



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

MEMOIRE DE FIN DE LICENCE

Option : Economie

Filière : Economie Appliquée

THEME

**IMPACT D'UNE ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE
SUR LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE DES
MENAGES AU BENIN : CAS DU DEPARTEMENT DU
LITTORAL**

Réalisé par :

Floriane GANLAKY

&

Rostand NOUGBEGNAN

Sous la direction de :

Directeur de stage :

M. Romaric SOFONOU

Directeur de la Prospection

et de la Planification du Développement

Directeur de Mémoire

Dr Honorat SATOGUINA

Enseignant à la FASEG

Année Académique: 2015-2016



IMPACT D'UNE ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE SUR LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE DES MENAGES AU BENIN : CAS DU DEPARTEMENT DU LITTORAL

CAS DU DEPARTEMENT DU LITTORAL



AVERTISSEMENT

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

DEDICACES

A ma famille et tout particulièrement à ma mère,

Vous m'avez soutenue pendant mon mémoire, mais vous étiez là bien avant que cette aventure débute. Trouvez à travers ce mémoire un début de couronnement de vos efforts et recevez l'expression de ma profonde gratitude.

Floriane GANLAKY

DEDICACES

- En mémoire de mon feu père M. Bernard NOUGBEGNAN.
- En reconnaissance à mes parents, en particuliers à ma mère Mme Amavi Félicité GBEYITON, à mes frères et à mes sœurs.

Rostand NOUGBEGNAN

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements:

- ✓ A notre maitre de mémoire, Dr Honorat SATOGUINA pour sa disponibilité ainsi que son soutien tout au long du processus de rédaction. La rédaction d'un mémoire est parfois semé d'embuches, mais on a toujours pu compter sur les conseils et l'expertise de notre maitre pour de meilleurs résultats.
- ✓ A notre Directeur de stage M. Romaric SOFONOU, Directeur de la Prospection et de la Planification du Développement du Ministère du Plan pour son soutien, son aide et sa franche collaboration.
- ✓ Aux enseignants de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG/UAC) que nous avons eu la chance d'avoir comme formateurs le long de notre premier cycle.
- ✓ A tous nos amis qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de cette étude.

SOMMAIRE

Introduction.....	01
Chapitre 1 : Cadre institutionnel, théorique et méthodologique de l'étude.....	03
Section 1 : Cadre institutionnel et présentation générale de la structure de stage.....	03
Section 2 : Cadre théorique de l'étude et revue de littérature.....	07
Section 3 : Contexte et description du RAMU au Bénin.....	14
Chapitre 2 : Analyse empirique du lien entre demande de soins de santé et l'adhésion à une assurance maladie publique.....	20
Section 1 : préparation de l'étude.....	20
Section 2 : Analyse descriptive des données.....	27
Section 3 : Analyse économétrique et recommandations.....	46
Section 4 : Recommandations.....	54
Conclusion	57
BIBLIOGRAPHIE	59
Annexe.....	i
Table des matières.....	xviii

LISTE DES GRAPHES

Graphe 1: Réponses à la question « Etes-vous tombé malade ? » et «les membres de votre ménages sont-ils tombés malades ? »	27
Graphe 2: Fréquence de recours aux soins formels de santé des malades	28
Graphe 3 : Graphe croisé de l'état de santé et fréquence de recours aux soins formels par les malades.....	28
Graphe 5: Statut matrimoniale.....	33
Graphe 6: Religion	34
Graphe 7 : Niveau d'étude.....	35
Graphe 8: Pourcentage des répondants de l'extérieur ayant des parents résidents à charge.	36
Graphe 9 : Nombre d'années de résidence à Cotonou	36
Graphe 10: Pourcentages de la réponse à la question du milieu de vie antérieur.....	37
Graphe 11: Etat de santé.....	38
Graphe 12: Revenu mensuel Résidents	39
Graphe 13: Obstacles dirimants au recours aux soins formels de santé	40
Graphe 14: Derniers recours.....	41
Graphe 15: Dangers de l'automédication et consentement à adhérer à une assurance maladie publique par les résidents	42
Graphe 16: Dangers de l'automédication et consentement à adhérer à une assurance maladie publique par les non-résidents dans un but d'en faire profiter leurs parents résidents	42
Graphe 17: Propositions du mode de paiement du montant de l'assurance	43
Graphe 18: Modalités de paiement.....	44
Graphe 19 : Réponses à la question « Avez-vous une assurance maladie ? ».....	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Dépenses sanitaires publiques du Bénin pour l'année 2013	17
Tableau 2: Tableau croisé du consentement à adhérer à une assurance publique et la possibilité que cela accroisse la demande de soins.....	31
Tableau 3: Tableau croisé du consentement à adhérer à une assurance publique et la fréquence de recours aux soins formels.....	32
Tableau 4: Liste des variables du modèle.....	47
Tableau 5: Principaux facteurs influant sur le choix de faire recours aux soins	48
Tableau 6 : Test sur la normalité des résidus.....	49

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AMP	: Assurance Maladie Publique
ANAM	: Agence Nationale d'Assurance Maladie
BIT	: Bureau International du Travail
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DGAE	: Direction Générale de l'Analyse Economique
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé 2011-2012 Bénin
MAS	: Mutuelle d'Assurance Santé
MINSANTE	: Ministère de la Santé Publique
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	: Objectifs de Développement Durable
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PVD	: Pays en Voie de Développement
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle

RESUME

Pour réaliser des progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU), il faut relever toute une série de défis techniques complexes ; par conséquent, il est aisé de perdre de vue le fait que parvenir à la CSU est un processus politique qui passe par des négociations entre différents groupes d'intérêts au sein de la société, la question étant de savoir comment attribuer les prestations dans le domaine de la santé et à qui demander de payer pour celles-ci.

Au cours des cinq dernières années, le gouvernement Béninois a mise en place le RAMU et aujourd'hui l'on se demande si réellement, une assurance maladie aurait des effets positifs conséquents sur la couverture sanitaire universelle.

La démarche que nous avons utilisée pour appréhender cette question est axée sur l'utilisation de la statistique descriptive et l'économétrie pour analyser des données issues d'une enquête que nous avons menée dans la ville de Cotonou. A partir de cette méthodologie, nous sommes parvenus à montrer que les ménages assurés font recours aux services formels de santé et ne font pas une surconsommation des services de soins.

En partant de ces résultats obtenus, nous avons fait quelques recommandations à l'endroit des autorités impliquées dans la marche vers une couverture sanitaire universelle dans notre pays le Bénin.

INTRODUCTION

Depuis l'époque d'Adam Smith, la plupart des économistes ont reconnu les compétences de la main d'œuvre d'un pays comme l'un de ses atouts concurrentiels les plus importants. L'ensemble de ces compétences constitue le capital humain qui a été la base de plusieurs théories modernes dès les années 60, alors que Théodore Schut (1961), puis à sa suite Gary Becker (1992), proposaient leurs analyses théoriques et empiriques sur les liens entre l'investissement en capital humain et la rémunération, les nouvelles théories de la croissance économique, auxquels sont associés les noms de Romer, Barro et Lucas, postulaient que le capital humain est un facteur de la croissance économique.

Selon la définition de l'OCDE (2001), le capital humain recouvre l'ensemble des connaissances, qualifications, compétences et caractéristiques individuelles qui facilitent la création du bien-être personnel, social et économique. Les éléments qui composent le capital humain d'un individu sont en effet, le niveau d'éducation et l'état de santé de cette dernière. L'entretien de ce capital humain nécessite la disposition de bonnes capacités financières, ce qui peut parfois être un obstacle surtout dans les pays en voie de développement où le niveau de vie est bas. Ainsi donc, pour maintenir une bonne santé, il faudrait prévenir les affections, les soigner au cas où on en serait atteint ; cela fait partir des cinq besoins fondamentaux. La légitimation de ce besoin par l'article 8 de la constitution béninoise est la source dont s'inspirent tous les documents stratégiques d'orientation des politiques sanitaires au Bénin et constitue le point focal de l'ODD 3 visé par le Bénin à l'horizon 2030.

En effet, le paiement direct des soins de santé demandé par les prestataires de santé n'y permet pas un accès équitable et égal à toutes les populations. Ainsi, le béninois économiquement faible (qui gagne moins de 1 dollars américain par jour)¹ et qui représente 63.5 % de la population béninoise en 2014 (PNUD, 2015) ne peut pas se payer ces soins ou s'il le fait, il tombe dans le dénuement total. Cette situation n'est pas avantageuse pour la santé économique du Bénin qui ne connaît pas une situation macroéconomique stable. Elle est d'autant plus aggravée par l'absence de service de protection sociale. En conséquence des faibles progrès dans la formalisation de l'économie, les systèmes d'assurance sociale basés sur l'emploi ont fait face à une

¹ Seuil de pauvreté défini par la banque mondiale

contrainte majeure pour étendre la couverture maladie à la majorité de la population qui se trouve en majorité dans le secteur rural et informel.

De l'analyse descriptive de l'Enquête Démographique et de santé 2011-2012 du Bénin (EDSB-IV) menée par l'INSAE, il ressort que, seulement 2% des ménages sont couverts par l'assurance maladie et 74,01% des ménages assurés sont couverts par l'assurance maladie offerte par l'employeur (l'Etat et les entreprises privées). Qu'en est-il de la population du secteur informel qui représentait 97.2% des activités économiques du Bénin selon les statistiques de la DGAE en 2014 ?

Un examen des comptes nationaux de la santé (2003) a montré que 52% des dépenses nationales de santé sont supportées par les ménages et 76% de cette part de dépenses sont consacrées aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux. On assiste à un paiement direct des soins par les ménages dans 75 à 80% des cas. Il en résulte d'une part, que les conséquences financières du risque maladies pour les populations béninoises sont souvent désastreuses et d'autre part, que l'accessibilité financière des populations aux soins de santé dans la mesure où, faute d'une couverture efficace du risque maladie, les populations continuent de payer une lourde tribu au financement du système de santé. A cet effet, une couverture universelle du risque maladie est donc indissociable de la vision d'émergence du Bénin prônée par le gouvernant. La santé est une condition et un puissant levier de développement.

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

Section 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET PRESENTATION GENERALE DE LA STRUCTURE DE STAGE

Dans le but de permettre à ses étudiants d'acquérir non seulement une formation théorique mais aussi pratique, la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de l'Université d'Abomey-Calavi demande à ceux qui sont en fin de formation d'effectuer un stage pratique dans une institution en vue de confronter les acquis théoriques aux réalités du terrain. C'est pour répondre à cette exigence de notre formation que nous avons effectué un stage pratique au Ministère du Développement, de l'Analyse Economique et de la Prospective (MDAEP) chargé de la planification, du suivi et de l'évaluation des projets et des programmes et de la production statistique. Ce stage s'est déroulé plus précisément à la Direction de la Prospective et de la Planification du Développement (DPPD), une des directions techniques de la Direction Générale des Politiques de Développement(DGPD).

Paragraphe 1 : Présentation de la DGPD

La présentation du cadre institutionnel mettra l'accent sur les missions, attributions et organisation de la Direction Générale des Politiques de Développement(DGPD).

1-1- Mission et Attributions de la DGPD

Conformément à l'arrêté n° 2008-053/MPDEAP/DC/SGM/SA du 14 août 2008 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction Générale des Politiques de Développement (DGPD), ladite direction est chargée :

- de définir et de suivre la mise œuvre des politiques et stratégies pour le développement économique et social du Bénin ;
- de préparer la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté et de participer à sa mise en œuvre
- d'élaborer et de mettre en œuvre les plans stratégiques de développement ;
- de participer à la réflexion prospective sur les politiques communautaires d'intégration régionale ;
- d'impulser en relation avec tous les ministères et structures concernés, le développement de l'économie décentralisée dans le cadre de la politique de développement local et,

- d'assurer la veille stratégique sur les questions de développement.

1-2- Structure de la DGPD

La Direction Générale des Politiques de Développement (DGPD), comprend :

- le Secrétariat Particulier (SP) ;
- le Service Administratif et financier (SAF) ;
- la Direction de la Prospective et de la Planification du Développement (DPPD) ;
- la Direction des Politiques et Programmes Sectoriels (DPPS) ;
- la Direction des Politiques et Programmes de Population (DPPP) ;
- la Direction d'Appui au Développement à la Base (DADB) et ;
- les projets et programmes sous tutelle.

La conduite de la mission de la DGPD se fait par ses quatre (4) directions techniques que sont la DEPS, la DPPS, la DADB et la DPPP.

Paragraphe 2 : Déroulement du stage et l'intérêt de l'étude

2-1 Déroulement du stage

Notre stage s'est déroulé à la Direction Générale des Politiques de Développement (DGPD) du Ministère du Développement d'Analyse Economique et de la Prospective (MDAEP) plus précisément et de façon respective à la Direction de la Prospective et de la Planification du développement (DPPD).

Lors de notre stage, la majeure partie de notre temps a été consacrée à la collecte de données, à la revue documentaire et à la rédaction de notre mémoire mais aussi à la participation à certaines conférences organisées par la Direction générale. Nous avons approfondi nos connaissances sur l'élaboration des stratégies de développement et bien d'autres activités entrant dans les prérogatives de la direction technique au sein de laquelle s'est déroulé notre stage. Nous avons étudié également plusieurs dossiers de suivi de politiques.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de participer à des séances de la revue du processus de gestion du développement organisées par la Direction Générale. L'intérêt de cette revue est d'apprécier les avancées et les défis de la chaîne Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-Evaluation (PPBS) au niveau de tous les acteurs sectoriels et

centraux de l'Administration. En effet, le processus de revue de la Chaîne PPBS a été initié par la DGPD depuis 2007 dans la perspective d'approfondir l'évaluation des stratégies, l'analyse du processus de la programmation, de la mise en œuvre des projets et programmes au niveau sectoriel, du processus de passation des marchés publics et des mécanismes de suivi/évaluation des secteurs.

2-2 L'intérêt de l'étude

2-2-1- L'intérêt de notre étude pour la DGPD

Notre structure d'accueil s'est assignée des missions et des objectifs à atteindre. Ainsi la contribution de notre étude pour l'atteinte de ces objectifs serait d'une importance capitale. La Direction Générale des Politiques de Développement(DGPD) possède plusieurs missions, dont la plus importante que notre étude pourrait contribuer à atteindre est « de définir et de suivre la mise œuvre des politiques et stratégies pour le développement économique et social du Bénin ».

En effet l'Analyse de l'impact des politiques sanitaires sur la demande de soins de santé faite sur l'exemple d'une politique tendant à l'instauration d'une assurance maladie publique permettra à la DGPD d'évaluer le bien fondé des politiques s'inscrivant dans le cadre de la mutualisation du risque santé entre les couches de la population et de suivre la mise en œuvre des politiques et stratégies pour le développement économique et social du Bénin dans cet cadre. Notre étude pourra permettra en outre de disposer des informations sur l'effet d'une telle politique sur le développement économique de par son caractère social qui donnera une avancée de rang à l'indice de développement humain béninois.

2-2-2- L'intérêt de notre étude pour les autres décideurs

L'Etat étant le décideur des investissements publics a le mérite de savoir les effets de ses politiques sur le développement économique de la Nation. Ainsi notre étude lui permettra d'avoir une connaissance sur l'impact du financement d'une assurance maladie sur le développement économique afin de s'en servir pour orienter les investissements sanitaires et d'avoir une idée de budgétisation en ce sens. Pour les populations, notre étude leur permettra d'accéder plus facilement aux soins de santé et de progresser à long terme vers une bonne couverture sanitaire, compris dans tous ses sens, au plan nationale.

Pour les professionnels de santé, cette étude met en exergue les propositions faites par les populations pour voir le système sanitaire prospérer. Cela pourra leur permettre

d'améliorer la qualité de leur offre de services de santé. Elle pourra également leur permettre de prendre connaissance du rôle que joue une assurance santé publique pour le secteur sanitaire afin de bien se donner les moyens pour faciliter la bonne exécutions des actions entreprises par autorités publiques.

Section 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET REVUE DE LITTERATURE

Paragraphe 1 : Problématique

Ayant perçu cet intérêt évident, le Conseil des Ministres a, en sa séance du 21 mai 2008, décidé de rendre opérationnelle la volonté politique maintes fois affirmée d'offrir une protection efficace contre le risque maladie à chaque béninois quelle que soit sa condition sociale, en lançant le processus de mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle.

Cette démarche a donc été menée pour faciliter le recours aux soins de santé modernes par l'importante frange de la population qui y était généralement exclue. Cependant, il n'est pas à cacher que la population visée ne cesse de faire recours aux soins douteux et nombre de cette population ne se sont pas affiliés au RAMU. Ceci suscite une remise en question du RAMU et l'on se pose la question de savoir : l'impact d'une assurance maladie publique sur les comportements de demande de santé des ménages. En d'autres termes, étant donné que le paiement direct des soins de santé, même routinier, en vue de soigner des maladies courantes et récurrentes peut avoir un impact financier dévastateur (BIT, 2007), on se demande quel est l'effet d'une assurance maladie publique sur les dépenses de consommation de soins de santé des ménages.

De ce fait, ce document s'articule autour de plusieurs sections. On présentera premièrement les cadres institutionnel, théorique (présentant les objectifs, hypothèses, une revue de la littérature, un état des lieux du RAMU au Bénin et d'autre part, la méthodologie utilisée). Ainsi, on reviendra premièrement sur les différentes méthodes existantes pour estimer cet impact dans la littérature, deuxièmement, en recourant à une spécification du modèle économétrique, on s'est livré à une analyse du comportement de consommation de soins des individus affiliés sur nos propres données.

Paragraphe 2 : Objectifs et Hypothèses

1-1 Objectifs

L'objectif principal de la présente étude est d'estimer la demande de soins exprimée par les ménages béninois en mettant l'accent sur le consentement à adhérer à une assurance maladie publique sur la base des données de l'enquête menée auprès de 302 ménages dans le département du Littoral au Bénin. Autrement dit, eu égard au fait que le débat sur la

réforme du financement de la santé au Bénin met en évidence la nécessité d'évoluer vers des solutions de prépaiement et de partage de risques (MINSANTE, 2008). Cette étude vise spécifiquement à :

1. Estimer l'impact de l'adhésion à une assurance maladie publique sur le comportement de demande de soins par les ménages ;
2. Analyser les comportements de demande de soin par les ménages affiliés ;

1-2 Hypothèses

La présente étude suppose qu'il existe une corrélation positive entre l'adhésion à une assurance maladie publique et le niveau de consommation de soins.

1. Les ménages qui sont prêts à s'affilier à une assurance maladie publique ne se soucieront pas de faire recours aux soins de santé modernes en cas d'affection ;
2. Une fois affiliés, ces ménages ne font pas une surconsommation des soins de santé.

Paragraphe 3 : Revue de littérature

2-1 Revue de la littérature théorique de l'étude

En considérant les effets de l'assurance maladie sur l'utilisation des services de santé, la théorie économique montre que l'assurance maladie a le potentiel d'accroître l'utilisation des services de soins de santé à travers plusieurs mécanismes (réduction des coûts liés aux soins de santé, les comportements opportunistes, etc.). En étudiant la relation entre l'assurance maladie et l'utilisation des services de santé, Newhouse (1978) affirme que l'assurance maladie est une subvention à l'achat des soins médicaux, car elle réduit le prix unitaire des soins. De même, selon Phelps (1997), la couverture en assurance maladie induit une plus grande utilisation des services de santé en réduisant le coût des soins aux patients. En présence de l'assurance, les individus peuvent augmenter leur consommation de services de santé. Deux types de comportements opportunistes (l'aléa-moral *ex-ante* et l'aléa-moral *ex-post*) dus à l'assurance maladie ont été identifiés. Puisque l'assurance maladie réduit les frais d'utilisation des services de santé, on note l'aléa-moral *ex-ante* et l'aléa-moral *ex-post* chez les assurés. L'aléa-moral *ex-ante* se réfère à la réduction de la consommation des soins préventifs (alimentation, exercices physiques et sportifs et le

milieu de vie) qui augmente la probabilité pour un individu de tomber malade. Ce mécanisme, théoriquement, n'est pas sans ambiguïté, et il existe très peu de résultats empiriques à ce sujet (Zweifel & Manning, 2000). Le mécanisme le plus fréquemment mentionné est l'aléa-moral *ex-post* (une augmentation de la demande des soins médicaux, et l'utilisation des services les plus coûteux, une fois que la maladie s'est produite). L'aléa-moral *ex-post* se produit parce que l'assurance maladie fait baisser le prix auquel les patients font face, ce qui conduit à une plus grande utilisation des services de santé ; la surconsommation. En outre, l'assurance maladie peut également accroître l'utilisation des services de soins de santé en réduisant le risque financier, car permettant le transfert de revenu aux individus en cas de maladie. Selon Zweifel et Manning (2000), l'effet de l'aléa-moral statique *ex-post* (augmentation de la demande des soins médicaux due à l'assurance maladie) est plus fort. L'aléa-moral a des externalités positives et négatives. L'aléa-moral entraîne une externalité négative, car elle provoque l'augmentation des primes d'assurance pour tout le monde. L'aléa-moral peut être bénéfique pour deux raisons. Tout d'abord, en présence du monopole sur le marché des soins de santé, la quantité des soins médicaux consommés est en deçà de l'optimum. Ainsi donc, l'augmentation de la quantité des soins de santé causée par l'aléa-moral peut accroître l'efficacité (Crew, 1969). Deuxièmement, l'aléa-moral peut encourager l'utilisation des services médicaux les plus coût-efficaces dans un régime d'assurance (Pauly & Held, 1990). D'où, la quantité optimale de l'aléa-moral est positive plutôt que nulle.

2-2 Revue Empirique

Dans la littérature, l'approche par la demande de soins analyse les comportements thérapeutiques des agents économiques qui peuvent être appréhendés par une fonction d'utilité dont les arguments sont: le revenu, l'état de santé de l'individu, les caractéristiques individuelles ou socio-économiques des agents, les caractéristiques des alternatives, etc. La modélisation de la demande de soins développée dans les années 1970 repose sur une vision instrumentale de ce bien : l'individu consomme des soins pour atteindre l'état de santé qu'il a choisi et arbitre rationnellement entre cette consommation et les autres (Acton, 1975 ; Grossman, 1972). La demande de soins de santé est influencée par des facteurs qui déterminent si l'individu arrive à identifier la maladie et est capable de se procurer les soins appropriés. Le revenu semble être un facteur déterminant de la demande de soins de santé aussi bien directement qu'indirectement. Donc en corrigeant l'inégalité de revenu dans une population donnée, on améliorerait la demande de soins de

santé des pauvres. L'éducation et l'accès à l'information constituent aussi des déterminants clefs de la demande de soins de santé et là où ces facteurs sont rares ou inexistant, le marché des soins de santé ne fonctionne pas bien. En effet, les individus non éduqués ne ressentent pas nécessairement le besoin d'aller se soigner dans les centres de santé. Ils sont souvent dépourvus des informations nécessaires sur la disponibilité des traitements appropriés. A côté des coûts directs liés aux soins, se trouve un autre groupe de facteurs déterminants de la demande de soin qui peuvent accroître le coût d'un traitement médical. Il s'agit par exemple de la distance à parcourir pour accéder aux centres de santé et des coûts d'opportunité liés au travail et causés par la maladie. Par ailleurs, on distingue aussi les facteurs culturels et d'acceptabilité sociale de recevoir un traitement ; c'est le cas par exemple de l'influence de la communauté, de la famille et de la religion. L'effet de ces facteurs peut dépasser celui des autres sus évoqués. Par exemple, une famille qui a suffisamment de moyens pour payer les soins de santé peut refuser de mettre à disposition d'un de ses membres les moyens nécessaires pour se faire soigner d'une maladie particulière. Ces différents facteurs jouent négativement sur la demande de soins par les pauvres qui constituent pourtant la tranche la plus grande des populations des pays en développement. Ils sont souvent moins éduqués ou malformés.

La qualité des soins prodigués peut aussi significativement influencer la demande. Cette qualité peut se percevoir sous plusieurs formes mais elle peut se résumer pour les pauvres à l'accueil. Dans ces conditions, ne pas accueillir convenablement les pauvres comme tout autre patient peut décourager ce dernier à retourner dans le même centre de santé. Lorsqu'on considère la qualité des soins de santé du point de vue de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments, on peut penser que les pauvres ne vont pas continuer à fréquenter les centres de santé que lorsqu'ils sont sûrs que les médicaments sont disponibles et leur seront accessibles financièrement. Ceci justifie le recours massif des PVD aux médicaments génériques. Outre ces facteurs qui agissent sur la demande, il existe aussi des facteurs liés à l'offre qui ne sont pas de nature à encourager les plus pauvres à se faire soigner. Il s'agit en l'occurrence de la disponibilité des médecins et des médicaments de bonne qualité de la difficulté pour les pauvres de prendre RDV avec le médecin, du comportement vis-à-vis des pauvres et de la qualité des soins prodigués. Ceci justifie le recours dans certains programmes d'amélioration de la demande de soins de santé des pauvres de la combinaison de stratégies axées sur l'offre et la demande.

Grossman a fondé toute une génération de modèle expliquant en quoi les demandes de soin et les choix d'investissement dans la santé sont des décisions de renforcement du capital humain. Plus récemment, l'attention est de plus en plus focalisée sur les effets des systèmes d'assurance maladie sur la demande de soins autant au niveau des pays développés que des pays en développement.

Etre assuré peut être endogène aux décisions d'utilisation des services de santé. Ainsi pour corriger le problème d'endogénéité, Meer et Rosen (2004) utilisent la méthode des variables instrumentales quand ils ont examiné le lien entre l'assurance maladie et l'utilisation des services de soins médicaux aux Etats-Unis. Les auteurs ont trouvé un effet positif et statistiquement significatif de l'assurance, même en corrigeant l'endogénéité. Si cette étude montre une relation positive entre l'utilisation des services de santé et l'assurance maladie, il reste à déterminer le sens de la causalité. Dans les pays en développement, la plupart des études ont évalué l'impact des mutuelles de santé sur l'accès aux soins de santé.

Certains auteurs analysent l'effet de l'assurance sur la demande de soins et mettent simultanément en exergue les deux phénomènes liés à l'asymétrie d'information que sont l'aléa moral et l'anti-sélection. Ils prédisent une corrélation positive entre assurance et dépenses de santé des ménages (Franc et Perronnin, 2007 ; Geoffard, 2000 et Arrow, 1963). Ainsi, Caussat et Glaude (1993) avaient estimé que bénéficier d'une couverture complémentaire augmente la probabilité de consommer de 12 % et le montant moyen des dépenses de 16 %. Compte tenu de l'aléa moral et de la sélection-adverse, la consommation moyenne des assurés serait supérieure de 30 % à celle des non-assurés en France.

Quelques auteurs ont étudié l'impact des assurances santé sur la demande de soins dans certains pays d'Afrique subsaharienne. En 1999, le Ministère de la Santé du Rwanda a institué des tests pilotes d'assurance de santé dans trois districts. Il ressort de ces tests que les personnes couvertes par une assurance se sont avérés jusqu'à 4 fois plus susceptibles de recourir au système de santé moderne en cas de maladie que les non-assurés. Les taux de consultation pour les nouveaux cas concernant des assurés étaient compris dans un intervalle allant de 1,2 à 1,6 consultations par an et par tête, par rapport à des taux de 0,2 à 0,3 pour les non-assurés et pour la population des districts choisis (étude citée dans Waelkens et Criel, 2004). De même une enquête faite dans la région de Thiès au Sénégal

révèle que les membres des mutuelles bénéficient deux fois plus de soins hospitaliers que les non-membres. Les interviews suggèrent néanmoins qu'il n'y ait pas d'aléa moral (Jütting et Tine, 2000). L'étude de Chee et al. (2002) dans le district de Hanang en Tanzanie, révèle que 5 % des ménages membres de la mutuelle CHF représentent 53 % de l'utilisation des soins. Les réponses des participants aux interviews et aux discussions de groupes focalisées sont semblables à celles de la Guinée : tant les responsables des centres de santé que les utilisateurs croient que les membres viennent plus souvent au centre de santé quand ils sont malades et qu'il n'y a pas d'augmentation des consultations « inutiles ». Schneider et Diop (2001 et 2001a) avaient observé une situation similaire au Rwanda: les membres malades utilisent 5 fois plus les soins modernes que les non-membres qui ont plus recours à l'automédication. Il n'y a pas de signes d'une croissance de consultations « inutiles », mais plutôt d'une meilleure accessibilité des soins modernes quand c'est nécessaire. Les discussions de groupes focalisées organisées dans le cadre du projet de recherche PRIMA en Guinée suggèrent que les utilisateurs ne se rendent au centre de santé que quand ils se sentent vraiment malades. La remarque qu'il pourrait y avoir une surconsommation par les membres était particulièrement mal accueillie et vigoureusement démentie (Waelkens et Criel, 2002). Selon Dubois (2002), les adhérents à la mutuelle de santé accordent davantage d'importance à la santé que les non membres. En outre, les résultats d'une autre recherche au Burkina Faso indiquent que les adhérents à une mutuelle ont une perception plus négative des soins traditionnels que les non adhérents, les jugeant souvent médiocres ou inefficaces (De Allegri et al., 2006b). Par ailleurs, l'étude menée par Kouadio et al. (2005) dans la banlieue Abidjanaise (Yopougon), montre que l'état de santé et l'anticipation du choix d'un système d'assurance apparaissent plus importants pour le recours aux services de soins de santé. L'assurance mutuelle n'est pas significative pour le recours aux soins. Ces résultats ne sont pas totalement conformes à ceux de Tape et al. (2007) qui ont trouvé que la variable assurance mutuelle est positive et statistiquement significative. Elle affecte seulement les recours publics avec un coefficient élevé (supérieur à 6). En 2010 toujours au Rwanda, le rapport mondial de la santé montre qu'en fait, l'assurance maladie obligatoire nationale a un très grand impact sur la demande de soins et que cette caractéristique suggère que ce système aide à réduire les écarts d'utilisation des services de santé entre les pauvres et les riches. Au Sénégal, Les débats de politiques ont été informés par les leçons globales de l'histoire du développement vers la couverture maladie universelle (CMU) qui encourage les plus pauvres à recourir aux soins de santé du fait que cette assurance nationale couvre toutes les dépenses concernant aussi bien les

services que les produits médicaux et pharmaceutiques. Une étude menée en 2011 par Freeman Gobah au Ghana sur la même thématique conforte ces résultats: « The findings suggest that the National Health Insurance Scheme positively affected health seeking behaviour, access to modern health care services and likelihood of delivery at a health facility and being assisted by trained health personnel ». Ainsi, les individus qui disposent d'une assurance mutuelle, comparativement à ceux qui n'en disposent pas, ont tendance à consulter davantage ces différents fournisseurs de soins de santé modernes.

Une autre étude sur l'impact des mutuelles de santé sur la demande de soin effectuée au Cameroun montre que la variable « adhésion à la mutuelle de santé » exerce une influence positive et fortement significative sur le choix et le niveau de consommation de soins. Cela confirme donc l'analyse théorique qui montre qu'il existe une corrélation positive entre le niveau d'assurance et le niveau de dépenses de santé. (Jean Colbert, 2012) mais infirme ceux de Kouadio et al. (2005) qui ont trouvé que l'assurance mutuelle n'était pas significative pour le recours aux soins. Une étude plus récente menée au Bénin par Alexandre Zoumenou sur l'Impact de l'assurance maladie formelle sur l'utilisation des services de santé au Bénin démontre que seule l'assurance maladie privée améliore significativement l'utilisation des services curatifs de santé au Bénin et que les autres types d'assurance (assurance publique, mutuelle de santé, et assurance maladie employeur) n'a aucune influence significative sur l'utilisation des services curatifs de santé mais que cet impact est très faible mais suggère que des mesures incitatives qui visent à augmenter la demande d'assurance maladie privée pour améliorer l'utilisation des services curatifs au Bénin soient mises en œuvre. Dans notre étude, on s'attèlera à vérifier si l'assurance publique mise en place par le gouvernement pourra ou non relever le niveau de demande de soins par les ménages pauvres qui ne peuvent pas s'offrir le luxe d'une assurance privée.

Section 3 : CONTEXTE ET DESCRIPTION DU RAMU AU BENIN

Paragraphe 1 : Environnement politique

L'analyse descriptive des données de l'Enquête Démographique et de santé 2011-2012 du Bénin (EDSB-IV) montre que seulement 2% de la population totale sont couverts par une assurance maladie et 74,01% des ménages assurés sont couverts par l'assurance maladie offerte par l'employeur (l'Etat et les entreprises privées). Il pèse donc sur les populations béninoises, une menace sanitaire globale à laquelle il est indispensable d'apporter une réponse globale. L'institution d'un mécanisme de couverture du risque maladie qui prend en compte l'ensemble des couches de la population est une recommandation des états généraux du secteur de la santé tenus en 2007.

Au Bénin, la santé est un devoir constitutionnel (art 8. de la constitution du 11 /12/90). Cette vision est clairement exprimée dans le document Bénin Alafia 2025 qui prévoit qu'à cette échéance, « le pays disposera d'un système de santé performant, équitable et accessible ». En matière de santé, l'objectif visé est la Couverture Universelle afin que chacun ait accès à des soins de qualité et ce de manière équitable. Les ménages payent un lourd tribut au système de financement de la santé, 52% des dépenses nationales de santé sont supportées par les ménages et 76% de cette part de dépenses sont consacrées aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux.

Le processus du RAMU a donc été initié en 2008 et les premières cartes RAMU ont été remises aux adhérents mutualistes de Nikki le 24 Avril 2012.

Le RAMU vise trois objectifs² :

- Réduire de façon significative et durable le phénomène de paiement direct des soins.
- Garantir au patient des soins de santé de qualité.
- Accroître la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le système de santé.

Les risques que le RAMU doit couvrir concernent :

- les frais de consultation, de soins et d'hospitalisation
- les frais de médicaments, de consommables médicaux et de produits sanguins labiles
- les frais des examens de laboratoire et de radiologie
- les frais de vaccins obligatoires, à l'exception de ceux couverts par les programmes de gratuité.

² Loi n°2015-42 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Publique (RAMU) en République du Bénin, Article 26

- les frais d'appareillages
- les frais de transport des malades d'une formation sanitaire à une autre
- les frais de prestations liés à l'état de grossesse et à l'accouchement, à l'exception des actes pris en charge par les programmes de gratuité

Paragraphe 2 : Analyse du système de financement de la santé actuel

Au Bénin, les dépenses privées de santé ont atteint 47,2% des dépenses totales de santé en 2008. Les paiements directs des ménages représentent environ 95% de ces dépenses privées depuis 2005 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques selon les Comptes Nationaux de Santé 2005. Ceci amène à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" d'autant qu'une des problématiques majeures du système de santé de ce pays est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé. A côté du financement des soins publics par les impôts combinés aux tickets modérateurs, on distingue les dispositifs suivants de protection sociale en santé, il s'agit de :

- Un Fonds Sanitaire des Indigents : logé au niveau du Ministère de la santé et financé à travers une ligne budgétaire intitulée « Secours et aides sociales ».
- La Gratuité de la Césarienne, organisée par l'Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne : assure une prise en charge qui intègre la fourniture d'un kit césarienne (médicaments et consommables médicaux), l'acte opératoire et un forfait pour l'hospitalisation. A cet effet, l'Etat paie une rémunération de 100 000 FCFA aux formations sanitaires par césarienne réalisée. Il est important de retenir que d'autres initiatives de gratuité sont en perspective, des réflexions étant engagées (ex : réflexion sur la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5ans, et pour les personnes du 3^{ème} âge).
- Un Régime spécial des fonctionnaires en activité, aussi appelé « Régime des 4/5ème » parce qu'il prend en charge 80% des frais de soins de santé, tandis que le bénéficiaire de ce régime doit s'acquitter des 20% restants. Les agents du secteur de la santé émergeant au budget national sont supportés à 100%.: la protection sanitaire des fonctionnaires de l'administration publique, l'Etat a mis en place un système pour ses agents permanents, civils et militaires, émergeant au budget national ainsi que pour leurs ayants droits.

- Un Fond National des Retraités du Bénin (FNRB) : consiste en un régime obligatoire spécifique placé sous la tutelle du Ministère des Finances
- Une Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé qui offre des prestations de santé dans le cadre des branches suivantes : prestations familiales (allocations prénatales: 4500 FCFA pour 3 examens prénataux) et risques professionnels (pour les accidents et maladies liées au travail).
- 180 mutuelles de santé communautaires au sein des populations urbaines et rurales et notamment du secteur informel en 2009
- 4 mutuelles de sécurité sociale, organisées au niveau de chaque département du Bénin et assistées par l'Etat à travers une ligne budgétaire de 151 millions FCFA
- 6 sociétés privées d'assurance maladie commerciale couvrant environ 45,000 travailleurs, soit 270,000 bénéficiaires en total avec les ayant-droits.³

La question-clé qui demeure actuellement porte sur le schéma du RAMU. Il est acquis que le point de départ sera de construire sur l'existant. Cependant, la conception et réalisation du RAMU impliquera des réformes / modifications au sein des mécanismes existants. Un principe important est de réduire le nombre de fonds/initiative/dispositifs de financement et de créer des liens entre eux.

L'idée d'une assurance maladie universelle (RAMU) dans un pays avec la taille et la population du Bénin peut se réaliser avec efficacité dans un système qui comporte un seul fonds national qui organise la mise en commun des ressources collectées et qui assure l'achat des prestations, directement ou en procédant à une délégation de tâches à d'autres organes.

Une agence nationale pour le RAMU, appelée ANAM, gère les fonds et l'agence ne serait pas une structure de coordination seulement, mais plutôt un dispositif assurantiel qui réaliserait les trois fonctions principales de financement, qui sont la collecte des ressources, la mise en commun et l'achat des services, ceci en lieu et place d'une autre logique et structure qui séparerait inutilement les fonctions et générerait encore une fois des coûts administratifs. Il est aussi proposé de créer des structures décentralisées de l'ANAM qui correspondraient aux agences départementales de l'assurance maladie (ADAM).

³ Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin , Dr. Barthélémy SEMEGAN et autres, OMS Décembre 2010, page v

L'alternative à l'option ci-dessus indiquée serait un système, avec plusieurs fonds, qui nécessiterait un mécanisme de péréquation des risques qui implique tout d'abord des coûts administratifs très élevés, sans qu'il y ait l'avantage d'une compétition entre les différents dispositifs. L'établissement de critères et le fonctionnement d'un mécanisme aussi complexe constituent un défi technique avec tous les risques qu'il présente des lacunes, et que les fonctions de péréquation des risques et de redistribution pour garantir un financement et un accès équitables ne soient pas réalisées de manière optimale.

Le tableau suivant donne un aperçu sur la situation du financement de la santé au Bénin.

Tableau 1: Dépenses sanitaires publiques du Bénin pour l'année 2013

Population totale	10 008 749
Produit intérieur brut/tête (PIB) p.c.	\$ US 805
Dépenses totales en santé/tête (DTS) p.c.	\$ US 33
Dépenses totales en santé (DTS) en % du PIB	4.8%
Dépenses des administrations publiques en santé (DGS) en % des DTS	51,5%
Régimes de sécurité sociale en % des DGS	0.5%
Dépenses du secteur privé en santé (DPvS) en % des DTS	10.08%
DGS en % des dépenses des administrations publiques	10.29%
Ressources externes consacrées à la santé en % des DTS	31.97%
Versements directs en % des DPvS	94.8%

Source: Auteurs sur la base de l'annuaire statistique du Bénin 2013 du RGPH4 et des données de la Banque mondiale

Selon les estimations, de différents organes de statistique, recensées en 2013, la somme des dépenses des administrations publiques en santé et des dépenses privées de santé a presque doublé de 2003 à ce jour en passant de 95,76 milliards en 2003 à 184.24 milliards de FCFA en 2013, soit environ de 21,48 \$ à 33 \$ par habitant avec une croissance de 51%. Ceci qui correspond à un passage de 5 % à 5,6 % du PIB respectivement à la même période.

Au regard des statistiques de 2013, c'est l'Etat (51.5%) qui constituait la source principale de financement du secteur de la santé. Cependant, si en termes absolus l'Etat a fourni des efforts de 2003 à 2013 en allouant plus de ressources publiques à la santé, au regard de son budget général, la part de ce secteur a régressée, allant de 12,13% à 10,29% de 2006 à

2013, demeurant ainsi en deçà du seuil des 15% préconisés par les Chefs de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2000 (Kirigia et al. 2006).

L'aide extérieure a pour sa part été marquée par une augmentation à hauteur de 40% de 2005 (21,9%) à 2012 (35,28%) où l'enveloppe globale a atteint 26,846 milliards de F CFA, traduisant cependant une dépendance de l'état béninois par rapport aux ressources externes. Les dépenses privées de santé quant à elles, sont restées stables depuis 2003 où elles constituent la dernière source de financement de la santé et ont atteint 10,08% des dépenses totales de santé en 2013. Les paiements directs des ménages représentent environ 94,8% de ces dépenses privées depuis 2012 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques selon l'annuaire statistique (2013) de la même année.

Ces ratios nous renseignent sur le faible taux de pénétration des mécanismes de couverture du risque maladie dans ce pays où la pauvreté constitue une préoccupation majeure. Il est à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" et que le poids financier de la maladie risque ainsi de favoriser l'appauvrissement des ménages.

Au regard de cette situation, l'on comprend aisément qu'une des problématiques majeures du système de santé du Bénin est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé avec pour conséquence une faible utilisation des services de santé. Du chemin reste donc à parcourir pour atteindre les objectifs mondiaux de développement et, au-delà, pour amener la population à un état de santé optimal.

Selon une étude menée dans la sous-région, le mode de paiement des cotisations est variable en fonction de l'assurance. Il peut être mensuel, trimestriel ou annuel. Les cotisations des mutuelles d'assurance communautaires des zones rurales sont collectées après la commercialisation des cultures de rente. Le montant moyen de la prime individuelle mensuelle, est de 336 FCFA, soit un total annuel de 20 160 FCFA pour un ménage moyen de 5 personnes avec des écarts allant de 100 FCFA à plus de 2000 FCFA. Ce qui supposerait alors des revenus annuels variant entre 672 000 FCFA et 1 008 000 FCFA. Les fonds collectés sont gérés de la manière suivante : 20% des cotisations pour le fonctionnement, 70% des cotisations pour la prise en charge et 10% des cotisations pour les réserves. L'adhésion familiale est le mode le plus répandu et le tiers payant (88%) représente le mode de prise en charge par excellence. La moyenne des bénéficiaires varie entre 746 pour les mutuelles gérées par des bénévoles et 7783 pour des mutuelles gérées

par du personnel salarié. La prise en charge comprend les consultations, les examens médicaux, les hospitalisations, les chirurgies, les accouchements et la radiologie. Toutefois, les mutualistes paient un ticket modérateur de 25% pour les soins ambulatoires et 50% pour la chirurgie dans certaines mutuelles. La demande de couverture des pathologies chroniques (notamment le VIH/Sida) qui ne sont généralement pas prises en charge s'est accrue. Malheureusement, la faiblesse des moyens mobilisés par lesdites mutuelles ne permet pas de satisfaire ce besoin. Il faut noter que le gouvernement camerounais a rendu gratuit le traitement par les AntiRetroViraux (ARV) en mai 2007. Dans certaines mutuelles, les personnes vivant avec le VIH/Sida sont couvertes à 100% (des MAS de Sa'a, Tiko, Manjo, Kumbo et Wum, par exemple) (GTZ, 2008).

Les promoteurs les plus actifs sont les coopérations bilatérales (30%) et les organisations non gouvernementales (17%). Le Cameroun dispose pour l'instant de 9 structures (bureaux d'étude et ONG) qui appuient le développement des mutuelles. Le Ministère de la santé Publique à travers les formations sanitaires qui mettent gracieusement des locaux à la disposition des mutuelles et offrent les prestations suivant les conventions signées (prise en charge, conseil, etc.). Toutefois, les mutuelles rencontrent certaines difficultés dans leur fonctionnement à savoir : les difficultés de couverture des charges de fonctionnement ; les difficultés de mener une sensibilisation et de faire la coordination à cause du manque des moyens de déplacement et autres frais de motivation ; la rupture de stocks de médicaments génériques dans les pharmacies des formations sanitaires, qui ne permet pas aux mutualistes de profiter pleinement de leur adhésion ; la difficulté pour certains adhérents d'être à jour du paiement de leur cotisation soit du fait de l'absence de culture de mutualiste ou par simple négligence, etc. (Jean Colbert et al., 2004).

CHAPITRE II : ANALYSE EMPIRIQUE DU LIEN ENTRE DEMANDE DE SOINS DE SANTE ET L'ADHESION A UNE ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE

Section 1 : PREPARATION DE L'ETUDE

Paragraphe 1 : L'enquête auprès des ménages

1-1 Données

Les données ayant servi de base à notre étude sont issues d'une enquête réalisée par nous-même d'Août à Octobre 2016 sur la base de deux types de questionnaires : l'une auprès des ménages dans la ville de Cotonou au niveau des Zones sanitaires de composée des 13 arrondissements de la ville de Cotonou et couvrant une population de 679 012 en 2013 et l'autre à l'aide un formulaire en ligne soumis aux béninois de l'extérieur ayant des parents à charge dans la ville de Cotonou.

Le dernier choix est plus motivé par le fait que ceux qui sont à l'extérieur sont plus informés et intéressés par une assurance maladie d'autant plus qu'ils sont obligatoirement assurés.

La zone du littoral a été choisie pour plusieurs raisons :

- La somme des adhérents au RAMU dans ce département représente la majorité des assurés couverts par le RAMU au niveau national (ANAM 2013) dans sa phase pilote.
- De plus le Littoral est le département dans lequel on vit et donc son étude minimisera les couts quant à l'enquête et les populations de cette zone présentent le plus fort taux d'utilisation des biens et services de santé (Voir graphe de l'évolution des taux de fréquentation des services de soin dans le littoral et le Bénin de 2008 à 2013).

Les individus questionnés sont des hommes et des femmes âgés respectivement de 18 à 70 ans et de 20 à 70 ans. Toutes les femmes éligibles ont été enquêtées dans les 302 ménages sélectionnés et c'est dans un ménage sur trois que tous les hommes éligibles ont été enquêtés. Ces questionnaires ont permis de recueillir des données sur l'utilisation des services de santé, sur l'assurance maladie et sur les caractéristiques sociodémographiques des ménages. Au total, 302 ménages ont été enquêtés pour 1489 membres de ménages. Précisons que notre unité d'analyse est le ménage.

La variable dépendante de notre modèle est l'utilisation des services de santé et les variables potentiellement endogènes sont les assurances maladie. Selon Andersen et Newman (2005), les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé peuvent être regroupés en trois catégories à savoir les facteurs de prédisposition, les facteurs favorables et les facteurs indiquant le niveau de la maladie. Ainsi, suivant ces auteurs les variables indépendantes de notre étude sont regroupées comme suit.

Les variables de prédisposition : le niveau d'éducation du répondant, l'âge, le sexe, la religion et l'ethnie, la taille du ménage, le nombre de personnes à charge, le milieu de résidence, le milieu de résidence d'origine.

Les variables favorables : le revenu du ménage, la couverture en assurance maladie, la distance parcourue avant d'atteindre l'établissement de santé le plus proche, la région et le milieu de résidence.

Les variables du niveau de la maladie mesurées par la morbidité et les symptômes de la maladie : cardio-vasculaire, paludisme, pulmonaires, digestives, présence de malades chroniques dans le ménage.

Nous évaluons également le consentement du chef de ménage à payer pour une assurance maladie publique.

Les symboles et les définitions des différentes variables utilisées sont présentées à l'annexe1 du document.

1-2 Méthodologies d'échantillonnage

1-2-1 Base de sondage

La base de sondage disponible est constituée des Zones sanitaires du Bénin. Selon le Ministère de la santé Zone sanitaire est définie comme une portion de territoire renfermant jusqu'à 300.000 habitants. Une zone sanitaire devra être couverte par la même équipe pour assurer le respect du principe de la séquence des codes ménages. Ainsi, les 4 zones sanitaires du département du littoral ont été choisies comme unité d'échantillonnage. Les unités statistiques enquêtées sont les ménages et les individus malades ou pas présents dans ces ménages au cours de la période de référence qui est de 15 jours avant le passage de l'agent enquêteur ceci pour éviter les biais de mémorisation. Ces zones sanitaires qui

représentent elles-mêmes une stratification en 13 arrondissements se présentent donc comme des grappes d'unités statistiques.

1-2-2 Taille de l'échantillon

Les contraintes pour choisir la taille de l'échantillon sont aussi bien liées au niveau des analyses attendues qu'à la précision et à l'obtention de résultats efficaces. On procède à un tirage aléatoire de l'échantillon à deux degrés. On tire au premier degré les zones sanitaires considérées comme étant les plus représentatives parmi celles issues de la carte sanitaire du Bénin de 2015, au deuxième degré, on tire les ménages à enquêter.

- Tirage de la zone sanitaire

Le mode de tirage utilisé est celui d'un tirage aléatoire simple par milieu de résidence et à probabilités inégales. On a donc appliqué un tirage des zones sanitaires proportionnellement à leur poids et à leur composition socio-économique. Le poids de chaque zone étant calculé à partir des éléments ci-après: le nombre d'assurés sous le régime du RAMU et l'effectif de la population et la composition socio-économique définie par : le milieu de vie précédant l'installation à Cotonou, variabilité ethnique, le revenu mensuel moyen. Après des simulations c'est-à-dire en appliquant le principe de la variance minimale, nous avons obtenu le département du Littoral.

- Tirage du nombre de ménages à enquêter

En considérant que les données de la zone d'étude ont révélé un taux d'utilisation des biens et services de santé de 76.69% (ANNUAIRE SANITAIRE, 2013), nous pourrions calculer la taille de l'échantillon comme suit (formule de SWARZ):

$$n = \frac{z^2 * p * q}{d^2}$$

Où p est la proportion des assurés supposés demander les soins de santé ;

$$q=1-p$$

z^2 l'écart qui correspond à un degré de confiance de 95% ;

d^2 la précision (5%).

D'où $n= 274$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.7669 * 0.2331}{0.05^2}$$

Ainsi n=274 ménages mais pour compenser en cas de non réponse, nous ajoutons une marge de 10% pour obtenir une taille approximative n=302 ménages.

Tous les arrondissements du Littoral ont été pris en compte de manière équiprobable suivant le plan d'échantillonnage (voir Tableau 0 Annexe)

Concernant les 25 répondants de l'extérieur, ils ont été sélectionnés au hasard.

1-3 Méthodes de collecte des données

La collecte des données dans ce département s'est basée sur une méthode de calibrage du questionnaire articulée autour des axes suivants : concevoir un mode de description de l'assurance maladie publique permettant d'être compris et perçu par les enquêtés, recueillir des renseignements sur les pratiques en matière de recours aux soins, conception et pré-tests des questionnaires, élaboration et mise en œuvre des questionnaires finaux.

Le pré-test est parti d'une première version du questionnaire administrée à treize (13) chefs de ménage. Ce pré-test a permis d'apporter des corrections pour obtenir la version finale du questionnaire.

Les données ont été recueillies à l'aide de deux types de questionnaire structurés avec des questions fermées du type « bidding game » et de questions ouvertes administré directement aux chefs de ménage ou tout autre répondant adulte pour chaque ménage et pour les individus constituant le ménage.

Pour chaque ménage, premièrement, on a recueilli des informations générales sur le répondant (âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'étude, religion, secteur professionnel, ethnie, nationalité, groupe socio-économique).

La seconde section (titrée état de santé et demande de soins) est relative à la composition des membres du ménage (nombre de personnes dans le vivant habituellement dans le ménage, nombre de personnes à charge). De plus on a recueilli sur l'état de santé du ménage, la morbidité, la fréquence de maladie, la demande de soins par les ménages en cas de maladie, les préférences en matière de traitement et les dépenses de soins. Tout d'abord, on a cherché les informations sur le risque sanitaire des membres du ménage à travers quatre grands groupes de maladies (les maladies cardio-vasculaires, le paludisme

ou la fièvre, les maladies respiratoires et les maladies digestives), les plus récurrentes dans la zone d'étude d'après l'annuaire sanitaire de 2013. Ainsi, pour chaque épisode qui a été recensé dans le ménage, on a recueilli les informations concernant la maladie (type de maladie, nombre de personnes ayant été malades, fréquence de la maladie). Une question porte à cette étape sur le revenu mensuel du répondant pour évaluer sa capacité à acheter des biens et services de santé et aussi pour vérifier ses réponses à la question des dépenses sanitaires. Ensuite sur le recours aux soins (si le malade a fait recours à des soins de santé, si le malade a été consulté ou pas par un service formel de santé, si oui le genre de centre de soin, le motif de la consultation, sinon les obstacles l'ayant empêché de faire recours aux services formels de soin). Une question porte sur les dépenses de soins (Produits médicaux, Services médicaux, paramédicaux et hospitalisation), une autre sur le genre de soin auquel les populations ont le reflet immédiat de faire recours (hôpitaux publics, privés, tradipraticiens, automédication moderne, automédication traditionnelle, médecins privés) mais aussi leur dernier recours lorsque le recours immédiat ne conduit pas à une guérison. De plus notre questionnaire a procédé à un rappel sur les méfaits de l'automédication par le biais de questions fermées (oui ou non) et d'une question portant sur les précautions prises en cas de pratique de l'automédication sous toutes ses formes.

La troisième section traite du recours à l'assurance maladie. Ici on a recherché les informations sur le consentement des répondants à adhérer à une assurance maladie privée dont une approche définitionnelle a été faite, des informations sur le consentement à payer (montant minimum, montant maximum, modalités de paiement prévues), sur l'affiliation préalable du ménage à une autre structure d'assurance (RAMU, mutuelle, privée commerciale ou autre. Dans le cas où le ménage n'est pas assuré, on a cherché à connaître les raisons de la non-adhésion à une structure d'assurance.

Une partie de cette section traite de la prise en charge du ménage par la structure d'assurance maladie au cas où il est affilié. Ici, on a recueilli les informations sur la prise en charge : l'appréciation donnée aux soins donnés et à leur coût comparativement au moment où ils n'étaient pas affiliés (meilleur, pareil, mauvais), les propositions qu'ils font à l'endroit de leur structure d'assurance pour avoir une meilleure satisfaction, le pourcentage des frais sanitaires couverts par la structure en cas de maladie. Lorsque le ménage n'est pas affilié préalablement, des informations sont recueillies sur les propositions qu'ils pourraient faire à l'endroit d'une assurance maladie publique à laquelle

ils n'hésiteront pas à adhérer (sur le plan de son organisation, de sa mise en œuvre, de son suivi et de son contrôle).

Paragraphe 2 : Méthodologie

Les méthodes d'analyse ont porté sur une analyse descriptive et qui a été complétée par une analyse économétrique binomiale par rapport au choix de souscrire à une assurance publique pour pouvoir expliquer la demande. La décision du ménage de faire recours à des soins va dépendre d'un certain nombre de facteurs à mettre en relief en vue de saisir leurs influences sur la probabilité qu'ils ont à effectuer cette demande

Ce modèle est dérivé des méthodologies adoptées dans la littérature pour estimer l'impact de l'assurance maladie sur le recours aux soins de santé et d'autre part, de la spécification et de la stratégie d'estimation du modèle économétrique adoptées dans le cadre de notre étude. .

Le modèle économétrique issu des études précédentes ayant traité du sujet

Il serait impossible de faire une synthèse objective des multiples méthodologies utilisées dans les travaux consacrés à cette épineuse question tant les résultats paraissent contradictoires, hétérogènes ou non significatifs. Cela tient à l'impossibilité pratique de se trouver « toutes choses étant égales par ailleurs ». Les facteurs intervenant sont souvent auto-corrélés : par exemple, l'éducation, le revenu, le niveau d'assurance et le choix des soins. Légal (2008) et Albouy et Crépon (2007) fournissent une synthèse complète de ces travaux et des difficultés méthodologiques de mesure.

Notre méthode de résolution des problèmes empiriques consiste à inclure une variable indiquant si l'individu a adhéré à une mutuelle ou non, en raison des problèmes d'endogénéité et d'hétérogénéité inobservée. Ainsi, afin de tenir compte de la simultanéité des décisions d'adhésion et de demande des services de santé, on propose d'estimer un système d'équations simultanées qui modélise conjointement les probabilités d'adhérer à une MAS et leur influence sur la demande de soins mesurée par la consommation de soins des ménages. En outre, si de fortes capacités inobservées jouent à la fois sur les consommations de soins et l'adhésion à la mutuelle, on peut observer des niveaux de

consommation de soins plus élevés pour les mutualistes, même si le statut de mutualiste n'a pas d'impact réel sur sa demande de soins. Par conséquent, afin de ne pas associer à la demande d'assurance une influence causale sur la consommation de soins, qui ne serait que le reflet des caractéristiques inobservables, on suppose que les termes d'erreurs de notre système d'équations simultanées peuvent être corrélés entre eux : la spécification suivante que nous proposons permet ainsi d'obtenir des résultats robustes, même si des caractéristiques individuelles omises influencent à la fois l'accès à la mutuelle de santé et les consommations de soins.

Soit C_i la consommation médicale, A_i une variable dichotomique exprimant le consentement d'adhésion à une assurance maladie publique ou pas de l'individu i , X_i et Z_i des ensembles respectifs de variables socio-économiques et démographiques. Le modèle statistique s'écrit:

$$\begin{cases} A_i = \delta Z_i + \mu_i & (1) \\ C_i = \alpha X_i + \beta A_i + \varepsilon_i & (2) \end{cases}$$

Avec $\begin{cases} A_i = 1 \text{ si } A_i^* > 0 \\ A_i = 0 \text{ sinon} \end{cases}$ et $\begin{cases} C_i = 1 \text{ si } C_i^* > 0 \\ C_i = 0 \text{ sinon} \end{cases}$

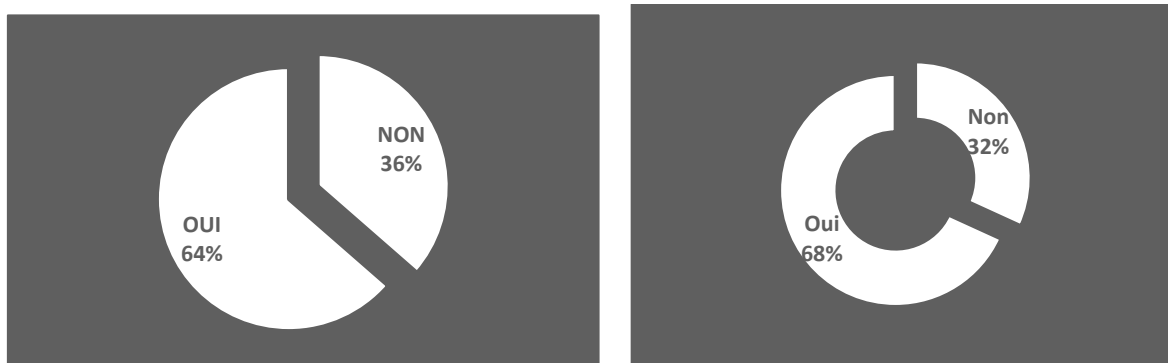
Selon le système, il y a endogénéité ou biais de sélection s'il y a corrélation entre A_i et μ_i . Cela signifie que les facteurs non observables qui influencent la variable assurance maladie, influencent également l'utilisation des services de santé. Les termes d'erreur μ_i et ε_i sont supposés suivre une distribution normale bivariée.

Section 2 : ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNEES

A cette étape de notre étude, nous avons fait une analyse descriptive des données issues de notre enquête.

Selon le tableau 1 en annexe, 53.97% des enquêtés ayant un bon état de santé ou un état de santé moyen sont tombés malades les 2 semaines avant le passage des enquêteurs mais seulement 17,33% d'entre eux ont fait recours à des soins curatifs soit 32.12% de ceux qui sont tombés malade. L'on peut également constater que pour les recours aux soins curatifs formels, la majeure partie de ces malades (39.40%) ne se sont pas rapproché des professionnels de santé et 13 personnes sur 100 se font soigner par des professionnels en cas de maladie. Il n'est pas sans noter que des individus font aussi recours à des soins préventifs de maladie et ceux-là ne représentent que 0.66% de nos enquêtés

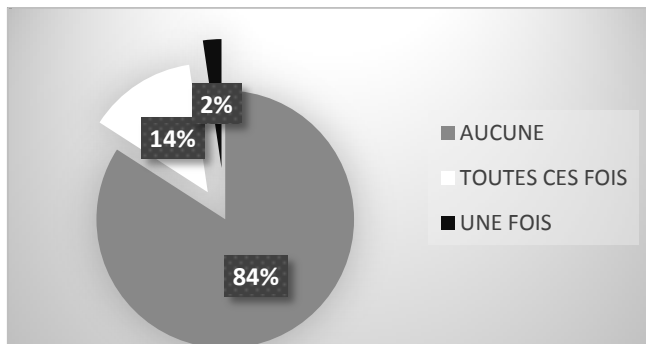
Graphe 1: Réponses à la question « Etes-vous tombé malade ? » et « les membres de votre ménage sont-ils tombés malades ? »



Source : Auteurs

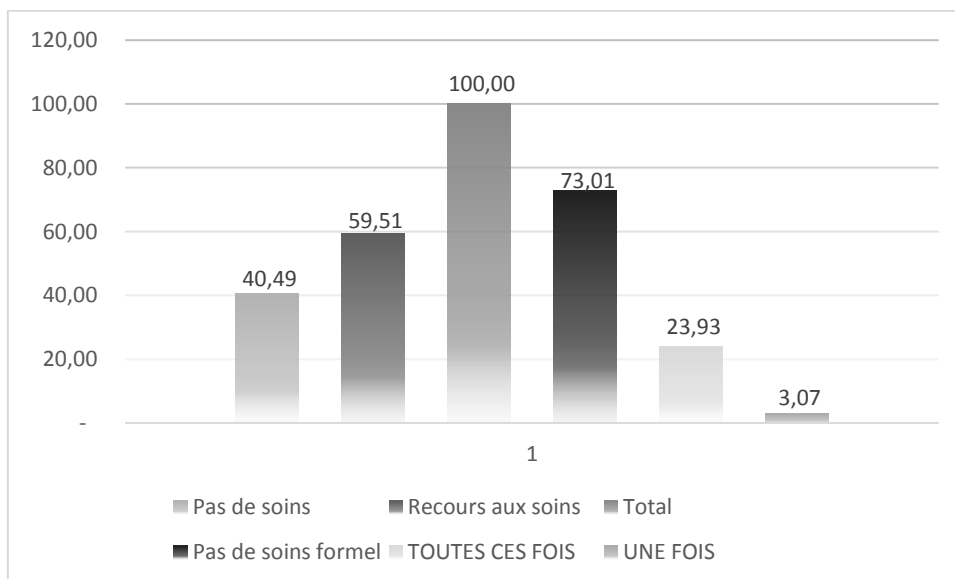
Les graphes ci-dessus montrent les tendances générales des personnes tombées malades les deux semaines précédant l'enquête respectivement au niveau de la population résidente et des parents des béninois non-résidents. Ils révèlent que 64% et 68% respectivement de ces populations ont eu une affection dans la période visée. Cela conforte la position selon laquelle les populations ont un besoin de soins mais le graphe suivant montre que dans tous les cas, seul 14% font recours aux soins toutes les fois qu'ils sont souffrants et donc même si le besoin est là, la demande ne reflète pas le besoin réel des populations étant donné que le graphe 2 montre que 84 % des malades n'ont pas fait recours aux soins formels de santé.

Graphe 2: Fréquence de recours aux soins formels de santé des malades



Source : Auteurs

Graphe 3 : Graphe croisé de l'état de santé et fréquence de recours aux soins formels par les malades



Source : Auteurs

De la lecture croisée de ces graphes, il ressort que les 15 jours avant la visite des enquêteurs, 53,97% des membres de tous les ménages visités (le répondant y compris) sont tombés malades. En ce qui concerne le recours aux soins en vue de traitement, 73.01% des répondants malades affirment ne pas avoir fait recours à des soins de santé formels, 23.93% y vont toutes les fois qu'ils sont malades car ils estiment que les soins de santé sont indispensables à la vie et 3 sur 100 n'y vont qu'une seule fois pour une séquence de maladie. Ainsi, la majorité des malades de notre échantillon ne font pas recours aux soins formels de santé en cas de maladie.

Paragraphe 1 : Caractéristiques de la population des béninois résidents

D'après le tableau croisé entre la variable (recours aux soins formels et le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'étude, la religion, le secteur d'activité, la langue d'interview, le nombre d'années de résidence à Cotonou et la tranche salarial en annexe, il ressort que plus de 60% des ménages ne font pas recours la plupart du temps aux services formels de santé pour se faire soigner. Ils préfèrent les solutions connexes. La population prise en compte est celle qui déclare vouloir faire recours aux soins de santé chaque fois qu'elle sent une affection ceci dans le but de limiter le biais de sélection adverse quant à l'adhésion à une assurance maladie.

La répartition des chefs de ménages par sexe montre que 77,94% des femmes et 89,16% des hommes ne font pas recours aux hôpitaux chaque fois qu'ils sont malades. Au même moment, seulement 17,65% et 10.24% respectivement d'hommes et de femmes y font recours toutes les fois qu'ils sont souffrants contre 4.41% et 0.60% respectivement qui n'y vont qu'une fois en passant.

Entre 20 ans et 33 ans, l'on note une forte fluctuation dans la tendance de demande de soins. En effet, le taux varie entre 92.50% et 81.84% pour ceux qui ne font pas recours aux soins de santé. Les fluctuations s'enregistrent à tous les âges mais avec la plus faible tendance à ne pas demander de soin (67.65%) entre 48 ans et 61 ans et la plus la plus forte (92.50%) entre 30 et 33 ans. Toutefois, entre 34 et 47 ans, les individus font un peu plus recours aux services de santé à un pourcentage qui varie entre 2.27 et 13.64% pour une visite à l'hôpital par séquence de maladie et 13.64 et 15.91% d'entre les individus ayant respectivement entre 42 et 47 ans puis 34 et 41 ans font recours aux soins formels de santé toutes les fois qu'ils sont souffrants. Ce qui prouve que la demande de soins de santé est plus forte à certaines périodes de la vie qu'à d'autres.

De même, un regard sur la demande de soins en fonction du niveau d'étude montre que les chefs de ménage n'ayant pas le niveau d'étude supérieur ont la même tendance à ne pas faire recours aux hôpitaux chaque fois qu'ils tombent malades. Les pourcentages de ces derniers varient entre de 80 et 81.82%. Par contre, cette même analyse nous montre qu'au fur et à mesure que le niveau d'étude de l'enquêté augmente, ce dernier fait de moins en moins recours aux soins de santé formel. Le fort taux tort (20.00%) est constaté au niveau des illettrés et le faible taux (11.49%) au niveau des personnes ayant un niveau d'étude supérieur.

On note par ailleurs que le faible pourcentage de ceux qui ne font pas recours aux services formels de santé est constaté au niveau de ceux qui n'ont aucune appartenance religieuse et le fort pourcentage au niveau de ceux qui font partie de la religion traditionnellement. Ces pourcentages sont respectivement 50.00% et 87.50%. Les chrétiens et les musulmans ont sensiblement la même aptitude à faire recours aux soins de santé formels (respectivement 84.26 et 85.00%). Par ricochet, nous pouvons affirmer que les personnes qui font plus (50.00%) recours aux services formels de santé chaque fois qu'ils tombent malade sont ceux qui n'ont aucune appartenance religieuse et ceux qui y font moins (6.25%) recours appartiennent à la religion traditionnelle.

La situation professionnelle et le secteur d'activité de nos enquêtés ont une influence sur leur recours aux services formels de santé. A cet effet, nous constatons que les plus grands pourcentages de ceux qui ne font pas recours aux services formels de santé chez les chômeurs (100.00%) et les retraités (94.44%) et les plus petits chez les fonctionnaires (77.08%) et les travailleurs du privé formel (79.27%). 86.49% de ceux qui travaillent dans l'informel ne font pas recours aux services formels de soins. Par ailleurs, l'analyse des pourcentages de ceux qui font régulièrement recours aux services formels de santé nous donne des résultats contraires aux précédents. Nous pouvons donc conclure que, plus la situation professionnelle de l'individu s'améliore, plus il fait recours aux services formels de santé. Il en est de même si le secteur de son activité évolue de l'informel au formel.

L'analyse de ce tableau nous permet d'affirmer que nous assistons à une augmentation des pourcentages de personnes ne faisant pas recours au service formel de santé résidant à Cotonou depuis une période moins de 22 ans. Ces pourcentages varient de 84.91 à 90.57%. Mais à partir de 22 ans de résidence à Cotonou, nous constatons une diminution d personnes qui ne font pas recours aux services formels de santé. Les pourcentages varient

de 90.57% à 12 ans à 65.22% à 59 ans. De 1 an à 22 ans, ces personnes font de moins en moins recours aux services formels de santé toutes ces fois qu'ils tombent malades (de 15.09% à 7.55% personnes y font recours). Mais à partir de 22 ans, ces personnes y font de plus en plus recours. Ces pourcentages varient de 7.55% à 21.74%.

Après analyse de ce tableau, il a été conclu que la durée de résidence des individus à Cotonou a quelque peu une influence sur leur comportement à faire recours aux services formels de santé.

Les personnes vivant dans un milieu rural avant Cotonou font de moins en moins recours aux services formels de santé que ceux qui vivaient dans un milieu urbain avant Cotonou. Les pourcentages de ceux qui ne font pas recours aux soins de santé formels sont respectivement de 85.04% et 83.43% et ceux qui y font recours à chaque épisode de maladie sont respectivement de 11.81% et 14.86%. La zone de résidence avant Cotonou a donc une influence sur l'altitude à faire recours aux services formels de santé.

D'un autre côté, il a été constaté que les personnes ayant un revenu égal à zéro ou inférieur à 20000 FCFA ne font pas à 100% recours aux services formels de santé et ceux ayant un revenu supérieur à 20000 FCFA n'y font pas recours à des pourcentages oscillant autour de 85%. La fluctuation des pourcentages de ceux qui ont un revenu supérieur à 20.000 FCFA et qui font recours aux services formels de santé est moins significative.

Concernant le type de recours aux soins des malades dans les ménages, le graphique 1 ci-dessous laisse présager que le recours aux formations modernes.

Tableau 2: Tableau croisé du consentement à adhérer à une assurance publique et la possibilité que cela accroisse la demande de soins

		UNE PRISE EN CHARGE VOUS ENCOURÂGERAIT-ELLE?		Total
		NON	OUI	
AIMERIEZ-VOUS UNE ASSURANCE PUBLIQUE?	NON	25,71428571	74,285714 3	100
	OUI	1,872659176	98,127340 8	100

Source : Auteurs

Il en ressort que parmi ceux qui ont accepté d'y adhérer, 98.12% pensent que cette assurance peut les encourager à faire le plus souvent recours aux soins de santé chaque fois qu'ils ont une affection sérieuse tandis que 1.87% pensent le contraire.

Tableau 3: Tableau croisé du consentement à adhérer à une assurance publique et la fréquence de recours aux soins formels.

		RECOURS A L'HOPITAL			
		AUCUNE	TOUTES CES FOIS	UNE FOIS	Total
AIMERIEZ-VOUS ADHERER A UNE ASSURANCE PUBLIQUE?	NON	80	20	0	100
	OUI	84,65	12,73	2,62	100

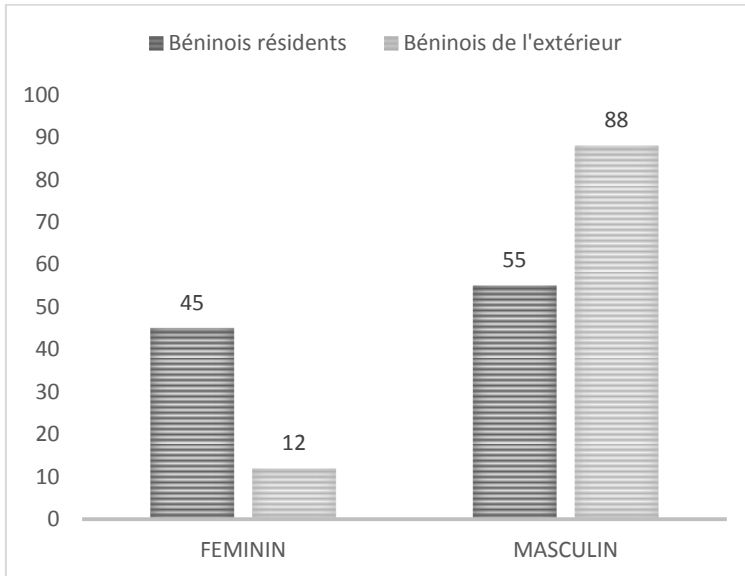
Source : Auteurs

Il ressort de ce tableau que 84.64% de ceux qui acceptent d'adhérer n'ont fait recours aux soins formels de santé aucune des fois qu'ils ont été souffrants tandis que 12.73% y ont fait recours toutes les fois qu'ils ont été malades. Par ailleurs, 80% de ceux qui refusent d'adhérer n'ont pas fait recours aux soins de santé toutes les fois qu'ils sont tombés malades pendant la période de référence de notre étude. Toutefois, 85,68% de ces individus ont déclaré qu'ils n'y sont pas allés à cause des obstacles financiers. Ce qui signifierait que bon nombre d'entre eux ferait recours aux soins de santé chaque fois qu'ils seront souffrants s'ils étaient affiliés à une assurance maladie qui les protège des risques financiers.

Paragraphe 2 : Analyse comparative des caractéristiques des répondants béninois de l'extérieur et résidents

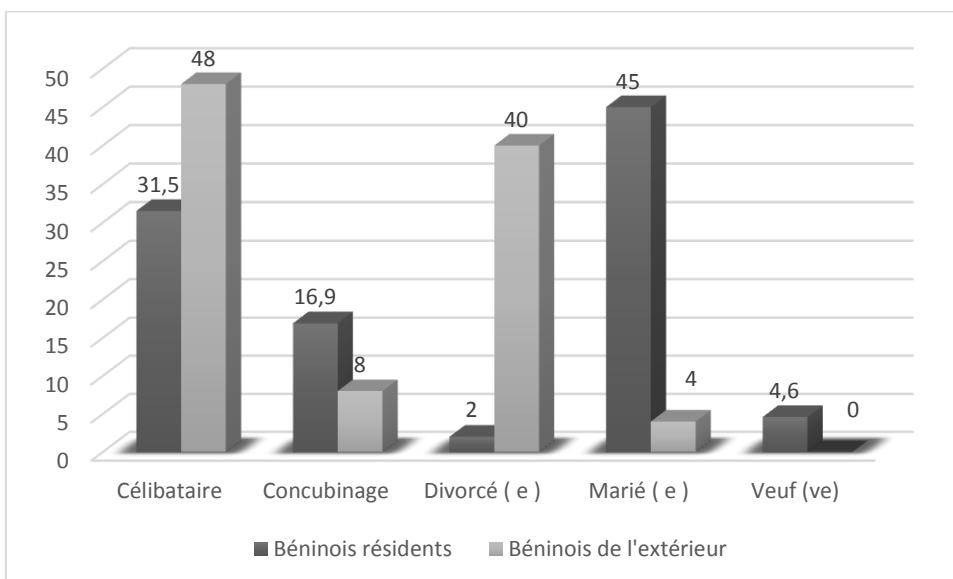
L'analyse comparative nous permettrait de limiter le risque de sélection adverse dans ces différentes populations dans le cadre de la mise en place d'une assurance maladie publique, l'idée étant que les béninois résident à l'extérieur puissent assurer les frais de santé de leurs parents à charge résidents.

Graphe 4: Sexe



Source : Auteurs

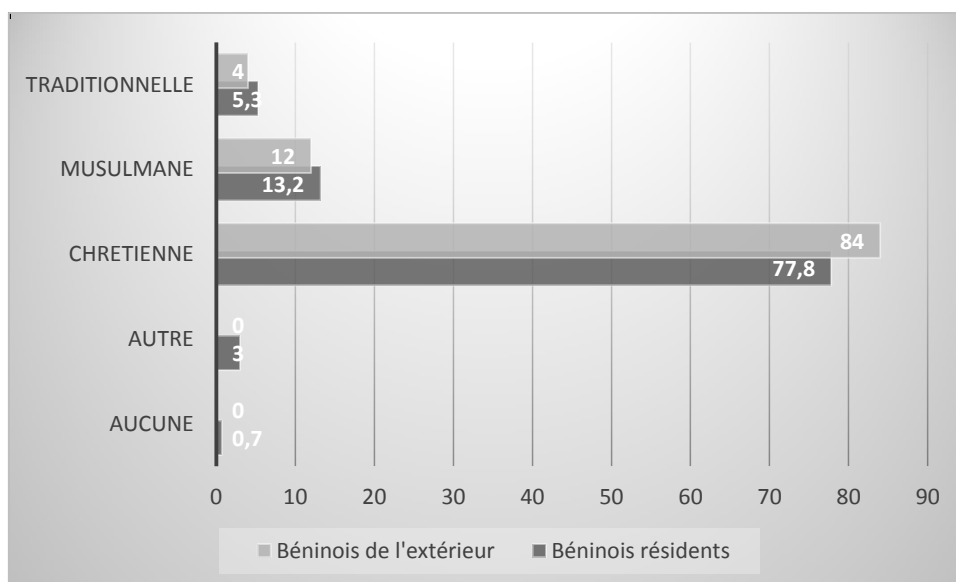
Graphe 5: Statut matrimoniale



Source : Auteurs

De ce graphe, il ressort que la majorité de la population résidente est mariée, représentant 45% de la population totale contre seulement 4% de mariés dans la population des béninois non-résidents. A l'opposé, les célibataires représentent 48% de la population non résidente contre un pourcentage de 31.5 au plan interne. Concernant la proportion des divorcés, les tendances se renversent complètement par rapport aux taux de mariés, seulement 2% des résidents sont divorcés contre 40% de ceux non-résidents. Alors ces deux populations se différencient très nettement en termes de statut matrimonial. Il est également à noter que la majorité de tous les béninois de la diaspora à l'exception des célibataires affirment avoir des parents à charge qu'ils souhaiteraient affilier.

Graphe 6: Religion

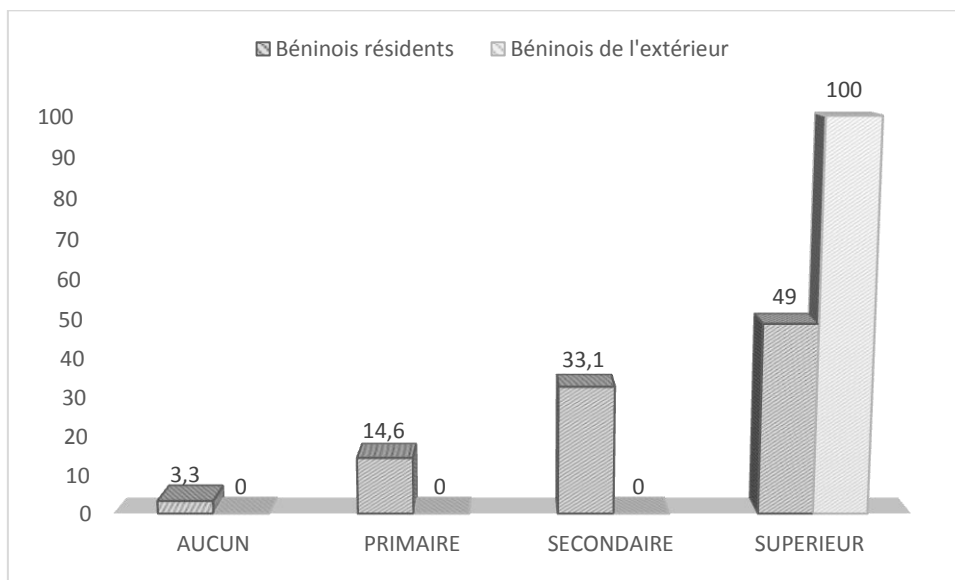


Source : Auteurs

Cependant, les deux échantillons semblent présenter les mêmes caractéristiques quant aux pratiques religieuses. En effet, les tendances s'avoisinent pour toutes les idéologies religieuses. On note un fort taux de chrétienté dans les deux populations avec respectivement 84% et 77.4% pour les non-résidents et les résidents. L'islam suit avec 12% des non-résidents et 13.2% des résidents. La population non résidente est composée de 4% de praticien des religions traditionnelles tandis que 5.1% des résidents le sont. Ceux de ces deux religions ne pratiquant aucune religion ou pratiquant des religions ou adoptant des idéologies religieuses différentes des trois premières représentent un pourcentage variant entre 0 et 1% des deux populations.

On en déduit donc que la plupart des chefs de ménage interrogés sont mariés (56,1%) et de religion Chrétienne. (30,8%).

Graphe 7 : Niveau d'étude

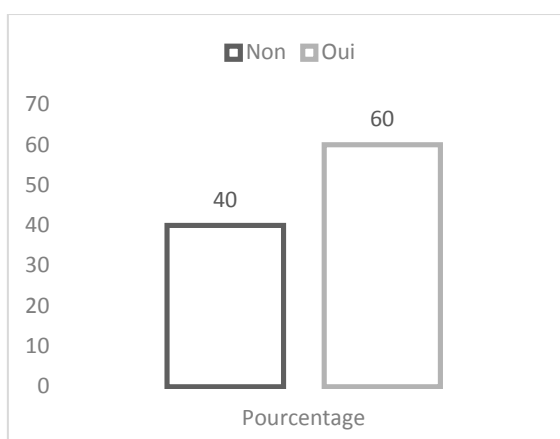


Source : Auteurs

Quatre niveaux d'étude ont été distingués : aucun, primaire, secondaire et supérieur. Le graphe ci-dessus indique que qu'aucun des résidents à l'extérieur n'a un niveau inférieur au supérieur tandis qu'au nombre des résidents, 3.3% des chefs de ménage n'ont aucun niveau d'instruction, 14,6% ont le niveau primaire, 33,1% ont le niveau secondaire et 49% ont le niveau supérieur constituant ainsi la frange la plus nombreuse.

En ce qui concerne la situation professionnelle des chefs de ménage, 84% des répondants non-résidents sont du secteur privé formel (avec plusieurs variantes) dans leur milieu de résidence contre seulement 27,3% des résidents exerçant dans le même secteur. Respectivement 16% et 15.9% sont des fonctionnaires. Il est à noter que 24.5% des résidents sont du secteur informel contre 0% des non-résidents dans ce secteur. Ce qui reflète en effet qu'il n'est pas aussi facile à l'extérieur d'intégrer un secteur dit informel. Il reste des avancées à faire donc au plan interne pour une formalisation de l'économie.

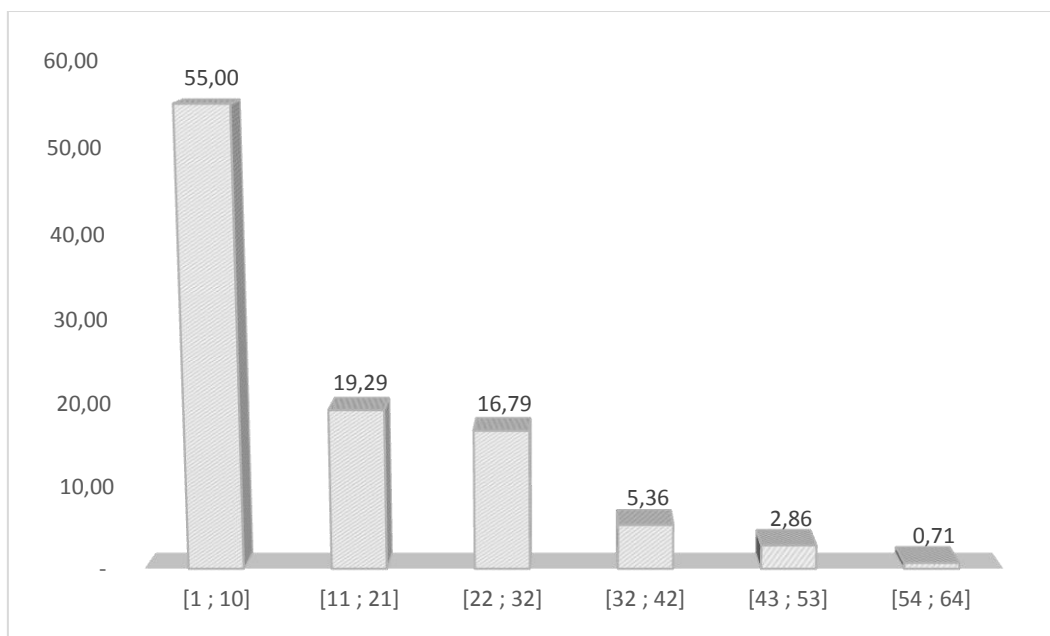
Graphe 8: Pourcentage des répondants de l'extérieur ayant des parents résidents à charge.



Source : Auteurs

Le graphe ci-dessus présente les tendances des réponses à la question posée aux béninois vivants à l'extérieur s'ils ont des parents à charge vivant au Bénin. Ce graphe montre que 3 personnes sur 5 vivants à l'extérieur ont sur le sol béninois, des parents à charge dont ils couvrent les frais médicaux.

Graphe 9 : Nombre d'années de résidence à Cotonou

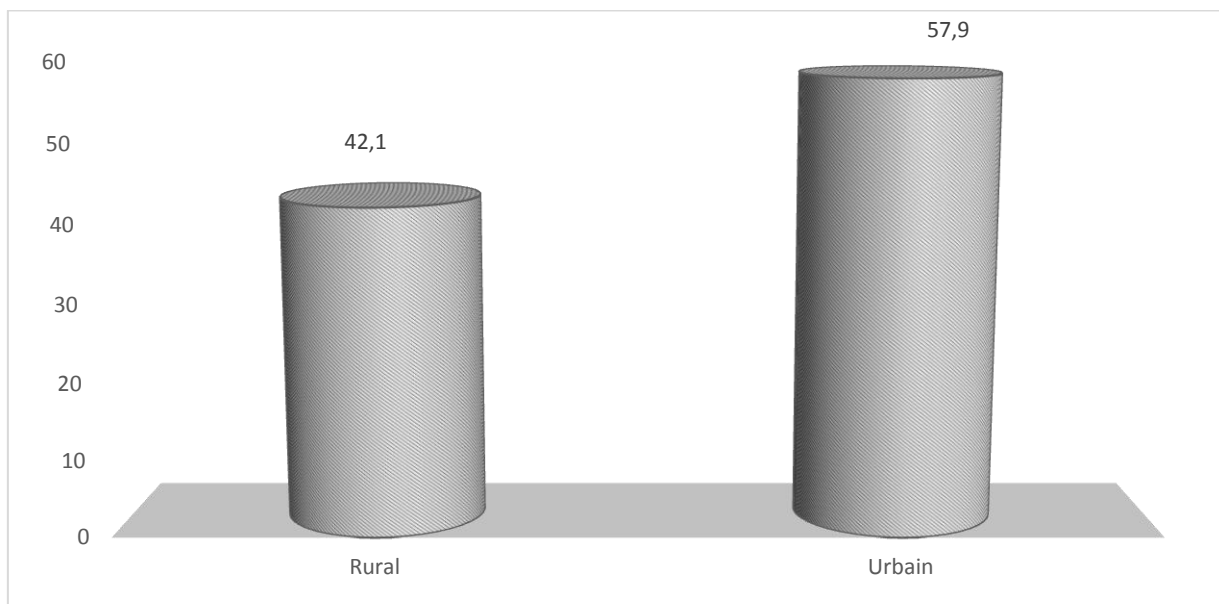


Source : Auteurs

L'analyse de ce graphe révèle que la majorité des individus vivant dans la ville de Cotonou y étaient depuis 1 à 10 années, la tendance allant de plus en plus bas si l'on augmente le nombre d'année de résidence soit 55% ont une durée de résidence comprise entre une et 10

années, 19.29% entre 11 et 21 ans de résidence, 16.79% entre 22 et 32 ans de résidence, 5.36% pour une durée de 32 à 42 ans, 2.86% entre 43 et 53 ans et enfin seulement 0.71% ont résidé à Cotonou depuis plus de 54 ans. On a été curieux de savoir où donc ils résidaient avant leur nouvelle résidence et le graphe suivant donne les tendances selon qu'ils étaient dans un milieu rural ou dans un milieu urbain.

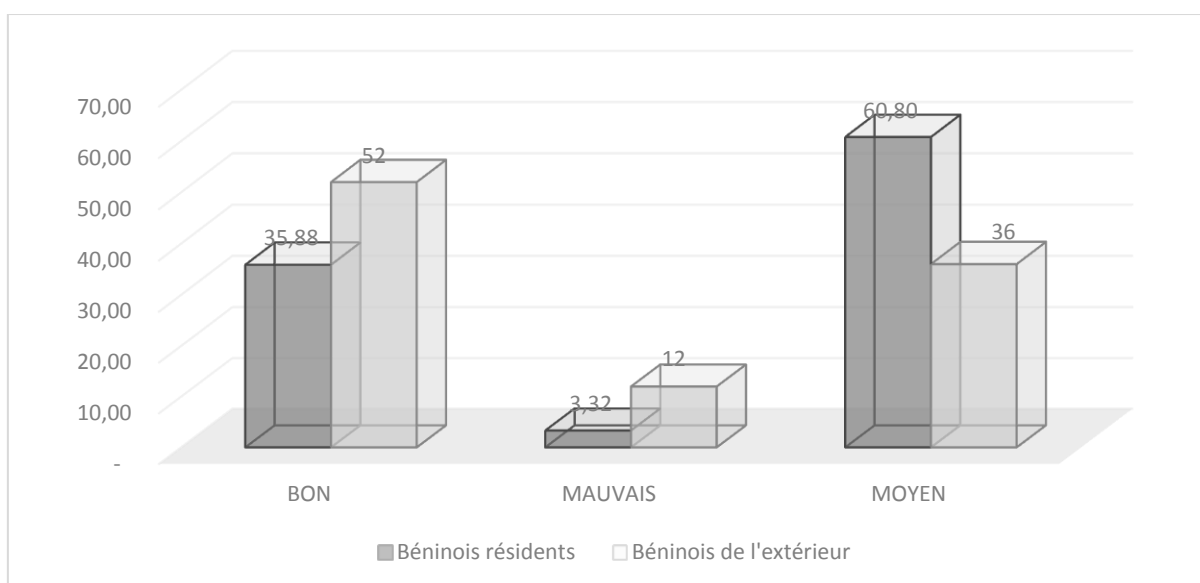
Graphe 10: Pourcentages de la réponse à la question du milieu de vie antérieur.



Source : Auteurs

Il ressort de ce graphe que la majorité (57.9%) des résidents viennent d'un milieu urbain précédemment à leur installation à Cotonou et la minorité pourtant avoisinant la moitié de cette population (42.1%) vivaient en milieu rural.

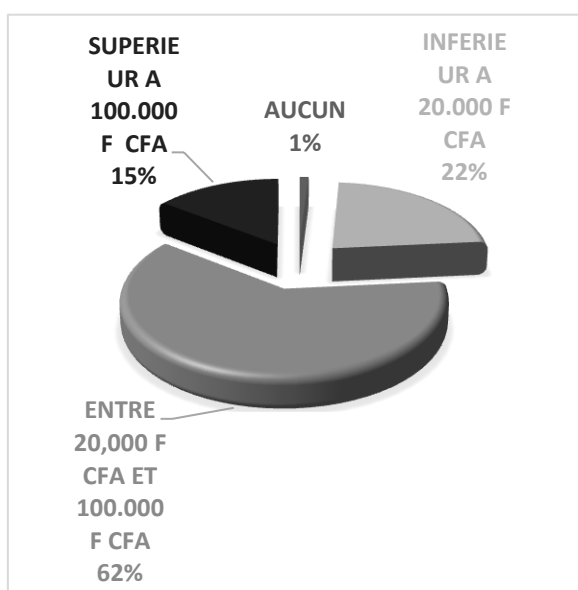
Graphe 11: Etat de santé



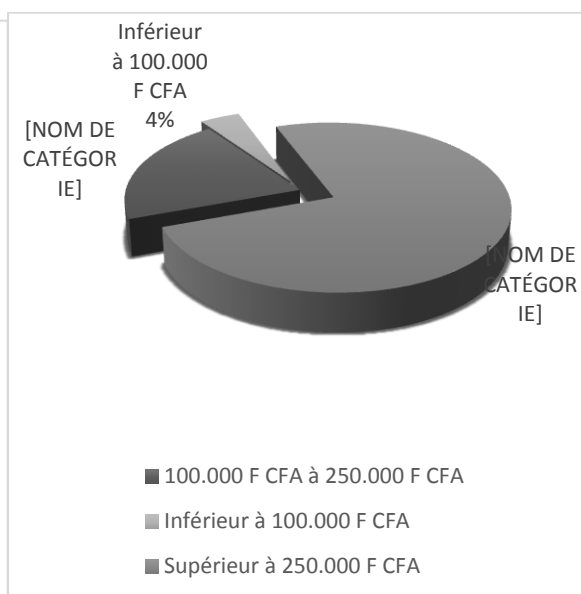
Source : Auteurs

La majorité des répondants directs donne une appréciation moyenne à leur état de santé (60.8%) alors que sur cent d'entre eux, 35 déclarent que leur état de santé est bon et seulement 3 déclarent avoir un mauvais état de santé. De l'autre côté des frontières, les béninois non-résidents apprécient l'état de santé de leurs parents résidents suivant les mêmes modalités et 52% d'entre eux estiment que leurs parents ont un bon état de santé, 12 % estiment que l'état de santé de leur parent est mauvais et 36% déclarent que l'état de santé de leur parent est moyen. Précisons que ceux qui déclarent avoir un bon état de santé ont rarement des affections primaires, ceux qui le déclarent moyen ont fréquemment des affections primaires et ceux qui le jugent mauvais souffrent d'une affection chronique.

Graphe 12: Revenu mensuel Résidents



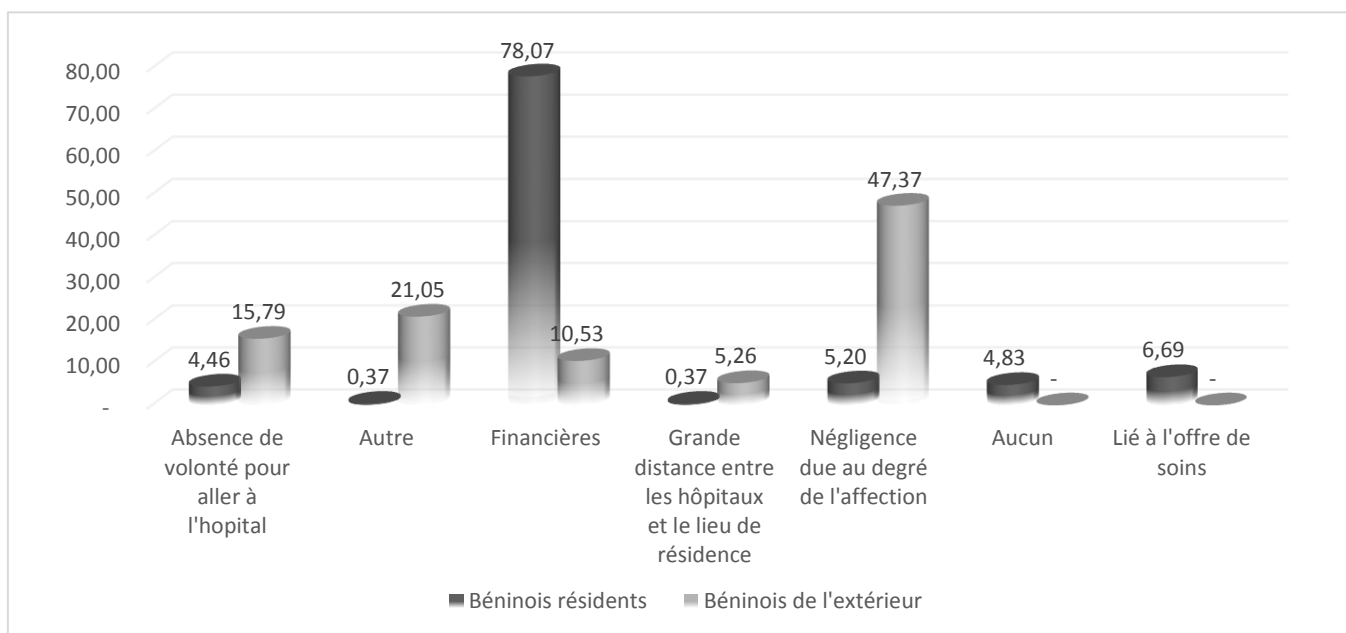
Graphe 15: Tranche de revenu des non-résidents



Source : Auteurs

Dans l'échantillon, des résidents 1% des individus n'ont pas de revenu, 22% ont un revenu inférieur à 20.000 F CFA et 62% ont un revenu compris entre 20.000 et 100.000 F CFA soit 83% ayant un revenu compris entre 0 et 100.000 F CFA tandis que Seulement 4% des individus résidents hors du Bénin ont un revenu mensuel se trouvant dans la même fourchette. En revanche, 20.83% et 75% des béninois non-résidents ont un revenu mensuel compris respectivement entre 100.000 F CFA et 250.000 F CFA soit 95.5% ayant un revenu supérieur à 100.000 F CFA contre 15% de la population résidente ayant un revenu situé dans la même tranche.

Graphe 13: Obstacles dirimants au recours aux soins formels de santé



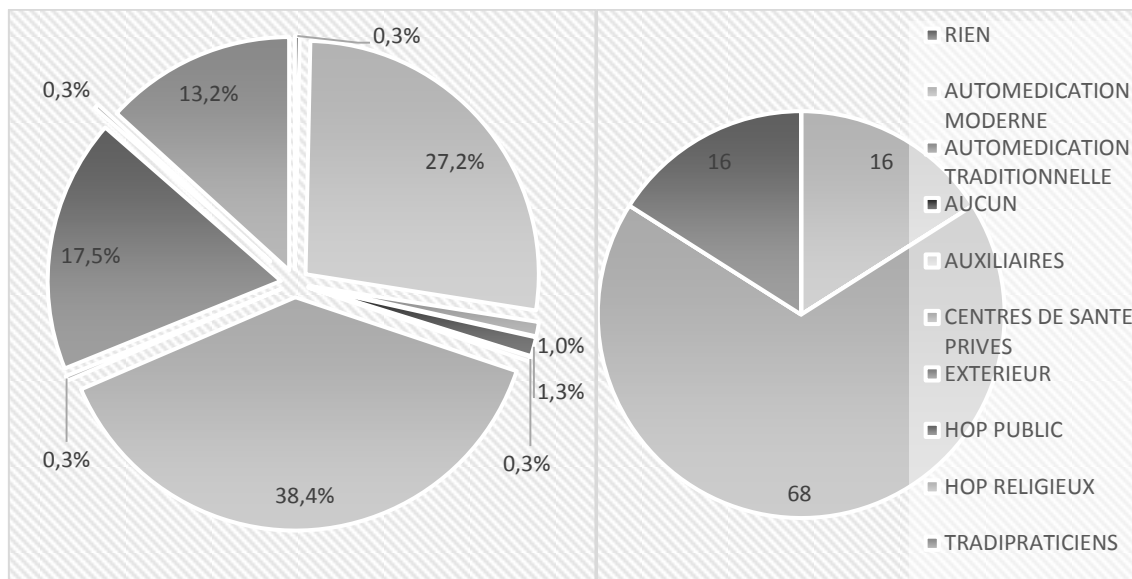
Source : Auteurs

En analysant la question relative à l'accessibilité aux soins de santé, 78.07% des répondants résidents ont indiqué qu'avoir les moyens financiers nécessaires pour se rendre dans un établissement de santé est un gros problème, le plus gros problème des parents des béninois non-résidents étant la négligence du degré de l'affection avec un pourcentage de 47.37. Pour 15.79% des répondants résidents, c'est l'absence de volonté de se rendre à l'hôpital ou de suivre un traitement. Mais des pourcentages compris entre 5.26 et 0.37 n'ont pas été à l'hôpital pour des raisons autres que celles de la négligence et du manque de moyens financiers. Ceci conforte les premières analyses selon lesquelles même si le besoin est présent, les populations voient certains obstacles devant eux lorsqu'ils veulent demander des soins et ils affirment ici que le manque de moyens financiers est l'une des grandes barrières à l'utilisation des services de santé au Bénin.

Dans les réponses, 48% des parents des béninois non-résidents contre 44% des béninois résidents questionnés au moins un membre a souffert du paludisme au cours des deux semaines précédant l'enquête et respectivement 52% et 56% ont connu au moins un cas d'une autre maladie. Les maladies digestives, pulmonaires et les infections respiratoires ont affecté les membres des parents résidents respectivement dans des proportions de 4% et 4% et 4% tandis que dans 12% des cas de maladie il s'agit d'une hausse ou d'une baisse de la tension artérielle. Les maladies généralement les ménages au Bénin sont surtout la

fièvre, le paludisme, la hausse de tension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies pulmonaires (voir annexe).

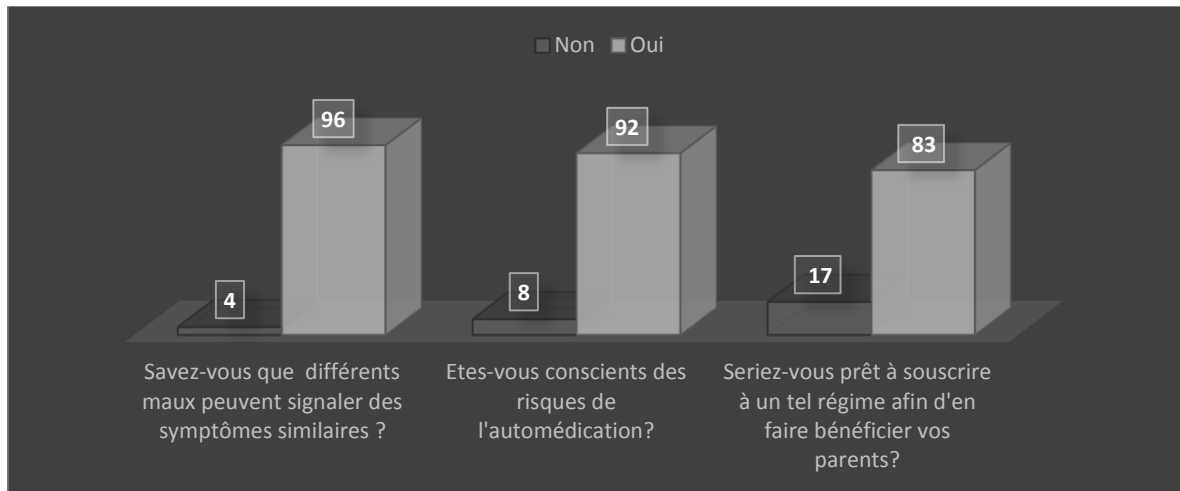
Graphe 14: Derniers recours



Source : Auteurs

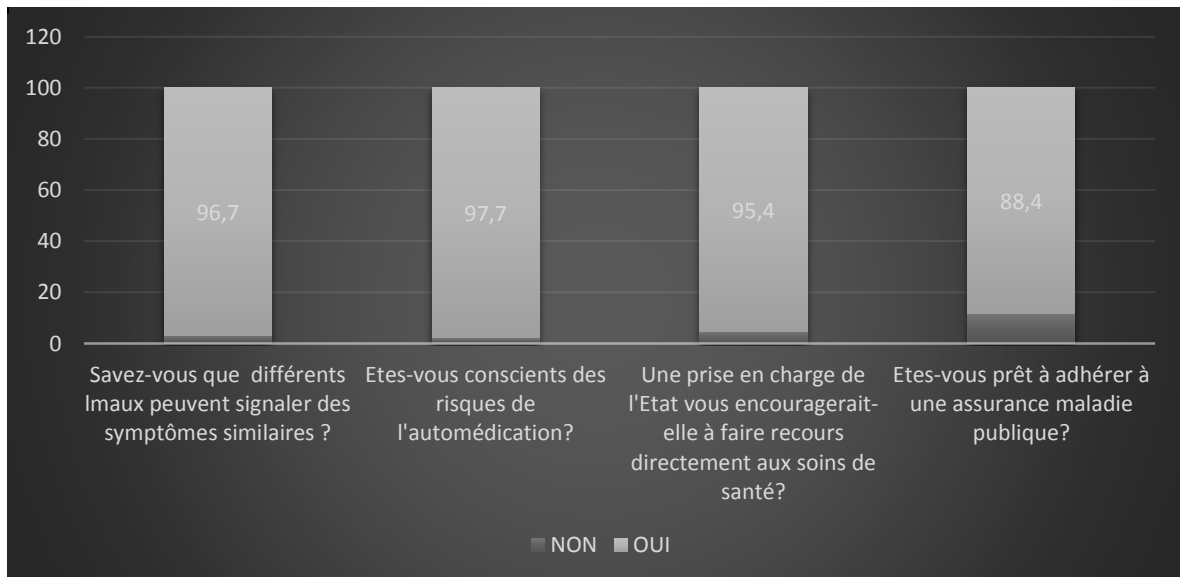
Concernant le type de dernier recours aux soins des malades dans les ménages, le graphique 1 ci-dessous laisse présager que le recours aux formations modernes privées (Centre de santé privé (38.4% pour les résidents et 68% pour les parents des non-résidents) et hôpital public (17.5% pour les résidents et 16% pour les parents des non-résidents) est le choix par excellence des personnes optant pour des soins de santé. Ceci peut encourager le pouvoir public béninois à élargir son champ d'action aux formations sanitaires privées qui mettront gracieusement des locaux à sa disposition et offriront les prestations suivant les conventions signées (prise en charge, conseil, etc.) améliorant l'accès et à moindre coût aux soins de santé modernes des adhérent. Par ailleurs, on peut constater un fort recours pour les autres types de recours aux soins comme l'automédication (moderne et/ou traditionnelle), les auxiliaires (les tradi-praticiens et les vendeurs informels des médicaments) et un faible taux au recours « rien ». Ceci peut s'expliquer par le fait que la population ait une culture des soins traditionnels (automédication et auxiliaires) qu'ils jugent bons et efficaces.

Graphe 15: Dangers de l'automédication et consentement à adhérer à une assurance maladie publique par les résidents



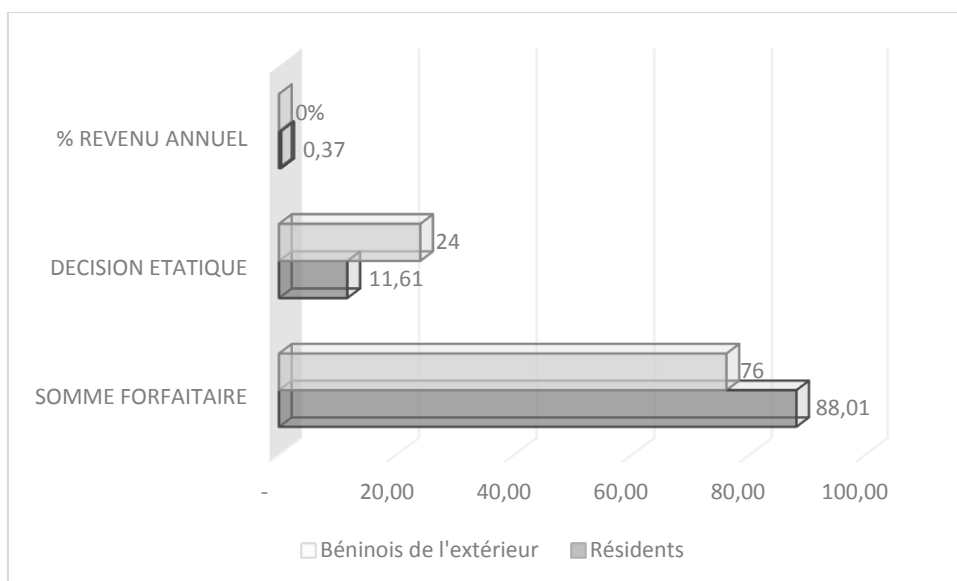
Source : Auteurs

Graphe 16: Dangers de l'automédication et consentement à adhérer à une assurance maladie publique par les non-résidents dans un but d'en faire profiter leurs parents résidents



Source : Auteurs

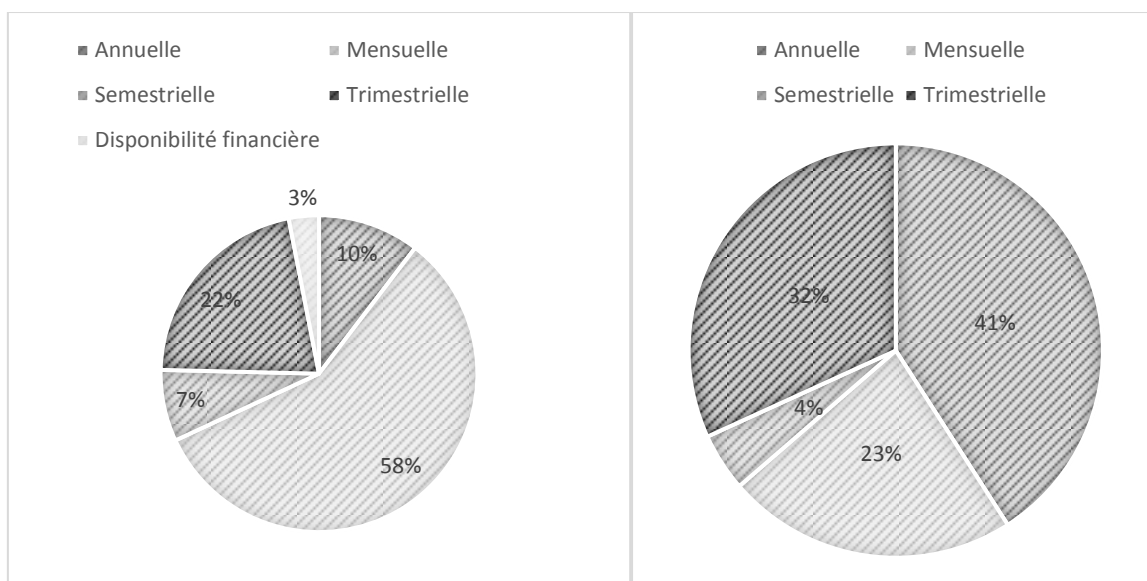
Graphe 17: Propositions du mode de paiement du montant de l'assurance



Source : Auteurs

La majorité des résidents qui acceptent d'adhérer à un tel régime d'assurance préfèrent faire le paiement d'un montant forfaitaire variant entre 200 et 360.000 F CFA minimum et entre 500 et 360.000F CFA maximum par an et étant en moyenne 18494,9367 au minimum et 27.922F CFA au maximum. Tandis que pour le même régime, les non-résidents sont prêts à payer au minimum 60158 F CFA en moyenne et au maximum 96883 F CFA en moyenne de façon annuelle.

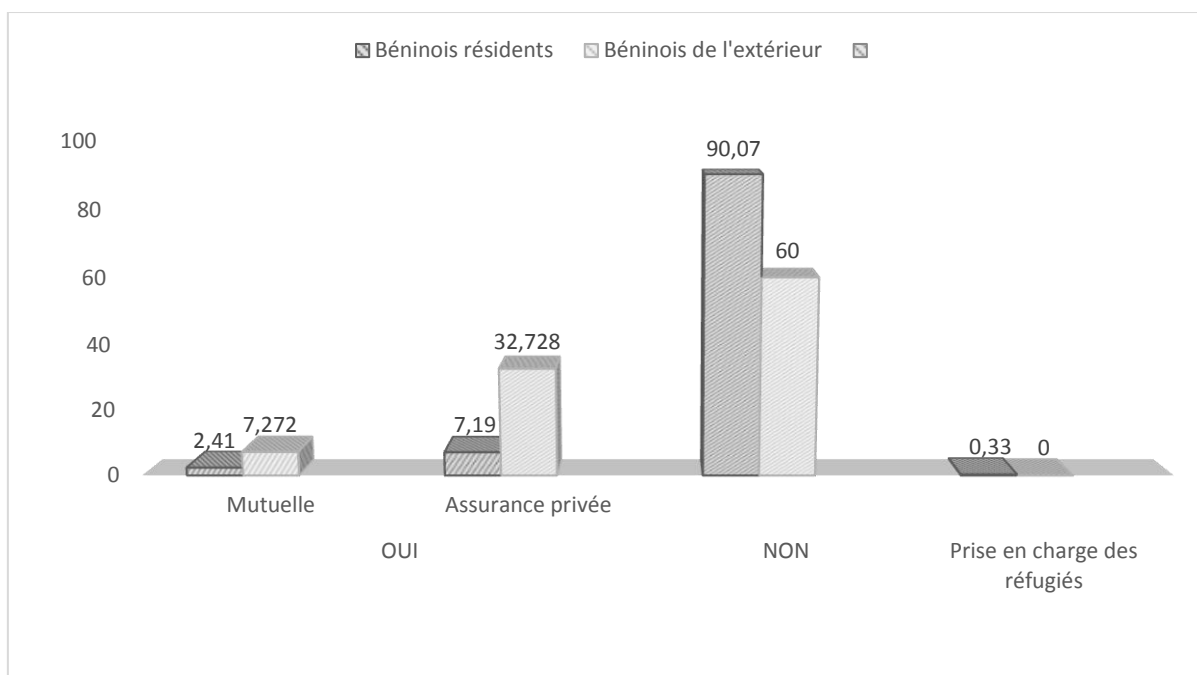
Graphe 18: Modalités de paiement



Source : Auteurs

Les deux graphes ci-dessus montrent que d'une part, 10% des béninois résidents et 41% des béninois non-résidents préfèrent un paiement annuel et d'autre part que 23% des premiers et 58% des derniers préfèrent effectuer un paiement mensuel. Par ailleurs, pour ces deux populations, respectivement 4% et 2% préfèrent un paiement semestriel, 32% et 22% un paiement trimestriel. Quant au reste, ils préfèrent payer selon leur disponibilité financière. Ces pourcentages reflète que la modalité de paiement varie d'un individu à un autre et donc que ce serait bien de laisser libre arbitre aux souscrivants quand à ce volet. Toutefois, une modalité par défaut peut être fixée avec possibilité d'être amovible.

Graphe 19 : Réponses à la question « Avez-vous une assurance maladie ? »



Source : Auteurs

Ce graphe montre que sur 100 personnes résidentes, 7 ont une assurance maladie privée, 2 font partie d'une mutuelle de santé et 90 n'ont pas d'assurance maladie, le seul restant quant à lui bénéficie d'une prise en charge de réfugié. Au niveau des parents des non-résidents, 7.27% sont membres de mutuelle, 32.72% bénéficient d'une assurance maladie privée et 60% n'ont pas d'assurance. Ainsi donc on peut dire que ces derniers sont plus aptes à souscrire à une assurance que les premiers.

Section 3 : ANALYSE ECONOMETRIQUE ET RECOMMANDATIONS

Paragraphe1 : Résultats des analyses économétriques

Nous exposons ici les résultats de l'estimation du modèle et analysons l'impact des variables explicatives sur la demande de soins de santé.

Tel que l'illustre le modèle dans la revue de littérature, l'estimation de l'équation de demande de soins est faite uniquement à partir des données sur les individus ayant consommé les soins, l'espérance des erreurs n'est pas nulle et, de ce fait les estimateurs des Moindres Carrés Ordinaires (MCO) sont biaisés. En effet, l'échantillon est tronqué dans la mesure où les observations affectées aux individus qui n'ont pas consommé de soins sont perdues pour ceux qui ont consommés. Dans ce cas les scores de satisfaction observés pour ceux qui ont consommés ne nous permettent pas de déduire le score qu'aurait eu un individu non consommateur s'il avait fait recours aux soins. Afin de corriger ce biais de sélection, nous avons utilisé la procédure de Heckman (1979) en deux étapes étant donné que l'hypothèse de normalité des erreurs est rejetée (voir tableau 5). Il est montré (Lee, 1992) que la méthode en deux étapes donne des estimateurs convergents tant que la normalité des erreurs de l'équation de sélection est vérifiée.

A l'issu de plusieurs estimations faites pas à pas, il ressort qu'il existe un ensemble d'indicateurs clés qui déterminent le choix de demander ou non les soins et le niveau de demande de soin des ménages donnant leur consentement à adhérer à une Assurance maladie publique. Le tableau 4 suivant présente les résultats des estimations par la méthode de Heckman en deux étapes.

Pour estimer le modèle spécifié, la variable dépendante et les variables indépendantes suivantes ont été utilisées. La variable dépendante traduisant la demande de soins formels faite par les ménages pour soigner les maladies survenues au cours des 15 jours précédant l'arrivée de l'enquêteur dans le ménage.

Tableau 4 : Liste des variables du modèle

<i>Variables variables</i>	<i>Définition des</i>
<i>Demande en soins de santé formel</i>	<i>Total des dépenses en soins formels</i>
<i>Assurance</i>	<i>1 si oui 0 sinon</i>
<i>Age</i>	<i>Age de l'individu en nombre d'années</i>
<i>révolues</i>	<i>1 si</i>
<i>Sexe</i>	
<i>féminin 0 si masculin</i>	<i>Situation matrimoniale</i>
<i>1 si célibataire 0 si autre</i>	<i>Religion</i>
<i>1 si Chrétienne 0 si autre</i>	<i>Etat de santé global</i>
<i>1 si bon 0 si mauvais ou moyen</i>	<i>Revenu <20.000F CFA</i>
	<i>1 si oui 0 sinon</i>
	<i>Revenu 20.000 – 100.000 F</i>
<i>CFA</i>	<i>1 si oui 0 sinon</i>
	<i>Revenu >100.000F CFA</i>
	<i>1 si oui 0 sinon</i>

Source : Auteurs

Tableau 5: Principaux facteurs influant sur le choix de faire recours aux soins

Heckman selection model -- two-step estimates
(regression model with sample selection)

Number of obs = 289
Censored obs = 14
Uncensored obs = 275

Wald chi2(10) = 41.96
Prob > chi2 = 0.0000

	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf. Interval]	
recoursalh~1						
Assurance	.0976423	.0785211	1.24	0.214	-.0562561	.2515408
age	.0253732	.0100344	2.53	0.011	.0057061	.0450402
age2	-.0002687	.0001153	-2.33	0.020	-.0004946	-.0000427
fminin	.1420981	.0517484	2.75	0.006	.0406731	.2435231
clibataire	.2192523	.0685278	3.20	0.001	.0849403	.3535643
chrtiens	.1270146	.1005665	1.26	0.207	-.0700921	.3241213
bontatdesant	-.0450433	.0680755	-0.66	0.508	-.1784689	.0883822
revenuinfra	.207008	.2263112	0.91	0.360	-.2365539	.6505699
revenu20a1~0	.091714	.2177954	0.42	0.674	-.3351571	.5185851
revenusupra	.3715748	.2488627	1.49	0.135	-.1161872	.8593367
_cons	-.7201137	.2887512	-2.49	0.013	-1.286056	-.1541718
select						
age	-.0609599	.0958085	-0.64	0.525	-.2487411	.1268213
age2	.001064	.0012153	0.88	0.381	-.0013179	.0034459
fminin	-.5330539	.3121743	-1.71	0.088	-1.144904	.0787965
clibataire	-.6688539	.4229483	-1.58	0.114	-1.497817	.1601096
chrtiens	-4.238525	252.6986	-0.02	0.987	-499.5187	491.0417
bontatdesant	-.6670659	.2986576	-2.23	0.026	-1.252424	-.0817078
revenuinfra	-.3701832	732.0135	-0.00	1.000	-1435.09	1434.35
revenu20a1~0	.2068656	732.0134	0.00	1.000	-1434.513	1434.927
revenusupra	-5.014122	687.0133	-0.01	0.994	-1351.536	1341.507
_cons	7.516313	687.0149	0.01	0.991	-1339.008	1354.041
mills						
lambda	-.1524646	.4486298	-0.34	0.734	-1.031763	.7268336
rho	-0.44187					
sigma	.34504042					
lambda	-.15246465	.4486298				

La référence ici est un individu de sexe masculin ayant déjà été ou étant dans les liens du mariage, qui n'est pas chrétien et qui est en mauvais état de santé mais qui n'a aucun revenu mensuel.

Tableau 6: Test sur la normalité des résidus

. sktest residu

Variable	Skewness/Kurtosis tests for Normality				
	Obs	Pr(Skewness)	Pr(Kurtosis)	adj chi2(2)	joint Prob>chi2
residu	289	0.5472	0.0782	3.48	0.1751

Source : Auteurs

Dans la modélisation précédente, nous avons supposé que les termes d'erreurs de différentes équations étaient distribués de façon normale. Pourtant, un certain nombre d'articles ont mis en évidence la possibilité que la distribution des scores ne soit pas normale (Heckman et Sedlacek, 1990 notamment). En pratique, l'absence de normalité des erreurs de fonction de score n'est pas un problème très important tant que les erreurs de l'équation d'adhésion à la mutuelle sont distribuées de façon normale puisque, dans ce cas, la méthode d'Heckman en deux étapes fournit des résultats convergents. La validité de l'hypothèse de normalité des erreurs de l'équation d'adhésion à la mutuelle dépend principalement de la qualité de l'ajustement. Heckman et Sedlacek (1985) ont toutefois montré qu'il était possible de retenir l'hypothèse de normalité des erreurs dans l'équation d'adhésion lorsque la distribution des erreurs de la fonction de scores ne s'écartait pas trop de la loi normale. L'asymétrie et l'aplatissement de la distribution des erreurs de la fonction de scores étant respectivement -0,6 et 3,8. Le test sur la normalité des résidus nous a permis d'avoir une p-value = 0.1751 > 0,05, donc au rejet de l'hypothèse d'absence de normalité (voir tableau 3).

Paragraphe 2 : Discussion

La discussion des résultats de l'étude portera sur :

- le résumé des principaux résultats par rapport aux objectifs ;
- la validation des hypothèses ;

- le commentaire des résultats de l'étude et leur comparaison avec ceux d'autres auteurs ;
- résumé des principaux résultats par rapport aux objectifs.

Au terme de ce travail de recherche dont l'objectif était d'estimer la demande de soins exprimée par les ménages béninois acceptant de s'affilier à une assurance, se dégagent comme principaux résultats les facteurs associés influençant le choix de la demande de soins dont l'acceptation d'adhésion à une assurance maladie publique.

Les signes des coefficients⁴ estimés sont semblables à ceux attendus pour la plupart des variables. Les résultats montrent que les variables « féminin » et « bonetatsanté » expliquent l'adhésion à l'AMP. Tandis que les variables « Age », « Age2 », « fminin », « bonetatsanté » et « Célibataire » expliquent la demande de soins.

La probabilité d'adhérer à une AMP est négativement corrélée avec l'âge de l'individu, mais cet effet n'est pas le même au cours de la vie de l'individu puisque le coefficient du terme quadratique de l'âge est positif. Ceci signifierait que l'adhésion à une AMP baisse de la jeunesse jusqu'à un certain âge, mais augmente par la suite, car à cet âge l'individu est supposé connaître une dégradation de l'état de santé (Grossman, 1972)⁵. Ainsi, il doit donc compter sur le système de mutualisation de risque maladie qui établit une certaine solidarité entre les jeunes et les vieux, les bien-portants et les malades. De plus, l'âge explique positivement le niveau de demande de soins ceci signifie que plus l'âge d'un individu augmente, plus son niveau de demande de soins est susceptible d'augmenter. Ce résultat est conforme à celui de Causat et Glaude (1993) qui ont démontré que les individus d'un âge avancé consomment davantage de soins que les jeunes. Cependant, puisque le coefficient du terme quadratique de l'âge est négatif il est à croire que la demande de soins baisse au cours de la vie à partir d'un certain âge.

Par ailleurs, le célibat semble jouer positivement et très significativement sur les comportements de demande de soin par un individu. Ce résultat montre que les célibataires demandent plus de soins de santé formels par rapport aux personnes mariées. De plus, la

⁴ Les coefficients de l'équation d'adhésion à l'AMP s'interprètent comme ceux d'un modèle Probit. Quant aux coefficients de l'équation de demande de soins, ils représentent le changement de la variable dépendante suite à une modification de la variable explicative, c'est-à-dire un effet marginal

⁵ Grossman (1972) suppose que les individus disposent d'un capital santé initial qui se déprécie plus ou moins rapidement avec l'âge selon l'importance de soins reçus pendant l'existence.

religion a une incidence positive sur la consommation de soins. Cependant, ils sont moins aptes à adhérer à une assurance maladie publique le les personnes en couple.

L'appartenance d'un individu au genre féminin a une incidence positive et fortement significative sur son comportement de demande de soins formels de santé mais aussi une incidence fortement négative sur le comportement d'assurance publique. Ceci est justifié par le fait que la plupart des femmes béninoises dépendent financièrement de leurs compagnons qui prennent en conséquence les décisions importantes au sein du ménage. Ainsi, certes quand la maladie est imminente, elles font recours aux soins mais quand il s'agit d'un investissement à long terme comme l'assurance maladie, elles sont rétractantes.

Le revenu exerce une incidence positive sur la probabilité à faire recours aux soins formels de santé. Mais concernant la probabilité d'adhérer à une assurance maladie publique, l'avis est mitigé selon la tranche dans laquelle se situe le revenu de l'individu. Les individus ayant un revenu inférieur à 20.000 F CFA et ceux ayant un revenu supérieur à 100.000 F CFA ont tendance à ne pas vouloir adhérer à l'assurance maladie publique par tandis que ceux qui ont un revenu mensuel compris entre 20.000 et 100.000 F CFA présentent une forte probabilité d'y adhérer. Ceci s'explique par la croyance par ces derniers en leur capacité à payer régulièrement leur cotisation. Les premiers quant à eux tiennent compte de leur probable incapacité à payer régulièrement les cotisations. Quant aux personnes appartenant au deuxième lot, leur comportement s'explique par le fait qu'ils préfèrent procéder au paiement direct ou se tournent majoritairement vers les assurances privées qu'ils estiment plus fiables. Contrairement aux individus ayant un revenu de moins de 20000 FCFA qui jugent qu'ils sont très pauvres ou que leur revenu est insuffisant pour pouvoir adhérer à une AMP et payer régulièrement les cotisations.

Le bon état de santé du ménage exerce une influence négative et significative sur l'adhésion à une AMP. Ainsi, plus l'état de santé du ménage est jugé bon, moins il est susceptible l'AMP par rapport au ménage qui juge son état de santé mauvais. De ce fait l'hypothèse d'anti-sélection semble être vérifiée car l'AMP ne disposant pas d'information sur la catégorie de risque de ses adhérents attire en masse les personnes ayant une propension élevée à consommer les soins, soit en raison de leur état de santé, plus ou moins observable, soit du fait des caractéristiques individuelles inobservables, telle une forte aversion pour le risque. Ce résultat semble confirmé ceux obtenus par de nombreuses études menées dans certains pays développés (Légal, 2008 ; Franc et Perronin, 2007 ;

Gardiol et al., 2005 ; Buchmueller et al., 2002a et Caussat et Glaude, 1993). Ceci semble d'une part, être confirmé par l'influence positive et significative du terme quadratique de l'âge sur l'AMP c'est-à-dire qu'au cours de la vie, plus une personne est âgée plus elle a une propension élevée à adhérer à un mécanisme de mutualisation de risque maladie, le risque augmentant avec l'âge (Caussat et Glaude, 1993 et Grossman, 1972). Et d'autre part, l'influence de la variable « bonetatdesanté » sur la demande de soin est négative et significative. En effet, les ménages qui jugent avoir un bon état de santé dépensent 4,5% moins pour la consommation de soins que les ménages qui ont un mauvais état de santé. Toutefois, ce résultat semble infirmer ceux obtenus dans certains pays d'Afrique subsaharienne (De Allegri et al., 2006 ; Jütting, 2005 et Dubois, 2002) et celui obtenu par Genier (1998) qui trouve que les phénomènes de sélection liés à la santé sont probablement d'ampleur limitée en France.

La variable « Assurance » exerce une influence positive et peu significative significative sur le choix et le niveau de consommation de soins. Cela infirme donc l'analyse qui montre qu'il existe une corrélation négative entre le niveau d'adhésion à une assurance maladie publique et le niveau de demande de soins formels. Ce résultat a été obtenu dans certaines études menées dans certains pays d'Afrique subsaharienne en occurrence au Bénin (Alexandre ZOUNMENO, 2013). Ce résultat confirme par contre celui de Kouadio et al. (2005) qui ont trouvé que l'assurance n'était pas significative pour le recours aux soins. Toutefois, cette augmentation de la demande de soins formels de santé consécutive à l'assurance maladie publique pourrait traduire la présomption d'aléa moral d'une amélioration du niveau de demande de soins des mutualistes par rapport aux non-mutualistes. En effet, comme le précise Caussat et Glaude (1993), si on était en présence de simples effets d'anti-sélection, ceux-ci devraient être inclus dans les variables qui expliquent simultanément l'adhésion à l'AMS et la demande des soins médicaux. L'ajout de l'adhésion à l'AMS ne devrait pas améliorer la qualité du modèle explicatif de la demande de soins dans ce cas. Tel n'est pas le cas, et ceci incite à penser que le niveau de couverture a une incidence spécifique sur le niveau de consommation de soins, conformément à la théorie du risque moral. Ainsi, les assurés demandent 9,76% plus de soins formels que les assurés.

De l'analyse ci-dessus, l'hypothèse 1 selon laquelle les ménages qui sont prêts à s'affilier à une assurance maladie publique ne se soucieront pas de faire recours aux soins de santé

modernes en cas d'affection sans pour autant penser à faire une surconsommation est validée puisque la proportion dans laquelle augmente la demande de soins est moindre.

Ceci confirme également les résultats obtenus par Holly et al. (1998) qui estiment la présence de l'aléa moral sur la consommation de soins hospitaliers en Suisse, de Gardiol et al. (2006) ; Buchmueller et al. (2002b et 2004) ; Caussat et Glaude (1993) en France. Ce résultat semble rejeter la thèse d'une absence d'aléa moral de la part des adhérents à l'assurance, infirmant par ce fait les résultats obtenus par Jütting et Tine (2000) dans la région de Thiès (Sénégal), Chee et al. (2002) et Schneider et Diop (2001 et 2001a) au Rwanda, Waelkens et Criel (2002) pour le projet PRIMA en Guinée.

Et aussi, la seconde hypothèse selon laquelle, l'adhésion à une assurance maladie publique amène les individus à faire une surconsommation des soins de santé n'est pas validée. Ceci s'explique par le fait que les individus affiliés estiment qu'ils auront une bonne qualité des soins de santé et ne seront plus exposés aux inconvénients de l'automédication et de recours aux soins de santé non formels. De plus, l'institution de la carte modérateur sera le gage de ce que les individus ne fassent pas une surconsommation des soins de santé.

Ce dernier résultat de notre étude va dans le même sens que l'analyse de Phelps (1997) selon laquelle les ménages assurés demandent plus de soins de santé que les ménages non affiliés. De plus, ce résultat confirme ceux des tests initiés par le Ministère de la santé du Rwanda et de l'enquête faite dans la région de Thiès au Sénégal dont nous avons parlé dans notre revue de littérature.

SECTION 4 : RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude nous inspirent quelques recommandations appuyées par l'opinion de la population béninoise :

- A l'attention des pouvoirs politiques et des autorités :

Les autorités du ministère du Développement, de l'Analyse Economique et de la prospective (MDAEP) en collaboration avec ceux du Ministère de la santé et de la sécurité sociale doivent œuvrer pour :

- Au prime abord veiller à l'assainissement du système sanitaire ;
- Mettre en place une assurance maladie publique pour permettre aux populations n'ayant pas les moyens de se procurer une assurance maladie privée puissent en avoir vu l'importance du facteur santé dans le développement d'une Nation ;
- Informer les populations sur l'importance d'une assurance Maladie, son utilité, sa portée et exposer de manière succincte le contenu de l'assurance dans toutes les langues locales et par tous les moyens de communications aussi bien classiques que modernes ;
- Instaurer le mécanisme du Financement Basé sur le Résultat ;
- Adapter le cout de cette assurance maladie aux conditions de vie et de santé des adhérents afin de mutualiser réellement le risque entre toutes les couches de la population (jeunes, vieux, riches, pauvres, formel, informel, travailleurs, chômeur...) pour permettre même au béninois le plus faible économiquement d'en bénéficier ;
- Mettre du sérieux et de la rigueur dans la gestion d'un tel système vu la délicatesse de son objet ;
- Veiller à la proximité des centres de santé agréés et des populations ;
- Créer un système conduisant à atteindre une bonne couverture sanitaire dans le moyen terme
- Assurer la disponibilité des services et produits couverts par l'assurance en tout temps et en tous lieux ;
- Instaurer un climat de confiance et de fiabilité entre les populations, les prestataires et le pouvoir public en respectant les engagements découlant de leurs actions afin de permettre l'adhésion d'un grand nombre d'individus sur le plan national ;
- Veiller à limiter au mieux les frustrations et à donner au mieux la satisfaction ;

- Veiller à une meilleur orientation des ressources résultant de l'assurance ;
- S'assurer de ce que tous les professionnels exerçant au niveau des centres de santés agréés pour donner les soins aux assurés aient reçu la formation adéquate pour bien accueillir et octroyer des soins de qualité, une formation les renseignant sur l'importance de la vie humaine ;
- Améliorer la qualité des soins grâce aux ressources fournies par l'assurance ;
- Appuyer le système sanitaire sur le plan technique et financier pour son amélioration ;
- Bien organiser le système de manière à ce qu'il y ait une influence sur les prestataires de soins qui seront contraints de fournir des services de qualité dans un environnement convivial et dans le respect des assures
- Construire des centres de santés spécialisés uniquement pour le soin des assurés publics dans les zones où il y a beaucoup d'assurés pour ne pas que dans les autres centres, les assures soient discrimines en raison de l'accroissement de la demande ;
- Diminuer le taux de paiement direct et couvrir un large éventail de services et produits de santé ;
- Créer un grand système de communication pour que l'information atteigne les plus démunis et les illettrés qui constituent la plus grande frange de la population ;
- Eviter la politisation de ce secteur de la Sécurité sociale et y éviter la corruption ou l'asymétrie d'information ;
- Mettre les mutuelles existantes dans le processus ;
- Elargir le système aux centres de soin privés pour ceux qui préfèrent le privé.
- Laisser le choix aux affiliés de choisir leur modalité de paiement même s'il faut définir une modalité par défaut;
- S'inspirer des régimes existants et prospérant de la sous-région en occurrence celui du Ghana ;
- Veiller à la régularité et la légalité dans la mise en œuvre, le suivi et le contrôle du système assuranciel ;
- Mettre en place des moyens visant à la répression des individus qui tendent à entraver à l'action publique ;
- Promouvoir l'adhésion en famille et mettre en place un système spécifique (tout en veillant à la soutenabilité économique du système) aux familles nombreuses ;
- Tendre vers la gratuité des soins primaire aux assurés ;

- Procéder au paiement à temps des prestataires agréés pour faciliter l'efficacité des interventions au niveau des assurés ;

➤ A l'attention des professionnels de santé

Ces derniers doivent au mieux faciliter l'atteinte des objectifs que se fixent les pouvoirs publics :

- Réserver un accueil de qualité aux assurés
- Améliorer le niveau des soins
- Porter une attention particulière à tout patient demandant des soins
- Eviter de négliger les patients surtout s'ils sont pris en charge par l'assurance publique et mettre de la célérité dans les services ;
- Que la détention d'une carte d'assurance publique ne constitue pas un critère de discrimination négative entre les patients ;
- Veiller au respect des règlements et usages sanitaire par tout professionnel ;
- Se rendre compte de ce que l'assurance maladie est une intervention étatique sociale et procéder à un système soin-paiement et non paiement-soin avec les affiliée.

➤ A l'attention de la population, consommateurs et exportateurs

La population quant à elle doit faire confiance au pouvoir public et s'affilier au mieux à l'assurance publique afin de permettre sa soutenabilité et l'amélioration de l'offre de soins de qualité au Bénin. Aussi pour que ceux qui préfèrent ou qui sont expatriés pour se faire traiter puissent trouver satisfaction au niveau interne grâce à l'amélioration de la couverture sanitaire.

CONCLUSION

L'objectif principal de la présente étude était d'estimer la demande de soins exprimée par les ménages béninois en mettant l'accent sur le consentement à adhérer à une assurance maladie publique sur la base des données de l'enquête menée auprès de 302 ménages dans le département du Littoral au Bénin eu égard au fait que le débat sur la réforme du financement de la santé au Bénin met en évidence la nécessité d'évoluer vers des solutions de prépaiement et de partage de risques (MINSANTE, 2008).

Ainsi, nous avons effectué un recensement de quelques études ayant traité ce sujet à travers une revue de la littérature empirique. Cette investigation nous a permis de constater que certaines études conduisaient à une corrélation positive entre niveau d'assurance santé et niveau de demande de soins justifiant par ce fait un effet d'anti-sélection et d'aléa moral entraînant une surconsommation de soins des mutualistes. D'autres par contre, ayant trouvé une corrélation positive entre l'adhésion à la mutuelle et le niveau de consommation de soins, rejettent la thèse d'une consommation « inutile » des soins par les mutualistes. Cette étude infirme les résultats obtenus par ces dernières.

En fait, l'estimation du système d'équations simultanées d'adhésion à la mutuelle de santé et de consommation de soins en utilisant la procédure de Heckman en deux étapes a permis d'une part de neutraliser les corrélations possibles entre l'adhésion à la mutuelle de santé et la consommation de soins, reflète d'éventuelles simultanités dans les décisions des individus. Ainsi, les principaux résultats de nos estimations ont montré que le bon état de santé du ménage exerce une influence négative et fortement significative sur l'adhésion à la mutuelle, justifiant par ce fait l'hypothèse d'anti-sélection car les ménages qui jugent avoir un bon état de santé dépensent 4,5% moins pour la consommation de soins que les ménages qui ont un mauvais état de santé. De même, l'adhésion à l'AMS de santé exerce une influence positive et fortement significative sur le niveau de demande de soins. Cette augmentation des dépenses de soins consécutive à l'adhésion ne traduit cependant pas une présomption d'aléa moral, car ces derniers dépensent que 9,76% plus pour la consommation de soins que les non-mutualistes. Ainsi, l'originalité de cette étude découle du fait qu'en utilisant une méthodologie de qualité, elle offre une description unique du système de santé béninois d'une part, et d'autre part, elle permet une analyse quantitative des déterminants de choix d'une assurance maladie publique et de demande de soins formels de santé dans ce pays. Elle fait ressortir aussi les positions des béninois résidents à

l'extérieur par rapport à la question. Par ailleurs, il est important de remarquer que l'augmentation des recours aux soins formels est en partie souhaitable par les politiques sanitaires actuelles du pays, notamment pour les personnes défavorisées. De même, il faut aussi observer que le problème des pays en développement en général et du Bénin en particulier est la faiblesse de demande de soins médicaux et qu'on est très loin de la situation des pays industrialisés. Ainsi, les questions liées à l'anti-sélection et au risque moral doivent être prises au sérieux lorsqu'on met en place une assurance maladie publique. Car ces deux phénomènes menacent la viabilité financière de l'AMP.

De prochaines analyses pourraient également se pencher sur la question du consentement à payer au RAMU et de la mise en place d'un système de calcul basé sur les résultats de l'enquête et ceux des analyses.

BIBLIOGRAPHIE

Ahamad, E. J., J. Dreze, J. Hills, et A. K. Sen. 1991. *Social security in developing countries*. Oxford : Oxford University Press.

Arjona, R., M. Ladaique, et M. Pearson. 2001. « Growth, inequality and social protection ». Politique du marché du travail et politique sociale. Document hors série n°51. Paris : OCDE.

Arjona, R., M. Ladaique, et M. Pearson. 2002. « Protection sociale et croissance ». *Revue économique de l'OCDE* 35(2) : 7–47.

Biddulph, R. 2004. « Poverty and social impact assessment of social land concessions in Cambodia : Landlessness assessment ». Phnom Penh : OXFAM.

Commission Macroéconomique et Santé. 2000. *Investir dans la santé*. Genève : World Health Organization.

Dercon, S., B. Bold, et C. Calvo. 2004. « Insurance for the poor ». Working paper N°125, QEH. Oxford : Oxford University (http://www.qeh.ox.ac.uk/research/wpaction.html?jor_id=282).

Dourgnon P., M. Grignon, et F. Jusot. 2001. « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé[question mark here ?]: Une revue de la littérature ». *Questions d'économie de la santé* 43. Paris : CREDES

EL OMARI S., 2007. Evaluation des impacts de l'assurance sociale maladie sur la consommation des soins de santé par la population rurale à faible revenu aux philippines, Université du Québec à Montréal école des sciences de la gestion

Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy 2012, SÉRIE : SANTÉ, NUTRITION et POPULATION n 37149 L'Assurance maladie en Afrique francophone *Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque Mondiale

Holzmann, R., et S. Jorgensen. 2000. « Gestion du risque social : Cadre théorique de la protection sociale ». Document de travail n°006 sur la protection sociale. Washington, DC. : World Bank.

Jowtt, M., P. Contoyannis, et N. D. Vinh. 2003. « The impact of public voluntary health insurance on private health expenditure in Vietnam ». *Social Science and Medicine* 56(2) : 333–42.

Jütting, J. 2004. *Health insurance for the poor in developing countries*. Abingdon (Angleterre) : Ashgate.

Leighton, C. 1995. « Overview : Health financing reforms in Africa ». *Health Policy and Planning* 10(3) : 213–22.

Loi n 2015-42 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universel (RAMU) adoptée au Bénin le 28 décembre 2015

Marniesse, S., et R. Peccoud. 2004. « Pauvreté, inégalité et croissance : Quels enjeux pour l'aide publique au développement ». *Notes et documents* N°10. Paris : Âgence française de développement.

Newhouse, J. P 1993. *Free for all : The lessons from the RAND experiment*. Cambridge :Harvard University Press.

OMS . 2010. Rapport sur la santé dans le monde. le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle Genève. WHO

Sachs, J. 2001. *Investir dans la santé*. Genève : Commission macroéconomie et santé, World Health Organization.

World Health Organization. 2000. Rapport sur la santé dans le monde. Genève. World Health Organization.

Wyszewianski, L. 1986. « Families with catastrophic health care expenditures ». *Health Services Research* 21(5) : 617–34.

ANNEXES

Tableau 0 : Plan d'échantillonnage

N° d'arrondissement	Effectif de la population	Nombre de ménages			Nbre de ménages prévu	Ménages effectivement enquêtés		
		Effectif	Pourcentage			Effectif	Pourcentage	Rapport
1 AVOTROU, DANDJI	57962	12176	0,08	24	16	5,3	67,16	
2 SENADE, YENAWA	61668	12734	0,08	25	18	6	72,24	
3 SEGBEA, AYEAWA	69991	13368	0,09	26	33	10,9	126,16	
4 SODIEA, MISSE	36357	8938	0,06	17	27	8,9	154,39	
5 GBEDO, GBETO, XWLA	20039	7762	0,05	15	18	6	118,52	
6 TOKPA, AIDI, AHOU	75336	16637	0,11	33	15	5	46,08	
7 STMICH, DAGB	27535	8410	0,05	16	27	8,9	164,08	
8 STRITA	32420	9331	0,06	18	21	7	116,27	
9 FIFADJI	57691	14718	0,10	29	19	6,3	65,98	
10 KOUHOUNOU	38728	9535	0,06	19	22	7,3	117,92	
11 GBEGA, VODIE	34879	8142	0,05	16	25	8,3	156,93	
12 CADJ, DIOM	97920	18172	0,12	36	28	9,3	78,75	
13 Houénoussou	68486	14523	0,09	28	33	10,9	116,13	
Total	679012	154346	1	302	302	100,1	107,74	
Formules	RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION EDITION 2013			PREVISIONS=Pourcentage 1 * 302	TABLEAU SPSS	Rapport =Effectif2*100 /effectif1		

Tableau1 : Tableau croisé entre la variable (recours aux soins formels et le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'étude, la religion, le secteur d'activité, la langue d'interview, le nombre d'années de résidence à Cotonou et la tranche salariale

	RECOURS A L'HOPITAL				P-value
		NON	TOUTES LES FOIS	UNE FOIS	
SEXE	Féminin	77,94	17,65	4,41	0,013*
	Masculin	89,16	10,24	0,6	
ÂGE	[20 ; 24]	92	8	-	0,005*
	[25 ; 29]	84	13,33	2,67	
	[30 ; 33]	92,5	7,5	-	
	[34 ; 41]	81,82	15,91	2,27	
	[42 ; 47]	72,73	13,64	13,64	
	[48 ; 61]	67,65	32,35	-	
	[62 ; 77]	87,5	8,33	4,17	
STATUT	Célibataires	88,42	8,42	3,16	0,097
	Concubinage	90,2	5,88	3,92	
	Divorce	66,67	33,33	-	
	Marie	79,41	19,12	1,47	
	Veuf	85,71	14,29	-	
NIVEAU D'ETUDE	Illettré	80	20	-	0,341
	Primaire	81,82	15,91	2,27	
	Secondaire	80	15	5	
	Supérieur	87,84	11,49	0,68	
RELIGION	Aucune	50	50	-	0,456
	Autre	77,78	22,22	-	
	Chrétien	84,26	13,19	2,55	
	Musulman	85	15	-	
	Traditionnelle	87,5	6,25	6,25	
SECTEUR	Informel	86,49	12,16	1,35	0,506
	Autre	87,14	12,86	-	
	Chômeur	100	-	-	
	Fonctionnaire	77,08	18,75	4,17	
	Prive formel	79,27	15,85	4,88	
	Retraite	94,44	5,56		

				-	
LANGUE DE L'INTERVIEW	Adja	100	-	-	0,858
	Fon	82,91	15,08	2,01	
	Français	84,38	12,5	3,13	
	Mina	87,88	9,09	3,03	
NOMBRE D'ANNEES DE RESIDENCE A COTONOU	[1 ; 11]	84,91	15,09	-	0,005*
	[12 ; 22]	90,57	7,55	1,89	
	[23 ; 33]	84,44	13,33	2,22	
	[34 ; 59]	65,22	21,74	13,04	
MILIEU DE VIE ANTERIEUR	Rural	85,04	11,81	3,15	0,541
	Urbain	83,43	14,86	1,71	
TRANCHE DU REVENU	Aucun	100			0,537
	Entre 20.000 et 100.000 f cfa	100	-	-	
	Inférieur à 20.000 f cfa	85,56	12,3	2,14	
	Supérieur à 100.000 f cfa	85,29	11,76	2,94	

*Significatif au seuil de 5%

Tableau 2 : Fréquence des recours aux soins

		RECOURS AUX SOINS			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	110	36,4	36,4	36,4
	OUI	192	63,6	63,6	100
	Total	302	100	100	

Tableau 3 : Fréquences de recours aux soins hospitaliers

		RECOURS A L'HOPITAL			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	AUCUNE	254	84,1	84,1	84,1
	TOUTES CES FOIS	41	13,6	13,6	97,7
	UNE FOIS	7	2,3	2,3	100
	Total	302	100	100	

Tableau 4: Tableaux croisés de l'état de santé et de recours à des soins des ménages.

		Tableau croisé		
Effectif				
		RECOURS AUX SOINS		
		NON	OUI	Total
BON/MOYEN SONT ILS TOMBE MALADES?		1	2	3
	NON	43	93	136
	OUI	66	97	163
Total		110	192	302

Tableau 5 : Tableaux croisés recours aux soins et « sont-ils tombés malades ? »

		RECOURS AUX SOINS		
		NON	OUI	Total
SONT ILS TOMBE MALADES?	NON	14,57	31,46	46,03
	OUI	21,85	32,12	53,97
Total		36,42	63,58	100

Tableau 6 : Tableaux croisés recours aux soins formels et « sont-ils tombés malades ? »

		RECOURS A L'HOPITAL			
		NON	TOUTES CES FOIS	UNE FOIS	Total
SONT ILS TOMBE MALADES?	NON	44,70	0,66	0,66	46,03
	OUI	39,40	12,91	1,66	53,97
Total		84,11	13,58	2,32	100

ANALYSE COMPARATIVE

Tableau 7: Âge béninois résidents

	Classes d'âge	Effectifs	Pourcentage
Valide	[20 ; 26]	86	29,76
	[27 ; 36]	105	36,33
	[37 ; 56]	59	20,42
	[57 ; 76]	39	13,49
	Total	289	100

Tableau 9: Âge béninois de l'extérieur

	Classes d'âge	Effectifs	Pourcentage	Tableau 10: Sexe
Valide	[20 ; 26]	6	0,24	
	[27 ; 40[	13	0,52
	[40 ; 52]	6	0,24	
		25	1	

		Béninois résidents			Béninois de l'extérieur		
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	FEMININ	136	45	45	3	12	12
	MASCULIN	166	55	55	22	88	100
	Total	302	100	100	25	100	

Tableau 11: Statut matrimoniale

		Béninois résidents			Béninois de		

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	l'extérieur Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	CELIBATAIRES		31,5	31,5	12	48	48
	Concubinage		16,9	48,4	2	8	56
	Divorce		2	50,4	10	40	96
	Marie		45	95,4	1	4	100
	Veuf		4,6	100	25	0	100

Tableau 11 : Religion

		Béninois résidents Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Béninois de l'extérieur Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	AUCUNE		0,7	0,7	0	0	
	AUTRE		3	3,7	0	0	
	CHRETIEN		77,8	81,5	21	84	8
	MUSULMAN		13,2	94,7	3	12	9
	TRADITIONNELLE		5,3	100	1	4	10

Tableau 12 : Niveau d'étude

		Béninois résidents Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Béninois de l'extérieur Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	AUCUN	10	3,3	3,3	0	0	0
	PRIMAIRE	44	14,6	14,6	0	0	0
	SECONDAIRE	100	33,1	33,1	0	0	0
	SUPERIEUR	148	49	49	25	100	100
	Total	302	100	100	25	100	

Tableau 13: Tendances liées au type de secteur d'activité

Vc		Béninois résidents			Béninois de		
----	--	--------------------	--	--	-------------	--	--

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	l'extérieur Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	INFORMEL	74	24,5	24,5	0	0	0
	AUTRE	70	23,2	23,2	0	0	0
	CHOMEUR	10	3,3	3,3	0	0	0
	SECTEUR PUBLIC	48	15,9	15,9	4	16	16
	PRIVE FORMEL	82	27,2	27,2	21	84	100
	RETRAITE	18	6	6	0	0	100
	Total	302	100	100	25	100	

Tableau 14: Revenu mensuel Résidents

		TRANCHE DE REVENU			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	AUCUN	3	1	1	1
	ENTRE 20,000 F CFA ET 100.000 F CFA	187	61,9	61,9	62,9
	INFERIEUR A 20.000 F CFA	68	22,5	22,5	85,4
	SUPERIEUR A 100.000 F CFA	44	14,6	14,6	100
	Total	302	100	100	

Tableau 15: Tranche de revenu des non résidents

		4- Dans quelle tranche se situe votre revenu mensuel net de vos dépenses obligatoires?			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	100.000 F CFA à 250.000 F CFA	5	20,83	20,83	20,83
	Inférieur à 100.000 F CFA	1	4,17	4,17	25,00
	Supérieur à 250.000 F CFA	18	75	72	100
	Total	24	100	100	

Tableau 16: Obstacles dirimants au recours aux soins formels de santé

	Absence de volonté pour aller à l'hôpital	Autre	Financières	Grande distance entre les hôpitaux et le lieu de résidence	Négligence due au degré de l'affection	Aucun	Lié à l'offre de soins
Bénois résidents	4,46	0,37	78,07	0,37	5,20	4,83	6,69
Bénois de l'extérieur	15,79	21,05	10,53	5,26	47,37	-	-

Tableau 17: Les maux ayant conduit les parents des répondants de l'extérieur à aller aux soins

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Cardio-vasculaire	4	16,00	16,00
Digestives	1	4,00	4,00
Paludisme	12	48,00	48,00
Tension	3	12,00	12,00
Diabete	3	12,00	12,00
Polyartrite	1	4,00	4,00
Pulmonaire	1	4,00	4,00
Total	25	100,00	100,00

Tableau 18: Les maux ayant conduit les résidents à aller aux soins ;

		Béninoisrésidents		
		Effectifs	Pourcentage	Valide
Valide	ACCIDENT	1	0,5	0,5
	ASTHME	1	0,5	1
	ATHROSE	2	1	2
	BLESSURE	1	0,5	2,5
	CARDIOVASCULAIRE	8	4	6,5
	DIABETE	1	0,5	7
	DIGESTIVE	14	7	14
	DREPANO	1	0,5	14,5
	FIÈVRE TYPHOIDE	4	2	16,5
	FRACTURE	1	0,5	17
	GRIPPE	5	2,5	19,5
	GASTRITE	2	1	20,5
	HEMORROIDE	1	0,5	21
	HYPER-TENSION	1	0,5	21,5
	INFECTION	1	0,5	22
	MAL DE TETE	2	1	23
	MUSCULAIRES	1	0,5	23,5
	MYOPIE	1	0,5	24
	NEUROLOGIQUE	1	0,5	24,5
	PAUDISME	136	68	92,5
	PULMONAIRE	6	3	95,5
	RHUME	2	1	96,5
	SINUSITE	3	1,5	98
	TENSION	1	0,5	98,5
	TOUX	1	0,5	99
	ULCERE	2	1	100
		200	100	

Tableau 19: Premiers recours en cas d'affection ;

Extérieur	
	Pourcentage
RIEN	0
AUTOMEDICATION MODERNE	16
AUTOMEDICATION TRADITIONNELLE	0
AUCUN	0
AUXILIAIRES	0
CENTRES DE santé PRIVES	68
EXTERIEUR	0
HOP PUBLIC	16
HOP RELIGIEUX	0
TRADIPRATICIENS	0
	100

Tableau 20: Derniers recours ;

		DERNIER RECOURS			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	RIEN	1	0,3	0,3	0,3
	AUTOMEDICATION MODERNE	82	27,2	27,2	27,5
	AUTOMEDICATION TRADITIONNELLE	3	1	1	28,5
	AUCUN	4	1,3	1,3	29,8
	AUXILIAIRES	1	0,3	0,3	30,1
	CENTRES DE santé PRIVES	116	38,4	38,4	68,5
	EXTERIEUR	1	0,3	0,3	68,9
	HOP PUBLIC	53	17,5	17,5	86,4
	HOP RELIGIEUX	1	0,3	0,3	86,8
	TRADIPRATICIENS	40	13,2	13,2	100
	Total	302	100	100	

Tableau 21: Dangers de l'automédication et consentement à adhérer à une assurance maladie publique par les résidents ;

	Savez-vous que différents maux peuvent signaler des symptômes similaires ?	Etes-vous conscients des risques de l'automédication?	Seriez-vous prêt à souscrire à un tel régime afin d'en faire bénéficier vos parents?
Non	4	8	17
Oui	96	92	83

Tableau 22: Dangers de l'automédication et consentement à adhérer à une assurance maladie publique par les non-résidents ;

	Savez-vous que différents maux peuvent signaler des symptômes similaires ?	Etes-vous conscients des risques de l'automédication?	Une prise en charge de l'Etat vous encouragerait-elle à faire recours directement aux soins de santé?	Etes-vous prêt à adhérer à une assurance maladie publique?
NON	3,3	2,3	4,6	11,6
OUI	96,7	97,7	95,4	88,4
	100	100		

Tableau 23: Propositions du mode de paiement du montant de l'assurance ;

	Résidents	Pourcentage cumulée	Bénois de l'extérieur	Pourcentage cumulés
SOMME FORFAITAIRE	88,01498127	88,0149813	76	76
DECISION ETATIQUE	11,61048689	99,6254682	24	100
% REVENU ANNUEL	0,374531835	100	0	100
	100		100	

Tableau 24: Modalités de paiement ;

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
AN	0	0	0
Annuelle	27	10,3846154	10,3846154
Mensuelle	150	57,6923077	68,0769231
Semestrielle	19	7,30769231	75,3846154
Trimestrielle	56	21,5384615	96,9230769
Disponibilité financière	8	3,07692308	100
	260	100	

Extérieurs	Périodicité	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	P-cumulé
	Annuelle	9			40,91

			40,91	40,91	
	Mensuelle	5	22,73	22,73	63,64
	Semestrielle	1	4,55	4,55	68,18
	Trimestrielle	7	31,82	31,82	100
	Total	22		100	

Tableau 25 : Réponses à la question « Avez-vous une assurance maladie ? » ;

		Résidents	Bénois de l'extérieur
OUI	Mutuelle	2,41	7,272
	Assurance privée	7,19	32,728
NON		90,07	60
Prise en charge des réfugiés		0,33	0

Tableau 26

		RECOURS AUX SOINS			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	110	36,4	36,4	36,4
	OUI	192	63,6	63,6	100
	Total	302	100	100	

		RECOURS A L'HOPITAL			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	AUCUNE	254	84,1	84,1	84,1
	TOUTES CES FOIS	41	13,6	13,6	97,7
	UNE FOIS	7	2,3	2,3	100
	Total	302	100	100	

Tableau 27: Montant minimum proposé

		MONTANT MINIMUM			
--	--	-----------------	--	--	--

	200	1	0,3	0,3	61,3	200
	500	2	0,7	0,7	73,8	1000
	1000	15	5	5	26,5	15000
	1500	1	0,3	0,3	56	1500
	2000	6	2	2	63,2	12000
	3600	6	2	2	69,5	21600
	5000	15	5	5	78,8	75000
	6000	55	18,2	18,2	97	330000
	8000	2	0,7	0,7	99	16000
	10000	19	6,3	6,3	32,8	190000
	12000	62	20,5	20,5	53,3	744000
	15000	3	1	1	57	45000
	16000	11	3,6	3,6	60,6	176000
	20000	5	1,7	1,7	64,9	100000
	26000	4	1,3	1,3	66,6	104000
	30000	2	0,7	0,7	67,5	60000
	36000	8	2,6	2,6	72,2	288000
	40000	1	0,3	0,3	73,2	40000
	60000	4	1,3	1,3	98,3	240000
	96000	2	0,7	0,7	99,7	192000
	120000	7	2,3	2,3	55,6	840000
	160000	1	0,3	0,3	60,9	160000
	12000	1	0,3	0,3	65,2	12000
	360000	2	0,7	0,7	72,8	720000
Valide		235	21,5	21,5	21,5	4383300
	3 % REVENU ANNUEL	1	0,3	0,3	66,9	
	DECISION ETATIQUE	1	0,3	0,3	100	
	Total	302	100	100		
	MIN	200				
	MAX	360000				
	MOYENNE	18494,9367				

Tableau 28: Montant maximum proposé

		MONTANT MAXIMUM			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage

IMPACT D'UNE ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE SUR LA DEMANDE DE SOINS DE SANTE DES MENAGES AU BENIN
: CAS DU DEPARTEMENT DU LITTORAL

				valide	cumulé
Valide		48	15,9	15,9	15,9
	1000	4	1,3	1,3	17,2
	10000	20	6,6	6,6	23,8
	12000	80	26,5	26,5	50,3
	120000	6	2	2	52,3
	1500	3	1	1	53,3
	15000	17	5,6	5,6	58,9
	16000	15	5	5	63,9
	160000	4	1,3	1,3	65,2
	18000	1	0,3	0,3	65,6
	2000	11	3,6	3,6	69,2
	20000	8	2,6	2,6	71,9
	24000	5	1,7	1,7	73,5
	2500	2	0,7	0,7	74,2
	25000	1	0,3	0,3	74,5
	26000	2	0,7	0,7	75,2
	30000	2	0,7	0,7	75,8
	36000	18	6	6	81,8
	360000	4	1,3	1,3	83,1
	4000	1	0,3	0,3	83,4
	40000	2	0,7	0,7	84,1
	5% REVENU ANNUEL	1	0,3	0,3	84,4
	500	1	0,3	0,3	84,8
	5000	10	3,3	3,3	88,1
	50000	2	0,7	0,7	88,7
	6000	9	3	3	91,7
	60000	15	5	5	96,7
	7000	1	0,3	0,3	97
	9000	1	0,3	0,3	97,4
	9600	4	1,3	1,3	98,7
	96000	2	0,7	0,7	99,3
	DECISION ETATIQUE	1	0,3	0,3	99,7
	DECISION ÉTATIQUE	1	0,3	0,3	100
	Total	302	100	100	
	MIN	500			
	MAX	360000			
	MOYENNE	922			
	ECART-TYPE				

```
. heckman recoursalhospital Assurance age age2 fminin clibataire
concubinage aucunerligion chrtiens musulmans bontatdesant etatdesan
> tmean revenuinfrieur20000fcfa revenu20à100000
revenusuprieur100000, select(age fminin clibataire concubinage
chrtiens mus
> ulmans bontatdesant etatdesantmean revenuinfrieur20000fcfa
revenu20à100000 revenusuprieur100000) twostep
```

```
Heckman selection model -- two-step estimates      Number of obs      =      289
(regression model with sample selection)          Censored obs       =       14
                                                    Uncensored obs     =       275

                                                    wald chi2(14)     =      46.65
                                                    Prob > chi2       =       0.0000
```

	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf. Interval]	
recoursal						
Assurance	.0785345	.0779164	1.01	0.313	-.0741789	.2312478
age	.0223659	.0100908	2.22	0.027	.0025883	.0421436
age2	-.0002429	.0001115	-2.18	0.029	-.0004613	-.0000244
fminin	.1547399	.0523195	2.96	0.003	.0521955	.2572843
clibataire	.3148938	.0864861	3.64	0.000	.1453841	.4844035
concubinage	.1520456	.0829748	1.83	0.067	-.0105819	.3146732
aucunerlig~n	.2563748	.2156597	1.19	0.235	-.1663105	.6790602
chrtiens	.3560961	.1859089	1.92	0.055	-.0082787	.7204709
musulmans	.1628935	.12542	1.30	0.194	-.0829251	.4087121
bontatdesant	-.1242475	.1335403	-0.93	0.352	-.3859817	.1374867
etatdesant~n	-.0900267	.1191916	-0.76	0.450	-.3236381	.1435846
revenuinfra	.3643018	.2611073	1.40	0.163	-.1474591	.8760627
revenu20à1~0	.143038	.2433869	0.59	0.557	-.3339917	.6200676
revenusupr~0	.6570676	.321308	2.04	0.041	.0273155	1.28682
_cons	-.9304659	.3722917	-2.50	0.012	-1.660144	-.2007876
select						
age	.0241115	.0148965	1.62	0.106	-.0050852	.0533082
fminin	-.5645171	.3158828	-1.79	0.074	-1.183636	.0546017
clibataire	-4.781219	450.2489	-0.01	0.992	-887.2528	877.6904
concubinage	-4.253724	450.2489	-0.01	0.992	-886.7253	878.2179
chrtiens	-4.706815	673.1437	-0.01	0.994	-1324.044	1314.631
musulmans	-.45683	.6779208	-0.67	0.500	-1.78553	.8718703
bontatdesant	-4.604643	818.4359	-0.01	0.996	-1608.71	1599.5
etatdesant~n	-3.941	818.4359	-0.00	0.996	-1608.046	1600.164
revenuinfra	-4.452937	1976.548	-0.00	0.998	-3878.416	3869.51
revenu20à1~0	.161906	1924.582	0.00	1.000	-3771.95	3772.274
revenusupr~0	-9.327564	1858.392	-0.01	0.996	-3651.708	3633.053
_cons	14.52733	2030.63	0.01	0.994	-3965.434	3994.488
mills						
lambda	-.3151226	.4131186	-0.76	0.446	-1.12482	.4945749
rho	-.088491					
sigma	.35610685					
lambda	-.31512262	.4131186				

```
. heckman recoursalhospital Assurance age age2 fminin clibataire
concubinage aucunerligion chrtiens musulmans bontatdesant etatdesan
> tmean revenuinfrieur20000fcfa revenu20à100000
revenusuprieur100000, select(age fminin clibataire concubinage
aucunerligio
```

> n chrtiens musulmans bontatdesant etatdesantmoyen
revenuinfrieur20000fcfa revenu20à100000 revenusuprieur100000)
twostep

Heckman selection model -- two-step estimates
(regression model with sample selection)

Number of obs = 289
Censored obs = 14
Uncensored obs = 275

Wald chi2(14) = 46.65
Prob > chi2 = 0.0000

	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf. Interval]	
recoursalh~1						
Assurance	.0785344	.0779164	1.01	0.313	-.0741789	.2312476
age	.0223659	.0100908	2.22	0.027	.0025882	.0421436
age2	-.0002429	.0001115	-2.18	0.029	-.0004613	-.0000244
fminin	.1547408	.0523198	2.96	0.003	.0521959	.2572857
clibataire	.3148964	.0864874	3.64	0.000	.1453842	.4844087
concubinage	.152047	.0829755	1.83	0.067	-.0105819	.3146759
aucunerlig~n	.2563756	.2156609	1.19	0.235	-.1663119	.6790632
chrtiens	.3560996	.1859104	1.92	0.055	-.0082781	.7204773
musulmans	.1628942	.1254204	1.30	0.194	-.0829253	.4087137
bontatdesant	-.1242445	.1335418	-0.93	0.352	-.3859815	.1374926
etatdesant~n	-.090026	.1191924	-0.76	0.450	-.3236388	.1435868
revenuinfra	.3643052	.2611093	1.40	0.163	-.1474597	.87607
revenu20à1~0	.1430383	.2433884	0.59	0.557	-.3339942	.6200708
revenusupr~0	.6570739	.3213109	2.04	0.041	.0273161	1.286832
_cons	-.9304705	.3722941	-2.50	0.012	-1.660153	-.2007876
select						
age	.0241105	.0148962	1.62	0.106	-.0050856	.0533066
fminin	-.5645012	.3158782	-1.79	0.074	-1.183611	.0546086
clibataire	-5.71686	.4574568	-12.50	0.000	-6.613459	-4.820261
concubinage	-5.189373	.	.	.	.	.
aucunerlig~n	.1428452	.	.	.	.	.
chrtiens	-5.508271	.6546737	-8.41	0.000	-6.791408	-4.225134
musulmans	-.4568156	.6779136	-0.67	0.500	-1.785502	.8718706
bontatdesant	-5.541068	.769542	-7.20	0.000	-7.049342	-4.032793
etatdesant~n	-4.877425	.8165375	-5.97	0.000	-6.47781	-3.277041
revenuinfra	-5.285576	.4598419	-11.49	0.000	-6.186849	-4.384302
revenu20à1~0	.2649204	.	.	.	.	.
revenusupr~0	-10.96164	.	.	.	.	.
_cons	17.09785	.	.	.	.	.
mills						
lambda	-.3151365	.4131215	-0.76	0.446	-1.12484	.4945668
rho	-0.88494					
sigma	.35610901					
lambda	-.31513652	.4131215				

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT.....	ii
DEDICACES.....	iii
DEDICACES.....	iv
REMERCIEMENTS.....	v
SOMMAIRE	vi
LISTE DES GRAPHES	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	ix
RESUME	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL, THEORIQUE ET METHODOOGIQUE DE L'ETUDE	3
Section 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET PRESENTATION GENERALE DE LA STRUCTURE DE STAGE	3
Paragraphe 1 : Présentation de la DGPD	3
1-1- Mission et Attributions de la DGPD.....	3
1-2- Structure de la DGPD	4
Paragraphe 2 : Déroulement du stage et l'intérêt de l'étude	4
2-1 Déroulement du stage.....	4
2-2 L'intérêt de l'étude.....	5
2-2-1- L'intérêt de notre étude pour la DGPD.....	5
2-2-2- L'intérêt de notre étude pour les autres décideurs	5
Section 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET REVUE DE LITTERATURE	7
Paragraphe 1 : Problématique	7
Paragraphe 2 : Objectifs et Hypothèses	7
1-1 Objectifs	7
1-2 Hypothèses	8
Paragraphe 3 : Revue de littérature	8
2-1 Revue de la littérature théorique de l'étude.....	8
2-2 Revue Empirique.....	9
Section 3 : CONTEXTE ET DESCRIPTION DU RAMU AU BENIN	14
Paragraphe 1 : Environnement politique.....	14
Paragraphe 2 : Analyse du système de financement de la santé actuel	15

<i>CHAPITRE II : ANALYSE EMPIRIQUE DU LIEN ENTRE DEMANDE DE SOINS DE SANTE ET L'ADHESION A UNE ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE</i>	20
<i>Section 1 : PREPARATION DE L'ETUDE</i>	20
<i>Paragraphe 1 : L'enquête auprès des ménages</i>	20
<i>1-1 Données</i>	20
<i>1-2 Méthodologies d'échantillonnage</i>	21
<i>1-2-1 Base de sondage</i>	21
<i>1-2-2 Taille de l'échantillon</i>	22
<i>1-3 Méthodes de collecte des données</i>	23
<i>Paragraphe 2 : Méthodologie</i>	25
<i>Section 2 : ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNEES</i>	27
<i>Paragraphe 1 : Caractéristiques de la population des béninois résidents</i>	29
<i>Paragraphe 2 : Analyse comparative des caractéristiques des répondants béninois de l'extérieur et résidents</i>	32
<i>Section 3 : ANALYSE ECONOMETRIQUE ET RECOMMANDATIONS</i>	46
<i>Paragraphe1 : Résultats des analyses économétriques</i>	46
<i>Paragraphe 2 : Discussion</i>	49
<i>SECTION 4 : RECOMMANDATIONS</i>	54
<i>CONCLUSION</i> :	57
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	59
<i>ANNEXES</i>	I