Selon le deuxième recensement général des entreprises réalisé par Chasles et Elise en Juin 2010, quand bien même les entreprises privées de santé rencontrent plusieurs difficultés dans le développement de leurs activités (82,8% ont des insuffisances du fonds de roulement), elles possèdent un taux de couverture plus élevé que celle du secteur public. En effet, le taux de couverture est de 118,5% pour les cliniques et cabinets mais de 89,0% pour les centres de santé publics.

Le système sanitaire béninois est organisé sous forme pyramidale à trois niveaux : il y a le niveau central qui est le premier et est constitué par les formations sanitaires de référence à savoir le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) et l'Hôpital de la mère et de l'enfant à Cotonou (HOMEL) le niveau intermédiaire qui compte des Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et le niveau périphérique qui sont les zones sanitaires regroupant les hôpitaux de zones sanitaires et les centres de santé.

A côté de cette structure hiérarchisée, on rencontre les hôpitaux privés et la médecine traditionnelle. Ce réseau de service public mis en place, ainsi que des services privés et confessionnels, ne peut jouer son rôle que s'il est accessible et, surtout, effectivement utilisé. Les éléments qui déterminent l'accès aux soins par la population sont : l'accessibilité géographique qui

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

est caractérisée par la répartition des structures de santé sur le territoire et l'accessibilité financière qui se mesure par le coût des soins de santé. Un rapport sur l'évaluation rapide du système de santé du Bénin conduit en avril 2006 par L'USAID indique qu'environ 86% de la population a accès à un établissement de santé. Environ 80% de la population urbaine et seulement 15% de la population rurale avaient accès à une pharmacie en 2001. La disponibilité seule n'implique pas l'utilisation, quand bien même les besoins en soins de santé se feraient ressentir. Il est important de noter que l'accès aux soins de santé est une condition nécessaire pour répondre aux besoins de santé de la population, mais pas suffisante. L'autre facteur entrant en ligne de compte est la qualité des soins. Malgré les efforts du gouvernement pour accorder à la population une bonne couverture sanitaire, les services de santé fonctionnels disponibles restent largement sous-utilisés.

Pour clarifier ce thème, nous allons aborder certaines questions à savoir : quel est l'effet d'une bonne utilisation des services de santé en milieu rural sur la croissance économique au Bénin ? Autrement dit, quelle est la contribution de l'utilisation des services de santé à la population rurale au Bénin ? Ou encore quelle politique permettra une meilleure utilisation des services de santé pour accroître l'expérience de vie des personnes vivants en milieu rural au Bénin ?

### B. Objectifs et hypothèses de recherche

#### 1. Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'analyser la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin.

De façons spécifiques, il s'agit de :

étudier les facteurs individuels qui influencent la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin.

analyser l'évolution de la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin.

#### 2. Les hypothèses

Pour mener cette étude nous avons formulé l'hypothèse que

L'âge, le type de toilette et le niveau de pauvreté affectent positivement la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin.

Le niveau d'éducation, le sexe du chef de ménage ralentissent l'évolution de la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin.

### Paragraphe 2 : Revue de littérature

La demande des soins de santé a fait l'objet de nombreuses recherches, que ce soit dans les pays développés ou dans les pays en développement. En effet, plusieurs auteurs ont abordé ce sujet de différentes manières. Dans cette revue, nous présenterons les analyses de quelques auteurs sur ce thème.

Mohamed et Abdelkder (1998) ont analysé au Maroc l'influence de la proximité de l'infrastructure sanitaire et des caractéristiques socio-économiques des ménages sur l'élargissement de l'accessibilité de la population aux soins médico-sanitaire. De cette étude, il ressort que l'élargissement de l'accessibilité aux soins de santé est appelé à considérer en priorité les facteurs qui entravent la répartition géographique des ressources de santé, à savoir l'insuffisance de l'infrastructure sociale physique, la restriction de la couverture médicale et la diffusion limitée de l'éducation dans l'espace rural. Nous notons qu'il y a aussi la proximité des prestations de soins de santé, l'alphabétisation et la scolarisation ainsi que les facteurs de création de revenu, sont à la fois en amont et aval de l'utilisation des soins médicaux sanitaires. De plus, selon ses auteurs, la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile passe inévitablement par l'éducation et de l'homme et de la femme, l'espacement des naissances, le suivi médico-sanitaire de la grossesse et l'accouchement en milieu sanitaire surveillé. Enfin, les groupes sociaux modestes et les zones rurales défavorisées comptent beaucoup plus sur les prestations sanitaires dispensées par les formations sanitaires publiques et particulièrement sur les dispensaires et les centres de santé.

Menahem (2000) pour permettre de mesurer en quoi il est important de prendre en compte les implications de la relation spécifique fondamentale de la santé avec l'incertitude, en particulier dans le domaine de l'assurance et dans celui des dites « relations d'agence » qu'elles génèrent entre un principal (le patient) et son agent mieux informé (le médecin). Il a essayé de montrer la place de la santé dans les modèles de la « demand for health » ; en quoi les choix individuels de santé permettent de faire découler les consommations médicales, le degré de maladie et la durée de vie d'une personne de ses décisions concernant la gestion de son capital santé. Toutes ses études ont été menées à travers une analyse théorique et

empirique. Le cadre théorique de son analyse confère à la santé une place secondaire, celle d'un objectif implicite soutenant les décisions de consommation de biens et services médicaux. Le patient est capable d'établir un classement rationnel de ses préférences entre les utilités qu'il attribue aux différents biens et services médicaux et non médicaux. Mais s'il est possible d'évaluer la consommation de santé d'un individu en effectuant la somme de ses acquisitions de biens et services médicaux effectués par des professionnels de santé, ainsi que de séjours en milieu hospitalier, des cures thermales, des analyses, des médicaments et prothèses qui lui ont été prescrits par des médecins, rien ne permet de mesurer le résultat de ses acquisitions. L'étude de la rationalité des comportements individuels ne peut couvrir alors qu'un domaine très restreint. D'où l'utilité de formalisations prenant en compte les efficacités productives des différentes consommations individuelles, d'un côté pour entretenir le capital santé ou les aptitudes productives, et d'un autre côté pour optimiser la rentabilisation des différentes parties du capital humain. Dans les années soixante, les théoriciens de la "nouvelle économie domestique" (ou *new home economics*) ont jeté les bases d'une révolution conceptuelle considérable. Selon Becker (1964) et Lancaster (1966), consommer est en effet un acte productif. Pour les consommations de santé, par exemple, ce n'est pas la visite d'un médecin ou l'achat d'une boîte d'antibiotique qui procure une satisfaction, c'est le fait de combiner ces achats de biens et services avec du temps personnel pour soulager son mal de gorge, guérir son angine et pouvoir reprendre le travail ; de plus, obtenir une telle satisfaction rapporte à terme des rémunérations, lesquelles permettront d'élargir les consommations qui procureront d'autres satisfactions, et ainsi de suite. Par-là, le consommateur devient un producteur de ses satisfactions. Et pour les produire, il fait appel prioritairement à son temps disponible, à ses revenus et à son capital : à son capital financier (s'il en a) et à son capital humain. L'efficacité productive de ce capital constitue donc un enjeu considérable pour l'individu. S'appuyant sur un tel cadre conceptuel, Grossman (1972) a ainsi fait l'hypothèse de l'existence d'un capital santé dans lequel l'individu et la société peuvent investir à des degrés plus ou moins importants, ce qui lui a permis de considérer l'état de santé et la durée de la vie comme la conséquence des choix individuels et collectifs d'investissement. Ce modèle économique de la santé a connu un grand succès et a été repris par de nombreux économistes. Il détermine conjointement l'état de santé et la consommation de soins d'un individu aux différents moments de sa vie en fonction de son stock de santé initial, de ses contraintes de temps et de revenu et de ses préférences. Il permet en particulier de formaliser les choix qu'un individu effectue pour fixer le temps qu'il consacre à ses soins, déterminer le montant des biens et services médicaux et non médicaux qu'il achète, ceci selon toute une série de

---

variables, telles que son âge et le taux de dépréciation de son capital santé, son revenu, sa richesse initiale, son temps de travail et le temps qu'il peut perdre en raison de la maladie. Pour lui, l'investissement dans des dépenses de prévention dépend de l'éducation et du capital humain que l'individu a acquis auparavant. Par exemple, Kenkel (1991) montre en quoi l'éducation et les connaissances en matière de santé contribuent, en tant qu'éléments de capital humain, à développer l'efficacité productive de l'individu à reproduire son bon état physiologique. Il a étendu ensuite son modèle pour analyser les contributions des principaux déterminants de la demande de soins préventifs, considérés en tant qu'investissement dans le capital santé sur l'ensemble du cycle de vie (Kenkel (1994)). L'exposition à des modes de vie plus ou moins risqués pour la santé peut aussi être prise-en compte. Cropper (1977) formalise ainsi en termes probabilistes les liens d'une dégradation de l'état de santé non seulement avec les investissements en matière de prévention mais aussi avec des emplois dans des métiers soumis à la pollution. De même, Dowie (1975) considère les individus comme des investisseurs ayant à choisir dans un "portefeuille" de styles de vie celui qui optimise le rapport entre un rendement attendu et un risque en matière de santé, sachant que chacun de ces styles comprend des proportions variées d'activités nocives telles que boire ou fumer. Enfin, sur un plan plus général mais qui relève encore de ce type de problématique, Becker et Murphy (1988) intègrent dans leurs modèles d'addiction rationnelle l'effet d'habitudes dues aux consommations passées en considérant ces dernières comme des capitaux (consommation capital) qui affectent la fonction d'utilité au même titre que les consommations courantes. En somme, selon ses études, afin de maximiser à la fois son degré de sécurité et le niveau des satisfactions issus de ses consommations, un individu doit faire un arbitrage entre ses investissements de santé, ses dépenses d'assurance et des risques qu'il accepte dans son existence.

La société BADR-Etudes dans le cadre de l'exécution du marché n°39/DS/99-2000 au Maroc a réalisé une étude sur l'accessibilité aux soins de santé et niveau de vie, afin de relever le niveau de satisfaction des besoins de diverses couches sociales en soins de santé et d'approcher, en conséquence, l'ampleur du déficit à combler en cas de mise en œuvre d'un régime d'assistance médicale aux économies défavorisées. L'objet de cette étude est d'identifier les facteurs favorisant l'équité des prestations sanitaires publiques. Pour aborder ces dimensions, elle focalise leur analyseur l'utilisation des services de santé selon les caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques des ménages. A ce niveau, le gouvernement par le biais du Ministère de la Santé, est le principal prestataire des

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

services de santé, particulièrement en milieu rural, est un filet de sécurité pour les pauvres. Mais malgré l'effort enregistré par les pouvoirs publics dans ce domaine, on relève encore la persistance des difficultés d'accès de la population rurale aux services de santé, puisqu'une proportion relativement importante, soit plus de 30%, résident à plus de 10 km de la formation sanitaire la plus proche. Les facultés de médecine de Rabat et de Casablanca permet la formation annuellement de 760 médecins en plus des lauréats formés à l'étranger. Malgré cela, l'encadrement médical demeure insuffisant et ne dépasse pas 13117 dont 6431 exercent au privé. Cet encadrement permet, cependant, d'améliorer la couverture médicale puisqu'on dispose en 1999 d'un médecin pour 2150habitants contre 4030 en 1991. Toutefois, les établissements sanitaires en milieu rural demeurent encore caractérisés par une sous médicalisation matérialisée par un taux d'encadrement médical qui avoisine 13000 habitants. Le nombre de pharmaciens est passé de 1802 à 3760 entre 1991 et 1999, soit respectivement un pharmacien pour 13700et 75000 habitants. Il faut signaler que les officines sont concentrées principalement en milieu urbain. Les dépôts de médicaments ruraux sont des établissements en extinction, malgré la diversité de leurs prestations dans les campagnes. Ce qui pose le problème majeur d'accessibilité et de disponibilité des médicaments à l'ensemble de la population. Cette présentation synthétique des différentes composantes de l'offre de soins permettra de mieux situer l'analyse des différentes variables d'utilisation du système de santé et de circonscrire les principaux déterminants de la demande de soins.

Il est noté dans cette analyse que la proportion des personnes ayant déclarées être malades est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural, soit respectivement 19,3% et 13,3%. Cet écart peut être attribué à plusieurs facteurs à caractère exogènes et endogènes. Ces facteurs sont liés principalement à la disponibilité de l'infrastructure sanitaire et les caractéristiques socioculturelles et économiques des ménages.

Fomekong et Mveing (2009) ont analysés au Cameroun les conditions de vie des ménages et leurs implications sur la demande des soins de santé des personnes âgées. L'analyse qui s'est déroulée en deux étapes a consisté en une approche purement descriptive et une autre explicative. De cette étude il ressort que le niveau de morbidité varie avec certaines caractéristiques individuelles des personnes âgées et des ménages dans lesquels elles vivent. Ainsi le fait de vivre en milieu urbain, d'être femme, d'être veuf / veuve / séparé(e) ou d'obédience catholique augmente le risque de contacter une maladie. En effet, les plus faibles taux de morbidité sont observés en milieu rural, chez les hommes, chez les non veufs (veuves)/séparés(es), surtout chez les célibataires et chez les non catholiques surtout chez les

musulmans. Par ailleurs, avoir un emploi diminue le risque de contacter une maladie. En considérant le niveau d'instruction, c'est chez les personnes ayant le niveau du primaire qu'on observe la proportion des personnes ayant été malades la plus élevée. Contrairement aux attentes, les personnes âgées sont moins malades dans les ménages pauvres que dans les ménages non pauvres. Dans cette même analyse, en ce qui concerne le choix du secteur de recours en cas de maladie, le secteur public reste le plus sollicité par les personnes âgées (42,2%), suivi du secteur privé laïc (36,2%), le secteur privé confessionnel ne recevant que (19,6%) de personnes. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que les personnes âgées, par expérience « connaissent » leurs maladies et les médicaments pouvant les soulager. Le recours aux tradipraticiens semble peu répandu au vu de l'évolution de ce secteur au Cameroun. Néanmoins, avec la crise économique qui fragilise l'économie camerounaise depuis la fin des années 80 et qui a été suivie de la double baisse de pouvoir d'achat des ménages, ce secteur est en pleine expansion. Ces résultats ne concordent pas avec ceux de Nguini (1999) au Kenya. Cet auteur montre que les personnes âgées recourent moins aux services de santé modernes et plus aux consultations traditionnelles. La raison invoquée est que les services de santé modernes seraient moins efficaces pour eux (Duchesne, 1998). Au Bénin, au Mali et en Côte d'Ivoire, les personnes âgées semblent préférer la médecine moderne, suivie de l'automédication (Akoto et al, 2002). De plus, ses auteurs ont mis l'accent aussi sur les motifs du choix du secteur. Pour cela, on constate dans l'ensemble que, le coût de la consommation, la proximité de la structure et la qualité des services ont les principales motivations. Plus spécifiquement, le coût de la consommation a été plus cité par ceux ayant fait recours à une structure privée laïque (43,3% contre 20,3% pour ceux ayant été consulté dans une structure publique et 16,4% pour ceux ayant été consulté dans une structure privée confessionnelle). S'agissant de la proximité de la structure, c'est beaucoup plus chez ceux du secteur public que ce motif a été le plus évoqué (39,5% contre 15% et 27% respectivement pour le secteur privé laïc et le secteur privé confessionnel). Enfin, concernant la qualité de service, elle est plus élevée chez les patients des structures privées confessionnelles (41,1% contre 26,4% pour le secteur public et 12,6% pour le secteur privé laïc). Plusieurs caractéristiques ont été mises en jeu par ses auteurs. En effet, la prise en compte du sexe révèle que les femmes vont beaucoup plus vers les structures publiques que les hommes alors que les hommes semblent préférer plus les structures privées. Les célibataires vont beaucoup plus vers les structures privées confessionnelles et nettement moins dans les structures publiques et privées laïques.

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

Munyamahoro et Ntaganira (2012) ont analysé au Rwanda les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu. L'analyse qui s'est déroulée, a constitué purement à une approche descriptive. De cette même étude, les auteurs ont montré aussi l'importance d'un ensemble d'autres facteurs qui devraient être pris en compte pour améliorer la fréquentation des services de santé. Il ressort que plus de 92% des malades ont recouru à différentes structures des soins modernes et 7,4% ont fait recours à la médecine traditionnelle. En ce qui concerne la santé maternelle, l'utilisation des méthodes contraceptives est de 29,5% et 73% d'accouchement ont été assistés par un personnel qualifié. De leurs analyses, on constate qu'il y a 96% des femmes qui ont fait recours aux soins prénatals pendant la grossesse. Cependant, une très faible proportion de ces femmes (24%) a réalisé les quatre visites prénatales recommandées par l'OMS. Enfin, l'utilisation des services de santé par les ménages du District de Rubavu est fonction de : l'âge, le sexe, le niveau d'étude du chef de ménage et qu'à l'environnement.

Dans le but de faire le point sur les constats et les interrogations suggérés par les études passées et en cours et dégager de nouvelles pistes de recherche pour une meilleure analyse théorique et empirique de la demande de soins dans les Pays En Développement(PED) ; Cissé, Luchini et Moatti (2016) ont analysé l'impact des systèmes de recouvrement des couts d'accès aux soins sur l'utilisation des services de santé. De cette étude ils ressortent d'abord une divergence entre la littérature appliquée aux pays industrialisés et celle appliquée aux PED. Dans le contexte de la plupart des systèmes de santé des pays développés où le financement des soins bénéficie, en tout ou partie, de mécanismes collectifs d'assurance qui tendent à dissocier le montant des primes(cotisations sociales ou par l'impôt)versées par les ménages des niveaux individuels d'exposition au risque-maladie, les analyses ou modélisations initialement appliquées au champ de la santé se sont rapidement orientées vers le phénomène dit de la « demande induite » (Béjean et Gadreau,(1992) ; Rochaix,(1997)). Cette approche prend en compte l'incertitude dans l'activité médicale et de l'asymétrie d'information entre le patient et le professionnel de santé, tandis que les travaux sur ce thème sont, dans un premier temps, restés beaucoup plus proches du cadre de référence micro-économique des fonctions de demande d'inspiration néoclassique dans les pays en développement (Akin et al ; (1981) ; Heller, (1982)). Et pour analyser ces échanges, les modèles néoclassiques se fondent sur le postulat de rationalité : x : le patient est capable d'établir une relation d'ordre entre les utilités qu'il attribue aux différents biens et services médicaux, et non médicaux. Il est capable d'effectuer un classement rationnel de ses

préférences. Mais de façon pratique, comme la maladie est un événement aléatoire, que le malade est en situation d'asymétrie d'information par rapport aux professionnels de la santé, et qu'il n'y a aucune certitude quant aux résultats qu'il peut espérer retirer des soins choisis, l'application du modèle néoclassique traditionnel pour mesure quel impact a pu avoir l'introduction des tarifs sur la demande de soins n'est pas toujours aisée dans le domaine de la santé. En suite avec une évolution mouvementée, des modèles à variable dépendante quantitative comportant le prix et le revenu comme seuls facteurs, ils sont passés à des modèles à variable dépendante qualitative intégrant à la fois le prix, le revenu, les variables de qualité, et les variables sociodémographiques. Deux approches théoriques faisant référence d'une part aux travaux de Grossman (1972) et d'autre part à ceux d'Acton (1975) et Christianson (1976), sous-tendaient ces modèles, toutes deux basées sur la théorie néoclassique. De tout ce qui précède, il ressort qu'à la suite des travaux de Gertler (2004), de l'idée que la demande de soins n'est pas élastique au prix, on est passé à l'idée qu'elle l'est notamment pour les populations ayant une capacité financière limitée. Il apparaît deux visions dans l'étude de demande de soins de santé, l'une subjective, dite de la qualité perçue, et l'autre objective ou normative, avec une prédominance de la seconde. Ces auteurs ont montré à travers les travaux d'autres auteurs le rôle compensateur que l'on attribue à la qualité, capable de neutraliser l'effet négatif de l'augmentation des tarifs sur le recours aux soins notamment l'ampleur des hausses de coûts et les comportements de la qualité concernées par ces hausses. A l'autre extrême, des situations, où la demande de soins de santé augmente avec les prix des services ont même été décrites dans le cadre africain (Audibert et Mathonnat, (1999)). En fin la littérature existante sur la demande de soins dans les pays en développement contient des informations en définitive contradictoires sur la réaction aux prix. Alors que certains ont avancé que les prix avaient peu d'effet sur l'utilisation des services de santé, d'autres ont conclu, tout au contraire, qu'il n'en est rien, mais que l'impact négatif du prix peut être réduit, voire compensé par des améliorations de qualité de services offerts.

### Section 2 : Méthodologie de l'étude

#### Paragraphe 1 : Description de la base de données et présentation du modèle

##### A. Description de la base de données

Notre analyse empirique est basée sur les données secondaires issues de l'Enquête Démographique et de Santé des individus au Bénin (EDSB\_2011\_individus) réalisé par l'Institut Nationale de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). De cette base nous

avons identifié les variables suivantes pour effectuer notre étude sur la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin. Ces variables sont entre autres la consultation de l'individu aux services de santé ; la variable qui va nous permettre de voir si la demande des soins diminue ou augmente, l'âge de l'individu, sa région, sa zone de résidence, le type de toilette, le sexe du chef de ménage, la source d'eau potable, la durée d'obtention d'eau potable, la religion, la permission, le niveau d'éducation, l'alphabétisation, le niveau de pauvreté et le ménage couvert par une assurance maladie.

#### B. Présentation du modèle logit binaire

La régression logistique s'applique au cas où : Y est qualitative à 2 ou plusieurs modalités  $X_k$  qualitatives ou quantitatives. Elle est plus souvent appliquée à la santé pour identifier des facteurs liés à une maladie et pour rechercher des causes de décès ou de survie de patients. Elle est également utilisée en économie pour analyser les facteurs qui ne sont pas quantifiables.

Dans cette étude, nous construisons une variable binaire Y qui vaut 1 si la demande de santé dans les milieux ruraux diminue et 0 si elle augmente. Cette demande diminue lorsque la consultation des services de santé diminue. On peut alors associer à cette variable  $Y_i$ , une valeur  $Y_i^*$  qui correspond à la demande de soins de santé dans les milieux ruraux. Cette variable  $Y_i^*$  dépend des caractéristiques socioéconomiques de l'individu (noté  $X_i$ ) et d'un terme d'erreur ( $U_i$ ) ; soit  $Y_i^* = \beta X_i + U_i$ . Du fait que cette demande est aléatoire à cause de la présence du terme d'erreur ( $U_i$ ), on peut définir un critère de la satisfaction du patient : si la satisfaction qu'elle obtient après les soins est supérieure à une certaine valeur (C), la demande de soins de l'individu sera moindre, mais dans le cas contraire, cette demande connaîtra une hausse.

On a alors : 
$$\begin{cases} Y_i = 1 & \text{si } Y_i^* > C \\ Y_i = 0 & \text{si } Y_i^* \leq C \end{cases}$$
 Avec  $Y_i = 1$  si la demande de soins diminue et  $Y_i = 0$  si non.

La réalisation de Y provient d'un modèle sous-jacent, exprimé par la variable latente  $Y_i^*$ .

La règle de décision devient :

$$\begin{cases} P(Y_i = 1) = P(\beta X_i + U_i > C) = 1 - P(U_i \leq C - \beta X_i) \\ P(Y_i = 0) = P(\beta X_i + U_i \leq C) = P(U_i \leq C - \beta X_i) \end{cases}$$

$P(Y_i = 1)$  Est la probabilité pour que la demande de soins de santé diminue et  $P(Y_i = 0)$  La probabilité pour qu'elle augmente.

Pour calculer les probabilités de l'évolution de la demande de soins de santé, deux possibilités sont souvent utilisées : soit on suppose que le terme d'erreur suit une loi normale (modèle probit) ; soit on suppose que le terme d'erreur suit la distribution logistique. Dans le cas présent nous allons utiliser le modèle logit car cela relève beaucoup plus de la loi logistique.

Le modèle logit a les propriétés suivantes :

- ❖ Le terme d'erreur  $U$  suit la loi logistique  $\Lambda$  de moyenne 0 et d'écart-type  $\pi^2/3$  ; c'est-à-dire  $U \sim \Lambda(0; \pi^2/3)$
- ❖ La fonction de répartition est :  $\Lambda(\beta X) = \frac{\exp(\beta X)}{1 + \exp(\beta X)}$

Etant donné la distribution logistique, on peut écrire les possibilités de variation de la demande de soins de santé par les individus en milieu rural de la manière suivante :

$$\begin{cases} P(Y_i = 1) = \frac{\exp(\beta X_i)}{1 + \exp(\beta X_i)} \\ P(Y_i = 0) = \frac{\exp(-\beta X_i)}{1 + \exp(-\beta X_i)} = \frac{1}{1 + \exp(\beta X_i)} \end{cases}$$

$P(Y_i = 1)$  : Probabilité pour que la demande de soins de santé diminue

$P(Y_i = 0)$  : Probabilité pour que la demande de soins de santé augmente

Paragraphe 2 : Estimation du modèle et outils d'analyse

#### A. Estimation du modèle logit

L'estimation du modèle logit repose sur la maximisation de la log-vraisemblance. La fonction vraisemblance s'écrit :

$$L(y, x, \beta) = \prod_{i=1}^N \left[ \frac{1}{1 + \exp(\beta x_i)} \right]^{1-y_i} \left[ \frac{\exp(\beta x_i)}{1 + \exp(\beta x_i)} \right]^{y_i}$$

En linéarisant cette fonction, on obtient la fonction log-vraisemblance comme suit :

$$\ln L(y, x, \beta) = - \sum_{i=1}^N \{ \ln[1 + \exp(\beta x_i)] - y_i \cdot x_i \beta \}$$

Nous pouvons modéliser la variable latente  $Y_i^*$  Comme suit :

## ***Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin***

$$Y = \alpha_0 + \alpha_1 Age + \alpha_2 Rég + \alpha_3 ZR + \alpha_4 TT + \alpha_5 Sexe + \alpha_6 EauP + \alpha_7 NEduc + \alpha_8 Alpha + \alpha_9 NPauv + \alpha_{10} AM + \alpha_{11} R + \alpha_{12} P + \alpha_{13} LI + \alpha_{14} PP + U_i$$

Ces variables ont été présentées dans le tableau suivant avec leurs symboles :

Tableau 1 : Présentation des variables du modèle

VARIABLES	SYMBOLE
Variable expliquée	
A visité un centre de santé au cours des douze derniers mois avant l'enquête.	Y
Variables explicatives	
Age de l'individu	Age
Région de l'individu	Rég
Zone de résidence de l'individu	ZR
La durée d'obtention d'eau potable	DP
Sexe du chef de ménage	Sexe
Source d'eau potable	Eaup
Niveau d'éducation de l'individu	Neduc
Alphabétisation	Alpha
Niveau de pauvreté du ménage	Npauv
Le ménage est couvert par une assurance maladie	AM
Religion	R
Type de toilette	TT

Source : auteurs, réalisé à partir des données de EDSB 2011

### *B. Outils d'analyse*

Pour l'analyse des données, nous avons procédé à une analyse descriptive et à une analyse économétrique. L'analyse descriptive est effectuée à l'aide de tableaux et de graphiques. L'analyse économétrique se résume à l'estimation du modèle logit et la réalisation de certains tests pour la validation du modèle.

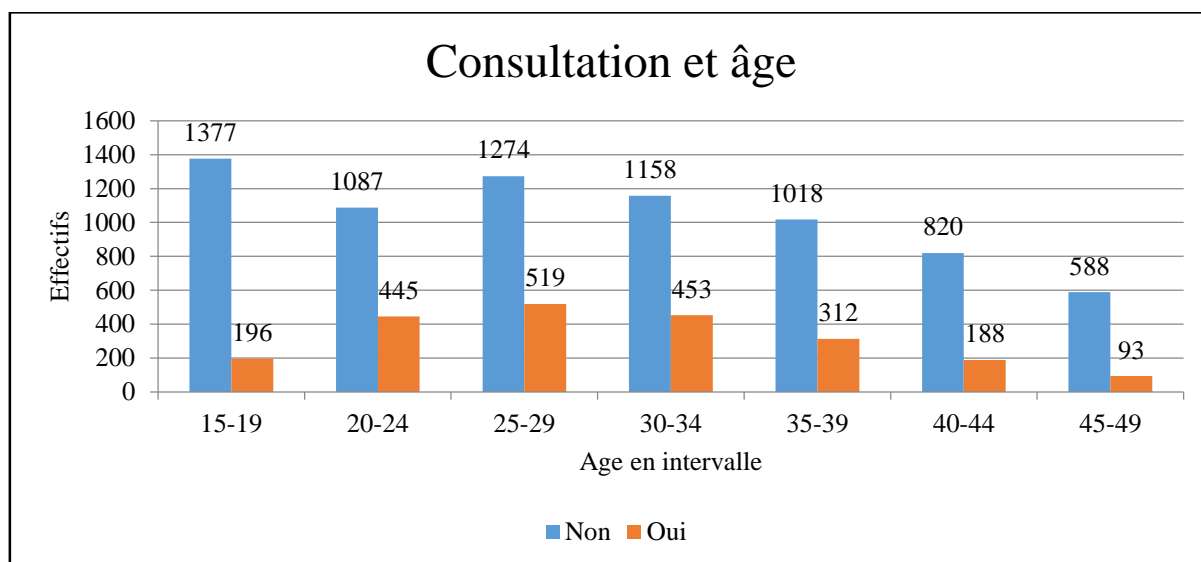
## Chapitre 3 : présentation, analyse des résultats et suggestions

### Section 1 : Présentation et analyse des résultats

Paragraphe 1 : Analyse descriptive de l'évolution de la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin

Dans cette partie, nous allons analyser l'évolution de la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques de l'individu suivant des graphiques et tableaux.

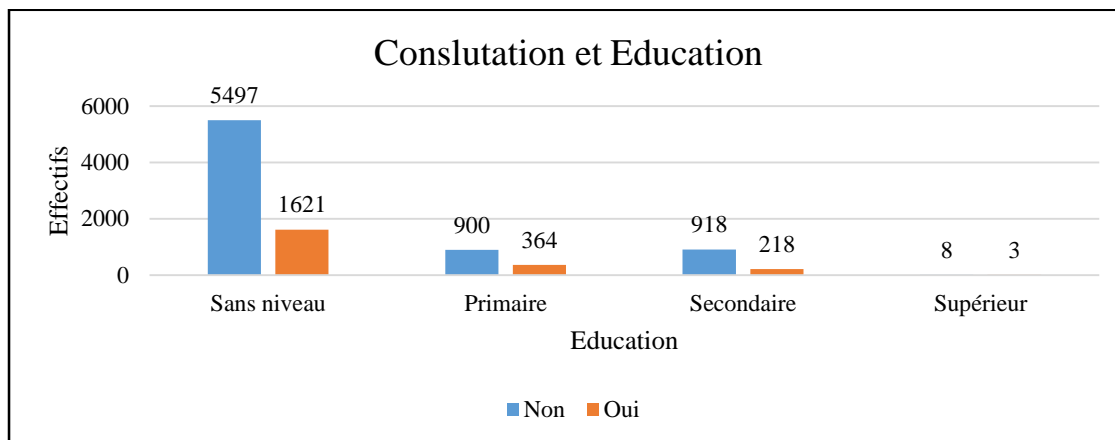
Graphique 1 : Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant l'âge



Source : auteurs, réalisé à partir des données de EDSB 2011

De ce graphique, on remarque que la consultation des services de santé augmente de plus en plus lorsque la population est plus jeune ; soit les individus compris entre 15 et 29 ans. Cela prouve que les jeunes sont plus exposés aux risques de santé. Contrairement à cela, la consultation décroît pour les tranches d'âges comprises entre 29 et 49 ans.

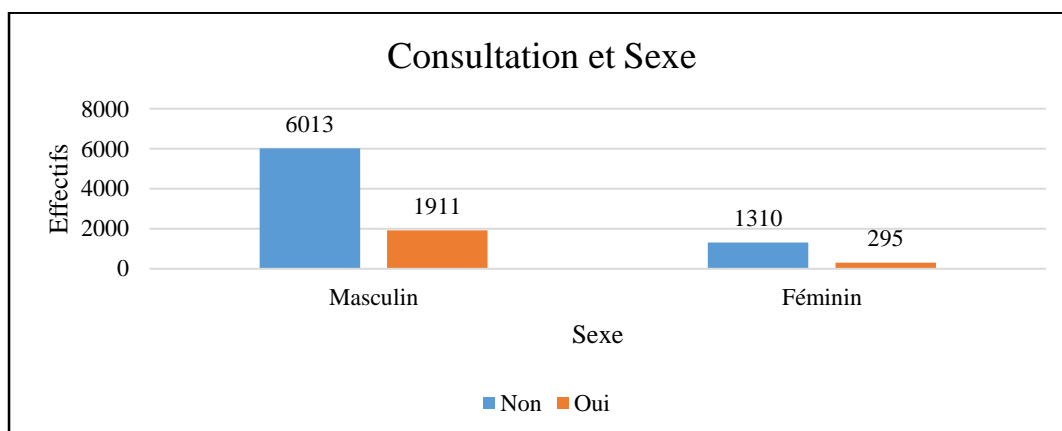
Graphique 2 : Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant le niveau d'éducation



Source : auteurs, réalisé à partir des données de EDSB 2011

Le graphique 2 nous montre que plus l'individu a un niveau d'éducation élevé, moins il demande des soins de santé. Cela ne voudrait pas signifier que ces derniers ne vont pas aux soins, mais ils tombent rarement malade parce qu'ils connaissent ce qui est bon pour leurs organismes et respectent bien ces choses. L'autre avantage de l'éducation est qu'il existe des moyens (soins primaire) que ceux-là qui sont instruits à un niveau donné peuvent s'administrer eux-mêmes à la maison. Par exemple prendre sa tension soi-même lorsqu'on dispose du tensiomètre chez soi, les tests de grossesse, de paludisme... La remarque la plus importante est qu'au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente, la demande diminue.

Graphique 3 : Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant le sexe



Source : auteurs, réalisé à partir des données de EDSB 2011

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

On retient de ce graphique que, les ménages ayant à leur tête un homme comme chef de ménage demandent plus de soins que ceux ayant une femme à leur tête. Cela voudra dire que la femme prend plus soins des enfants que l'homme au niveau des ménages. Le rôle de la femme dans le foyer est donc primordial pour l'entretien et l'hygiène des enfants.

Tableau 2 : Analyse des consultations d'un service de santé les douze derniers mois avant l'enquête suivant l'assurance maladie

Assurance maladie	Consultation		Total
	Non	Oui	
Non	(76,93) 7282	2184	9466
Oui	(65,08) 41	22	63
Total	7323	2206	9529

Source : auteurs, réalisé à partir des données de EDSB 2011

On remarque de ce tableau que les ménages qui ne sont pas couverts par une assurance maladie consultent un peu plus de 23% les soins de santé ; alors que ceux couverts par une assurance maladie consultent près de 34%. On peut donc déduire de là que les assurances maladies facilitent l'accès aux soins de santé aux ménages.

Paragraphe 2 : Analyse économétrique

Dans le tableau suivant (tableau 3), on note que la probabilité ( $\text{Prob} > \chi^2 = 0,0000$ ) est inférieure à 5%, ceci montre qu'en général, les variables âge, région, zones de résidence, sexe du chef de ménage, source d'eau potable, le niveau d'éducation, l'alphabétisation, le niveau de pauvreté, type de toilette, permission, expliquent l'évolution de la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin.

### A. Analyse de la significativité des variables

De ce même tableau nous notons bien la significativité des variables telles que l'âge, le niveau d'éducation, le type de toilette, le sexe du chef de ménage, le niveau de pauvreté et la permission. Quant aux autres variables, elles n'ont une influence significative sur la demande de soins de santé en milieu rural, mais affectent quand-même dans un sens ou autre cette dernière. Parmi ses variables non significatives, les effets signe montrent que l'alphabétisation, la durée d'obtention d'eau potable, la religion et l'assurance maladie affectent positivement la variable expliquée ; tandis que les variables telles que la région, l'eau potable et le moyen de traitement l'affecte négativement.

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

Parmi les variables significatives, l'âge, le type de toilette, le niveau de pauvreté et la permission d'aller aux soins influencent positivement la consultation de soins de santé au Bénin. Les effets marginaux montrent que l'âge, le type de toilette, le niveau de pauvreté et la permission d'aller aux services de santé accroît plus la consultation des services de soins respectivement dans les proportions de 0,246576 ; 0,026089 ; 0,29903 et 0,651304.

Quant aux variables niveau d'éducation et le sexe du chef de ménage elles affectent négativement la consultation des services sanitaire au Bénin. Les précisions obtenues des effets marginaux montrent que le niveau d'éducation et le sexe du chef de ménage ralentissent la consultation des services de santé respectivement au seuil de 0,659609 et 0,102663.

Tableau 3 : Modèle d'estimation de la consultation des services de santé au cours des douze derniers mois avant l'enquête

Variables	Effets signes		Effets marginaux	
	Coef.	P>  z	dy/dx	P>  z
Age par intervalle	0,1388792*	0,000	0,0246576*	0,000
Région	-0,0067977	0,793	-0,0011359	0,664
Niveau d'éducation	-0,3715128*	0,001	-0,0659609*	0,001
Alphabétisation	0,0115401	0,718	0,0020489	0,718
Eau potable	-0,007215	0,877	-0,0001281	0,877
Durée d'obtention d'eau potable	0,0001198	0,275	0,0000213	0,275
Type de toilette	0,0146942*	0,038	0,0026089*	0,038
Religion	0,0031399	0,317	0,0005575	0,317
Sexe du chef de ménage	-0,5782305*	0,000	-0,102663*	0,000
Niveau de pauvreté	0,168423*	0,001	0,029903*	0,001
Permission	0,3638349*	0,003	0,0651304	0,003
Moyen	-0,818174	0,475	-0,0145264	0,475
Assurance maladie	0,6799665	0,113	0,1407693	0,158
Nombre d'observations = 2411 ; LR chi2 = 107,43 ; Prob>chi2 = 0,0000				
Pseudo R2 = 4,02% ; *=Significativité 5%				

Source : auteurs, réalisé à partir des données de EDSB 2011

### B. Qualité d'ajustement du modèle de l'évolution de la demande de soins

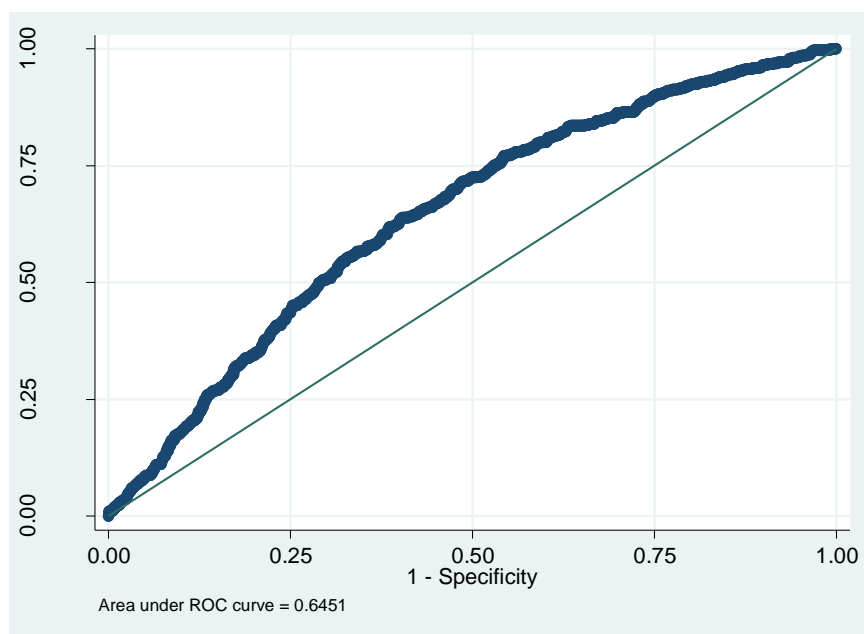
Après estimation du modèle, il est important de réaliser quelques tests caractéristiques du modèle logit afin de s'assurer de la qualité de l'ajustement réalisé.

Le pseudo R<sup>2</sup> du modèle est égal à 0,0402. S'il s'agissait d'un modèle linéaire, on peut donc dire que les variables exogènes expliquent à 4,02% l'évolution de la consultation de soins de santé en milieu rural au Bénin. Mais dans le cas présent, la variable expliquée est une variable latente. Nous avons donc réalisé le test de Hosmer-Lemeshow (Voir annexe 2.3). Les résultats de ce test montrent que nous avons réalisé un bon ajustement avec une probabilité de 0,6451.

La seconde étape du test d'ajustement du modèle de Hosmer-Lemeshow consiste à représenter la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) qui fait une représentation graphique de la qualité discriminatoire du test pour différents seuils. Graphiquement, plus la courbe s'écarte de la bissectrice, meilleure est la discrimination et donc meilleur est le modèle (Cahuzac et Bontemps, 2008).

Dans le cas présent, l'aire sous la courbe ROC (Area under ROC curve) mesure 0,6465. Nous avons donc une assez bonne discrimination

GRAPHIQUE 4 : Courbe ROC d'ajustement global du modèle



Source : auteurs, réalisé à partir des données de EDSB 2011

Section 2 : Discussion des hypothèses et suggestions

### Paragraphe 1 : Discussion

Les analyses statistiques et économétriques effectuées nous ont montré que l'âge, le type de toilette et le niveau de pauvreté affectent positivement la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin. Partant donc de ces résultats, nous pouvons donc déduire que les variables propres à l'individu ont une influence positive sur sa consultation au cours des douze derniers mois avant l'enquête.

De même, à l'issue de l'analyse des résultats de nos estimations, on est parvenu à ce que le niveau d'éducation et le sexe du chef de ménage affectent négativement la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin. De là, nous pouvons dire les facteurs sociaux des ménages ralentissent la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin.

### Paragraphe 2 : Suggestions

L'étude réalisée sur la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin nous a permis de répertorier quelques caractéristiques socioéconomiques de l'individu qui peuvent influencer sur sa demande de soins de santé en milieu rural. Elle nous a permis également de mesurer l'effet de chacune des variables explicatives telles que l'âge, la région, la zone de résidence, le niveau d'éducation, l'alphabétisation, le niveau de pauvreté et autre sur le fait qu'un individu aie visité un centre de santé au cours des douze derniers moi précédent l'enquête, qui nous a servir de variable expliqué pour expliquer la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin. A l'issue des analyses statistiques et économétrique que nous avons effectué, nous formulons quelques recommandations à savoir : améliorer l'accès des populations aux services de soins de santé préventifs et curatifs essentiels par : le renforcement des assurances maladies aux ménages ; organiser des campagnes d'information, d'éducation et de communication pour motiver la population et induire des changements de comportement ; soutenir la supervision et la formation du personnel médical pour renforcer le suivi intégré des programmes sanitaires prioritaires et afin de fournir un service de qualité. le renforcement des capacités physiques et techniques des établissements de soins de santé de base.

## Conclusion

L'analyse de l'évolution de la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin que nous avons effectuée sur la base des données secondaire issus de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin sur les individus (EDSB\_2011\_individus) réalisée par l'INSAE nous a

conduit à conclure que l'âge, le type de toilette, le niveau de pauvreté de l'individu affecte positivement la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin. Contrairement à cela, les variables telles que le sexe du chef de ménage, et l'alphabétisation ralentissent la croissance de cette dernière.

Pour en arriver à ce point nous nous sommes d'abord formulé des hypothèses selon lesquelles, l'âge, le type de toilette et le niveau de pauvreté affectent positivement la demande de soins en milieu rural au Bénin et que le niveau de d'éducation de l'individu, le sexe du chef de ménage influencent négativement sur la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin. Nous avons utilisé un modèle de demande de soins de santé en milieu rural au Bénin qui nous a permis de capter quelques déterminants susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé, la visite d'un individu dans un service de santé au cours des douze derniers mois avant l'enquête. La régression logistique binaire a été retenue pour l'estimation du modèle de l'évolution de la demande des soins de santé en milieu rural au Bénin.

L'ensemble des résultats que nous avons obtenus, que ce soient statistiques ou économétriques nous ont montré clairement que les variables telles que l'âge, le type de toilette, le niveau de pauvreté et la permission, accroît la demande des soins de santé en milieu rural de manière non négligeable. Tandis que les variables telles que le sexe du chef de ménage et l'alphabétisation décroît la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin. On pourrait retenir de ce fait la qualité des soins administré bien que cette dernière ait un effet positif sur la demande des soins de santé, cela ne voudra pas dire que l'individu ira se soigner même quand il n'est pas malade. Ce qu'on doit retenir fondamentalement à ce niveau, est que pour tout service de qualité, c'est inéluctable que sa demande augmente, mais moins que le service sanitaire n'est pas un service ordinaire comme tout autre service, sa qualité ne pouvait pas faire que les individus s'offrent des soins de santé pour leur propre plaisir.

Partant des résultats de cette étude, Il est important de promouvoir les activités de développement et de génération de revenus susceptibles d'augmenter le capital des ménages. Nous recommandons également d'encourager la politique de la promotion des mutuelles et celle de l'éducation de la population, plus particulièrement celle du genre féminin car cela permettra d'accroître l'accès et l'utilisation des services de santé, voie d'une réduction progressive de la mortalité dans notre pays.

## Références bibliographique

Menahem G. (2000): Demande de santé ou demande de sécurité : Deux modèles pour la santé en économie.

Mohamed D. et abdelkader T. Juin (1998) : Demande de soins de santé dans les provinces cible niveau et déterminants. BAJ1

Akin J.S., Griffi C.G., Guilkey D.K., Popkin B.M. (1986), The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 344, p.755-782.

Akin J.S., Guilkey D.K. and Denton E.H. (1995), Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria : A Multinomial Probit Estimation. *Social Science and Medicine*, Vol.40, n° 11, p.1527-1537.

Brunet-Jailly (éd). (1999), *Santé en Capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest africaines*, Abidjan, CEDA, 384p.

DSGAS, GTZ (2004) : Enquête-ménages sur les besoins de santé de base en Province de Butare et Byumba (Rwanda), Kigali, juin 2004.

Frederik Mugisha et Al (2006) : Les deux aspects du renforcement de l'utilisation des services de santé : déterminants du premier recours à un système de soins de santé et de la fidélité du patient au système choisi dans les régions rurales du BURKINA FASO.in *Bulletin de l'oms*.

INSAE (2012), Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin EDSB\_IV ; 2011-2012.

INSAE (2012), Rapport EMICOV 2011.

Joanne Palin et Bruno. D. Zumbo (2004) : Mesure de l'utilisation des soins de santé au Canada : concordance entre les enquêtes et les dossiers administratifs, Canada.

Juillet A. (1998), Approche économétrique de la demande de soins dans les pays en développement. Thèse d'économie, Université de Paris I, UFR des Sciences Economiques.

Koné G. (2012), l'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar. Thèse d'économie, Université Cheikh A. DIOP, Dakar, 269p.

---

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

Manzambi J.K et all (1997) : Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménages menée à Kinshasa, Congo ; in Tropical Medecine and International health, vol 8, p 3,4,5.

Mariko M., Cisse B., UNICEF, CF, IRD. (Novembre 2000), Equité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé : cas de cinq capitales. Rapport, UNICEF.

MSF/Belgique (Avril 2004) : Les vulnérables privés des soins de santé, Bujumbura, Burundi.

Mushagalusa Salongo Pacifique, décembre (2005) : étude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de kadutu/ province du sud – Kivu.

## Annexes

### Annexe 1 : Analyse descriptive

#### Annexe 1.1 :

. tab v013 v394

Age in 5-year groups	Visited health facility last 12 months		Total
	No	Yes	
15-19	1,377	196	1,573
20-24	1,087	445	1,532
25-29	1,274	519	1,793
30-34	1,158	453	1,611
35-39	1,019	312	1,331
40-44	820	188	1,008
45-49	588	93	681
Total	7,323	2,206	9,529

#### Annexe 1.2 :

. tab v106 v394

Highest educational level	Visited health facility last 12 months		Total
	No	Yes	
No education	5,497	1,621	7,118
Primary	900	364	1,264
Secondary	918	218	1,136
Higher	8	3	11
Total	7,323	2,206	9,529

#### Annexe 1.3 :

. tab v151 v394

Sex of household head	Visited health facility last 12 months		Total
	No	Yes	
Male	6,013	1,911	7,924
Female	1,310	295	1,605
Total	7,323	2,206	9,529

#### Annexe 1.4 :

. tab v481 v394

Covered by health insurance	Visited health facility last 12 months		Total
	No	Yes	
No	7,282	2,184	9,466
Yes	41	22	63
Total	7,323	2,206	9,529

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

### Annexe 2

#### Annexe 2.1 :

```
. logit v394 v013 v024 v025 v106 v107 v113 v115 v116 v130 v151 v190 v467b v467c v481
```

```
note: v025 omitted because of collinearity
Iteration 0: log likelihood = -1335.9389
Iteration 1: log likelihood = -1283.2904
Iteration 2: log likelihood = -1282.2253
Iteration 3: log likelihood = -1282.2241
Iteration 4: log likelihood = -1282.2241
```

```
Logistic regression                                Number of obs   =      2411
                                                    LR chi2(13)     =      107.43
                                                    Prob > chi2     =      0.0000
Log likelihood = -1282.2241                        Pseudo R2      =      0.0402
```

v394	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
v013	.1388792	.0294296	4.72	0.000	.0811983	.1965601
v024	-.0063977	.0147274	-0.43	0.664	-.0352629	.0224674
v025	0 (omitted)					
v106	-.3715128	.1131413	-3.28	0.001	-.5932656	-.14976
v107	.0115401	.0319234	0.36	0.718	-.0510286	.0741087
v113	-.0007215	.0046666	-0.15	0.877	-.0098678	.0084249
v115	.0001198	.0001098	1.09	0.275	-.0000953	.000335
v116	.0146942	.007083	2.07	0.038	.0008119	.0285766
v130	.0031399	.0031379	1.00	0.317	-.0030102	.00929
v151	-.5782305	.1262637	-4.58	0.000	-.8257028	-.3307582
v190	.168423	.0498308	3.38	0.001	.0707564	.2660895
v467b	.3668349	.123547	2.97	0.003	.1246872	.6089826
v467c	-.0818174	.1145007	-0.71	0.475	-.3062347	.1425998
v481	.6799665	.4290648	1.58	0.113	-.1609852	1.520918
_cons	-1.831801	.4369115	-4.19	0.000	-2.688132	-.9754705

#### Annexe 2.2 :

```
. mfx
```

```
Marginal effects after logit
y = Pr(v394) (predict)
= .23082878
```

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[ 95% C.I. ]		X
v013	.0246576	.0052	4.74	0.000	.01447	.034845	2.48901
v024	-.0011359	.00261	-0.43	0.664	-.00626	.003989	7.12899
v106	-.0659609	.02001	-3.30	0.001	-.105187	-.026735	1.4803
v107	.0020489	.00567	0.36	0.718	-.009059	.013157	3.53629
v113	-.0001281	.00083	-0.15	0.877	-.001752	.001496	22.8299
v115	.0000213	.00002	1.09	0.275	-.000017	.000059	336.355
v116	.0026089	.00126	2.08	0.038	.000146	.005072	28.4903
v130	.0005575	.00056	1.00	0.317	-.000534	.001649	34.7594
v151	-.102663	.0222	-4.62	0.000	-.146178	-.059148	1.2443
v190	.029903	.00882	3.39	0.001	.01262	.047186	2.93903
v467b	.0651304	.02186	2.98	0.003	.022279	.107982	1.68395
v467c	-.0145264	.02033	-0.71	0.475	-.054363	.025311	1.40149
v481*	.1407693	.09977	1.41	0.158	-.054777	.336316	.010369

(\*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

---

Annexe 2.3 :

```
. estat gof, group(10) table
```

**Logistic model for v394, goodness-of-fit test**

(Table collapsed on quantiles of estimated probabilities)

Group	Prob	Obs_1	Exp_1	Obs_0	Exp_0	Total
1	0.1298	25	25.9	217	216.1	242
2	0.1635	29	35.6	212	205.4	241
3	0.1890	41	42.4	200	198.6	241
4	0.2122	39	48.3	202	192.7	241
5	0.2333	62	53.6	179	187.4	241
6	0.2571	58	59.3	183	181.7	241
7	0.2841	70	65.2	171	175.8	241
8	0.3159	86	72.0	155	169.0	241
9	0.3641	87	81.5	154	159.5	241
10	0.7092	88	101.1	153	139.9	241

```
number of observations = 2411  
number of groups = 10  
Hosmer-Lemeshow chi2(8) = 13.39  
Prob > chi2 = 0.0992
```

```
. lroc
```

```
Logistic model for v394
```

```
number of observations = 2411  
area under ROC curve = 0.6451
```

## Tables des matières

Avertissement.....	i
Dédicace 1.....	ii
Dédicace 2.....	iii
Remerciements.....	iv
Sommaire.....	v
Liste des sigles et acronymes.....	vi
Liste des tableaux.....	vii
Liste des graphiques.....	viii
Résumé.....	ix
Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : cadre institutionnel et déroulement de stage.....	3
Section 1 : Attributions et organisation de la Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE) .....	3
Paragraphe 1 : Attributions de la DGAE.....	3
Paragraphe 2 : Organisation de la DGAE.....	3
Section 2 : Attributs, organisation de la DIR et le déroulement du stage.....	4
Paragraphe 1 : Attributions et organisation de la DIR.....	5
Paragraphe 2 : Déroulement du stage.....	8
A. Travaux effectués.....	8
B. Difficultés rencontrées et suggestions.....	9
1. Difficultés rencontrées.....	9
2. Suggestions.....	9
Chapitre 2 : cadre théorique et méthodologie de l'étude.....	10
Section 1 : Cadre théorique de l'étude.....	10
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de recherches.....	10
A. Problématique.....	10
B. Objectifs et hypothèses de recherche.....	11
1. Objectifs de l'étude.....	11
2. Les hypothèses.....	11
Paragraphe 2 : Revue de littérature.....	12
Section 2 : Méthodologie de l'étude.....	18
Paragraphe 1 : Description de la base de données et présentation du modèle.....	18
A. Description de la base de données.....	18

## *Demande des soins de santé en milieu rural au Bénin*

---

B. Présentation du modèle logit binaire .....	19
Paragraphe 2 : Estimation du modèle et outils d'analyse .....	20
A. Estimation du modèle logit.....	20
B. Outils d'analyse.....	21
Chapitre 3 : présentation, analyse des résultats et suggestions.....	22
Section 1 : Présentation et analyse des résultats.....	22
Paragraphe 1 : Analyse descriptive de l'évolution de la demande de soins de santé en milieu rural au Bénin .....	22
Paragraphe 2 : Analyse économétrique .....	24
A. Analyse de la significativité des variables.....	24
B. Qualité d'ajustement du modèle de l'évolution de la demande de soins.....	25
Section 2 : Discussion des hypothèses et suggestions .....	26
Paragraphe 1 : Discussion .....	27
Paragraphe 2 : Suggestions.....	27
Conclusion.....	27
Références bibliographiques .....	29
Tables des matières .....	IV