



REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESRS)

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)

DÉPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES

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

Spécialité : Economie et Gestion des Structures Sanitaires(EGSS)

Sujet de recherche

**Analyse des déterminants de la vulnérabilité aux chocs
de santé au Bénin**

Réalisé et présenté par :

AGOSSOU D.B. Florence & HOUNGUEVOU Carmel Y. B.

Sous la direction de :

Docteur Gbodja Hilaire HOUENINVO

Enseignant-chercheur à l'UAC

Composition du jury

Président : Prof Sosthène GNANSSOUNOU

1^{er} Membre : AGBOKPANZO A. Tanguy

2^{ème} Membre : FANTO Charles

Soutenue, le 21 Janvier 2021

Mention : Très Bien

Année académique : 2019-2020

AVERTISSEMENT

« La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion n’entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Celles-ci doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

Dédicace 1

Je dédie ce mémoire à :

- Mon Père T. Clément AGOSSOU
- Ma Mère A. Justine BIOGBE

D. B. Florence AGOSSOU

Dédicace 2

Je dédie ce mémoire à :

- Mon Père J. Enock HOUNGUEVOU
- Ma Mère G. Céline AHOUANSE

Y. B. Carmel HOUNGUEVOU

REMERCIEMENTS

Au terme de ce mémoire, nous tenons sincèrement à remercier :

- Professeur Denis ACCLASSATO, Doyen de La Faculté des Sciences Économiques et de Gestion ;
- Docteur M. Théophile WOTO, Vice Doyen de la Faculté des Sciences Économiques et de Gestion ;
- Notre maître mémoire Docteur Gbodja Hilaire HOUENINVO, enseignant à la FASEG, de nous avoir encadrés tout au long du déroulement de ce travail ;
- Docteur M. Modeste SENOU, pour ses efforts et apports tout au long de ce travail ;
- Tous les enseignants de La Faculté des Sciences Économiques et de Gestion ;
- Tous nos frères et sœurs pour le soutien et l'amour que chacun de vous a et continue d'avoir pour nous ;
- Excellence monsieur le président du jury et honorables membres du jury pour leurs appréciations, apports, critiques et recommandations pour améliorer la qualité scientifique de ce travail ;

Liste des sigles et acronymes

AGVSA	: Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire
AGVSAN	: Analyse Globale de la vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition
CDSS	: Commission des Déterminants sociaux de la santé
CIPCRE	: Cercle International pour la Promotion de la Création
DSS	: Déterminants Sociaux de la Santé
DSRP	: Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EMICoV	: Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie
FNARS	: Fédération Nationale des Associations d’Accueil et de la Réadaptation Sociale
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l’Analyse Economique
OIT	: Organisation Internationale du Travail
OMD	: Objectifs du Millénaires pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
SIDA	: Syndrome Immuno-Déficienne Acquis
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

Liste des tableaux

Tableau 1: Récapitulatif des variables utilisées.....	21
Tableau 2:Résultats des estimations	30
Tableau 3:Matrice de corrélation.....	40

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin.....	24
Graphique 2:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé selon le niveau d'instruction	25
Graphique 3:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé des béninois en fonction de leur travail d'occupation.....	25
Graphique 4:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé de la population en fonction de l'âge.....	26
Graphique 5:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé suivant leur sexe	27
Graphique 6:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction du secteur formel d'activité.....	27
Graphique 7:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction de la situation matrimoniale.....	28
Graphique 8:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction de l'assistance sociale	28
Graphique 9:Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction de leur milieu de résidence.....	29
Graphique 10:Courbe de ROC	33

RESUME

L'objectif général de cette recherche est d'analyser les déterminants de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin. La démarche méthodologique s'appuie sur l'estimation du modèle logit à partir de la base de données globales de l'Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA, 2017), collectées par l'INSAE en juillet-août 2017 avec le soutien financier du Programme Alimentaire Mondial. Les résultats des analyses nous montrent, d'une part, que la mise en place de mécanisme de la protection sociale augmente, dans notre cas de recherche, la vulnérabilité aux chocs de santé et d'autre part, que les conditions de certains travaux d'occupation augmentent l'exposition de la population béninoise aux chocs de santé.

Mots-clés : chocs de santé, vulnérabilité, protection sociale, travail d'occupation.

ABSTRACT

The overall objective of this research is to analyze the determinants of vulnerability to health shocks in Benin. The methodological approach is based on the estimate of the logit model from the overall database of the Overall Analysis of the Vulnerability and Food Security, collected by the INSAE in July-August 2017 with the financial support of the World Food Program. The results of the analyzes show us, on the one hand, that the establishment of social protection mechanism increases, in our research case, vulnerability to health shocks and on the other hand, that the conditions of certain occupancy increases the exhibition of the Beninese population to health shocks.

Keywords: health shocks, vulnerability, social protection, occupation work.

Sommaire

Introduction	1
Chapitre 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude	4
Section 1 : Cadre théorique de l'étude.....	4
Section 2 : Cadre méthodologique de recherche	19
Chapitre 2 : Présentations, analyse des résultats et suggestions.....	24
Section 1 : Présentation et analyse des résultats.....	24
Section 2 : Suggestions.....	35
Conclusion.....	35

INTRODUCTION

Aujourd'hui, la santé figure au premier plan des préoccupations de développement internationales, et les inégalités en matière de santé entre et au sein des pays ont fini par figurer au cœur des intérêts de la communauté internationale. Une opportunité sans précédent existe pour améliorer la santé de certaines des communautés les plus pauvres et les plus vulnérables au monde si des approches sont choisies qui soient à même de s'attaquer aux causes réelles des problèmes de santé. Les plus puissantes de ces causes sont les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent, lesquelles sont connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé (DSS). Les déterminants sociaux reflètent la situation de différentes personnes dans « l'échelle » sociale du statut, du pouvoir et des ressources. Les événements montrent que la plus grande partie du fardeau mondial des maladies et l'ensemble des inégalités en matière de santé sont causés par les déterminants sociaux (Stratégie Nationale de Protection sociale et de gestion des risques, 2005).

La Commission des Déterminants sociaux de la Santé (CDSS) s'est engagée à se placer à la tête de ce processus. Mais, en vue d'atteindre ses objectifs, la CDSS doit tirer des enseignements de l'histoire. Dans les années 1970 et 1980, la stratégie mondiale de la Santé pour Tous mettait l'accent sur la nécessité de tenir compte des déterminants sociaux, mais ces recommandations étaient rarement traduites en politiques effectives. De forts messages concernant les DSS ont refait surface au milieu des années 1990, mais une fois encore, la mise en œuvre des politiques a peu prospéré dans les pays en développement dans lesquels les besoins sont les plus considérables. Les années 2000 ont été marquées par un changement d'orientation dans la Politique de Santé Mondiale. Les OMD ont créé un climat favorable pour une action multisectorielle et ils ont mis en exergue les rapports entre la santé et les facteurs sociaux. Un nombre croissant de pays mettent en œuvre les politiques DSS, mais il est urgent d'étendre cette dynamique aux pays en développement dans lesquels les effets des DSS sont les plus dévastateurs pour le bien-être des gens. C'est dans ce contexte que la CDSS entamera ses travaux (Irwin et Scali, 2005). Le diagnostic, fait par les acteurs durant le processus participatif du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), a identifié la faiblesse, voire l'absence de protection sociale comme un des facteurs de basculement des ménages dans la pauvreté. Les risques de basculement liés aux facteurs de vulnérabilité qui sont à la fois environnementaux, naturels ou résultent de maladies handicapantes et accidents concernent toutes les catégories sociales mais prennent une dimension particulière pour certaines catégories les plus vulnérables. Les ménages aussi bien en milieu rural qu'urbain sont exposés à une variété de chocs qui les empêchent d'accumuler les

biens et le capital humain susceptibles de les aider à sortir de la pauvreté. Les chocs affectant spécifiquement les ménages, tels que les problèmes de santé, les événements du cycle de vie associés à la naissance, à la vieillesse et à la mort, les risques sociaux associés au crime et les risques économiques tels que les faillites ou la perte des envois de l'émigration sont particulièrement durs pour les ménages pauvres. Les cycles vicieux entre ces risques accroissent encore cette vulnérabilité.

En Afrique, les changements démographiques, politiques et économiques hautement dynamiques liés entre eux, affectent la santé et le bien-être de ses nombreux groupes de population et mènent à une augmentation du risque et de la vulnérabilité. Généralement définie comme la probabilité de voir son niveau de bien-être se dégrader à la suite d'un choc, la vulnérabilité rend compte des pressions extérieures auxquelles les individus sont soumis. En effet, bien que contraints par une large variété de risques, les individus agissent sur leur environnement et leurs conditions de vie dans le cadre des stratégies offensives et préventives. Pour apporter notre contribution au bien-être et à l'amélioration des conditions sociales de la population béninoise, nous avons jugé utile de réfléchir sur le thème « **Analyse des déterminants de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin** ».

À cet effet, le travail est ainsi structuré en deux chapitres. Le premier chapitre expose le cadre théorique et méthodologique de la recherche et le second porte sur l'analyse des résultats, la vérification des hypothèses de recherche et les approches de solution.

CHAPITRE 1 :
CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : Cadre théorique et méthodologique de recherche

Ce chapitre présente dans une première section le cadre théorique de recherche à travers la problématique, les objectifs, les hypothèses et la revue de littérature puis dans une seconde section la méthodologie de recherche à travers les modèles de références, leur spécification, l'analyse des données et leurs sources.

Section 1 : Cadre théorique de recherche

Cette session expose la problématique, les objectifs, les hypothèses ainsi que la revue de littérature.

Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de recherche

Ce paragraphe présente d'une part la problématique et d'autre part les objectifs et les hypothèses de la recherche.

A- Problématique de recherche

La santé est une des conditions nécessaires à l'individu pour réaliser pleinement son potentiel (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2011). D'une manière générale, l'état de santé des populations ayant un désavantage social, est globalement plus dégradé que celui des populations avantagées. Ces inégalités sociales recouvrent d'une part, en amont de la maladie, l'exposition aux risques, et d'autre part, en aval de la maladie, l'accès aux soins.

Le concept « *vulnérabilité en santé* » est devenu l'opérateur commun pour désigner le fait que les inégalités socio-économiques engendrent des inégalités devant la maladie, devant le risque le plus particulièrement. De nombreux auteurs ont souligné qu'il n'y avait pas de pathologique de la vulnérabilité mais des liens entre maladie et contexte social. Selon l'étude menée par Stringhini (2017), avoir une condition socio-économique défavorable diminue l'espérance de vie de 1 ou 2 années et augmente le risque de décès prématuré de 26% (maladie cardio-vasculaire 29%, cancer 26%, autres causes 25%). Selon l'enquête de l'INSSE (2003), les personnes vulnérables ont une forte propension à la migraine (20%), aux maladies respiratoires (14%) ; elles souffrent cinq fois plus du système digestif, deux fois plus d'hypertension artérielle, de troubles cardio-vasculaires (diabète etc.) et de problèmes dermatologiques (d'après la précarité et santé mentale : repères et bonnes pratique FNARS, 2010). De nombreuses recherches montrent clairement un risque accru de maladies infectieuses, surconsommation de médicament, une hausse du taux de tabagisme et des taux de consommation d'alcool, etc. La population des pays en développement est donc bien

plus touchée par les maladies infectieuses que celle du monde développé. De plus dans ces pays, l'emploi informel est plus exposé, représente plus de la moitié des emplois non agricoles et contribue à l'économie globale, en fournissant des biens et des revenus à ses acteurs (Chen, 2016). En Afrique Subsaharienne, le secteur informel concerne plus de 60% de la main-d'œuvre urbaine, et est à l'origine de plus de 90% des nouveaux emplois créés au cours des années 90 (Bacchetta et al., 2009). Les travailleurs de l'économie informelle constituant la majorité de la main-d'œuvre de l'économie des pays sont plus exposés à des niveaux de risques élevés, de par la précarité des outils et la pauvreté des acteurs (Volkoff et Thébaud-Mony, 2010). Les branches d'activités informelles dans ces pays sont très diversifiées et concernent autant l'artisanat, l'agriculture, l'exploitation des ressources minières que le recyclage de déchets électriques et métalliques. Environ 99% de tous les décès du SIDA, à la tuberculose et au paludisme se produisent dans les pays en développement (David et al., 2004). Au regard des résultats d'analyse de données relatives à l'évolution de tendances des indices et la transmission, il ressort qu'entre 2011 et 2018, la commune de BONOU est la plus vulnérable du Sud du Bénin et cette tendance pourrait changer entre 2020-2050.

Malgré la Politique Nationale de Santé (PNS) adoptée par le Bénin pour la période de 2009-2018 en ce qui concerne l'amélioration des prestations des soins et services de santé à tous les niveaux de la pyramide Sanitaire en assurant des soins de santé essentiels de qualité aux populations surtout les plus démunis et les plus vulnérables, suivie du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2018-2022 dont la vision est libellée comme suit : « Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnel préventif, curatif, ré-adaptatif et palliatif de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la participation active de la population », force est de constater que certaines populations demeurent plus sensibles faces aux chocs de santé.

Au vu de la place que donne le monde à la santé, il est donc nécessaire d'analyser d'une manière globale les « *déterminants de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin* ».

De manière spécifique, cette étude nous amènera à apporter des réponses aux questions suivantes :

- Quel est l'effet de la protection sociale sur la vulnérabilité des populations aux chocs de santé au Bénin ?

- Quel est l'influence du travail d'occupation des populations sur l'exposition aux chocs de santé au Bénin ?

B- Objectifs et hypothèses de recherche

Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'analyser les déterminants de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin.

Objectifs spécifiques

De façon spécifique, la recherche poursuit deux objectifs :

- Déterminer l'effet de la protection sociale sur la vulnérabilité des populations aux chocs de santé au Bénin.
- Evaluer l'influence des conditions du travail d'occupation de la population sur l'exposition aux chocs de santé au Bénin.

Hypothèses de recherche

Dans la dynamique de mener une bonne analyse des données et de faire ressortir des conclusions fiables, des hypothèses ont été formulées en partant des causes supposées être à la base du problème à résoudre. Comme hypothèses de recherche :

H 1 : La protection sociale réduit la vulnérabilité aux chocs de santé de certaines couches de la population béninoise.

H 2 : Les conditions de certains travaux d'occupation augmentent l'exposition de la population béninoise aux chocs de santé.

Paragraphe 2 : Revue de littérature

Pour mieux aborder la présente recherche, il est utile de faire une revue de littérature afin d'avoir une idée sur quelques notions ainsi que les travaux empiriques antérieurs qui y sont consacrés.

A- Clarification conceptuelle

- **La santé**

La santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Dans cette définition par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), depuis 1946, la santé représente « l'un des droits fondamentaux de tout être

humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » . Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels (Basset, et al., 1999). Mais cette définition confond les notions de santé et de bien-être (Gourbin et Wunsch, 2002).

Par ailleurs, « la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu et représente donc cette capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (Anctil, 2012).

Dubos (1973) présente la santé comme « la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation tout en préservant son intégrité individuelle. C'est l'état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. » Pour Leriche(1936), « la santé c'est la vie dans le silence des organes. »

- **Choc de santé**

Un choc de santé est défini par le fait d'avoir eu au moins une hospitalisation au cours de l'année (Rotter,1954).

- **La vulnérabilité**

En une vingtaine d'années, la notion de vulnérabilité est devenue omniprésente dans le débat public et les discours sociaux. Le terme « vulnérabilité » vient du latin *vulnus*, *vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser). Le suffixe *abilis* vise à la fois un rapport à l'altération extérieure (être exposé aux agressions) et une possible défaillance de l'équilibre interne.

Selon le dictionnaire Larousse, le vulnérable est celui « qui peut être blessé, frappé, qui peut être facilement atteint ». Les synonymes sont la fragilité, la précarité, l'incertitude...

La vulnérabilité peut être définie comme la probabilité de souffrir des conséquences d'événements imprévus ou comme la sensibilité aux chocs extérieurs, et est donc une notion plus vaste que celle de la pauvreté au sens traditionnel (Lipton et Ravallion, 1995). La probabilité qu'une personne souffre d'un choc dépend : i) de sa capacité d'adaptation au choc considéré (plus sa capacité d'adaptation est élevée, moins elle est vulnérable) ; et ii) de la force de l'impact (plus celui-ci est fort, lorsque le risque ne peut être minimisé, plus la personne est vulnérable). Le degré de sensibilité aux effets d'un choc dépend de la capacité à éviter ce choc, qui est un autre aspect de la

gestion du risque. Les groupes pauvres et extrêmement pauvres de la population sont particulièrement vulnérables car ils sont en général davantage exposés aux chocs et ont moins de moyens de gérer le risque ; par ailleurs, une détérioration de leurs conditions de vie, même minime, peut être catastrophique. Tout accroissement de l'aptitude des pauvres et de ceux qui ne le sont pas à gérer le risque contribue à réduire leur vulnérabilité et à améliorer leur bien-être et doit donc permettre de réduire le nombre de ceux qui vivent provisoirement dans la pauvreté ou d'offrir à ceux qui souffrent d'une pauvreté chronique le moyen de sortir de cet état (Morduch, 1994).

La vulnérabilité se définit en termes de risques particuliers et d'exposition des populations à ces risques. Elle traduit la probabilité d'une personne, qu'elle soit pauvre ou non, à subir une perte significative de bien-être en conséquence d'un changement de situation (ou d'un choc). L'analyse de la vulnérabilité porte donc tant sur la nature des forces agissant sur le bien être d'une personne que sur son aptitude sous-jacente à se protéger des risques auxquels elle est exposée.

La pauvreté et la vulnérabilité sont fortement corrélées. Le fait d'être pauvre accroît la vulnérabilité du fait du manque des revenus disponibles pour payer les services essentiels en temps de crise et l'impossibilité de recours à l'épargne, à l'emprunt ou à des réseaux de solidarité. La vulnérabilité à son tour, renforce la pauvreté. Les ménages ayant la plus forte probabilité de subir des chocs, ont le plus de probabilités d'être pauvres. La pauvreté et le risque ont tous les deux un impact sur la capacité des ménages à améliorer leur bien-être futur.

- **La protection sociale**

Il y a différentes définitions de la protection sociale, celles-ci évoluant dans le temps et chaque pays lui donnant des interprétations et des accents particuliers selon les contextes et les priorités politiques nationales. La protection sociale est vue dans « la Politique holistique de protection sociale au Bénin 2013 », comme l'ensemble des mesures publiques ou à but non lucratif qui visent à réduire la vulnérabilité des populations et à leur permettre de mieux gérer les risques économiques et sociaux. Ces mesures publiques comprennent l'assistance sociale ; l'assurance, les services d'action sociale et la législation protectrice

- ❖ Assistance sociale

L'assistance sociale ou une aide sociale aux pauvres et ménages extrêmement pauvres (régimes non contributifs) est l'ensemble des transferts en espèces ou en nature octroyés directement aux ménages ou individus, soit sans contrepartie soit contre des obligations de travail ou des

conditionnalités pour l'amélioration des comportements, et des transferts implicites sous formes de subventions à la consommation et des mesures de gratuité dans les secteurs sociaux. Ces transferts visent à réduire la pauvreté et la vulnérabilité, à accroître l'accès aux services de base et à assumer un minimum de bien-être économique.

❖ Assurance sociale

L'assurance sociale est de nature contributive et est souvent liée à l'emploi, à travers le paiement de cotisations par les employés et/ ou leurs employeurs, bien qu'elle puisse aussi prendre la forme de systèmes nationaux d'assurance plus large, quelque fois subventionnée par l'Etat. Elle permet de protéger les personnes contre les risques et les vicissitudes de la vie et contre leurs conséquences sur les conditions de vie, de santé, etc. Parmi ces risques se trouvent la maladie, les accidents de travail et les maladies professionnelles, la vieillesse, le chômage, la maternité, le décès du soutien de la famille et les charges de famille. L'assurance sociale prend généralement la forme de mécanismes de partage des risques, avec des dérogations potentielles de paiement pour les pauvres. Ces régimes contributifs comprennent les mutuelles de santé, les caisses de sécurité sociale et les assurances privées, ainsi que les systèmes d'assurance maladie universelle. Dans le cas du Bénin, les structures intervenant dans ce domaine incluent le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), ainsi que le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et les mutuelles.

❖ Services d'actions sociales ou services sociaux d'appui aux groupes vulnérabilité

Cette branche « non monétaire » de la protection sociale englobe une large gamme de programmes de prévention et de réponse à des problèmes spécifiques. Incluant des campagnes de sensibilisation, des actions d'appui psychosocial, des programmes de support aux familles et d'autres types d'intervention, ces programmes font face aux risques essentiellement de caractère social ou culturel tels que les violences domestiques, les mariages précoces, la séparation des enfants de leurs familles, les abus des enfants, etc., et quelques fois à des risques de nature économique (dans le cas de la traite et du travail des enfants). Au Bénin, ces programmes sont généralement de petite envergure, éparpillés et mal coordonnés, et difficiles à pérenniser du fait qu'ils sont souvent financés sous forme de « projets » sur ressources extérieures.

De façon générale, « la protection sociale est l'ensemble des politiques publiques visant à : i) aider les individus, les ménages et les collectivités à mieux gérer le risque, et ii) fournir un appui aux personnes extrêmement pauvres ». Cette définition plus générale regroupe dans un cadre unique

les instruments de protection sociale traditionnels, et notamment la politique du travail, les régimes d'assurances sociales et les filets de protection sociale. (Stratégie Nationale de Protection sociale et de gestion des risques, 2005).

B- Revue thématique

Effet de la protection sociale sur la vulnérabilité aux chocs de santé

L'aide sociale est l'un des principaux leviers dont on dispose pour aider les gens à sortir de la pauvreté et à franchir le fossé qui les sépare du reste de la société. En effet, dans le document intitulé « Gestion du risque social : Cadre théorique de la protection sociale », Holzmann et Jorgensen (2000) abordent une série de documents de discussions sur la Protection Sociale. Cette étude propose une nouvelle définition de la protection sociale ainsi qu'un nouveau cadre théorique fondé sur la gestion du risque social. Elle vise plus particulièrement les segments pauvres de la population car ils sont les plus vulnérables et n'ont généralement pas accès à des instruments appropriés de gestion du risque de sorte qu'il leur est difficile d'entreprendre des activités rémunératrices mais aussi plus risquées et donc, d'échapper peu à peu à un état de pauvreté chronique. Selon ces auteurs, le concept gestion du risque social repose sur l'idée que les personnes, les ménages, et les collectivités sont exposés à des risques divers, dus à des phénomènes naturels (maladie, inondation etc.) ou causés par l'homme (chômage, dégradation de l'environnement etc.). Comme il est souvent impossible de prévoir, et de prévenir ces perturbations, elles ont pour effet d'engendrer et d'exacerber la pauvreté. Le degré de sensibilité aux effets d'un choc dépend de la capacité à éviter ce choc, qui est un autre aspect de la gestion du risque. Les groupes pauvres et extrêmement pauvres de la population sont particulièrement vulnérables car ils sont en général davantage exposés aux chocs et ont moins de moyens de gérer le risque par une détérioration de leurs conditions de vie, même minime, peut être catastrophique. Tout accroissement de l'aptitude des pauvres et de ceux qui ne le sont pas à gérer le risque contribue à réduire leur vulnérabilité et à améliorer leur bien-être et doit donc permettre de réduire le nombre de ceux qui vivent provisoirement dans la pauvreté ou d'offrir à ceux qui souffrent d'une pauvreté chronique le moyen de sortir de cet état (Morduch, 1994).

D'après les informations issues de la « note budgétaire sur la protection sociale 2019 », le Rapport Mondiale sur la protection sociale (2017-2019) montre que seul 45% de la population mondiale sont effectivement couverts par au moins une prestation de protection sociale, laissant 55% soit 4 milliards d'êtres humains, sans protection. En Afrique, la population couverte par au moins une prestation de protection sociale est estimée à 17,8% avec 15,9% des enfants et 15, 8% de femmes

allaitantes. Ce taux semble indiquer qu'environ 250 millions de personnes en Afrique Subsaharienne bénéficient d'une forme de programme de protection sociale ou d'une autre. La protection sociale au vu de son succès dans certains pays, émergents, est considérée comme un outil permettant d'améliorer la vie des personnes au bas de l'échelle de répartitions des revenus. D'après cette note, la réduction et la maîtrise des risques donnent en outre aux pauvres les moyens de ne pas tomber dans des stratégies de sauvegarde qui peuvent les appauvrir encore plus de manière irréversible. La protection sociale permet d'éloigner l'accès aux services publics, en particulier dans la santé et l'éducation, ce qui contribue à augmenter la productivité et rend plus facile pour les pauvres l'exercice d'une activité rémunérée. Elle donne aux pauvres les moyens de se protéger et préserver leurs biens en cas de choc, sauvegardant ainsi leur potentiel de création de revenus à long terme. Les dispositifs de protection sociale permettent de combattre la discrimination et de libérer le potentiel économique.

De plus, Borgarello et Mededji (2011), dans « Les Filets Sociaux au Bénin : Outil de Réduction de la pauvreté » abordent une série sur l'évaluation des filets sociaux et programme de protection sociale en Afrique. L'objectif principal de cette étude est de renforcer la capacité du Gouvernement béninois dans la définition des programmes de filets sociaux adaptés aux besoins de ses populations pauvres et vulnérables. Selon ces auteurs, au Bénin les facteurs qui favorisent la pauvreté sont essentiellement les caractéristiques socio-économiques des ménages de l'accès aux services sociaux et financiers. En milieu urbain ou en milieu rural, les déterminants qui reviennent systématiquement sont principalement la taille du ménage, l'âge du chef du ménage, le niveau d'instruction, le sexe du chef du ménage, le statut migratoire, l'accès aux services financiers (INSAE, 2009). En ce qui concerne l'analyse du profil de vulnérabilité, le degré de vulnérabilité d'un individu ou d'un ménage est étroitement lié aux risques qu'il encoure et de sa capacité à faire face aux effets engendrés par ceux-ci. Comme le montre Rousseau (2003), « un individu ou un ménage aura un niveau de vulnérabilité plus faible si face aux mêmes risques, son stock de capacités lui permet de mieux résister aux chocs. En revanche, son niveau de vulnérabilité sera plus élevé si son stock de capacités est trop faible pour lui permettre de réaliser les ajustements nécessaires pour protéger son bien-être ». Les principaux chocs auxquels les ménages font face au Bénin sont déclinés en chocs économiques, sociaux, biophysiques et se manifestent à trois niveaux : micro (individu / ménage), méso (communauté) et macro (pays) (UNICEF, 2010 et AGVSAN, 2009). Les chocs sociaux ont trait aux maladies ou accidents d'un membre actif ou d'un autre membre du ménage. Ces types de risques sont suivis par ceux liés aux chocs économiques. En ce qui concerne la vulnérabilité en termes de maladies chroniques, pour

37% des ménages, le choc le plus fréquent est une maladie grave ou un accident d'un membre ou d'une personne. Ainsi les personnes affectées par les maladies chroniques telles que le SIDA, les accidents graves se trouvent souvent dans un état de vulnérabilité et de dépendance extrême. En dehors des exigences financières inhérentes à ces maladies, le suivi sanitaire de ces personnes reste souvent limité par l'offre insuffisante d'infrastructures adéquates. Les soins médicaux dont elles ont besoin sont souvent très onéreux pour les familles pauvres.

Le rapport sur la protection sociale des enfants au Sénégal (UNICEF, 2009) montre que la majorité des vulnérables est constituée par les habitants des zones rurales, par les enfants pauvres (ceux qui vivent dans les ménages pauvres, ceux qui vivent à l'extérieur du domicile familial ou sont confrontés à la maladie et à l'invalidité), et par les handicapés et les personnes âgées. Il a été constaté que l'attention mise sur l'accès aux soins de santé dans le but de réduire les inégalités de santé passe à côté de la cible. Pour cela, il faut un regard plus pointu sur l'amélioration des conditions sociales (telles que l'accès à l'éducation de base ; un environnement de travail sain et la participation politique) qui contribuent à l'amélioration de la santé des sociétés. D'autres études ont pu montrer que la pauvreté pouvait tuer ou pouvait entraîner des maladies graves pouvant engendrer des séquelles que l'individu trainera toute sa vie. Cela tient du fait que des pauvres sont généralement mal nourris. Par exemple à Udaipur dans les ménages les plus pauvres 37% des adultes déclarent avoir passé au moins un jour sans manger en une année, la prévalence de l'anémie atteint 55% chez les adultes pauvres et la productivité du travail effectuée, tant la durée du travail que son intensité. En ce qui concerne les enfants, la sous-alimentation et la malnutrition compromettent leur développement mental et physique ; par la suite ces enfants seront aussi plus susceptibles de développer des maladies chroniques ou de contracter des maladies infectieuses, et cela à tous les âges.

Par ailleurs, selon « l'Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA) » réalisée par Parideans et Ndiaye (2017) dont l'objectif vise à mettre à jour les informations sur la sécurité alimentaire et à mieux comprendre l'impact des chocs récents que ce soit d'ordre économique ou autre, sur la consommation des ménages ainsi que sur stratégies des ménages, les résultats en ce qui concerne la vulnérabilité des ménages aux chocs montrent que près d'un ménage sur deux (45%) affirme avoir subi un choc ou difficulté au cours des douze derniers mois. Trente-huit pour cent (38%) des ménages auraient été affectés par au moins deux chocs et 10% au moins trois chocs. Les départements fortement affectés, tous chocs confondus, sont l'Ouémé, l'Alibori, le Couffo, le Plateau, le Mono et le Zou. Les ménages ruraux (50%) ont plus été frappés par un choc que les ménages urbains (41%). Les ménages les plus

pauvres selon l'indice de richesse ont davantage été affectés (55%) pour les pauvres contre (29%) pour les plus riches. De même, les ménages dirigés par une femme (48%) ont été plus affectés par les chocs que ceux dirigés par un homme (45%). Selon l'analyse, la vulnérabilité d'un ménage est fonction de l'activité principale du ménage. Dans ce sens, on constate que plus d'un ménage sur deux vivant du petit élevage (64%), de l'aide alimentaire (56%), du travail journalier (51%) ou encore de l'agriculture vivrière (51%) ont souffert d'un choc contre moins de 30% des ménages de salariés, fonctionnaires ou grands commerçants. Tous les chocs auxquels les ménages ont été confrontés ont eu un impact négatif sur le budget du ménage. Pour pallier à cela, les ménages adoptent plusieurs stratégies dont le premier est la stratégie d'épuisement des moyens existants par exemple la dépense de l'épargne (utilisé par 48% des ménages) ou l'emprunt d'argent (19,8%). Viennent ensuite les stratégies de crise consistant en la réduction des dépenses non alimentaires essentielles comme les dépenses de santé ou de l'éducation (17,1%) ou des dépenses de production (10,5%). Une des stratégies d'urgence adoptée par les ménages est la vente des derniers animaux reproducteurs. Les ménages ruraux et les ménages les plus pauvres selon l'indice de richesse sont les plus nombreux à utiliser les stratégies d'urgence. Un tiers des ménages plus pauvres se retrouvent dans des situations d'extrême vulnérabilité car ils sont contraints, pour faire face aux difficultés d'hypothéquer leurs moyens de subsistance et ce souvent irréversible. Ces ménages les plus vulnérables sont les artisans, les transporteurs, les pêcheurs, les agriculteurs vivriers, les commerçants de produits vivriers les travailleurs spécialisés, les ménages vivants de l'assistance ou du transfert d'argent.

Bien que la protection sociale soit un droit humain fondamental et que l'Etat soit le principal responsable de la conception et de la mise en œuvre des systèmes de protection sociale, les constats sont alarmants. Dans le document intitulé « étude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin », Hodges et al., (2010), ont montré le faible niveau de développement de la protection sociale au Bénin. Selon ces auteurs, moins de 10% de la population bénéficie des deux systèmes de sécurité sociale. Les secours octroyés par le MFSN sont très limités dans le temps et bénéficient à très peu de personnes (1.802 en 2008). La législation béninoise ne prévoit pas encore d'appuis à plus long terme dans l'optique de renforcer les capacités des personnes ou ménages afin qu'ils puissent se prendre en charge sur une base durable et sortir effectivement de leur situation de haute vulnérabilité. Globalement, seulement 9% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie (dans le cadre du FNRB, des mutuelles de santé et de l'assurance privée). C'est cette situation de haute vulnérabilité aux risques sanitaires à laquelle le RAMU est censé donner une réponse de portée radicale. L'assistance

sociale reste limitée essentiellement aux secours fournis aux indigents (couvrant moins de 2.000 indigents par an), les cantines scolaires et l'appui alimentaire aux personnes affectées par le VIH/SIDA. L'ampleur et l'efficacité de la protection sociale dépendent non seulement des politiques en la matière, mais aussi des capacités et ressources disponibles. L'inexistence d'un cadre institutionnel pour le « leadership » et la coordination dans ce domaine plurisectoriel et assez fragmenté apparaît comme un dysfonctionnement important du présent système de protection sociale au Bénin. La capacité de conception et d'exécution des programmes de protection sociale est aussi limitée par les faiblesses en ressources humaines, ainsi que la faiblesse du financement de la protection sociale « de base », qui avoisine seulement 0,9% des dépenses publiques totales.

Dans cette même logique, Tovo et Bendokat (2000), dans « Contribution pour une Stratégie de Protection Sociale au Bénin », montrent que le Bénin est de moins en moins capable d'affronter les situations de crise, et, semble-t-il, on a de plus en plus recours à des moyens extrêmes (comme de placer les enfants, ou d'abandonner les personnes âgées). L'extérieur en l'occurrence les ONG et les groupes religieux, l'Etat et les bailleurs de fonds internationaux apportent bien une assistance ; mais comparée aux besoins, celle-ci est trop faible, et souvent, arrive trop tard. Les actions en matière de protection sociale au niveau départemental sont principalement menées à travers les 78 Centres de Promotion Sociale des sous-préfectures et circonscriptions urbaines du Bénin. Les ressources de ces services sont minimales : il n'y a (pratiquement) pas d'allocations budgétaires pour les CPS, et 20 d'entre eux ne sont pas opérationnels, du fait de l'insuffisance d'infrastructures.

L'influence des conditions du travail d'occupation sur l'exposition aux chocs de santé

Selon le PNUD dans « La gestion des risques en milieu rural », en 2008, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, la population citadine a représenté la moitié de la population mondiale, soit 3,3 milliards de personnes. Et un tiers de cette population urbaine, soit 1 milliard de personnes, vit actuellement dans des taudis. Conjuguée à des plans d'occupation des sols inadéquats et à l'absence de règles de la construction, l'expansion des villes, qui s'est opérée dans une large mesure de façon anarchique pour faire face à la croissance démographique rapide, contribue à la vulnérabilité des populations urbaines. De plus, les conditions de vie difficiles des populations pauvres (mauvais état de santé, nutrition insuffisante, pauvreté, analphabétisme et assainissement défaillant, voire inexistant) font planer une menace permanente sur leur sécurité physique et psychologique, en engendrant des « risques quotidiens » qui provoquent en continu des catastrophes à petite échelle. Ces risques quotidiens exacerbent les risques de catastrophes

provoquées par les aléas naturels extrêmes, et c'est ainsi que se forme un processus d'« accumulation » des risques spécifique aux zones urbaines, dans lequel le risque est amplifié par les activités humaines. Il n'est donc pas rare que l'urbanisation accentue l'exposition des personnes et des actifs économiques aux aléas et crée de nouveaux profils de risque, la gestion des catastrophes devenant ainsi particulièrement complexe dans les zones urbaines.

Dans son article intitulé « La santé au travail et ses masques » Gollac et Volkoff (2006), aborde certains liens entre la santé et le travail. Pour lui si l'expérience du chômage brise certaines illusions liées à l'appartenance à un collectif de métier, elle amène à accepter ce que l'on sait être nuisible mais que l'on ne peut pas refuser. Et les travailleurs eux-mêmes, pour pouvoir faire face aux exigences de leurs travaux, censurent la conscience de ces pénibilités et de ces risques. Dans les années 1990, une épidémie de tendinites du poignet et du coude frappa, dans la plupart des pays industrialisés, les travailleurs pratiquant des gestes répétitifs. En outre la vision que les salariés font de leur travail peut occulter des pénibilités ou des risques. Il y a là une véritable « censure » psychique, en partie inconsciente, que la psychodynamique du travail s'efforce d'analyser. Face à un risque dont on ne peut se protéger, ressentir de la peur est inutile et même néfaste car une peur excessive empêche de travailler. On le défie même, par des prises de risques volontaires et on parvient ainsi à refouler la conscience. Les personnes enquêtées lors des enquêtes européennes sur les conditions de travail sont amenées à décrire ces conditions de travail et à indiquer elles estiment que leur travail met en danger leur santé ou leur sécurité. A peu près toutes les pénibilités, tous les risques, et toutes les contraintes organisationnelles augmentent, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'estimer sa santé ou sa sécurité en danger à cause de son travail. A conditions de travail et les autres caractéristiques égales (catégorie sociale, pays, etc.) égales, les femmes expriment peut-être un peu moins de craintes que les hommes, mais cet écart global entre les deux sexes est un peu important. Toutefois, les hommes et les femmes ne sont pas sensibles aux mêmes conditions de travail : certaines sont jugées particulièrement inquiétantes par les hommes, d'autres par les femmes. On peut synthétiser les différences en distinguant des conditions de travail « masculines », c'est-à-dire nettement plus répandues parmi les travailleurs du sexe masculin (travail de nuit, exposition au bruit, aux toxiques, aux radiations, aux vibrations, aux températures extrêmes, manipulation de charges lourdes), des conditions de travail « neutres », à peu près aussi répandues parmi les hommes et parmi les femmes (postures pénibles, travail répétitifs) et des conditions de travail « féminines » (relations directes avec les clients, expositions à la violence de la part de personnes intérieures ou extérieures à l'entreprise, exposition au harcèlement sexuel). Le nombre des conditions de travail « masculines » a, toutes

choses égales par ailleurs, un impact très net sur la probabilité de juger sa santé en danger à cause de son travail. Les salariés ont rarement l'occasion de parler dans le détail des symptômes et troubles qu'eux-mêmes et leurs collègues ressentent et qui peuvent être attribuables au travail. A catégories sociale, sexe, âge, pays de résidence égaux et à conditions de travail et formes d'organisation du travail égales, les travailleurs européens ont une probabilité élevée d'estimer que leur travail met en danger leur santé lorsqu'ils appartiennent à des établissements moyens ou grands et lorsqu'ils ont une ancienneté dans l'entreprise. Au milieu des années 1970, c'est la fermeture de leur établissement qui a amené les ouvriers, de la filature d'amiante Amisol à prendre conscience des dangers de leur travail. Le chômage de masse a donc double effet, d'une part, il affaiblit les défenses de métier et facilite l'objectivation des questions de santé liées au travail mais d'autre part, il contraint davantage à accepter de mauvaises conditions de travail.

Dans le guide intitulé « Santé au travail », Cottet, Fraix, et al. (2009) aborde dans la partie 2 intitulé "Prévenir les risques professionnels" du guide, les principales familles de risques. Ces auteurs identifient plusieurs types de risques dont les risques routiers qui sont dus à des déplacements professionnels et qui représentent plus du tiers des morts au travail en France. Malgré cela le risque est souvent négligé et peu l'objet d'actions de prévention. Le risque manutentions manuelles, qui n'est pas seulement le fait de poste de travail spécialisé dans les manutentions lourdes, mais de nombreux salariés sont concernés par des gestes répétés avec des exigences de précision, d'amplitude, qui engendrent des troubles. On peut également parler du risque produit dangereux, le risque des machines, le risque de chute de hauteur (88 morts en 2007 sont à déplorer sur les 622 morts en France pour accident du travail. Viennent ensuite les risques techniques (incendie, explosion...).

La thèse pour obtenir le grade de docteur des universités des Limogues et d'Abomey Calavi, présentée et soutenue par Yedomon (2016) dont l'objectif général est d'étudier l'impact des conditions de travail sur la santé des ferblantiers exerçant dans le cadre de l'économie informelle, à Cotonou du Bénin, aborde « le travail informel au Bénin : Expositions professionnelles et conséquences sanitaires chez les forgerons-ferblantiers à Cotonou ». En ce qui concerne l'artisanat, le cas des forgerons ferblantiers au Bénin, plusieurs conditions de travail peuvent exposer les travailleurs aux chocs de santé. En milieu professionnel, les intoxications résultent souvent de l'inhalation des fumées ou vapeurs métalliques. Certains éléments comme l'arsenic, le cadmium, le mercure et le plomb n'ont aucun rôle biologique connu et sont très souvent nocifs. L'exposition à des métaux (plomb, mercure, dérivés organiques de l'étain, lithium...) ou à des vapeurs (pesticides organochlorés ...) peut entraîner des neuropathies périphériques. Ces

neuropathies périphériques peuvent se traduire par des pertes de la sensibilité, des pertes de force, des troubles du système nerveux, une diminution de la tension artérielle, un œdème des membres inférieurs et une dysfonction érectile. Chez l'adulte, l'intoxication par le plomb peut être responsable d'atteinte des nerfs périphériques des membres supérieurs, d'hypertension artérielle, de maladie rénale chronique et de baisse de la fertilité chez l'homme. Si la contamination ne cesse pas, des troubles graves s'installent, particulièrement chez l'enfant (troubles des apprentissages, retard de croissance...) et chez la femme enceinte (troubles du développement fœtal, accouchement prématuré...). Dans une étude menée à Cotonou chez les enfants ferblantiers, 9 enfants sur 10 présentaient un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl traduisant ainsi une anémie qui pouvait résulter de la conjonction de plusieurs facteurs tels que l'exposition à l'étain, un poly parasitisme ou une endémie palustre (Tossou, 2001). Selon le rapport d'études sur l'Artisanat de recyclage, publié par le Cercle International pour la Promotion de la Création (CIPCRE-Bénin), les ferblantiers utilisent de l'étain et de l'acide chlorhydrique pour souder les plaques de fer blanc et sont ainsi exposés à des fumées contenant des gaz et des particules (CIPCRE - Bénin, 2003). Les risques physiques liés au métier de ferblantier concernent les blessures et traumatismes, les forgerons ferblantiers travaillent dans des ateliers de fortune et sont souvent victimes de coupures aux doigts et aux orteils, du fait de leurs activités de découpe au travail et en absence d'équipements adaptés (Cercle International pour la Promotion de la Création - Bénin, 2003). Les ferblantiers sont également exposés à des bruits aussi assourdissants les uns que les autres. L'une des conséquences sanitaires de l'exposition au bruit sera l'installation d'une surdité insidieuse dont les premiers signes se manifestent dans les hautes fréquences autour de 4 kHz. Le bruit en tant qu'agent de stress pourrait avoir comme effet, une modification de la structure du sommeil, des effets psycho-physiologiques, des effets sur la santé mentale et les performances (Gérin et al. 2003).

Intitulé « Le Développement Rural par le Travail Décemment », l'Organisation Internationale du Travail, aborde quelques notes d'orientation rurale pour promouvoir le développement rural, par la sécurité et la santé au travail. D'après cette note, il ressort que les travailleurs des zones rurales sont confrontés au plus grand défi en termes de sécurité et de santé au travail. Le secteur agricole qui rassemble environ 60 pourcent des travailleurs dans les pays, est l'un des secteurs les plus dangereux. Parmi les 321.000 accidents mortels liés au travail chaque année dans le monde, environ la moitié se produisent dans ce secteur. La plupart des 15 millions d'enfants employés dans des tâches dangereuses travaillent dans des zones rurales, en particulier dans le secteur agricole qui rassemble environ 59 pourcent de l'ensemble des enfants âgés de 5 à 17 ans employés dans les

tâches dangereuses. Dans cette note, l'OIT identifie quelques dangers professionnels en agriculture. Il s'agit, de l'utilisation des équipements et les machines dangereux tels que les tracteurs, les camions et les moissonneuses, ainsi que les outils tranchants ou perçants. L'utilisation des produits chimiques dangereux comme les pesticides, les engrais, les antibiotiques et autres produits qui sont nuisibles à la santé. Les agents toxiques ou allergiques (les champignons, les poussières, les plantes allergiques, etc.), les températures extrêmes en raison des conditions climatiques et le processus agricole exposent la population rurale à plusieurs maladies.

Section 2 : Cadre méthodologique de recherche

Cette section est consacrée à la méthodologie de recherche, aux données utilisées et leurs sources.

Paragraphe 1 : Méthode empirique utilisée et processus de validation des hypothèses

Cette partie renseigne sur la méthode empirique utilisée et le processus de validation des hypothèses.

A- Méthode empirique utilisée

La méthodologie étant un élément privilégié de notre entreprise de recherche. Pour les diverses analyses afin de vérifier les hypothèses émises, la méthode utilisée est la modélisation économétrique qui est une méthode efficace permettant d'analyser le lien ou la relation de cause à effet entre deux ou plusieurs variables donc l'une est en fonction des autres. Ainsi, pour notre étude économétrique, la variable dépendante (chocs de santé) étant qualitative et binomiale (soit 0- l'individu n'est pas vulnérable aux chocs de santé et 1- il est vulnérable aux chocs de santé), nous allons utiliser le modèle logit qui est un modèle plus adéquat pour la présente recherche et dont l'objectif consiste alors à expliquer la survenue ou la non survenue de l'évènement considéré en fonction d'un certain nombre de caractéristiques observée pour les individus de l'échantillon.

✓ Présentation du modèle de régression logistique dichotomique

Par modèle dichotomique, on entend un modèle statistique dans lequel la variable expliquée ne peut prendre que deux modalités (variable dichotomique). Considérons la fonction linéaire suivante : $Y_i = \alpha X_i + \varepsilon_i$;

- Y_i est la variable dépendante non observable, X_i représente l'ensemble des caractéristiques ou facteurs susceptibles d'influencer Y_i ,
- α représente le vecteur des paramètres et est obtenu à travers la méthode du maximum de vraisemblance. Ce dernier nous permet aussi de calculer les odds ratios.
- ε_i représente le paramètre d'erreur.

La loi associée à ce modèle est la loi logistique dont la fonction de répartition se définit comme suit : $\forall x \in \mathbb{R}, F(x) = \frac{\exp(x)}{1 + \exp(x)}$

✓ Qualité d'ajustement du modèle

Avant d'interpréter les paramètres du modèle, il est important d'effectuer un certain nombre de tests spécifiques pour juger de la qualité de l'ajustement. Les plus couramment utilisés sont le test du rapport de vraisemblance (LR Test) et le Pseudo R² de Mc Fadden. La régression logistique fournit, entre autres, la probabilité du Khi-deux associée au modèle, le pouvoir explicatif du modèle R², le seuil de significativité ($P > |Z|$) des paramètres β et les rapports de chance (Odds Ratios) pour chacune des modalités introduites dans le modèle, qui facilitent l'interprétation des résultats.

✓ Le test du rapport de vraisemblance (LR)

Le LR consiste à comparer le modèle estimé avec la constante seule et le modèle estimé avec toutes les variables explicatives. La statistique est définie par le log-vraisemblance du modèle estimé avec la constante seule comme variable explicative et le log-vraisemblance du modèle saturé, lorsqu'il suit une loi de Khi-deux à k degré de liberté, k étant le nombre de variables explicatives véritables (constante exclue).

✓ Interprétation des résultats

Les résultats de la régression logistique s'interprètent à partir de la probabilité du khi-deux de la statistique R² qui exprime la part de la variance de la variable dépendante expliquée par les variables indépendantes et des rapports de chance (Odds ratio). Lorsque la probabilité associée au khi-deux est inférieure au seuil de 5 % alors le modèle est dit adéquat. Le test d'adéquation du modèle peut se faire également à l'aide d'un pseudo R². Ce dernier permet d'estimer la proportion (en %) de la variance de la variable dépendante expliquée par le modèle ($\text{Pseudo R}^2 = \text{khi-deux} / (\text{khi-deux} + N)$) où N est la taille de l'échantillon.

B- Processus de validation des hypothèses

L'analyse des résultats du modèle logistique se fait en se basant sur la significativité des coefficients associés à chaque variable, leur signe, les effets marginaux et du calcul des odds ratio (OR). L'odds ratio (toujours positif) ou rapport de chance fournit une information sur la force et le sens de l'association entre la variable explicative et la variable à expliquer. Notons aussi que le test de significativité des paramètres se fait à partir des P-value associés. Si cette dernière est supérieure au seuil de significativité qui est soit fixé à 5% ou 1%, on accepte H₀ (hypothèse nulle) et dans le cas contraire, on rejette H₀. Les hypothèses du test de significativité des paramètres sont les suivantes :

H₀ : les coefficients sont non significatifs

H1 : les coefficients sont significatifs

Notons que seuls les signes des coefficients estimés fournissent des informations qui permettent de savoir si la variable explicative influence négativement ou positivement la variable dépendante en cas de significativité.

Paragraphe 2 : Données utilisées et sources

Ce paragraphe présente les données utilisées ainsi que leur source.

A- Données utilisées

Pour bien mener l'étude, certaines données ont été utilisées qui sont résumé dans le tableau suivant :

Tableau 1: Récapitulatif des variables utilisées.

Variable expliquée	Type de variable	Modalités
Chocs de santé	Variable binaire	0-vulnérable 1- non vulnérable
Variables explicatives		
Sexe	Variable binaire	0- femme 1- homme
Niveau d'instruction	Variable multinomiale	0-Aucune scolarisation 1- Primaire 2- Secondaire 3- Supérieur
Assistance sociale	Variable binaire	0- Oui 1- Non
Résidence	Variable binaire	0- Urbain 1-Rural
Secteur Formel	Variable binaire	0- Non 1- Oui
Travail d'occupation	Variable multinomiale	0-Agriculture 1- Commerce 2-Artisant 3- Fonctionnaire
Situation matrimoniale	Variable multinomiale	0-Marié 1- Célibataire 2-Divorcé 3- Veuve
Age	Variable binaire	1- [0 ; 60[2- [60 ; +∞ [

Sources : réalisé par les auteurs à partir des données de l'AGVSA 2017

B- Source des données

Les données sont tirées de la base de données globales de l'Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA, 2017), collectées par l'INSAE en juillet-août 2017 avec le soutien financier du Programme Alimentaire Mondial. AGVSA est une enquête auprès des ménages comportant deux composantes : une composante d'enquête sur les ménages et une composante d'enquête communautaire pour recueillir un certain nombre d'informations quantitatives et qualitatives. 15.000 ménages dont respectivement 6680 et 8320 en zone urbaine et rurale sont concernés par cette enquête, représentatifs du niveau national, départemental, communal et par lieu de résidence. Cet échantillon a été établi selon un plan en deux étapes, avec une marge d'erreur de 5%. Dans la première étape, 750 grappes ont été tirées des 920 grappes étudiées lors de l'enquête d'EMICoV-2015, puis dans le second degré, 20 ménages ont été systématiquement tirés au sort, dans chaque grappe. L'échantillon a été tiré par strate urbaine/rurale au niveau de chaque commune. Un total de 148 strates a ainsi été défini. Les ménages de l'échantillon ont été répartis proportionnellement dans chaque département à leur taille en nombre de ménages. L'ensemble des données comprend des informations au niveau du ménage, relatives aux caractéristiques socio-économiques du ménage, les dépenses de santé, d'éducation, de nourriture, d'habillement, de transport et de communication ainsi que des indicateurs de choc idiosyncratiques et des stratégies d'adaptation des ménages aux chocs.

CHAPITRE 2 :
PRESENTATIONS, ANALYSE DES
RESULTATS ET SUGGESTIONS

Chapitre 2: Présentations, analyse des résultats et suggestions

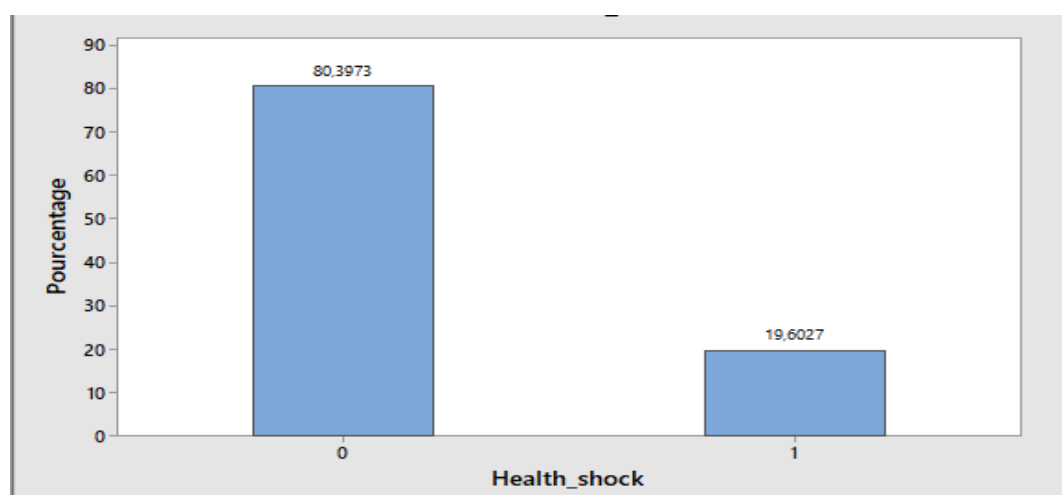
Ce chapitre est dédié à la présentation, l'analyse des résultats issus des estimations et la proposition des approches de solutions susceptibles d'atténuer le problème de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin.

Section 1 : Présentations et analyse des résultats

Cette section est consacrée aux analyses descriptive et économétrique des données et à la vérification de la validité des deux hypothèses.

Paragraphe 1 : Analyse descriptive des données

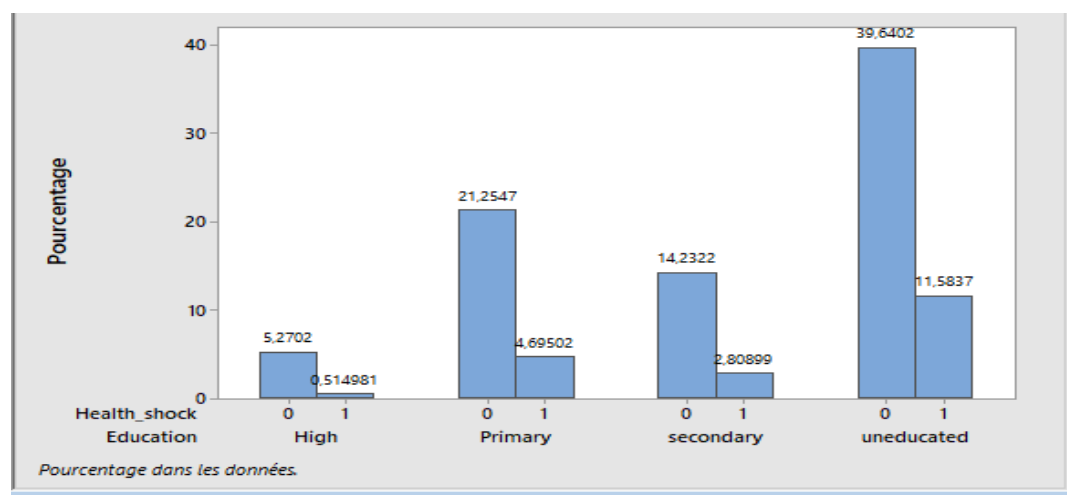
Cette partie présente la répartition des effectifs selon les différentes modalités des variables.



Graphique 1 : Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin

Source : réalisé par les auteurs à partir des données de AGVSA, 2017.

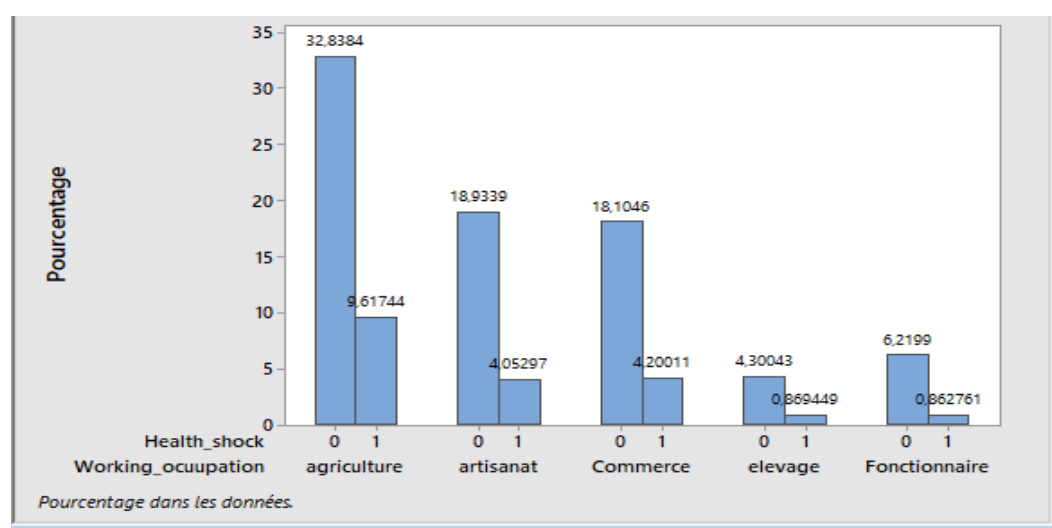
Le graphique 1 présente la répartition la vulnérabilité aux chocs de santé ou non l'échantillon de la population béninoise. D'après ce graphique, 19,60% de la population béninoise est vulnérable aux chocs de santé. Cela peut être aussi dû au fait que la population béninoise est dominée par les valeurs sociales telles que les cotisations familiales et les tontines.



Graphique 2: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé selon le niveau d'instruction

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017.

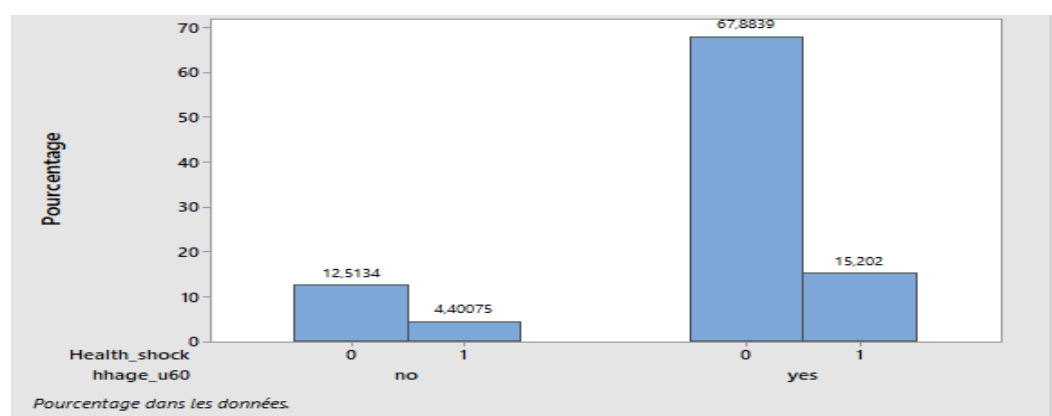
Le graphique 2 présente la répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé des ménages béninois suivant leur niveau d'instruction. De ce graphique, nous constatons que les individus sans instruction tombent beaucoup plus dans les chocs de santé soit un taux de 11,58% comparativement aux individus ayant un niveau d'instruction dont les proportions sont estimées à : niveau primaire un taux de 4,69%, niveau secondaire un taux de 2,80% et niveau élevé avec un taux de 0,51%. Cela peut être expliqué par le fait que, plus le niveau d'instruction est élevé et moins est le risque de tomber dans les chocs de santé. Nous déduisons que le niveau d'instruction a d'impact positif sur la santé



Graphique 3: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé des béninois en fonction de leur travail d'occupation

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017

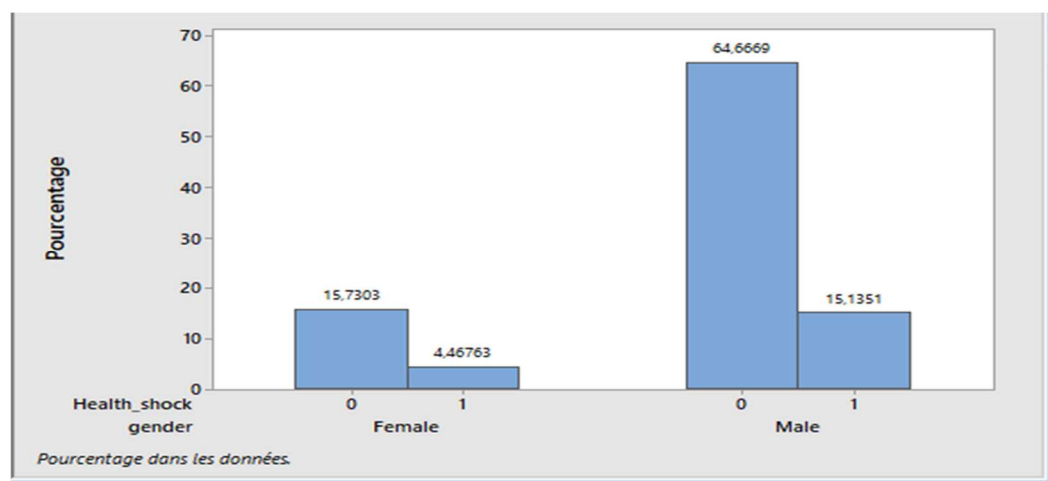
Le graphique 3 présente la répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction du travail d'occupation des ménages. De ce graphique, nous constatons que les fonctionnaires tombent moins vulnérables avec un taux de 0,86% comparativement aux individus occupant les travaux comme l'agriculture (9,61%), le commerce (4,20%), l'élevage (0,86%) et l'artisanat (4,05%) qui tombent plus dans les chocs de santé. Cela s'explique l'effet des conditions de travail défavorables de ces travaux.



Graphique 4: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé de la population en fonction de l'âge

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017

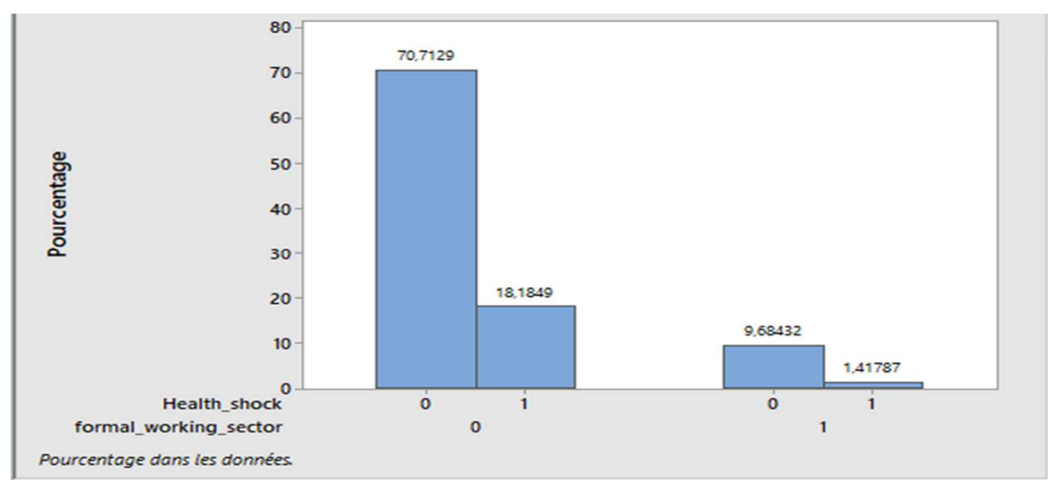
Le graphique 4 présente la répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé suivant l'âge des ménages. De ce graphique, 15,20% des individus ayant moins de 60 ans sont vulnérables aux chocs de santé contre 4,40% de ceux qui ont plus de 60ans. Les ménages dont la tranche d'âge au-dessous de 60ans sont plus vulnérables que ceux dont la tranche d'âge est en dessus de 60ans. Cela peut être expliqué par le fait les ménages moins de 60ans sont composés des enfants de 0-5 ans qui sont plus vulnérables aux chocs de santé, des jeunes apprentis qui sont mal exploités dans les apprentissages et les personnes âgées de 40-50ans qui n'ont peut-être encore une pension de vieillesse mais qui sont sensibles aux chocs de santé.



Graphique 5: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé suivant leur sexe

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017

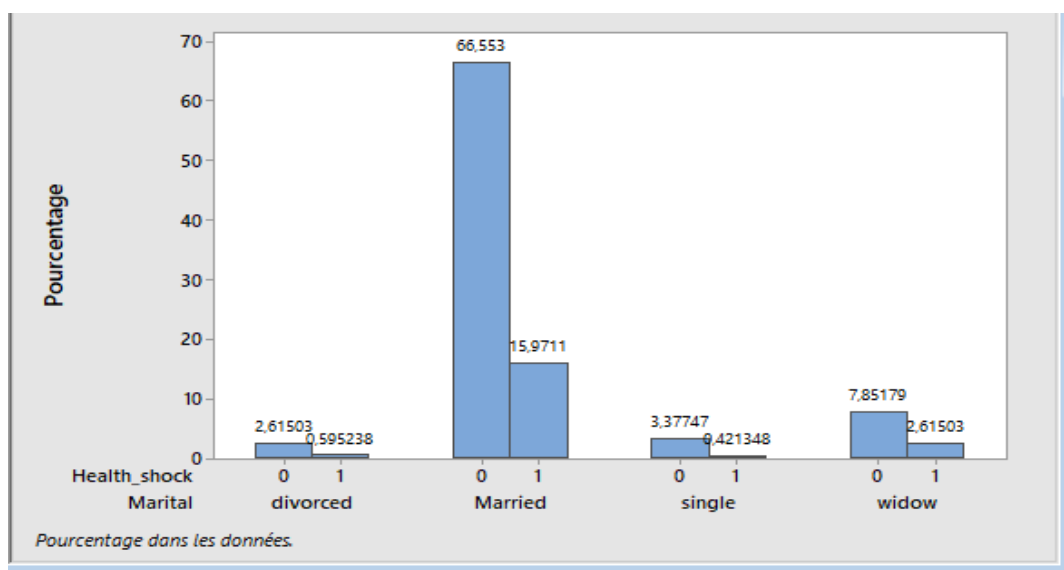
Le graphique 5 présente la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction du sexe des ménages. De ce graphique, nous constatons que les femmes sont moins vulnérables aux chocs de santé avec un taux de 4,46% contre un taux de 15,13% des hommes qui sont plus vulnérables aux chocs de santé. Ce peut être dû aux travaux difficiles dans lesquels s'impliquent les hommes.



Graphique 6: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction du secteur formel d'activité

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017

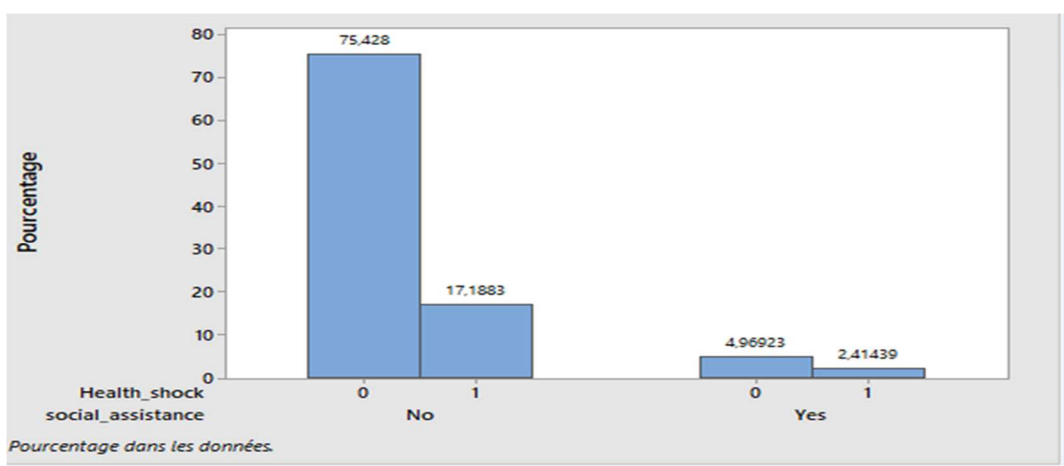
Le graphique 6 présente la vulnérabilité aux chocs de santé suivant le secteur d'activité des ménages. De ce graphique, nous constatons que les travailleurs du secteur informel ont un risque élevé face aux chocs de santé soit un taux de 18,18% que ceux du secteur formel soit un taux de 1,41%. Cela peut être dû aux différentes formes et conditions de travail dans le secteur informel.



Graphique 7: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction de la situation matrimoniale

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017

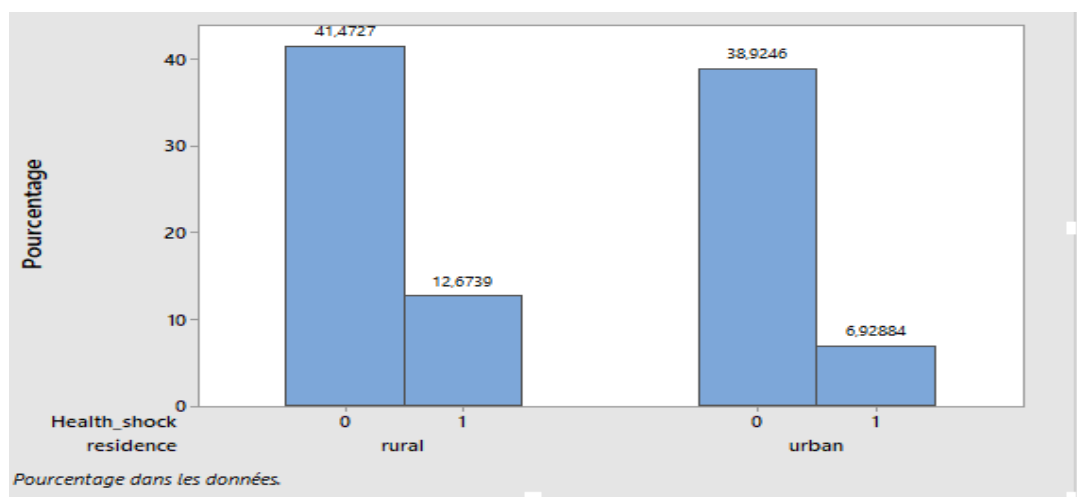
Le graphique 7 présente la vulnérabilité aux chocs de santé suivant la situation matrimoniale des ménages. De ce graphique, nous constatons que plus l'individu est seul moins il est vulnérable aux chocs de santé. Soit un taux de 0,42% pour le célibataire contre 0,59% pour le divorcé ; 2,61% pour les veuves et 15,97% pour les mariés. Cela peut être dû à la taille du ménage dans ces différents cas.



Graphique 8: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction de l'assistance sociale

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017.

Le graphe 8 présente la vulnérabilité de la population aux chocs de santé en fonction des assistances sociales reçues. De ce graphique, nous constatons que 17,18% de ceux qui ne reçoivent pas d'aide sociale sont vulnérables aux chocs de santé et seul 2,41% de ceux qui reçoivent sont vulnérables. Les aides sociales réduisent alors la vulnérabilité aux chocs de santé.



Graphique 9: Répartition de la vulnérabilité aux chocs de santé en fonction de leur milieu de résidence

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017

Le graphique 9 présente la vulnérabilité de la population en fonction du milieu de résidence. De ce graphique, nous constatons que les individus qui résident dans les milieux ruraux sont plus vulnérables aux chocs de santé soit un taux de 12,67% contre un taux de 6,92% pour les individus vivant dans les milieux urbains. Cela peut être dû aux conditions de vie, de travail, aux problèmes d'hygiène et d'assainissement observés dans les milieux ruraux.

Paragraphe 2 : Analyses économétrique des données et validation des hypothèses

Cette partie présente les analyses issues des résultats après estimation et la validation des hypothèses.

A-Analyse économétrique des données**Tableau 2:Résultats des estimations**

Variables	Modalités	Coefficients	Odds-ratios	Effets marginaux
Sexe	Masculin	-0.085 (0.066)	1.918 (0.061)	-0.013 (0.010)
Situation matrimoniale	Mariée	0.573* (0.138)	1.773* (0.245)	0.074* (0.014)
	Divorcée	0.443** (0.182)	1.558** (0.284)	0.055** (0.022)
	Veuve	0.609* (0.156)	1.839* (0.287)	0.080* (0.018)
Age	Inferieur à 60ans	-0.333* (0.055)	0.716* (0.039)	-0.050* (0.008)
Assistance sociale	Oui	0.693* (0.070)	2.001* (0.140)	0.124* (0.014)
Milieu de résidence	Urbain	-0.457* (0.047)	0.632* (0.029)	-0.068* (0.006)
Niveau d’instruction	Primaire	-0.107** (0.052)	0.897** (0.047)	-0.016** (0.008)
	Secondaire	-0.067 (0.068)	0.934 (0.064)	-0.010 (0.010)
	Supérieur	-0.673* (0.132)	0.509* (0.067)	-0.102* (0.020)
Secteur formel	Oui	-0.276** (0.135)	0.758** (0.102)	-0.039** (0.018)
Travail d’occupation	Elevage	-0.292* (0.101)	0.746* (0.075)	-0.042* (0.013)
	Commerce	-0.045 (0.063)	0.955 (0.060)	-0.006 (0.009)
	Artisanat	-0.075 (0.058)	0.927 (0.054)	-0.011 (0.008)
	Fonctionnaire	0.051 (0.167)	1.052 (0.176)	0.008 (0.026)
Constant		-1.369* (0.159)	0.254* (0.040)	
LR chi2(15)		436.81	436.81	
Prob > chi2		0.000	0.000	
Log likelihood		-7180.5256	-7180.5256	
Pseudo R2		0.029	0.029	
Observations		14,952	14,952	14,952

NB : Les valeurs qui sont dans la parenthèse () sont les erreurs standards associées aux coefficients, rapports de chance et effets marginaux ;* et ** représentent respectivement la significativité au seuil de 1% et 5%.

Le Tableau 2 présente les résultats issus de l’estimation du modèle logit. Dans le but de présenter les effets marginaux avec la probabilité de chance d’être vulnérable aux chocs de santé, il convient de procéder au calcul des odds-ratio qui estiment la chance de la réalisation de la variable dépendante à partir de chaque modalité.

La nature qualitative des variables ont permis d'utiliser comme modèle, le modèle logit en vue d'analyser l'effet des variables explicatives (sexe, situation matrimoniale, âge, assistance sociale, le niveau d'instruction, milieu de résidence, secteur formel, travail d'occupation) sur la variable à expliquer (chocs de santé). De ce tableau, nous constatons que ce modèle est khi-deux ($\text{Prob} > \chi^2 = 0.0000$) qui est inférieur à 1%). En effet, nous remarquons que les variables comme situation matrimoniale, âge, assistance sociale, milieu de résidence, niveau d'instruction, le secteur d'activité formelle et travail d'occupation sont statistiquement significatives. Toutes ces dernières variables ont un effet négatif sur le choc de santé sauf la situation matrimoniale et l'assistance sociale qui ont un effet positif sur le choc de santé. Cependant, le sexe n'est pas significatif, il n'a donc aucun effet sur la vulnérabilité aux chocs de santé.

Les résultats des odds ratios du Tableau 2 montrent que ceux qui ont reçu l'assistance sociale ont 100% plus de chance que ceux n'ayant pas reçue d'être vulnérable aux chocs de santé. Ce résultat montre que les aides sociales au Bénin n'ont pas d'effet sur la vulnérabilité aux chocs de santé. Cela peut être expliqué par le fait que seul 7,383% des ménages dans notre cas reçoivent des aides sociales contre 92,61% des ménages qui ne reçoivent pas. Les aides sociales sont donc insuffisantes, non durables et viennent souvent en cas de risque lié à la maternité, à la vieillesse, ou au décès qui n'ont pas pour but d'agir sur les causes de la vulnérabilité aux chocs de santé des ménages. La dominance de l'asymétrie d'information entre les systèmes d'assurance et les assurés peut concourir à ce résultat du fait que la carte d'assurance d'un assuré peut être utilisée par toute sa famille. A tout ceci s'ajoute le mauvais ciblage des personnes vulnérables et le retard dans les transferts effectués envers ces personnes. De même, en se référant aux résultats du tableau, il est révélé que ceux qui font l'élevage ont 26% moins de chance d'être exposé aux chocs de santé que ceux qui font l'agriculture. Les ménages exerçant l'élevage sont donc moins vulnérables aux chocs de santé que ceux exerçant l'agriculture. Pour la situation matrimoniale, les mariés et les veuves ont respectivement 77% et 83% plus de chance d'être vulnérable aux chocs de santé que les célibataires. Les célibataires sont donc moins vulnérables aux chocs de santé que les mariés et les veuves. Nous pouvons donc conclure que plus la taille du ménage est élevée plus est forte la chance d'être vulnérable aux chocs de santé. A l'issue de l'analyse du même tableau, on remarque aussi que ceux appartenant à la tranche de moins de 60ans, ceux qui résident au milieu urbain et ceux qui ont un niveau d'instruction supérieur ont 29%, 37% et 50% moins de chance d'être vulnérable aux chocs de santé. Ces résultats expliquent que les personnes âgées de plus de 60 ans sont plus exposées aux chocs de santé que celles qui ont moins de 60 ans. Cela peut être dû à la fragilité du corps quand l'âge évolue, aux maladies de vieillesse, à l'insuffisance des pensions de

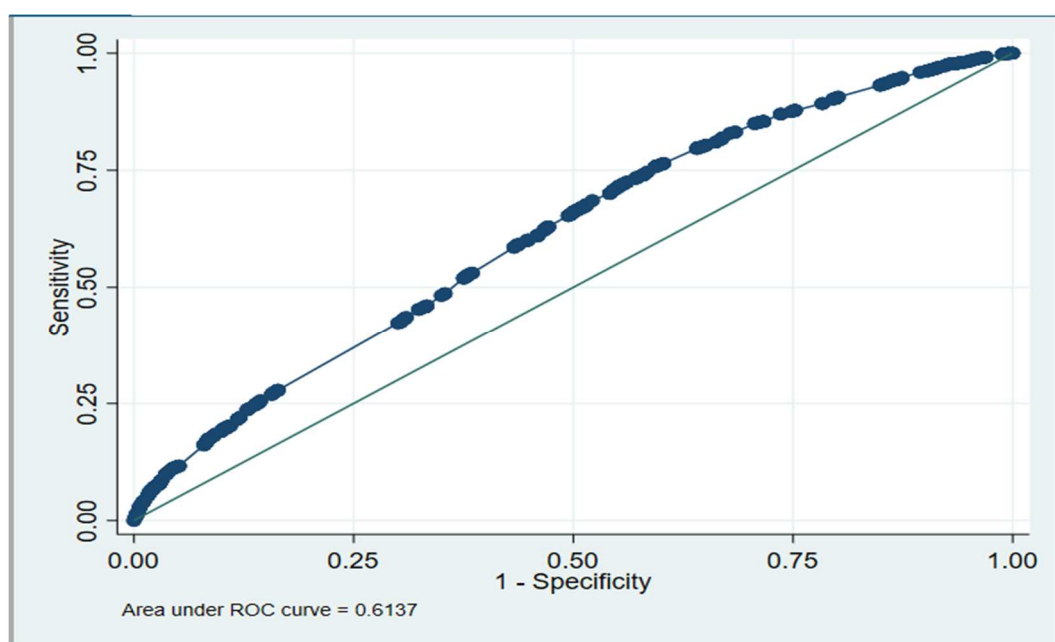
vieillesse pour ceux qui reçoivent et au manque des programmes de suivi des ménages à partir de 40ans. Les ménages qui résident dans les zones urbaines sont donc moins vulnérables aux chocs de santé que ceux qui résident les zones rurales. Cela peut être dû à leurs conditions de vie déplorables et du fait qu'il n'existe pas assez de centre de santé et les hôpitaux dans le milieu rural. Quant au niveau d'instruction supérieur, nous pouvons donc conclure que plus le niveau d'instruction est élevé moins est la probabilité d'être vulnérable aux chocs de santé, car plus ménage est instruit plus il saura prendre soin de sa santé, respecter les règles d'hygiène, d'assainissement et moins il sera impliqué dans des tâches nuisibles à la santé. En ce qui concerne le secteur d'activité formelle, nous constatons du tableau que les ménages exerçant leurs activités dans le secteur formel ont 25% moins de chance que ceux exerçants les activités du secteur informel d'être vulnérables aux chocs de santé. Cela s'explique par le fait que le secteur informel est dépourvu d'une sécurité sociale, composé des travaux comme l'agriculture, l'élevage, l'artisanat dont les conditions de travail sont nuisibles à la santé que ceux du secteur formel.

De ce même Tableau 2 qui présente les effets marginaux, nous constatons qu'au niveau de la variable assistance sociale, la probabilité d'être vulnérable de ceux ayant reçu des aides sociales augmente de 0,12 ceux n'ayant pas reçu des aides sociales. Ceci peut être dû au fait parfois les transferts effectués sont utilisés pour d'autres fins, étant donné que ces ménages sont confrontés à plusieurs types de problèmes et ignorent ceux liés à leur santé. Le mauvais ciblage des bénéficiaires peut concourir au fait que malgré l'augmentation des assistances sociales on peut assister à celle des chocs de santé par le fait les vulnérables ayant besoin d'assistance ne reçoivent pas tandis que les ménages capables de faire face aux chocs de santé reçoivent. Sous l'angle du travail d'occupation, nous constatons du tableau que, ceux qui font l'élevage, la probabilité qu'ils soient exposés aux chocs de santé diminue de 0,04 comparativement à ceux qui font l'agriculture. Les acteurs de l'élevage sont donc moins vulnérables que ceux qui font l'agriculture. Pour la situation matrimoniale, la probabilité d'être vulnérable aux chocs de santé des mariés et les veuves augmente respectivement de 0,07 et 0,08 des célibataires ; les célibataires sont donc moins vulnérables aux chocs de santé que les mariée et veuve. De même, la probabilité d'être vulnérable aux chocs de santé de ceux appartenant à la tranche de moins de 60ans diminue de 0,05 par rapport à ceux appartenant à la tranche de plus de 60ans ; celle de ceux qui résident au milieu urbain diminue de 0,06 par rapport aux résidents du milieu rural et celle de ceux qui ont un niveau d'instruction supérieur diminue de 0,10 par rapport aux non instruits. Nous pouvons conclure les ménages ayant moins de 60ans, les résidents des milieux urbains, et ceux qui ont un niveau d'instruction supérieur sont donc moins vulnérables que respectivement les ménages ayant plus de

60ans, résidents dans les milieux ruraux et ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction. Ces résultats viennent appuyer les analyses faites au niveau des odds-ratio.

Le test de corrélation par la suite permettra de quantifier le degré de liaison entre les différentes variables du modèle. Le tableau 3 présente la matrice de corrélation entre les variables. D'après les résultats, nous constatons que la variable à expliquer (chocs de santé) est négativement corrélée aux variables explicatives: sexe, âge, milieu de résidence, niveau d'instruction, secteur formel et travail d'occupation avec des coefficients respectifs 0,03 ; 0,07 ; 0,10 ; 0,08 ; 0,06 et 0,07 alors qu'elle l'est positivement aux variables explicatives: situation matrimoniale et assistance sociale avec des coefficients respectifs : 0,05 et 0,09. De plus, toutes les variables explicatives sont significatives au seuil de 1% mais faiblement corrélées aux chocs de santé.

Pour avoir une idée de la qualité de l'ajustement, nous procédons au test statistique d'adéquation Iroc.



Graphique 10: Courbe de ROC

Source : réalisé par les auteurs à partir des données AGVSA 2017

L'interprétation du graphique nous permet de constater que l'aire au-dessous de la courbe ROC a une valeur de 0,6137. Nous en déduisons une qualité moyenne d'ajustement c'est-à-dire les variables explicatives expliquent à 61,37% la variable à expliquer.

B-Validation des hypothèses

H1 : La protection sociale réduit la vulnérabilité aux chocs de santé de certaines couches de la population béninoise

Les résultats de nos estimations montrent que la variable assistance sociale est significative au seuil de 1% donc à un effet sur la vulnérabilité aux chocs de santé. Les résultats des odds ratios montrent que ceux qui ont reçu l'assistance sociale ont 100% plus de chance que ceux n'ayant pas reçue d'être vulnérable aux chocs de santé. Il est constaté aussi des résultats obtenus qu'en ce qui concerne les effets marginaux, la probabilité d'être vulnérable de ceux ayant reçu des assistances sociales augmente de 0,12 ceux n'ayant pas reçu des assistances sociales. Les assistances sociales sont donc insuffisantes, non durables et viennent souvent en cas de risque lié à la maternité, à la vieillesse, ou au décès qui n'ont pas pour but d'agir sur les causes de la vulnérabilité aux chocs de santé des ménages. Dans ce cas malgré ces assistances reçues, plus ces derniers ne seront vulnérables car quand ils étaient, les aides apportées n'ont eu aucun effet sur la vulnérabilité, ce qui fait qu'ils deviennent plus vulnérables que ceux qui ne les reçoivent pas. A tout ceci s'ajoute le mauvais ciblage des personnes vulnérables, le retard dans les transferts effectués envers ces personnes vulnérables et la présence de l'asymétrie d'information entre ces systèmes d'assurance et les assurés au Bénin. Ceci révèle la faiblesse et les problèmes liés aux assistances sociales au Bénin. Etant donné que l'assistance sociale est une partie intégrante de la protection sociale organisée pour les pauvres et les plus démunis, nous pouvons donc conclure que la protection sociale ne réduit pas la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin. Par conséquent notre hypothèse selon laquelle la protection sociale réduit la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin n'est pas vérifiée.

H2 : Les conditions de certains travaux d'occupation augmentent l'exposition de la population Béninoise aux chocs de santé.

Il ressort de nos analyses que la variable travail d'occupation est significatif au seuil de 1%. Les ménages qui font élevage sont 4% moins exposés aux chocs de santé que ceux qui font l'agriculture. Les acteurs de l'élevage sont donc moins vulnérables que ceux exerçant les autres activités (commerce, agriculture, artisanat). Par conséquent les conditions de travail des travaux comme l'agriculture, le commerce, l'artisanat augmentent l'exposition de la population aux chocs de santé au Bénin. L'hypothèse selon laquelle les conditions de certains travaux d'occupation augmentent l'exposition de la population béninoise aux chocs de santé est donc vérifiée.

Section 2 : Suggestions

L'objet de cette section est d'apporter quelques suggestions dont l'exécution peut réduire la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin. A l'issue des résultats de la présente recherche, les suggestions formulées en générale et adresser à l'Etat en particulier sont les suivantes :

- Renforcer les services d'actions auprès des groupes vulnérables tout en améliorant le niveau de vie des ménages, les plus pauvres, leurs conditions de vie.
- Renforcer l'extension de la sécurité sociale aux couches les plus vulnérables notamment les acteurs du secteur informel et du monde rural et promouvoir des mécanismes durables de protection sociale.
- Garantir que les populations dans un état de pauvreté extrême et vulnérables bénéficient d'un soutien régulier et prévisible, en assumant directement leur consommation, leur accès aux services sociaux de base.
- Accroître la vigilance, la connaissance et la compréhension des dangers et risques professionnels dans les zones rurales et la manière dont ils peuvent être prévenus ou contrôler.
- Développer une base de connaissance et un renforcement des capacités concernant la sécurité et la santé au travail et lutter contre la pauvreté.
- Créer des programmes de transferts sociaux réguliers et prévisibles dans une optique de réduction de la vulnérabilité des pauvres sur une base durable.

CONCLUSION

Le problème de la mauvaise santé est un mal de nos jours qui agit sur la capacité des populations et sur la croissance économique du Bénin. Le choc de santé est défini par le fait d'avoir eu au moins une hospitalisation au cours de l'année. Par ailleurs, plusieurs facteurs expliquent l'exposition de la population aux différents chocs de santé. C'est donc dans le but d'analyser ces facteurs que la présente recherche est intitulée « analyse des déterminants de la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin ».

Le présent travail nous a permis de voir l'effet de la protection sociale et l'influence des conditions de certains travaux d'occupation sur l'exposition aux chocs de santé au Bénin à travers les estimations d'un modèle logit à partir du logiciel STATA 16. Les variables utilisées à travers leurs différentes modalités nous ont permis de parvenir aux résultats que la protection sociale réduit la vulnérabilité aux chocs de santé tandis que les conditions des travaux d'occupation comme l'agriculture, l'artisanat, le commerce les augmentent : confirmant ainsi nos deux hypothèses de recherche. Notons également que d'autres facteurs déterminent la vulnérabilité aux chocs de santé par exemple le sexe, le niveau d'instruction. Les résultats de notre recherche nous ont aussi permis de formuler certaines recommandations qui, mises en œuvre permettra de réduire la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin.

Des recherches futures peuvent aborder la même thématique en intégrant d'autres variables pouvant déterminer la vulnérabilité aux chocs de santé au Bénin.

Références bibliographiques

- Anctil H., (2012), « La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir », [Québec] : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.
- Azevedo Da Silva M., Des conditions socio-économiques défavorables semblent réduire l'espérance de vie, Soepidemio.com, 06/2017.
- Basset B., Chaperon J., et al. 1999, Hôpital et santé publique, Rennes, ENSP.
- Borgarello A. et Mededji D., (2011) « Les filets sociaux au Bénin : Outil de Réduction de la Pauvreté » n°1417.
- Bureau international du travail (BIT), 2002 Micro-assurance santé : guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, 74 p.
- Chen M. A.,(2016) « The informal economy: recent Trends, future directions. New Solut,J. Environ. Occup. Health PolicyNS, 26 (2), 155–172.
- Cercle International pour la Promotion de la Création – Bénin (CIPC-Bénin), Artisanat de Recyclage Des Déchets Métalliques : Enjeux et Défis ; Porto-Novo, 2003, 147 p.
- Cottet R., Fraix N.et Franchi P., (2009), La santé au travail, guide pratique-dossier N°6
- David E., Bloom et al., (2004), « Bilan de santé »,FMI in Fiance et développement, Volume 41, N°1.
- Dubos R., (1973), Définitions de la santé,*agora.qc.ca*.
- FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale), Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques., 2010, 129 p.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF),2019, Note budgétaire sur la protection sociale
- Gérin M., Gosselin P., et al.,(2003),« Environnement et santé publique: fondements et pratiques »*Edisem: Acton Vale, Québec*, 1062 p.
- Gollac M., et Volkoff S., (2006) « Le travail et ses masques » *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, p.4-17 ; Volume 3.
- Holzman R. et Jorgensen S., (2000), « Gestion du risque social : cadre théorique de la protection sociale », N.0006.
- Hodges A., Mèdédji D. et al. 2010, Unicef: étude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Benin : Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale.

- Irwin A. et Scali E., 2005, Action sur les déterminants sociaux de la santé. » *Document de travail préparer pour la commission des déterminants sociaux de la santé.*
- Lipton M. et Ravallion M., (1995), « Poverty and policy », *J. Behman et T. N. Srinivasan (eds) : The handbook of Development Economics* , vol 3, Amsterdam(Pays-bas), 2551-2657.
- Leriche R., (1936), « De la santé à la maladie, médecine ? » *in Encyclopédie française*, VI.
- Ministère des solidarités et de la santé, Revenus, emploi, logement, conditions de vie et trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux, 07/2017
- Morduch J., (1994) « Poverty and vulnerability », *American Economic Review and papers and proceedings*, 84, No 2, 221-225.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2010, Rapport sur la santé du monde.
- Organisation internationale du travail (OIT), 2013, Le développement rural par le travail décent.
- Organisation Internationale du Travail, Organisation Mondiale du Commerce. Mondialisation et emploi informel dans les pays en développement - Résumé de l'étude conjointe réalisée par l'OIT et l'OMC, 2009, 12 p.
- Paridaens A.M., 2017, Analyse Globale de la Vulnérabilité et la Sécurité Alimentaire (AGVSA), République du Bénin.
- Ricaud M., (2012), « Les fumées de soudage et des techniques connexes », *INRS.*, 32 p.
- Rotter J., (1954), *Social learning and clinical psychology*, New York:Prentice-Hall.
- PNUD, 2010, Gestion des risques en milieu urbain.
- Rousseau S., (2003), « Capabilities, risques et vulnérabilités », *in Pauvreté et développement socialement durable*, Dubois J-J., Lachaud J-P, Montaud J-M., Pouille A., (eds), *PUB, Bordeaux*, 14 p.
- Stratégie Nationale de Protection sociale et de gestion des risques : République de Sénégal, Octobre 2005
- Tossou F., (2001), « Évaluation des conditions de travail et de l'état de santé des enfants dans le secteur informel au Bénin : cas des apprentis ferblantiers de Cotonou », *In Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail ; Masson*, Vol. 62, pp 385–387.
- Tovo M, et Bendokat R, 2000, « Contribution pour une Stratégie de Protection Sociale au Bénin », Public Disclosure Authorized
- UNICEF 2009, La protection sociale des enfants en Afrique de l'Ouest et du centre : Etude de cas du Sénégal.

- UNICEF, 2013, Politique Holistique de Protection Sociale au Bénin, République de Benin.
- Volkoff S. et Thébaud-Mony A., (2000), « Santé au travail : l'inégalité des parcours », *In Les inégalités sociales de santé ; La Découverte*, pp 349–361.
- Yedomon H.B., 2016 « Travail informel au Bénin : expositions professionnelles et conséquences sanitaire chez les forgerons-ferblantiers à Cotonou » en santé publique / Hygiène et santé au travail.

ANNEXE

Test de corrélation

Tableau 3:Matrice de corrélation

	Health_shock	gender	hhage_u60	Marital	social_assue	residence	Education
Health_shock	1.0000 14952						
gender	-0.0319* 0.0001 14952	1.0000 14952					
hhage_u60	-0.0729* 0.0000 14952	0.0814* 0.0000 14952	1.0000 14952				
Marital	0.0533* 0.0000 14952	-0.5391* 0.0000 14952	-0.2458* 0.0000 14952	1.0000 14952			
social_assue	0.0931* 0.0000 14952	-0.1083* 0.0000 14952	-0.1223* 0.0000 14952	0.1259* 0.0000 14952	1.0000 14952		
residence	-0.1041* 0.0000 14952	-0.0579* 0.0000 14952	0.0056 0.4937 14952	0.0203* 0.0131 14952	0.0143 0.0813 14952	1.0000 14952	
Education	-0.0898* 0.0000 14952	0.1621* 0.0000 14952	0.1316* 0.0000 14952	-0.1866* 0.0000 14952	-0.0362* 0.0000 14952	0.2961* 0.0000 14952	1.0000 14952
formal_wor~r	-0.0608* 0.0000 14952	0.0654* 0.0000 14952	-0.0234* 0.0042 14952	-0.0502* 0.0000 14952	-0.0306* 0.0002 14952	0.2349* 0.0000 14952	0.4509* 0.0000 14952
Working_oc~n	-0.0707* 0.0000 14952	-0.0703* 0.0000 14952	0.0970* 0.0000 14952	-0.0121 0.1379 14952	0.0012 0.8880 14952	0.3785* 0.0000 14952	0.4050* 0.0000 14952
				formal~r	Workin~n		
formal_wor~r	1.0000 14952						
Working_oc~n	0.4530* 0.0000 14952	1.0000 14952					

Régression du modèle logit

Logistic regression	Number of obs	=	14,952
	LR chi2(15)	=	436.81
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -7180.5256	Pseudo R2	=	0.0295

Health_shock	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
gender						
Male	-.085412	.0665691	-1.28	0.199	-.215885	.0450611
Marital						
Married	.5731488	.1381689	4.15	0.000	.3023428	.8439549
divorced	.4436868	.182788	2.43	0.015	.0854289	.8019447
widow	.6094807	.1562883	3.90	0.000	.3031614	.9158001
hhage_u60	-.3332256	.0553871	-6.02	0.000	-.4417823	-.224669
social_assistance						
Yes	.6938765	.0703959	9.86	0.000	.555903	.8318499
residence						
urban	-.4574246	.0471801	-9.70	0.000	-.5498959	-.3649533
Education						
Primary	-.1075893	.0529078	-2.03	0.042	-.2112867	-.0038919
secondary	-.067262	.0684682	-0.98	0.326	-.2014572	.0669331
High	-.6734954	.132517	-5.08	0.000	-.933224	-.4137668
Working_occupation						
elevage	-.2924224	.1017819	-2.87	0.004	-.4919113	-.0929335
Commerce	-.0452744	.0634641	-0.71	0.476	-.1696618	.079113
artisanat	-.0754633	.0584057	-1.29	0.196	-.1899364	.0390097
Fonctionnaire	.0516414	.1675963	0.31	0.758	-.2768413	.3801241
1.formal_working_sector	-.2762115	.1350016	-2.05	0.041	-.5408098	-.0116132
_cons	-1.369075	.1599789	-8.56	0.000	-1.682628	-1.055522

Calcul des effets marginaux

		Delta-method				[95% Conf. Interval]	
		dy/dx	Std. Err.	z	P> z		
gender							
	Male	-.0132543	.0104794	-1.26	0.206	-.0337935	.007285
Marital							
	Married	.0745325	.0149532	4.98	0.000	.0452248	.1038403
	divorced	.0552419	.0227174	2.43	0.015	.0107167	.0997672
	widow	.0802122	.0188297	4.26	0.000	.0433066	.1171178
hhage_u60		-.0509578	.0084457	-6.03	0.000	-.067511	-.0344046
social_assistance							
	Yes	.1243683	.0142947	8.70	0.000	.0963513	.1523854
residence							
	urban	-.0689848	.0069748	-9.89	0.000	-.0826551	-.0553145
Education							
	Primary	-.0166342	.0081065	-2.05	0.040	-.0325226	-.0007458
	secondary	-.0105206	.0106109	-0.99	0.321	-.0313175	.0102764
	High	-.0876497	.0142354	-6.16	0.000	-.1155505	-.0597489
Working_occupation							
	elevage	-.0420016	.0135946	-3.09	0.002	-.0686465	-.0153566
	Commerce	-.006992	.0097669	-0.72	0.474	-.0261348	.0121508
	artisanat	-.0115539	.008885	-1.30	0.193	-.0289683	.0058604
	Fonctionnaire	.0081957	.0268981	0.30	0.761	-.0445235	.0609149
1.formal_working_sector		-.0395776	.0180541	-2.19	0.028	-.074963	-.0041921

Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level.

Table des matières

<i>AVERTISSEMENT</i>	<i>I</i>
<i>Dédicace 1</i>	<i>II</i>
<i>Dédicace 2</i>	<i>III</i>
<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>IV</i>
<i>Liste des sigles et acronymes</i>	<i>V</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>VI</i>
<i>Liste des graphiques</i>	<i>VI</i>
<i>RESUME</i>	<i>VII</i>
<i>Sommaire</i>	<i>VIII</i>
<i>INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
<i>Chapitre 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude</i>	<i>4</i>
Section 1 : Cadre théorique de l'étude	<i>4</i>
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude	<i>4</i>
Paragraphe 2 : Revue de littérature	<i>6</i>
Section 2 : Cadre méthodologique de recherche	<i>19</i>
Paragraphe 1 : Méthode empirique utilisée et processus de validation des hypothèses ...	<i>19</i>
Paragraphe 2 : Données utilisées et sources	<i>21</i>
<i>Chapitre 2: Présentations, analyse des résultats et suggestions</i>	<i>24</i>
Section 1 : Présentations et analyse des résultats	<i>24</i>
Paragraphe 1 : Analyse descriptive des données	<i>24</i>
Paragraphe 2 : Analyses économétrique des données et validation des hypothèses	<i>29</i>
Section 2 : Suggestions	<i>35</i>
<i>CONCLUSION</i>	<i>36</i>
<i>Références bibliographiques</i>	<i>37</i>
<i>ANNEXE</i>	<i>40</i>
<i>Table des matières</i>	<i>44</i>

