

Titre: Comportement de corruption et accès au centre public de soins de santé au Bénin.

Auteur(s): Denis ACCLASSATO HOUENSOU,
Directeur du Laboratoire de Recherche en Finance et Finance du développement (LARFFID); Professeur titulaire en Economie, - FASEG, Université d'Abomey – Calavi, Cotonou/ Bénin.
denacl_bj@yahoo.fr

Fidel SALIGA,
Doctorant du Laboratoire de Recherche en Finance et Financement du développement (LARFFID); FASEG, Université d'Abomey – Calavi, Cotonou/ Bénin.
saligdel@yahoo.fr

Source: Revue Marocaine d'Économie, Numéro 3 (2020)

Publié par: L'Association Marocaine de Sciences Économiques

La Revue Marocaine d'Économie (RME) est une revue électronique, académique et spécialisée, éditée par l'Association marocaine de sciences économiques (AMSE). Elle s'adresse à un public d'universitaires, chercheurs et doctorants. Elle privilégie les articles qui cherchent à rendre compte de la réalité de l'économie marocaine dans ses différentes dimensions microéconomiques et macroéconomiques (marchés, organisations, institutions, politiques publiques, développement, etc.). La revue est ouverte aussi bien aux contributions de théorie pure et de doctrine économique qu'aux travaux de modélisation et aux approches empiriques et économétriques. Considérant que le pluralisme permet d'enrichir et de développer la recherche économique et d'alimenter le débat public, RME prône une ligne éditoriale ouverte à toutes les approches théoriques et méthodologiques.

Comportement de corruption et accès au centre public de soins de santé au Bénin

Fidel SALIGA

Denis ACCLASSATO HOUENSOU

Résumé :

L'objectif de ce papier est d'analyser l'effet des comportements de corruption sur l'accès aux soins de santé dans les centres publics de santé au Bénin. L'estimation du modèle de sélection de Heckman (1979), réalisée à partir des données d'enquête effectuée auprès des usagers des centres hospitaliers publics du Bénin, a montré que les comportements de corruption facilitent l'accès aux soins de santé pour chaque demandeur de soins de santé. Mais collectivement, ils ralentissent le fonctionnement normal des prestations de soins de santé, créent un effet de congestion et accentuent la vulnérabilité des usagers des centres publics de santé. L'étude recommande la mise en place des mécanismes de surveillance et une augmentation des sanctions des comportements de corruption.

Mots clés : accès aux soins, institution, comportements de corruption, effet de congestion, modèle de sélection.

Code Jel : D73 , I18 , O43.

Abstract :

The purpose of this paper is to analyze the effect of corruption behavior on access to health care in public health centers in Benin. The estimation of the Heckman selection model (1979), based on survey data from users of public hospitals in Benin, showed that corruption behavior facilitates access to health care for each applicant. health care. But

collectively, they slow down the normal functioning of health care services, create a congestion effect and increase the vulnerability of users of public health centers. The study recommends the establishment of monitoring mechanisms and an increase in sanctions for corrupt behavior.

Key words : access to care, institution, corruption behavior, congestion effect, selection model.

Code Jel : D73 , I18 , O43.

Introduction

Le centre public de santé est un lieu ouvert à tous demandeurs de soins de santé et représente, pour ceux qui sont exclus des autres structures de santé, le seul accès à des soins (Geeraert et Rivollier, 2014). Le secteur de la santé est l'un des domaines particulièrement vulnérables à la corruption (Rapport UE, 2017). Le comportement de corruption dans le secteur de la santé est un problème mondial, et son ampleur est significatif dans les pays riches comme dans les pays pauvres (TI, 2006; Rispel et *al.*, 2015). La corruption constitue un pacte illégal au nom duquel l'agent exige ou accepte des pots-de-vin en échange d'un accès privilégié à des prestations d'exemptions à la réglementation en vigueur (Scott, 1972). En effet, la corruption résulte de la défaillance des institutions (Neron, 2014). Les institutions sont les règles de jeux, les normes établies pour encadrer et réguler les comportements et réduire les coûts de transactions (North, 1990). En présence des institutions publiques faibles, la corruption apparaît comme une alternative pour contourner les règles établies pour accéder aux soins de santé. Certains auteurs défendent cette hypothèse positive de la corruption qui stipule qu'elle est un élément permettant de compenser le dysfonctionnement des institutions publiques. La corruption est comme l'huile qui facilite les transactions économiques (Leff, 1964). Puisque les difficultés d'accès sont généralement le fait d'une bureaucratie rigide et inefficace, il est profitable de la stimuler pour gagner en célérité et en productivité (Leys, 1964). Cette idée qui traduit l'effet positive de la corruption est controversée par certains auteurs qui mettent en avant que les comportements de corruption entraînent l'inefficacité du système de santé.

La corruption sape la légitimité du secteur de la santé et amenuise la confiance du public (U4, 2008). La corruption a un effet négatif direct sur l'accès aux soins médicaux et sur la qualité (Delavallade, 2006). La corruption dans le secteur de la santé engendre des conséquences dramatiques en termes d'accessibilité et d'efficacité des services de santé (U4, 2008). Au niveau des prestations de services, l'obligation de payer des frais médicaux informels dissuade souvent les usagers relativement pauvres de consulter (Vian et *al.*, 2010; Lewis et Perttersson, 2009). Les difficultés d'accès aux soins peuvent être liées aux revenus relativement faibles des usagers des centres publics de santé. Elles sont également dues aux déséquilibres entre centre de santé des zones urbaines et rurales (Venard, 2013). Les inégalités d'accès aux soins de santé sont liés au

faites que les centres publics de santé n'ont pas assez de ressources pour couvrir les besoins des demandeurs de soins de santé (Livinee et *al.*, 2013).

La corruption a des conséquences négatives sur le développement du secteur de la santé (Cockcroft, 2014). Elle affecte négativement les performances du système de santé et augmente les inégalités (Gaitonde, 2016). Elle empêche l'élaboration des services et la capacité des réformes à améliorer une gamme de services (Ensor, 2004) et nuit à la prestation de services de santé, à l'accessibilité et à l'efficacité (Cockcroft, 2014). La corruption a été associée à un taux plus faible d'utilisations des services publics de santé (Azfar . et Gurgur, 2004). La corruption affecte à la fois les pauvres par des paiements informels et tend à réduire l'accès aux services de santé (Lewis, 2007). La corruption porte atteinte à la santé et le bien-être des citoyens (Azfar . et Gurgur, 2004; Lewis, 2006). La corruption a un effet négatif sur les dépenses de santé (Gupta et *al.*, 2000). La corruption engendre de coûts économiques très importants (Dreher et Herzfeld, 2005). Qu'ils soient moraux ou réels, ces coûts sont difficilement observables. L'influence de chacune de ces catégories de coûts confirme le comportement du corrupteur (Morcan, 2004). La corruption augmente les coûts de services publics clés et limite l'accès pour les moins capables de payer (Rose-Ackerman, 2004; Szende et Culyer, 2006). Compte tenu de la confusion et l'incertitude possible sur les effets de la corruption et l'ampleur de ces effets; il est probable que la corruption à grande échelle impacte l'accès aux soins de santé (Gaitonde, 2016). Plusieurs études mettent en évidence l'accès limité des populations pauvres aux prestations de services publics, en raison de l'effet négatif de la corruption sur le secteur de la santé (PNUD, 2011). Les usagers de sexe de féminin n'obtiennent pas nécessairement les services de santé essentielle à cause de leur incapacité à payer les frais informels. La corruption ne favorise pas le recours aux structures de santé publiques. La corruption au niveau des prestataires de soins de santé a un impact direct sur la population pauvre en ce sens qu'il s'agit d'un moyen détourné de lui refuser l'accès aux services et de ce fait mettre en péril sa santé (PNUD, 2011). Les paiements informels exigés en contrepartie des services médicaux sont plus fréquents dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé, ce qui équivaldrait à dire plus d'obstacle à l'accès aux services pour les usagers ayant des ressources limitées (Nordberg et Vian, 2008). L'accès aux services de santé est réduit et semble être limité aux populations non pauvres et urbaines (PNUD, 2011). Seuls 54% de la population rurale ont accès aux équipements de santé sur un rayon de cinq kilomètres, les dépenses individuelles représentent 26% des dépenses globales de santé. Les ménages pauvres ressentent le plus le poids des problèmes de santé et ont plus de difficultés à accéder aux services de santé (DFID, 2011). Quels sont les effets des comportements de corruption sur l'accès aux soins de santé. L'objectif de ce papier est d'analyser l'effet des comportements de corruption sur l'accès aux soins de santé dans les centres publics de santé au Bénin. La contribution de ce papier est double, il vise à montrer d'une part que les comportements de corruption affectent négativement le revenu des ménages relativement pauvres et d'autre part limitent leur accès aux soins

de santé dans les centres publics de santé. L'article est organisé comme suit: la deuxième section traite de la revue de littérature sur la corruption en lien avec les inégalités d'accès. La section suivante s'attèle à la méthodologie de l'étude et la dernière expose la spécification du modèle et la présentation du résultat d'estimation.

I. Revue de la littérature

La corruption a longtemps été présentée comme un élément permettant de compenser le fonctionnement déficient des institutions publiques. Ainsi, les travaux sur la corruption aboutissent au fait qu'en améliorant l'efficacité, la corruption aurait des effets positifs sur l'activité économique (Leff, 1964; Lui, 1985). La corruption permettait de dépasser les rigidités imposées par les gouvernements qui entravent l'investissement et interfèrent avec d'autres décisions économiques favorables à la croissance (Lavallée *et al.*, 2008). Ainsi, cette vision positive de la corruption, ainsi que les arguments qui la sous-tendent sont contestés. La corruption a des conséquences négatives sur le développement du secteur de la santé (Bardan, 1997; Cockcroft, 2014). Elle affecte négativement les performances du système de santé et augmente les inégalités d'accès (Gaitonde, 2016). La corruption fixe des incitations inappropriées entraînant une mauvaise utilisation des ressources, une perte de confiance des services publics et une démotivation des agents de santé. La corruption empêche l'élaboration des services et la capacité des réformes à améliorer une gamme de services (Ensor, 2004). La corruption porte atteinte à la prestation de services de santé, à l'accessibilité et à l'efficacité (Lewis, 2007; Cockcroft, 2014). La corruption a été associée à un taux plus faible, d'utilisations des services publics de santé, de satisfaction à l'égard des soins et une augmentation des temps d'attente (Azfar . et Gurgur, 2004). Cela affecte à la fois les usagers des centres de santé par des paiements informels et tend à réduire l'accès aux services de santé notamment pour les pauvres (Lewis, 2006). Gupta *et al.*, (2000) trouvent que la corruption tendrait à accroître les inégalités d'accès. Newhouse (1996) conteste ce point de vue en défendant le principe d'une responsabilisation bilatérale entre les acteurs du système sanitaire. La corruption telle qu'elle se manifeste constitue un crime ou les responsabilités sont partagées entre l'utilisateur corrompu et le praticien corrompu (Becker, 1968). Les actions publiques de dissuasion et de sanction des crimes contribuent à réduire la corruption.

Système de délégation et comportement de corruption

La corruption naît de l'externalité imposée au corrompu par la relation de délégation, contre et même en dehors de la volonté du principal, en absence de relation contractuelle entre le principal et le corrompu. La corruption tire ses spécificités de l'imbrication de deux contrats aux objectifs divergents. A partir des années 1970, le modèle principal-agent est mobilisé pour analyser les structures étatiques propices au développement de la corruption. La corruption trouve sa source dans le système de délégation qui constitue un mécanisme de coordination et de facilitation des transactions

au sein des centres publics de santé. Les problèmes de corruption qui en résultent comprennent entre autre, la commande inappropriée des tests et des procédures qui augmentent les rentes et les gains financiers, les pots-de-vin pour les soins de santé, l'absentéisme et le détournement des ressources publiques pour des fins privées (Di Tella et Savedoff, 2001). L'information est asymétrique entre les différents acteurs, rendant difficile l'identification et le contrôle des intérêts divergents (Savedoff, 2006). Le comportement de ces différents acteurs engendre les risques de corruption et de conflits d'intérêts (Latham, 2001, Kassirer, 2006) et de la réglementation inadéquate dans le secteur de la santé (Francis et Edmeston, 2012). Le système de délégation au sein des centres publics de santé suscite des incitations au développement des comportements de corruption.

1.1. Incitation aux comportements de corruption

La littérature économique évoque la théorie des incitations pour expliciter les comportements de corruption des acteurs économiques (Amundsen et *al.*, 2000; Bardhan, 1997; Klitgaard, 1991; Cadot, 1987). La théorie des incitations suggère que la corruption dépend de l'aversion pour l'illégalité du corrupteur et de l'agent public (Lavallée et *al.*, 2008). Elle annonce que les comportements de corruption s'intensifient si la rente espérée est élevée et, que la corruption est d'autant plus répandue que le bénéfice attendu est élevé (Lavallée et *al.*, 2008). Mais, la corruption diminue avec le salaire des agents publics (Lavallée et *al.*, 2008). La théorie des incitations montre qu'il existe un salaire d'efficience assimilable à l'espérance de pot-de-vin pouvant empêcher les comportements de corruption. Cet instrument d'incitation est en effet destiné à réconcilier les intérêts divergents du délégué et du délégant par l'intermédiaire des dispositions établies par le contrat de délégation (Jacquemet, 2005). Cette relation entre le salaire des professionnels de la santé et le niveau de corruption n'est pas significative.

Les risques de corruption dans le secteur de la santé sont uniquement influencés par plusieurs facteurs organisationnels (Vian, 2007). Les acteurs qui fréquentent l'industrie sanitaire publique ne sont pas souvent conscients de leurs droits. Il existe une grande variété d'acteurs dispersés dans le secteur de la santé, le décideur, les fournisseurs de soins de santé, les professionnels de santé et les consommateurs qui interagissent de manière complexe. Il s'agit des interactions entre les patients et professionnels de santé, entre payeurs et hôpitaux et entre hôpitaux et fournisseurs (Gaitonde, 2016).

1.2. Comportements de corruption dans les centres publics de santé.

Les travaux sur l'éventuelle relation des acteurs au sein de la sphère publique a été l'œuvre de Becker (1968). La sphère publique est caractérisée par des relations qui

sont totalement hiérarchisées où les supérieures dictent, sans aucune difficulté, leurs ordres à des inférieurs. Cependant les bureaucrates modifient les ordres et substituent à la réalisation des intérêts publics celle de leurs propres intérêts privés. Ces comportements bafouent les normes et les règles préétablies et portent atteintes aux principes de la nouvelle économie institutionnelle qui spécifie l'ensemble des règles et les normes qui délimitent et régulent le comportement des individus (Williamson, 2000).

Le comportement de corruption dans l'industrie sanitaire publique se décompose comme suit: la corruption est égale au monopole plus discrétion moins responsabilité (Klitgaard, 1998). Le monopole crée des opportunités de corruption et limite la capacité des usagers à choisir d'autres fournisseurs de services. Si le gouvernement est le seul fournisseur offrant des services médicaux, le patient pourrait être contraint de verser des pots-de-vin pour accéder à ces services. La discrétion se réfère au pouvoir autonome d'un fonctionnaire public de prendre des décisions telles que l'embauche de personnel ou de décider quels médicaments sont nécessaires et en quelles quantités les procurer. Les praticiens utilisent la discrétion pour autoriser et accréditer les établissements de santé, les fournisseurs, les services et les produits, l'ouverture de risque et d'abus de pouvoir dans l'utilisation des ressources (Vian, 2007). Les fournisseurs de soins cliniques exercent également leur pouvoir discrétionnaire en prenant des décisions sur la quantité et les types de services qu'un patient devrait avoir. Le chef de services de santé peut choisir d'embaucher un parent non qualifié, ou un agent d'approvisionnement. Il peut décider de se procurer un nouveau médicament à prix élevé dans des quantités qui dépassent largement les besoins, afin d'obtenir un pot-de-vin promis. La transparence des transactions permet aux corrupteurs d'identifier avec plus de facilité l'agent en charge du pouvoir discrétionnaire (Bac et Cornilleau, 2001). L'absence de responsabilité se réfère aux comportements des praticiens qui travaillent dans le secteur public sous-financé et inefficace avec des promotions limitées et peu de supervision. Cependant, ceux qui occupent des emplois bien rémunérés dans le secteur privé sont incités à générer des affaires pour leurs employeurs en surévaluant et en traitant à outrance des patients, tant sur le plan médical que financier (Jain, 2014).

II. Méthode d'analyse et technique de collecte des données

Nous cherchons à ce niveau de l'analyse à déterminer les facteurs qui accroissent le risque de développer les comportements de corruption dans les centres publics de santé.

2.1. Modèle économétrique

Le modèle économétrique utilisé s'inspire des travaux de Griliches (1994) et de Yameogo et *al.*, (2006). Il explique la probabilité, pour un usager en contact avec les services publics, de développer les comportements de corruption (Lavallée et *al.*, 2008).

Nous étudions la probabilité pour qu'un usager i développe les comportements de corruption lors de son passage dans les services publics de santé j pour accéder aux soins de santé. Soit y la variable captant le comportement de corruption de l'utilisateur i et y^* la variable inobservable mesurant le degré de participation de l'utilisateur à la corruption. Le modèle d'analyse peut s'écrire sous la forme suivante:

$$y = \begin{cases} 1 & \text{si } y^* = \alpha + \sum \beta_j x_{ij} + \varepsilon_i \\ 0 & \text{sinon} \end{cases} \quad [1]$$

Avec x_{ij} la variable de la j ème caractéristique de l'utilisateur i , β_j le paramètre associé et ε_t la perturbation qui est supposée suivre la loi normale.

L'utilisateur en contact du centre public de santé assigne un niveau d'utilité à chacun de ses comportements de corruption et sélectionne celui qui procure le maximum d'utilité. Ce modèle postule que l'utilité de choix a une nature probabiliste. Ce caractère aléatoire ne remet pas en cause la nature déterministe des choix individuels mais traduit l'idée que seule une partie des déterminants des choix est observable. En effet, d'une part les préférences individuelles sont influencées par un ensemble de caractéristiques inobservables propres aux usagers, d'autre part, certaines caractéristiques des biens entrant dans la prise de décision peuvent échapper à un évaluateur externe. Ainsi, cette utilité se décompose en utilité systématique et l'autre aléatoire. Formellement, la fonction d'utilité s'écrit:

$$U_{in} = V_{in} + \varepsilon_{in} \quad [2]$$

Avec U_{in} l'utilité de l'utilisateur n pour le choix du comportement de corruption i dans l'ensemble des alternatives; V_{in} ; la composante systématique de l'utilité et, ε_{in} la composante aléatoire de l'utilité. L'utilisateur rationnel adopte le comportement de corruption i qui maximise son utilité parmi l'ensemble des j alternatives de l'ensemble de choix C_n , soit:

$$y_{in} = f(U_{in}) = \begin{cases} 1 & \text{si } U_{jn} = \max_j U_{in} \\ 0 & \text{sinon } \forall j \neq i \in C_n \end{cases} \quad [3]$$

Avec y_{in} un indicateur de choix égal à 1 si l'alternative i est choisie, 0 sinon. Partant de (2), le comportement de corruption i sera choisie parmi les j alternatives de l'ensemble de choix C_n si et seulement si:

$$\begin{aligned} U_{jn} &> U_{in}, \forall j \neq i \in C_n \\ U_{jn} + \varepsilon_{jn} &> U_{in} + \varepsilon_{in} \\ U_{jn} - V_{in} &> \varepsilon_{in} - \varepsilon_{jn} \end{aligned} \quad [4]$$

Le nombre de l'inégalité étant inobservable, il faut s'intéresser à la probabilité d'occurrence des comportements de corruption. La probabilité de choix de l'alternative i parmi l'ensemble des j possibilités de l'ensemble C_n est ainsi exprimée par McFadden (1974).

$$\begin{aligned}
P_i &= P_r(y_{in} = \frac{1}{C_n}) \\
&= P_r(U_{jn} > U_{in}), \forall j \neq i \in C_n \\
&= P_r(U_{jn} + \varepsilon_{jn} > U_{in} + \varepsilon_{in}), \forall j \neq i \in C_n \\
&= P_r(U_{jn} - V_{in} > \varepsilon_{in} - \varepsilon_{jn}), \forall j \neq i \in C_n
\end{aligned} \tag{5}$$

$$\frac{p_i}{1-p_i} = e^{X_i' \beta} \tag{6}$$

$$\log \left[\frac{p_i}{1-p_i} \right] = X_i' \beta \tag{7}$$

L'analyse ne connaissant pas la distribution des $\varepsilon_{in} - \varepsilon_{jn}$, elle doit faire des hypothèses sur la nature de cette distribution.

Dans les modèles de choix discret, les termes aléatoires sont traditionnellement supposés indépendamment et identiquement distribués (idd) selon une distribution à valeur extrême (Greene, 2005). Le modèle probit a servi de cadre pour identifier le profil des usagers qui développent les comportements de corruption pour accéder aux services de soins de santé. Mais, la régression probit pour les variables dichotomique ignore les problèmes liés aux biais de sélection et la méthode en deux étapes de Heckman (1979) est une alternative pour corriger ces éventuels biais de sélection. Le modèle se formalise comme suit: l'équation de sélection traduit la propension à opter pour les comportements de corruption pour accéder aux soins de santé.

Equation de sélection :

$$y_{1i} = \begin{cases} 1 & \text{si } y_{1i}^* > 0 \\ 0 & \text{si } y_{1i}^* \leq 0 \end{cases}$$

$$y_{1i}^* = X_i \beta + \varepsilon_i \tag{8}$$

y_{1i}^* est une variable latente qui traduit la décision de corrompre de l'utilisateur pour accéder aux soins dans le centre public de santé.

Equation substantielle:

$$y_{2i} = \begin{cases} 1 & \text{si } y_{2i}^* > 0 \\ 0 & \text{si } y_{2i}^* \leq 0 \end{cases} \tag{9}$$

$$y_{2i}^* = W_i \alpha + \gamma_i \tag{10}$$

Avec y_{2i}^* la variable latente qui représente le montant que l'utilisateur utilise pour corrompre, avec W_i et X_i des variables socio-démographiques observables; γ_i suivant une loi normale $N(0,1)$ et ε_i une loi normale $N(0, \sigma_\varepsilon)$ et ρ le coefficient de corrélation des termes d'erreur.

2.2. Spécification du modèle empirique

Dans cette partie, nous allons présenter le modèle à estimer, les différentes variables et leurs sources. En s'inspirant de la relation[7], le modèle se présente comme suit:

$$X_i' \beta = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \dots + \beta_k X_{ki} + \epsilon_i \tag{11}$$

Avec X'_i les différentes variables de l'étude et β_i avec $i = 1, \dots, k$ les paramètres à estimer. La variable expliquée d'intérêt est une variable binaire qui capte les comportements de corruption des usagers des centres publics de santé. Elle prend la valeur 1 si l'utilisateur développe les comportements de corruption et 0 sinon. Les variables explicatives concernent les facteurs sociodémographiques et économiques pouvant induire un comportement de corruption au niveau des usagers des centres publics de santé. Il s'agit essentiellement des indicateurs tels que le sexe, la revenu, la participation au marché de soins de santé; et d'autre part, la part de revenu consacrée aux soins de santé (Lavallée et *al.*, 2008).

2.3. Techniques de collecte de données

Les données utilisées proviennent de la base du projet TraSCoB¹ construites à partir des résultats d'enquêtes réalisées au niveau des centres publics de santé du Bénin. Les données ont été collectées au cours d'une enquête effectuée au courant de l'année 2017 sur un échantillon de 1652 usagers des centres publics de santé. Cette enquête a été menée auprès des usagers du Centre National Hospitalier Universitaire HKM (Hubert Koutoukou Maga), Centre Universitaire Hospitalier Départemental Ouémé-Plateau (CHUD-OP) et le Centre Hospitalier Universitaire de Abomey-Calavi et Sô-Ava et le Centre Hospitalier Universitaire-Mel. En s'inspirant de la formule de l'échantillonnage aléatoire simple de Giezendanner (2012), la taille de l'échantillon est déterminée de la manière suivante:

$$n_i = \frac{N_i(u - \alpha/2)^2 P_i(1 - P_i)}{(N_i - 1)d^2 + (u - \alpha/2)^2 P_i(1 - P_i)} \quad [12]$$

Avec $i = (1, 2, 3, 4)$ l'indice qui représente les centres publics de santé, et s'inspirant des travaux de Awono Ndongo (2012) et, avec P_i la proportion de la population qui fréquente chaque centre public de santé et qui est supposée développer des comportements de corruption, $(u - \alpha/2) = 1,96$ l'écart qui correspond à un degré de confiance de 95%, $(u - \alpha/2)$ est la fractile d'ordre $(1 - \alpha/2)$ de la loi normale centrée réduite $\mathcal{N}(0,1)$; d le seuil de risque (5%) et N l'effectif estimé de la population de la zone sanitaire.

Tableau 1: Récapitulatif de la taille des usagers

Centres de Santé	Effectif de la Zone Sanitaire	Taux de Fréquentation	Taille	Taille (avec marge d'erreur)
CNHU-HKM	235731	42.44%	375	420

¹ Traitement Societal de la Corruption au Bénin (TraSCoB) de la Chaire des Droits de l'Homme et de la Démocratie, projet financé par l'Université d'Abomey Calavi sur le fonds compétitif dédié à la recherche Scientifique au Bénin.

CHU-Mel	139220	39,91%	368	412
CHUD-OP	545258	44,97	380	426
CHUD-Cal	774462	35%	352	392
Total			1475	1652

Ainsi, $n=1473$ usagers et pour compenser aux cas de non réponse ou autres, nous avons ajouté $12\%^2$ de ce nombre et on pourrait obtenir une taille approximative $N = 1475 * (1,12) = 1652$ usagers au lieu de $n = 1473$. Le tableau 2 ci-dessous donne un récapitulatif de l'analyse de la statistique descriptive des variables du modèle.

Tableau 2 : Statistiques descriptives des variables

Variabes	Modalités	Mean / %	Std Err.	Obs	Min	Max.
sexe (référence: masculin)						
	féminin	64,34	0,479	1063	0	1
comportement de corruption (référence: non)						
	oui	13,20	0,338	218	0	1
appréciation des soins (référence : pas satisfait)						
	satisfait	73,31	0,733	1211	0	1
	très satisfait	5,87	0,058	97	0	1
respect de rendez-vous (référence : jamais respecté)						
	une fois	24,03	0,427	397	0	1
	plusieurs fois	41,83	0,493	691	0	1
revenu mensuel (référence: moins de 50000)						
	entre 50000 et 150000	0,375	0,484	621	0	1
	entre 150000 et 300000	0,039	0,195	66	0	1
	entre 300000 et 500000	0,006	0,081	11	0	1
	plus de 500000	0,084	0,278	140	0	1
couverture sociale (référence : oui)						
	non	84,02	0,366	1388	0	1
détournement de médicaments (référence: non)						
	oui	84,93	0,357	1403	0	1
utilité des soins (référence: oui)						
	non	4,06	0,197	67	0	1

La lecture du tableau 2 nous renseigne globalement que les écarts types sont faibles, ce qui signifie que les variances sont minimales entre les valeurs des variables. Il n'est pas nécessaire de faire une transformation logarithmique pour normaliser les observations. Au niveau des propriétés statistiques des variables, l'éventuelle présence de multi-colinéarité qui est susceptible de biaiser les résultats a été résolue suivant le

² Awono Ndonga et al., (2012), impact des mutuelles de santé sur les comportements de demande de santé des ménages au Cameroun; Research Paper, N° 20

test de corrélation de Sperman, à l'issu duquel tous les coefficients obtenus sont faibles et inférieur à 0,7³.

Tableau 3 : Résultat d'estimation du modèle probit

Estimation du modèle probit : comportements de corruption				
Variabes	Coef.	Effet marg.	Std. Err.	Prob.
sexe (référence: masculin)				
féminin	0,215**	0,028**	0,1078	0,045
appréciation des soins (référence : pas satisfait)				
satisfait	-0,882***	-0,161***	0,112	0,000
très satisfait	-0,848***	-0,157**	0,244	0,001
respect de rendez-vous (référence : jamais respecté)				
une fois	-0,021	-0,003	0,123	0,864
plusieurs fois	-0,236*	-0,031*	0,131	0,072
revenu mensuel (référence: moins de 50000)				
entre 50000 et 150000	-0,185*	-0,025*	0,112	0,078
entre 150000 et 300000	-0,179	-0,024	0,300	0,796
entre 300000 et 500000	-0,121	-0,017	0,707	0,895
plus de 500000	-0,664***	-0,075***	0,211	0,001
couverture sociale (référence : oui)				
non	-0,820***	-0,153***	0,115	0,000
détournement de médicaments (référence: non)				
oui	-0,953***	-0,189***	0,118	0,000
utilité des soins (référence: oui)				
non	0,198	0,028	0,237	0,394
constante	0,818***		0,133	0,000
nombre observation.	1652			
p-value				0,000
pseudo R ²	0,365			
wald χ^2	355,43			

III. Analyse des résultats et interprétation

L'estimation du modèle traduisant la probabilité d'occurrence des comportements de corruption par le modèle probit donne des résultats convergents et nous a permis d'identifier les facteurs ayant une influence significative sur le choix des

³ 70% est le seuil généralement utilisé dans la littérature (Griffiths et al., 1993).

usagers dans les centres publics de santé. Le modèle est globalement significatif au seuil de 1% car la probabilité associée au test de chi deux de Wald est égale à 0,000 et la valeur du Pseudo R² est de 0,37. De ces résultats, il ressort que les variables explicatives choisies sont pertinentes dans l'explication des comportements de corruption des usagers dans l'ordre de 37%. Le modèle prédit les comportements de corruption dans les centres publics de santé à hauteur de 91,34%. En effet, les signes des coefficients estimés sont semblables à ceux attendus pour la plupart des variables et la discussion se focalise sur l'analyse des effets marginaux des variables significatives du modèle.

Sexe de l'utilisateur et comportements de corruption

L'effet marginal fait apparaître un effet positif et significatif entre la variable sexe de l'utilisateur et les comportements de corruption. Le fait d'être homme augmente la probabilité de développer les comportements de corruption de 3,08 points de pourcentage comparativement à celle d'une femme. De plus, si nos résultats révèlent que les hommes développent plus de comportements de corruption que les femmes, cela est peut-être dû au fait que l'homme qui le chef de ménage amène sa famille à l'hôpital est le plus souvent celui qui a le pouvoir de décision financière contrairement à la femme et il peut être amené à opter pour les comportements de corruption pour être vite satisfait. De même, les hommes ont relativement plus de moyens financiers que les femmes ce qui leur permet de consacrer une part de leur revenu pour corrompre. De plus, la plupart des femmes compte tenu de leurs activités de production domestique et de leurs attributions sociales dans le ménage sont aptes à passer plus de temps à l'hôpital comparativement aux hommes et elles développent de moins en moins les comportements de corruption. Ce qui justifie l'hypothèse selon laquelle le sexe de l'utilisateur participe au choix des comportements de corruption dans les centres publics de santé. A la lumière des résultats antérieurs, les femmes tolèrent moins la corruption (Lavallée et *al.*, 2010). Toutefois, il faut mentionner que d'autres résultats montrent que ce n'est pas la présence et la participation des femmes qui réduisent la corruption, mais plutôt l'efficacité des institutions (Cheung et Hernandez- Julian, 2006).

Revenu des usagers et comportements de corruption dans les centres publics

On remarque que la variable « revenu mensuel compris entre 50000 et 150000 Fcfa » a un effet négatif et significatif sur le comportement de corruption des usagers. Le fait d'avoir un revenu mensuel compris entre « 50000 et 150000 Fcfa » diminue la probabilité de développer les comportements de corruption de 2,9 points de pourcentage comparativement aux usagers dont le revenu est inférieur à 50000 Fcfa. De même, le revenu mensuel supérieur à 300000 Fcfa diminue la fréquence de développer les comportements de corruption de 7,72 points de pourcentage comparativement aux usagers ayant un revenu inférieur à 50000 Fcfa. Ce résultat s'explique par le fait que les usagers qui ont pour ultime objectif de renouveler leur stock de santé et appartenant à une tranche de revenu relativement faible substituent une part importante de leur revenu mensuel qui devrait être consacrée aux soins de santé en pots-de-vin. Le revenu de ces

usagers ne leur permette pas d'offrir simultanément les pots-de-vin et procéder à l'achat des médicaments. Ainsi ils optent pour l'achat des médicaments et renoncent au comportement de corruption. De plus, lorsque la tranche de revenu est supérieure à 500000 Fcfa, ces usagers ayant un revenu relativement élevé ne développent pas les comportements de corruption. Ce résultat s'explique par le fait que cette catégorie d'usagers ayant un revenu relativement élevé ont une parfaite information du processus clinique et sont pas obligés d'offrir les pots-de-vin pour accéder aux soins de santé. Ce résultat s'aligne avec les travaux de Krueger (1974) en ce sens que les comportements de corruption surviennent lorsque la maximisation de l'utilité individuelle prévaut sur la maximisation du bien-être collectif. De même pour Savedoff (2006), la corruption rend le secteur de la santé vulnérable et détériore le bien-être des agents économiques. Elle affecte le secteur de la santé, avec des effets pervers sur l'état de santé et le bien-être (Vian, 2008).

Appréciation des usagers et comportements de corruption

Les résultats d'estimation font apparaître un effet négatif et significatif entre l'appréciation des usagers et les comportements de corruption. Le fait que l'utilisateur soit satisfait ou très satisfait des prestations de soins de santé diminue la probabilité de développer les comportements de corruption respectivement de 16,23 points et 15,39 points en pourcentage comparativement à un usager des centres hospitaliers qui n'est pas satisfait. Lorsque les usagers sont satisfaits de la prestation de soins de santé, plus faible est la probabilité qu'ils développent les comportements de corruption. Lorsque l'agent demandeur de soins de santé n'est pas satisfait des prestations de soins administrés dans le centre public, il n'hésite pas à offrir un pot-de-vin pour garantir une meilleure prise en charge et bénéficier d'un soin de santé de meilleure qualité contrairement à l'utilisateur qui est satisfait. Ces usagers satisfaits sont limités d'accès parce que leur pouvoir d'achat ne leur permette pas de d'offrir des pots-de-vin. Ces ressources supplémentaires à charge de l'utilisateur ne sont pas forcément orientées dans l'amélioration de leur stock de santé, source de satisfaction, mais elles sont captées par les praticiens sous forme de rente de corruption de ce fait, la corruption dans le secteur de la santé a des répercussions négatives directes sur la qualité des soins procurés et détériore la satisfaction attendues des usagers (U4, 2008).

Ces résultats sont conformes aux prédictions théoriques puisque les comportements de corruption dans les centres publics de santé reflètent des problèmes de transparence, principalement les difficultés liées au fonctionnement du marché de soins de santé. Toutefois, le marché des soins médicaux est caractérisé par des dysfonctionnements liés à l'imperfection et à l'asymétrie de l'information (Arrow, 1963; Akerlof, 1970). De ce fait, la corruption est effectivement un détournement des finalités d'une institution en vue d'un avantage personnel ou plus généralement d'un gain privé, qu'il soit personnel ou collectif (Rose-Akerman, 1999; Klitgaard et al., 2002).

Détournement de médicaments et comportements de corruption

Les résultats d'estimation font apparaître un effet négatif et significatif entre le détournement de médicaments et les comportements de corruption. Le détournement de médicaments diminue la fréquence de développer les comportements de corruption de 18,91 points de pourcentage comparativement à celle d'un usager dont le médicament n'est pas détournés. En réalité, les usagers qui sont réticents à développer les comportements de corruption enregistrent le détournement de leurs médicaments. Par contre ceux qui développent les comportements de corruption n'enregistrent pas la perte de leurs médicaments. Le détournement de médicaments est un moyen pour extraire une rente illicite à l'agent demandeur de soins de santé qui n'est capable de dégager une somme forfaitaire pour corrompre mais qui est prêt à payer tous ses médicaments qui lui sont prescrits. Ce procédé consiste à sur prescrire de médicaments aux usagers agonisants et de les détourner après leur mort. Les usagers à revenu relativement faible qui sont réticents à développer des comportements de corruption sont contraints de payer une quantité élevée de médicaments qui seront détournées par une collusion qui tolère la corruption. Ce constat est conforme à nos attentes puisque le détournement de médicaments est un signal qui traduit la présence des comportements de corruption. Le détournement de médicaments dans les dispensaires publics et leurs reventes sur le marché privé justifie l'existence de la corruption discrète (Banque Mondiale, 2010). Ces comportements de corruption se traduisent par l'existence d'un marché parallèle de vente de médicaments, au prix inférieur à celui du marché formel, dont la source provient du détournement des médicaments des usagers qui n'avaient pas donné au préalable de pots-de-vin et qui le paient en contrepartie par la perte de leurs médicaments. Ainsi, tous les médicaments prescrits et qui allongent l'ordonnance étaient prescrits dans l'intention d'être détournés plus tard par les professionnels de santé. Ce résultat satisfait nos attentes et est conforme aux prédictions de la littérature économique. Ces résultats s'alignent avec les évaluations de l'OMS (2009) qui stipulent que la fraude et la corruption sous ses différentes formes peuvent entraîner la disparition pas moins de 25% des médicaments achetés. Ce résultat traduit le fait que les usagers qui sont victimes des crimes tels que le vol de médicaments sont plus en contact avec une administration publique corrompue (Lavallée et *al.*, 2008) et Hunt (2006) ajoute que les personnes qui sont victimes des crimes sont plus souvent victimes de la corruption.

Couverture sociale et comportement de corruption

Les résultats d'estimation font apparaître un effet négatif et significatif entre la couverture sociale et les comportements de corruption. Le fait de ne pas disposer d'une couverture sociale diminue la probabilité de développer les comportements de corruption de 14,99 points de pourcentage comparativement aux usagers qui ont une couverture sociale. Typiquement les usagers à revenu relativement faible ont une préférence plus élevée pour le présent et leur capacité d'épargne est très réduite. Dans la mesure où les dépenses de soins de santé représentent un investissement de long terme pour le renouvellement de stock de santé. Il apparaît qu'ils bénéficient d'une couverture

sociale qui participe à l'allègement des coûts de soins de santé. Les usagers qui disposent d'une couverture sociale ne développent pas les comportements de corruption. L'utilisateur des centres publics qui a une couverture sociale ne paie pas directement ses soins de santé et dans la plupart des cas les membres de ce ménage qui jouissent de cette couverture peuvent se rendre au centre de santé sans nécessairement disposer d'une somme pour corrompre. A la lumière des travaux théoriques, le type de financement de santé influence le niveau de la corruption (Svedoff, 2006). Ce résultat s'aligne à celui de TI (2016) qui stipule qu'un système qui se repose sur le financement d'une institution de sécurité sociale est plus exposé à la corruption de sorte que le personnel médical prescrit des soins médicalement inutiles ou que l'autorité publique subventionne des actes qui n'ont jamais été effectués.

Le modèle de sélection la méthode en deux étapes de Heckman (1979) est utilisé pour corriger les éventuels biais de sélection.

Tableau 4 : Modèle de sélection de Heckman

Modèle de sélection : comportements de corruption	Coef.	Std. Err.	Prob.
sexe (référence : masculin)			
féminin	0,065**	0,030	0,031
appréciation des soins (référence: pas satisfait)			
satisfait	-0,201***	0,030	0,000
très satisfait	-0,180***	0,0607	0,003
respect de rendez-vous (référence : jamais respecté)			
une fois	-0,016	0,027	0,540
plusieurs fois	-0,039	0,030	0,198
revenu mensuel de l'utilisateur (référence: moins de 50000)			
entre 50000 et 150000	-0,418***	0,119	0,000
entre 150000 et 300000	-0,429***	0,161	0,008
entre 300000 et 500000	-0,048	0,176	0,785
plus de 500000	-0,027	0,046	0,553
couverture sociale (référence : oui)			
non	-0,413***	0,048	0,000
détournement de médicament (référence : non)			
oui	-0,309***	0,055	0,000
utilité des soins (référence : oui)			
non	0,004	0,074	0,950
Constante	0,690***	0,047	0,000
<hr/>			
Modèle substantielle: part de revenu consacrée aux soins de santé			
sexe (référence : masculin)			
féminin	0,127	0,078	0,105
revenu mensuel de l'utilisateur (référence : moins de 50000)			
entre 50000 et 150000	-1,249***	0,081	0,000

	entre 150000 et 300000	-1,426***	0,209	0,000
	entre 300000 et 500000	-0,811**	0,413	0,050
	plus de 300000	-0,324**	0,127	0,011
couverture sociale (référence : oui)				
	non	-0,497*	0,104	0,000
détournement de médicaments (référence: non)				
	oui	-0,623***	0,109	0,000
utilité des soins (référence : oui)				
	non	-0,488***	0,108	0,000
	pas du tout	-0,021	0,150	0,887
Constante		1,264***	0,133	0,000
nombre observation		1652		
censored observation		910		
uncensored observation		742		
p-value				0,000
wald χ^2		340,78		
lambda		0,352***	0,134	0,008

La convergence est rapide puisqu'elle a lieu après six itérations avec une statistique de Wald de 340,78. Au total, le modèle est bien spécifié avec $pvalue = 0,000 < 0,05$ et l'hypothèse H_0 que tous les coefficients sont égaux à zéro est rejetée. Le signe des coefficients estimés est semblable à ceux attendus pour la plupart des variables. En effet, seul le coefficient de corrélation des termes d'erreur des deux équations du modèle capté par $lambda$, l'inverse du Mill's ratio, est de 0,352. Le test de Chi deux affiche un (ρ) significativement différent de 0 ($H_0 : \rho = 0$). Le rejet de l'hypothèse nulle ($pvalue < 0,05$) signifie que l'équation substantielle n'est pas indépendante de l'équation de sélection, en effet la part de revenu consacrée au soin de santé par un usager des centres publics de santé et l'option faite pour le comportement de corruption ne sont pas des décisions prises indépendamment. En effet, les signes des coefficients estimés sont semblables à ceux attendus pour la plupart des variables.

Sexe de l'usager et comportements de corruption

L'estimation du modèle par la méthode de sélection de Heckman à deux étapes révèle que le sexe a un effet positif et significatif sur les comportements de corruption des usagers. De plus le fait d'être un homme augmente la probabilité de développer les comportements de corruption de 6,5 points en pourcentage comparativement aux usagers de sexe féminin. Si nos résultats révèlent que les hommes développent plus de comportements de corruption comparativement aux femmes, cela est peut-être dû au fait que les hommes ont souvent les moyens nécessaires pour offrir les pots-de-vin et ne sont pas aptes à passer assez de temps à l'hôpital. Contrairement aux femmes qui sont pour la plupart des ménagères ou ne font que les travaux domestiques et elles n'arrivent pas à mobiliser un revenu élevé pour offrir de pots-de-vin. Puisque les hommes sont les chefs de ménage et compte tenu de leur notoriété, ils prennent leur responsabilité en

offrant des pots-de-vin pour être vite prise en charge. Les hommes contrairement aux femmes s'adonnent à la corruption dans leur secteur d'activité et le revenu obtenu est réinjecté dans le milieu hospitalier en termes de pots-de-vin pour garantir l'accès aux soins de santé de sa famille. Ce résultat signifie que la probabilité de développer les comportements de corruption est élevée lorsque l'utilisateur est du sexe masculin. A la lumière des résultats antérieurs, les femmes tolèrent moins la corruption (Lavallée et *al.*, 2010).

Appréciation des usagers et comportements de corruption

Les résultats d'estimation font apparaître un lien négatif et significatif entre l'appréciation des usagers et les comportements de corruption des usagers. La probabilité que les usagers développent les comportements de corruption diminue respectivement de 20,10 et 18,00 lorsque les usagers sont satisfaits ou très satisfaits comparativement aux usagers qui ne sont pas satisfaits. Lorsque les usagers sont satisfaits ou très satisfaits des prestations de santé, moins ils développent les comportements de corruption contrairement aux usagers qui ne sont pas satisfaits. Les agents demandeurs de soins de santé qui sont satisfaits des prestations des soins ils ne sont plus obligés d'offrir des pots-de-vin pour s'assurer de la qualité des soins. Par contre, lorsque l'utilisateur du centre hospitalier n'est pas satisfait de la prestation de soins de santé, il se trouve dans l'obligation de proposer un pot-de-vin en contrepartie d'un service de santé à la hauteur de ses attentes. Cette analyse rejoint les conclusions des travaux de (Dor et Watson, 1995; Bien, 2001). Les usagers sont sensibles à l'effort déployé par le praticien. Lorsque cet effort ne permet pas de rétablir leur stock de santé, ils optent pour les comportements de corruption dans le but d'avoir une satisfaction.

Revenu mensuel et comportements de corruption des usagers

Les résultats montrent le revenu mensuel de l'utilisateur explique négativement et significativement leurs comportements de corruption dans le modèle de sélection et dans le modèle substantielle. Les usagers dont le revenu mensuel est relativement faible éprouvent des difficultés à développer des comportements de corruption contrairement aux usagers dont les revenus sont relativement élevés. L'agent demandeur de soins de santé à revenu relativement faible n'arrive même pas couvrir toutes les charges liées au renouvellement de son stock de santé et donc ils n'arrivent pas à mobiliser un montant supplémentaire pour corrompre. Par contre les usagers des milieux hospitaliers à revenu relativement élevé arrivent à dégager un montant excédentaire pour corrompre après avoir supportés leurs dépenses de santé. Ce résultat est conforme aux prédictions théoriques et se justifie par le fait que, la corruption réduit le revenu net des pauvres et nuit aux programmes qui visent à satisfaire des besoins de base comme la santé (TI, 2007). La corruption engendre de surcoûts pour le secteur public notamment la surfacturation des prestations de services de santé et la disparité de revenu est jointe positivement à la corruption (Paldam, 2002). Aussi Cartier-Bresson (2008), trouve que la corruption engendre l'inégale répartition des ressources et affecte le revenu de la

collectivité. De même, le revenu est corrélé négativement à la corruption et de manière statistiquement significative (Graeff et Mehlkop, 2003; Damania et *al.*, 2004). Les éléments suivants constituent les raisons qui poussent à réclamer les pots-de-vin: le genre, le revenu, l'éducation, l'état civil, la taille de la ville, l'éducation moyenne et l'état des institutions dans le pays, la richesse d'un individu (Lavallée et *al.*, 2010).

Couverture sociale et comportements de corruption des usagers

Le coefficient estimé correspondant à la variable (couverture sociale) est négatif et significatif dans le modèle de sélection et dans l'équation substantielle. Lorsque les demandeurs de soins de santé disposent d'une couverture sociale, ils ne développent pas les comportements de corruption. Le fait que l'utilisateur ne détient pas une couverture sociale diminue la probabilité qu'il développe les comportements de corruption de 41,30 et 62,30 points de pourcentage comparativement à celle d'un usager qui dispose d'une couverture sociale respectivement dans le modèle de sélection et le modèle substantielle. La plupart des usagers qui disposent de couverture sociale ne disposent pas forcément des moyens nécessaires pour supporter entièrement leur dépense de santé et donc ils n'ont pas la possibilité d'offrir des pots-de-vin ce qui concourt à la réduction des comportements de corruption dans les centres publics de santé. Par contre d'autres types d'usagers qui en plus de la couverture sociale et en complicité avec les offreurs de soins de santé surfacturent les coûts de la prestation de soins de santé soit en prescrivant une longue liste de médicaments inutiles qui sera revendu sur un marché parallèle de détournement de médicaments. Le revenu obtenu dans cette transaction illicite est transféré à tous les membres de la collusion qui tolère la corruption ce qui justifie les comportements de corruption en milieu sanitaire. À partir des conclusions de Banfield (1975), les causes de la corruption tiendraient aux comportements opportunistes d'agents rationnels qui se coordonneraient sur le marché de la corruption.

En effet, les usagers qui ont pour ultime objectif de renouveler leur stock de santé et ceci grâce à la possession de leur couverture sociale n'optent pas pour les comportements de corruption. Ce résultat s'explique par le fait que la possession de couverture sociale facilite l'accès aux soins dans les centres publics de santé et réduit les comportements de corruption. Par ailleurs, les usagers ayant une couverture sociale en contacts de l'administration publique accèdent aux soins de santé parce que la couverture sociale fonctionne comme une garantie d'accès aux soins et l'utilisateur demandeur de soins de santé n'est plus tenu d'offrir un pot-de-vin ce qui contribue à réduire ses comportements de corruption. Ce résultat confirme que l'accès aux soins est conditionné au revenu et il existe une corrélation entre type de couverture maladie et accès aux soins (Dourgnon et *al.*, 2012).

Détournement de médicaments et comportements de corruption des usagers

Le coefficient estimé de la variable détournement de médicaments est négatif et significatif dans le modèle substantielle et dans le modèle de sélection. Le refus de développer des comportements de corruption des usagers des centres hospitaliers publics se traduit par une hausse du détournement de leurs médicaments achetés. Les

usagers qui sont réticents à développer les comportements de corruption dans les centres publics de santé sont assujettis à longue liste de médicaments à financer, ces médicaments ne sont pas forcément destinés à l'usage mais qui seront détournés et vendus à un coût faible que celui du marché formel. Par contre les usagers demandeurs de soins de santé qui prédisposés à donner des pots-de-vin n'enregistrent pas le détournement de leurs médicaments. L'accroissement du détournement des médicaments dans les centres publics de soins de santé est un moyen détourné et un vecteur de propagation des comportements de corruption. Ce constat est conforme à nos attentes puisque le détournement de médicaments est un signal qui annonce les comportements de corruption. Le manque de matériels de diagnostic, le vol de médicaments, l'absentéisme des professionnels, le manque de rigueur et de méthode, le manque de ponctualité, le non-respect de rendez-vous des usagers, la très faible activité de diagnostic ont contribué à discréditer ce secteur avec des statistiques catastrophiques (Leonard, 2009).

De plus la hausse du détournement de médicaments limite l'accès aux soins de santé des demandeurs de soins. Une fois que les médicaments achetés par l'utilisateur sont détournés et qu'il n'a plus de revenu nécessaire pour renouveler son achat. Il n'a plus la possibilité d'accéder aux soins. Les usagers qui sont réticents à développer des comportements de corruption font face à des pertes récurrentes de leurs médicaments. Ce constat est conforme à nos attentes puisque le phénomène de détournement de médicaments est un signal qui annonce la présence des comportements de corruption. Le détournement de médicaments dans les dispensaires publics et leurs reventes sur le marché privé justifie l'existence de la corruption discrète (Banque Mondiale, 2010). Ces comportements de corruption affectent les dépenses privées de santé et limitent l'accès des usagers qui ont un pouvoir d'achat relativement faible pour offrir des pots-de-vin. Les usagers aux pouvoirs économiques et financiers précaires n'ont pas accès aux soins de santé de qualité (Doubouya, 2008).

Conclusion

En sommes, les inégalités d'accès aux soins de santé sont liées au fait que les centres publics de santé sont des domaines particulièrement vulnérables à la corruption (Rapport UE, 2017) et, ils n'ont pas assez de ressources pour couvrir les besoins des demandeurs de santé (Livinec et al., 2013). L'objectif de ce papier est d'analyser l'effet des comportements de corruption sur l'accès aux soins dans les centres publics de santé au Bénin. L'estimation du modèle de sélection de Heckman (1979), réalisée à partir des données d'enquête effectuée auprès des usagers des centres publics de santé du Bénin en 2017, a montré que les comportements de corruption facilitent l'accès aux soins de santé pour chaque demandeur de soins de santé. Mais collectivement, ils ralentissent le fonctionnement normal des prestations de soins de santé, créent un effet de congestion

et accentuent la vulnérabilité des usagers des centres publics de santé. Les usagers des centres publics de santé peuvent être amenés à commettre des actes de corruption pour trois raisons principales: premièrement, l'opportunité de commettre de tels comportements leur permet d'accéder rapidement aux soins de santé. Deuxièmement, les valeurs individuelles, les normes sociales et l'érosion des valeurs du service public peuvent contribuer à créer un environnement dans lequel la corruption semblerait justifiée et, troisièmement, l'insuffisance des salaires peut exercer une certaine pression sur les fonctionnaires, qui céderont donc à la corruption (Vian, 2008). La lutte contre la corruption devra alors se poursuivre afin d'assainir le marché de soins de santé pour que son fonctionnement gagne en efficacité.

Références bibliographiques

Akerlof G., 1970, The market for lemons: qualitative uncertainty and market mechanism, *Quarterly Journal of Economics*, 74, pp.488-500.

Amnudsen I., Andvig J. Chr., Fjeldstad O.H., 2000, "Research on corruption-A Policy oriented survey", *CMI*, Commissioned Studies Norad.

Arrow K. J., 1963, Uncertainty and the Welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 53 (5), pp. 941-973.

Azfar O., Gurgur T., (2004), Crime, crime reporting and governance", *Mimeo*, IRIS University of Maryland, College park.

Bac C. et Cornilleau G., 2001, Comparaison internationale des dépenses de santé: une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970, *Dossiers Solidarité-Santé*, n° 1, pp.79-88.

Banfield E. C., 1975, Corruption as a Feature of Governmental Organization, *Journal of Law and Economics*, 18 (3), pp. 587-605.

Banque Mondiale, 2010, Silencieuse et fatale, la corruption discrète entrave les efforts de développements de l'Afrique, Washington, DC.

Bardhan P., 1997, Corruption and Development: A Review of Issues, *Journal of Economic Literature*, 35 (3), pp.1320-1346.

Becker G.S., 1968, Crime and Punishment: An Economic Approach, *Journal of Political Economy*, 76(2), pp.169-217.

Bien F., 2001, Essai en économie de la santé et assurance, Thèse de doctorat en sciences économiques. Université Paris X Nanterre.

Cadot O., 1987, Corruption as a gamble, *Journal of Public Economics*, 33(2), pp.223-244.

Cartier-Bresson J., 2008, Economie politique de la corruption et de la gouvernance, Paris, *L'Harmattan*, Coll. Ethique économique.

Cheung A. et Hernandez-Julian R., 2006, Gender and corruption: a panel data analysis, *Available at SSRN*.

Cockcroft, L., 2014, Global corruption: Money, power and Ethics in the Modern World. Cape Town : BestRed, HSRC imprint.

Delavallade C., 2006, Corruption and distribution of public spending in developing countries, *Journal of Economics and Finance*, 30 (2), pp.222-239.

DFID, 2011, Improving health in Malawi : a sector-wide approach including essential health package and emergency human resources programme.

Di Tella R., Savedoff W. D., 2001, Shining light in dark corners, In DiTella, R. and Savedoff, W. D. (ed), Diagnostic corruption, Washington, DC: Inter-American Development Bank.

Dor A., Watson H., 1995, The hospital-physician interaction in U.S. Hospitals: Evolving payment schemes and their incentives, *European Economic Review*, 39(3-4), pp.795-803.

Doumbouya M. L., 2008, Accessibilité des services des services de santé en Afrique de l'Ouest: le cas de la Guinée, *Working Paper*, halshs-00229696.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R., 2012, Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé,

IRDES, *Document de travail*, n°47.

Dreher A., Herzfeld T., 2005, The Economic costs of Corruption : A Survey and new Evidence, *Mimeo*.

Ensor T., 2004, Informal payments for health care in transition economies, *Social Science and Medecine*, 58:237-46.

Francis K., Edmeston M., 2012, Beyond band-aids: reflection on public and private health care in South Africa, *Journal of the Helen Suzman*.

Gaitonde R., Oxman A.D., Okebukola P.O., Rada G., 2016, Intervention to reduce corruption in the health sector, *Cochrane Database of systematic Reviews*, Issue 8. Art. n°:CD008856.

Geeraert J., Rivollier, E., 2014, L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins, Elsevier Mason, pp.14-18.

Giezendanner F.D., 2012, Taille d'un échantillon aléatoire et marge d'erreur, *Instruction Publique, Culture et Sport*, Service Ecole-Médias, Genève, pp.7.

Graeff P., Mehlkop G., 2003, The impacts of economics freedom on corruption: different patterns for rich and poor countries, *European Journal of Political Economy*, 19, 605-620.

Greene W.H., 2005, *Econométrie*, Paris: Pearson Education France; 5^{ème} Edition, pp.943.

Griliches Z., 1994, Productivity, R&D, and the Data constraint, *American Economic Review*, vol.84, issue 1, 1-23.

Gupta S., Davoodi H., Tiongson E., 2000, Corruption and the provision of health care and education services, *Document de travail*. IMF, WP, pp. 00-116.

Heckman J. J., 1979, Dummy endogenous variables in a simultaneous equation system, *Econometrica*, 46 (4), pp. 931-959.

Hunt J., 2006, How corruption hits people when they are down, *William Davidson Institute Working Paper*, n°836.

Jacquemet N., 2005, Microéconomie de la corruption, *Revue Française d'Economie* XX, (4), pp.118-159.

Jain A., (2014), "Corruption: le secret ouvert de la médecine", *BMJ*, 348, 4184.

Kassirer J., 2006, The corruption influence of money in Medicine, *Rapport Mondiale de Transparency International sur la corruption*.

Klitgaard R., McLean-Abaroa R., Lindsey Parris H., 2002, Villes corrompues, du diagnostic aux remèdes, *Nouveaux Horizons-ARS*, Paris.

Klitgaard R., 1991, *Tropical gangsters*, London, IB, Tauris.

Klitgaard R., 1998, Cleaning up and invigorating the civil service, *Public Administration and Development*, vol.17, n°4.

Krueger A.O., 1974, The political economy of Rent-seeking society, *The American Economic Review*, 64 (3), pp.291-303.

Latham G. P., 2001, The importance of understanding and changing employe outcome expectancies for gaining commitment to an organizational goal, *Full Publication History*.

Lavallée E., Razafindrakoto M., Roubaud F., 2008, Les mécanismes à l'origine de la corruption : une analyse sur micro-données africaines, *Document de travail Dial*.

Lavallée E., Razafindrakoto M., Roubaud F., 2010, Ce qui engendre la corruption: une analyse microéconomique sur données africaines, *Revue d'Economie du Développement*, vol.18, pp.5-47.

Leff N. H., 1964, Economic development through bureaucratic corruption, *American Behavioral Scientist*, n°8 : 8-14.

Leonard K., 2009, The cost of imperfect agency in health care: evidence from rural Cameroun, *Journal of Development Economics*, vol. 88(2), pp.282-201.

Lewis M., Perttersson, G., 2009, Governance in health care delivery : raising performance, WorldBank Policy Research Paper. 5074.

Lewis M., 2007, Informal payments and the financing of health care in development and transition countries, *Health Affairs*, 26:984-97.

Lewis M., 2006, Governance and corruption in public health care systems, *Working Paper*, n°78, Washington, DC: Center for global development.

Leys C., 1964, What is the problem about corruption, *The Journal of Modern African Studies*, vol.3, n°2 : 215-230.

Livinec B., Milleliri J-M., Rey J-L., Saliou P., 2013, Inégalités d'accès aux soins en Afrique. Plaidoyer pour un New Deal, l'exemple scandinave, *GISPE*, 82 db. Tellène, 13007, Marseille, France, www.gispe.org.

Lui F., 1985, An equilibrium queuing model of bribery, *Journal of Political Economy*, 93:760-81.

Mocan N., 2004, "What Determines Corruption? International Evidence from Micro data, *Economic Inquiry*, NBER, WP, W10460. 64(4), pp.439-510.

Myrdal G., 1971, Asian Drama: an inquiry into the poverty of Nations, *Allen lane the Penguin Press*, London.

Neron, P-Y., 2014, A quoi sert la conception institutionnelle de la corruption?, *Les ateliers de l'Éthique*, vol.9, n°1, pp.103-125.

Newhouse J.P., 1996, Reimbursing health plans and health providers: selection versus efficiency in production, *Journal of Economic Literature*, 34, pp. 1236-1263.

Nordberg C., Vian, T., 2008, Corruption in the health sector, U4

Brief 10, Chr Michelson Institute, Bergen Norway.

North D.C., 1990, Institutions, institutional change and economic performance. Herzfeld Cambridge, *University Press*.

OMS , 2009, Analyse de la structure sanitaire.

Paldam M., 2002, The Big Pattern of Corruption: Economics, Culture and the Scaew Dynamics, *European Journal of Political Economy*, 18, pp.215-240.

PNUD, 2011, Lutte contre la corruption dans le secteur de la santé: méthodes, outils et bonnes pratiques, Edition: 2011.

Rapport UE, 2017, Rapport général sur l'activité de l'Union Européenne, Europa UE , édition 2017

Rispel L. C., De Jager P., Fonn S., 2015, Exploring corruption in the South African health sector, *Health Policy and Planning*, 31, 239-249.

Rose-Ackerman S., 2004, The challenge of poor governance and corruption, *Copenhagen Consensus Challenge Paper*, www.copenhagenconsensus.com.

Rose-Akerman S., 1999, Corruption and government : Causes, consequences, and reform; Cambridge: Cambridge University Press.

Savedoff W.D., 2006, The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems, In:

Transparency International, *Global Report*.

Scott J., 1972, Comparative Political Corruption, *Englewood Cliffs*, NJ: Prentice Hall.

Transparency International, 2006, Corruption in Hospitals, *Global Corruption Report 2006*. Berlin: T.I.

Transparency International, 2016, How corruption in your country, corruption perception index, *Global Corruption Report 2016*. Berlin: T.I.

U4, 2008, La corruption dans le secteur de la santé, *Traduction d'U4 ISSUE 2008:7, Anti- Corruption Ressource Centre*, WWW. U4, n°U4 ISSUE 2009:14.

Van Rijckeghem C., Weder B., 2001, Bureaucratic Corruption and the Rate of Temptation: Do Low Wages in the Civil Service affect corruption, and by How Much, *Journal of Development Economics*, 65(2), pp. 307-331.

Venard B., 2013, Institutions, corruption et développement durable, *Bulletin d'économie*, vol. 33 , n°4, pp.2545-2562.

Vian T., Savedoff W. D., Mathisen H., 2010, Anticorruption in the health sector : strategies for transparency and accountability», Sterling, VA : *Kumarian Press*.

Vian T., 2007, Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions, *Health Policy and Planning*; 23:83-94.

Williamson O.E., 2000, The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead, *Journal of Economic Literature*, vol. 38, n°3, pp.595-613.

Yameogo N. D., Bernard J-T., Bolduc D., 2006, Estimation d'un modèle de choix discret/ continu dans un contexte de prix non linéaires, Département d'économie, Université Laval.