

Déterminants de l'incapacité des patients à payer les soins et services de santé dans un hôpital de référence du sud Bénin en 2023

Determinants of patients' inability to pay for healthcare services in a referral hospital in Southern Benin in 2023

SALAMI Lamidhi

Enseignant chercheur

Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum
Université d'Abomey-Calavi – Bénin
Département Politique et Système de Santé
s.lamidhi@yahoo.com

HOUNTADA Hotchédé Hospice Fréjus

Directeur des hôpitaux

Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum
Université d'Abomey-Calavi – Bénin
Département Politique et Système de Santé

GLELE AHANHANZO Yolaine

Enseignant chercheur

Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum
Université d'Abomey-Calavi – Bénin
Département Epidémiologie et Biostatistiques

SOSSA JEROME Charles

Enseignant chercheur

Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum
Université d'Abomey-Calavi – Bénin
Département Promotion de la Santé

OUENDO Edgard-Marius

Enseignant chercheur

Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum
Université d'Abomey-Calavi – Bénin
Département Politique et Système de Santé

Date de soumission : 04/03/2026

Date d'acceptation : 29/04/2026

Pour citer cet article :

Salami L. & AL. (2026) « Déterminants de l'incapacité des patients à payer les soins et services de santé dans un hôpital de référence du sud Bénin en 2023 », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 7 : Numéro 5 » pp : 654- 671.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



Résumé

Introduction. Dans les pays à faible revenu comme le Bénin, la prédominance des paiements directs expose les ménages à des dépenses catastrophiques de santé. Ancrée dans le cadre de la capacité à payer (ATP), cette étude analyse les déterminants de l'incapacité des usagers à honorer leurs factures dans un hôpital de référence.

Méthodes. Une étude transversale analytique a été conduite de janvier à juin 2023 auprès de 251 usagers du CHUMEL de Cotonou. La variable dépendante combinait revenu mensuel (seuil : 100 000 FCFA) et couverture en assurance maladie effective. Une régression logistique multivariée a identifié les déterminants au seuil de 5%.

Résultats. Seuls 14,74% des usagers disposaient d'une capacité à payer satisfaisante. L'incapacité à payer était associée aux statuts de sans-emploi (OR=48,98 ; p=0,001), de petit commerçant (OR=17,12 ; p<0,001) et d'ouvrier (OR=6,13 ; p<0,001), à l'absence de réseau social hospitalier (OR=4,64 ; p=0,014), à un temps d'attente ≥ 1 heure au paiement (OR=5,07 ; p=0,041), à la perception d'une gratuité publique exclusive (OR=9,30 ; p=0,039) et à la méconnaissance des recours contre la corruption (OR=3,34 ; p=0,016).

Conclusion. L'incapacité à payer au CHUMEL résulte de contraintes de revenu, de défaillances organisationnelles et d'un aléa moral perceptuel. Ces résultats plaident pour l'accélération de la couverture sanitaire universelle, le renforcement des filets sociaux et l'amélioration du dispositif institutionnel de paiement.

Mots clés : paiement direct ; incapacité à payer ; protection financière ; déterminants socioéconomiques ; Bénin.

Abstract

Introduction. In low-income countries such as Benin, the predominance of out-of-pocket payments exposes households to catastrophic health expenditure. Grounded in the Ability to Pay (ATP) framework, this study analyses the determinants of patients' inability to meet healthcare costs in a referral hospital.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted from January to June 2023 among 251 users at CHUMEL in Cotonou. The dependent variable combined monthly income (threshold: 100,000 FCFA) and effective health insurance coverage. Determinants were identified through multivariate logistic regression at the 5% significance level.

Results. Only 14.74% of users had adequate ability to pay. Inability to pay was significantly associated with unemployment (OR=48.98; p=0.001), petty trading (OR=17.12; p<0.001) and manual labour (OR=6.13; p<0.001); absence of a hospital social network (OR=4.64; p=0.014); waiting ≥ 1 hour at payment (OR=5.07; p=0.041); perceiving healthcare as exclusively state-funded (OR=9.30; p=0.039); and unfamiliarity with anti-corruption reporting mechanisms (OR=3.34; p=0.016).

Conclusion. Inability to pay at CHUMEL reflects income constraints, organisational failures, and perceptual moral hazard. These findings call for accelerating universal health coverage, strengthening social safety nets, and improving the institutional payment framework.

Keywords: out-of-pocket payment; inability to pay; financial protection; socioeconomic determinants; Benin.

Introduction

L'accès aux services de santé ne se limite pas à l'existence d'infrastructures ou à sa proximité géographique. Il implique également que les patients puissent réellement assumer les coûts liés aux soins (Bourgueil, 2019). Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les paiements directs à la charge des utilisateurs (out-of-pocket payments, OOP) constituent une part importante du financement des soins ; ce qui expose les ménages à un risque élevé de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement (Bourgueil, 2019). En 2022, les paiements directs des utilisateurs représentaient la principale source de financement des soins de santé dans 55 pays, principalement en Afrique (Massito and Hinju, 2025). Lorsqu'un patient ou un ménage n'a pas la capacité de payer sa facture de soins, l'accès et l'utilisation des services est entravé tout comme la qualité et le suivi des traitements (Improving Health in Slums Collaborative, 2021 ; Park, 2021). Dans ce contexte, la capacité à payer des patients apparaît comme un concept clé pour la compréhension des inégalités en santé et pour l'évaluation de la couverture sanitaire universelle (CSU) (Evans and Etienne, 2010 ; Ouendo, 2005).

La CSU, et particulièrement sa composante principale qu'est l'assurance maladie, reste limitée en Afrique et particulièrement au Nigéria où seuls 57,60% des ménages sont évalués comme étant capables de payer la prime d'assurance (Bolarinwa et al., 2021). Selon certains auteurs, les facteurs associés à la volonté de payer pour les services de santé sont, entre autres, le revenu, l'éducation, la taille du ménage et le niveau perçu de la qualité des soins (Steigenberger et al., 2022). Dans des contextes de faible couverture d'assurance, l'absence d'un mécanisme fiable de protection financière laisse les ménages vulnérables face aux frais de santé (Sanoussi et al., 2023).

En somme, la volonté de payer ou les déterminants des primes d'assurance sont plus explorés par diverses études que la capacité effective des patients à payer leur facture de soins, c'est-à-dire leur capacité à honorer les paiements demandés après utilisation du service (Bolarinwa et al., 2021 ; Habib and Zaidi, 2021). Peu de travaux ont analysé de manière combinée le revenu et la couverture en assurance maladie comme deux dimensions de la capacité à payer (Schmidt et al., 2024). Au Bénin, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne francophone, le déficit en données probantes sur la capacité à payer des patients et les facteurs y relatifs limite l'adoption de politiques efficaces de financement de la santé (Paul et al., 2020).

En effet, le cadre théorique de la capacité à payer (Ability to Pay – ATP) est un concept fondateur de l'économie du financement de la santé (Wagstaff & Van Doorslaer, 1993). Contrairement à la volonté de payer (Willingness to Pay – WTP), qui reflète une préférence

contingente généralement mesurée ex ante, la capacité à payer renvoie à la contrainte budgétaire réelle du ménage face à un besoin de soins effectif (Xu et al., 2003). Cette distinction est centrale dans les contextes de prédominance du paiement direct comme celui du Bénin, où l'accès aux soins dépend moins de la décision d'y consentir que de la possibilité financière réelle de les honorer. Ce cadre s'articule avec le concept de dépenses catastrophiques de santé (Catastrophic Health Expenditure – CHE) qui surviennent lorsque les paiements directs excèdent la capacité contributive des ménages et fragilisent leur consommation non sanitaire (Xu et al., 2003 ; WHO, 2010). Il s'inscrit également dans les objectifs normatifs de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), dont la composante de protection financière vise à prévenir ces situations d'incapacité (Evans & Etienne, 2010). Les mécanismes de solidarité informelle, tel le réseau social hospitalier, peuvent aussi contribuer à pallier cette incapacité, faisant ainsi écho à la théorie du capital social (Coleman, 1988 ; Putnam, 1993) qui reconnaît les réseaux comme substituts aux mécanismes formels de mutualisation du risque dans les contextes à faible protection sociale.

Dans le contexte du Bénin, le questionnement fondamental se dégage suivant : dans quelle mesure les caractéristiques socioéconomiques des patients, combinées aux défaillances organisationnelles du système de paiement hospitalier et à l'insuffisance des mécanismes de mutualisation du risque maladie, déterminent-elles l'incapacité à payer les soins dans un hôpital de référence au Bénin ?

La présente étude à explorer, dans un contexte de prédominance du paiement direct, les facteurs structurels et institutionnels qui contribuent à cette incapacité, en vue d'éclairer les politiques de protection financière.

1. Méthodes d'étude

1.1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée au Centre hospitalier universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHUMEL) qui est un hôpital public de référence de troisième niveau situé à Cotonou, au sud du Bénin. Le CHUMEL est spécialisé dans la prise en charge des pathologies du couple mère-enfant. Il accueille une clientèle venant de toutes les régions du Bénin ainsi que de pays voisins, en raison du niveau élevé de la compétence de son personnel médical et de son plateau technique. Créé en 1958 sous le nom de Maternité Lagune pour offrir des soins maternels au premier contact, puis transformé en Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune en 2002, il fut érigé en centre hospitalier universitaire en 2014 (Décret N° 2014-528 du 25 août 2014). C'est un établissement de santé autonome (Décret N° 2020-498 du 07 octobre 2020) dont

l'organisation s'articule autour de plusieurs pôles dont un pôle mère, un pôle enfant, ainsi que des services médico-techniques transversaux tels que le laboratoire biomédical, la radiologie, la pharmacie hospitalière, la nutrition, la rééducation fonctionnelle et le service social. L'hôpital a une capacité d'environ 304 lits et emploie près de 700 agents, dont plus d'une cinquantaine de médecins spécialistes et hospitalo-universitaires.

1.2. Participants à l'étude et critères d'éligibilité

L'étude a porté sur les patients pris en charge dans l'hôpital pendant la période d'étude, quelle que soit la nature du service sollicité (consultation, hospitalisation, acte chirurgical, accouchement ou soins pédiatriques).

❖ Critères d'inclusion

- les patients âgés de 18 ans et plus, ou tuteurs légaux pour d'enfants hospitalisés, ayant effectivement reçu des soins ou services dans l'hôpital durant la période d'étude ;
- les patients ayant donné leur consentement libre et éclairé.

❖ Critère de non-inclusion

Les patients qui étaient en incapacité de s'exprimer n'ont pas été inclus dans l'étude.

1.3. Conception de l'étude

L'étude transversale et analytique, conduite de janvier à juin 2023, a utilisé une méthode probabiliste avec une technique de choix aléatoire systématique. La taille de l'échantillon, fixée à 251 patients, a été calculée avec la formule de SCHWARTZ en considérant une prévalence de 17,40% (proportion de ménages engageant des dépenses catastrophiques en Ethiopie [Getachew et al., 2023]), un risque d'erreur de 1,96, une précision de 5% et un taux de non-réponse de 5%. 0196.

Les choix méthodologiques s'inscrivent dans le cadre théorique de la capacité à payer exposé plus haut (en introduction), dont l'opérationnalisation combine une dimension de revenu et une dimension d'accès à la couverture maladie, conformément aux recommandations de Xu et al. (2003) et Nguyen et al. (2023).

1.4. Variables et outils de collecte

La variable dépendante est l'« incapacité des patients à payer » les frais de soins. Elle est définie par triangulation entre le revenu moyen mensuel de l'enquêté et son statut face à l'assurance maladie. Selon cette définition opérationnelle de la capacité à payer, inspirée par l'approche composite de la capacité contributive développée par Xu et al. (2003) et reprise par Nguyen et al. (2023) et de Li et al. (Li et al., 2023), un patient était considéré comme ayant une « capacité à payer » satisfaisante lorsqu'il disposait soit d'un revenu mensuel supérieur ou égal à 100 000

FCFA (~152 USD PPA), soit d'une assurance maladie ayant effectivement remboursé tout ou une partie de ses dépenses de soins. Le patient ayant une incapacité à payer était considéré comme exposé au risque de paiement catastrophique. Le seuil de 100 000 FCFA (~152 USD PPA) utilisé était contextuellement ancré et non purement normatif, car il découlait de l'estimation du revenu médian de subsistance en milieu urbain au Bénin, l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages (EMICoV 2018/INSAE).

Les variables indépendantes étaient les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés (âge, sexe, profession, etc.), la présence de proche ou ami travaillant dans l'hôpital, le temps d'attente pour le paiement, la connaissance de la procédure de paiement des factures, la connaissance des conséquences de l'insolvabilité sur l'hôpital et la perception du paiement direct.

1.5. Traitement et analyse des données

Les données collectées par saisie directe à l'aide du logiciel KoboCollect ont été nettoyées, puis analysées avec Stata version 15.0. Les proportions ont été calculées avec leur intervalle de confiance à 95%, les moyennes avec leurs écarts types et/ou les médianes avec les quartiles 1 et 3 (Q1 ; Q3). L'association de l'incapacité à payer aux variables explicatives a été explorée. Les variables significativement associées au seuil de 20% ont servi à construire un modèle de régression logistique multivarié, pour identifier les facteurs associés à l'incapacité à payer chez les patients au seuil de 5%.

1.6. Aspects éthiques et déontologiques

Le protocole a reçu l'approbation du comité scientifique de l'Institut régional de Santé publique Comlan Alfred QUENUM du Bénin. Les autorisations administratives du CHUMEL et du Ministère de la Santé ont été obtenues avant le démarrage de l'étude. La participation des patients était volontaire, et subordonnée à leur consentement libre et éclairé après explication des objectifs de l'étude. L'anonymat et la confidentialité des informations collectées étaient strictement respectés. Seules les données agrégées et synthétisées font l'objet de publication.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques sociodémographiques et liées à l'environnement des enquêtés

L'âge médian des enquêtés était de 30 ans (26 ans ; 38 ans). La majorité des enquêtés étaient âgés de 26 à 50 ans (70,12%) et résidaient en milieu urbain (64,14%). Plus de la moitié étaient des accompagnants ou gardes malades (56,57%). Les petits commerçants (31,08%) et travailleurs manuels (29,48%) constituaient les principales catégories professionnelles représentées. La majorité des enquêtés percevait un revenu mensuel inférieur à 50 000 F CFA

(74,50%) et seulement 9,56% disposait d'une assurance maladie. Ils sont 25 enquêtés, soit 9,96% à déclarer avoir un proche ou ami dans l'hôpital. Selon la majorité de ces enquêtés, l'apport de ces proches ou amis présents au niveau de l'hôpital consisterait à leur assurer une facilitation des démarches administratives (80%) ou à les aider à obtenir une réduction de la facture de soins (56%).

Près de deux tiers (66,14%) déclaraient un temps d'attente inférieur à 30 minutes pour le paiement et 62,95% des usagers ont déclaré rencontrer des difficultés pour honorer leurs factures, principalement en raison de l'insuffisance des revenus (86,71%) et du coût élevé des soins (69,62%). La majorité souhaitait que le financement de l'hôpital soit mixte (81,27%) et tous connaissaient au moins une conséquence de l'insolvabilité, dont l'incapacité à payer les salaires (77,69%) et les intrants (69,32%). Seuls 51,79% connaissaient les moyens de dénonciation des faits de rançonnement ou de corruption (Tableau N°1).

Tableau N°1 : Répartition des enquêtés en fonction des caractéristiques sociodémographiques et liées à leur environnement en 2023 (n= 251)

Variables	Effectif	Proportion (%)	IC95% inf	IC95% sup
Age des usagers (en année)				
≤ 25	59	23,51	18,63	29,18
[26-50]	176	70,12	64,12	75,49
[51-80]	16	6,37	3,92	10,18
Sexe des usagers				
Masculin	60	23,90	19	29,61
Zone d'habitation				
Urbaine	161	64,14	57,97	69,87
Profil de l'utilisateur				
Accompagnant/garde malade	142	56,57	50,32	62,61
Patient	109	43,43	37,38	49,67
Principale profession				
Sans emploi	49	19,52	15,04	24,93
Travailleurs manuels/Ouvriers	74	29,48	24,13	35,45
Petits commerçants	78	31,08	25,62	37,11
Cadres, fonctionnaires et entrepreneurs	50	19,92	15,40	25,36
Revenu mensuel (F CFA)				
< 50 000	187	74,50	68,70	79,54
[50 000-100 000[	38	15,14	11,19	20,16
[100 000-200 000[	12	4,78	2,72	8,25
≥ 200 000	14	5,58	3,31	9,22
Possession d'une assurance maladie				
Oui	24	9,56	6,47	13,90
Présence de proche ou ami dans l'hôpital				
Oui	25	9,96	6,80	14,35

Variables	Effectif	Proportion (%)	IC95% inf	IC95% sup
Connaissance de la procédure de paiement des factures				
Oui	199	79,28	73,78	83,88
Temps d'attente pour le paiement				
< 30 minutes	166	66,14	60,01	71,75
[30 minutes-1 heure[	39	15,54	11,53	20,60
≥ 1 heure	46	18,33	13,98	23,64
Difficulté pour honorer les factures				
Oui	158	62,95	56,76	68,73
Raisons des difficultés à honorer les factures (n=158)				
Coût élevé des factures	110	69,62	61,92	76,35
Insuffisance des revenus par rapport au coût des factures	137	86,71	80,39	91,21
Problèmes techniques à la caisse	9	5,70	2,96	10,65
Perception sur le mode de financement de l'hôpital public				
Financement public	47	18,73	14,34	24,07
Financement mixte*	204	81,27	75,92	85,65
Connaissance des conséquences de l'insolvabilité sur l'hôpital				
Oui	251	100	-	-
Conséquences connues				
Baisse de la qualité des soins délivrés	123	49	42,82	55,21
Incapacité à payer les intrants et matériels	174	69,32	63,30	74,75
Incapacité à payer les salaires des employés	195	77,69	72,08	82,44
Connaissance des moyens de dénonciation des faits de rançonnement ou de corruption				
Oui	130	51,79	45,57	57,95

*= Financement par l'État + Financement par les usagers Source : Enquête CHUMEL 2023

2.2. Appréciation de la capacité des usagers à payer les soins

La capacité des usagers de l'hôpital à payer pour les soins et services de santé était estimée à 14,74%, bien que 37,05% déclaraient n'avoir eu aucune difficulté à solder leurs factures de soins au niveau de l'hôpital.

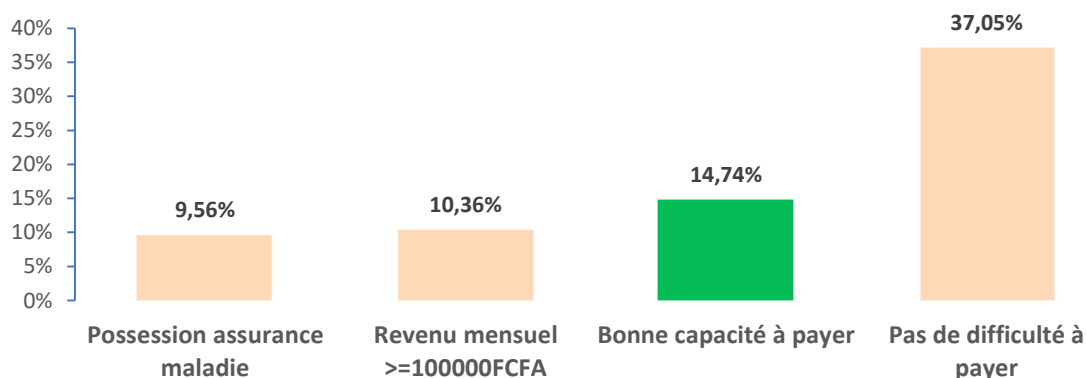


Figure N°1 : Appréciation de la capacité à payer les soins et services de santé chez les usagers de l'hôpital en 2023

2.3. Facteurs influençant l'incapacité des usagers à payer les soins en 2023

2.3.1. Régression univariée

Selon les résultats présentés dans le tableau N°2, les variables associées à l'incapacité à payer les soins chez les usagers étaient le sexe (OR=5,11 ; IC95%=2,46-10,64 ; p=0,000) avec une forte vulnérabilité des femmes ; la profession notamment les sans-emplois (OR=44,30 ; IC95%=5,66-346,42 ; p=0,000), les travailleurs manuels et les petits commerçants. Le fait de ne pas avoir un proche ou ami présent dans l'hôpital, le temps d'attente pour le paiement d'une heure ou plus, la perception du financement public comme principal mode de financement de l'hôpital public (OR=9,85 ; IC95%=1,31-73,83 ; p=0,026) et la méconnaissance des moyens de dénonciation des faits de rançonnement ou de corruption (OR= 4,05 ; IC95%= 1,77-9,27 ; p= 0,001) sont les autres variables associées à une fréquence d'incapacité à payer de 3 à près de 10 fois plus élevée.

Tableau N°2 : Associations entre les variables et l'incapacité des usagers à payer les soins en 2023 (n= 251)

Variables	Incapacité à payer n (%)	OR	IC95% inf	IC95% sup	p-value
Age des usagers (en année)					
≤ 25	56 (94,92)	4,14	1,22	14,09	0,023
[26-50]	144 (81,82)	1	-	-	-
[51-80]	14 (87,50)	1,55	0,33	7,18	0,571
Sexe des usagers					
Masculin	40 (66,67)	1	-	-	-
Féminin	174 (91,10)	5,11	2,46	10,64	0,000
Zone d'habitation					
Urbaine	133 (82,61)	1	-	-	-
Rural	81 (90)	1,89	0,85	4,21	0,118
Profil de l'utilisateur					
Accompagnant/garde malade	120 (84,51)	1	-	-	-
Patient	94 (86,24)	1,14	0,56	2,33	0,701
Principale profession					
Sans emploi	48 (97,96)	44,30	5,66	346,42	0,000
Travailleurs manuels/Ouvriers	66 (89,19)	7,61	3,03	19,10	0,000
Petits commerçants	74 (94,87)	17,07	5,41	53,87	0,000
Cadres, fonctionnaires et entrepreneurs	26 (52)	1	-	-	-
Présence de proche ou ami dans l'hôpital					
Oui	15 (60)	1	-	-	-
Non	199 (88,05)	4,91	2,00	12,03	0,000
Connaissance de la procédure de paiement des factures					
Oui	47 (90,38)	1	-	-	-
Non	167 (83,92)	1,80	0,66	4,87	0,247

Variables	Incapacité à payer n (%)	OR	IC95% inf	IC95% sup	p-value
Temps d'attente pour le paiement					
< 30 minutes	136 (81,93)	1	-	-	-
[30 minutes-1 heure]	35 (89,74)	1,93	0,63	5,84	0,244
≥ 1 heure	43 (93,48)	3,16	0,91	10,87	0,068
Perception sur le mode de financement de l'hôpital public					
Financement public	46 (97,87)	9,85	1,31	73,83	0,026
Financement mixte	168 (82,35)	1	-	-	-
Connaissance des moyens de dénonciation des faits de rançonnement ou de corruption					
Oui	113 (93,39)	1	-	-	-
Non	101 (77,69)	4,05	1,77	9,27	0,001

Source : Enquête CHUMEL 2023

2.3.2. Analyse multivariée

Après ajustement des huit variables significatives au seuil de 20% dans le modèle multivarié, plusieurs facteurs demeurent significativement associés à l'incapacité des usagers à payer leurs soins (Tableau N°3). Comparativement aux cadres, fonctionnaires et entrepreneurs, les sans emploi (OR= 48,98 ; p= 0,001), les petits commerçants (OR= 17,12 ; p < 0,001) et les ouvriers (OR= 6,13 ; p < 0,001) présentaient des probabilités de 6 à près de 49 fois plus élevées d'incapacité à honorer leurs factures. L'absence de proche ou d'ami dans l'hôpital augmentait également la probabilité d'incapacité à payer (OR= 4,64 ; p= 0,014). L'organisation du dispositif de paiement influence également car un temps d'attente d'une heure ou plus pour le paiement était associé à un risque cinq fois plus élevé d'incapacité à payer chez les patients (OR= 5,07 ; p= 0,041). Les usagers qui souhaitaient que l'hôpital soit exclusivement financé par l'État étaient neuf fois plus nombreux à avoir une incapacité à payer les soins (OR= 9,30 ; p= 0,039). Enfin, l'absence de connaissance des moyens de dénonciation des faits de rançonnement ou de corruption restait aussi un facteur qui augmentait significativement le risque d'incapacité à payer les soins (OR= 3,34 ; p= 0,016).

Tableau N°3 : Modèle multivarié final des variables associées à l'incapacité des usagers à payer les soins et services de santé en 2023 (n= 251)

Variables	Incapacité à payer n (%)	OR ajusté	IC95% inf	IC95% sup	p-value
Principale profession					
Sans emploi	48 (97,96)	48,98	5,40	346,42	0,001
Travailleurs manuels/Ouvriers	66 (89,19)	6,13	2,23	16,80	0,000
Petits commerçants	74 (94,87)	17,12	4,77	53,87	0,000
Cadres, fonctionnaires et entrepreneurs	26 (52)	1	-	-	-
Présence de proche ou ami dans l'hôpital					

Variables	Incapacité à payer n (%)	OR ajusté	IC95% inf	IC95% sup	p-value
Oui	15 (60)	1	-	-	-
Non	199 (88,05)	4,64	1,37	12,03	0,014
Temps d'attente pour le paiement					
< 30 minutes	136 (81,93)	1	-	-	-
[30 minutes-1 heure[	35 (89,74)	2,41	0,65	8,91	0,185
≥ 1 heure	43 (93,48)	5,07	1,06	24,12	0,041
Perception sur le mode de financement de l'hôpital public					
Financement public	46 (97,87)	9,30	1,12	76,98	0,039
Financement mixte	168 (82,35)	1	-	-	-
Connaissance des moyens de dénonciation des faits de rançonnement ou de corruption					
Oui	113 (93,39)	1	-	-	-
Non	101 (77,69)	3,34	1,25	8,88	0,016

Source : Enquête CHUMEL 2023

3. Discussion

3.1. Capacité des usagers à payer pour les soins et services de santé

La capacité des usagers à payer les soins et services de santé était estimée à 14,74%. Cela indique que sur 100 enquêtés, près de 15 disposaient, au moment de l'enquête, d'un revenu ou d'une couverture d'assurance jugés suffisants pour payer leurs factures de soins au niveau de l'hôpital. Ce résultat concorde avec ceux d'autres études hospitalières ou sur des pathologies spécifiques comme le cancer qui rapportent des niveaux de risque financier et d'incapacité à payer variables selon le type de soin et le profil des patients (Peterson et al., 2022 ; Matebie et al., 2024). Cette incapacité à payer les soins est symptomatique des pays en développement dont le contexte est caractérisé par une vulnérabilité financière des ménages face à la maladie. Cette vulnérabilité résulte de la prépondérance du paiement direct comme principale source de financement des établissements de santé au Bénin, de la prévalence élevée des revenus faibles et de la faible couverture d'assurance (Massito and Hinju, 2025). L'importance des paiements directs et leur effet d'éviction de consommation ou de renoncement aux soins sont significatifs, illustrant la fragilité financière des ménages face aux dépenses directes (Houeninvo et al., 2023).

3.2. Déterminants de l'incapacité des usagers à payer pour les soins et services de santé

Les statuts professionnels de « sans-emplois » (OR=48,98 ; p=0,001), « petits commerçants » (OR=17,12 ; p<0,001) et « ouvriers » (OR=6,13 ; p<0,001) étaient associés à l'incapacité des usagers à payer les soins. Ces catégories ont typiquement des revenus instables et faibles, et un faible accès aux mécanismes de protection sociale, notamment l'assurance maladie. Des

travaux sur l'emploi informel confirment sa contribution à une exposition accrue aux dépenses directes des ménages (OR=1,176, IC95%=1,01-1,37, $p<0,05$) et une incidence plus élevée de dépenses catastrophiques (Kishwar et al., 2023).

La présence de proche ou d'ami dans l'hôpital était associée à une fréquence quatre fois plus élevée de l'incapacité à payer les soins (OR=4,64 ; $p=0,014$). Ce résultat est l'expression de l'existence d'un réseau social pouvant être une alternative à l'assurance maladie pour pallier l'incapacité à payer. En témoigne les apports de ces proches ou amis aux patients, à savoir la facilitation des démarches administratives et surtout la réduction des frais de soins, tels que rapportés par les enquêtés, ou encore la fourniture d'une aide financière comme souvent notée dans les établissements de santé en Afrique. Ces constats corroborent ceux d'autres auteurs qui indiquent que la présence d'un accompagnant améliore certains aspects organisationnels et peut faciliter des démarches comme la recherche d'aide financière (Ralston et al., 2022 ; Wolff and Roter, 2011). Ce résultat relève du cadre de la théorie du capital social (Coleman, 1988 ; Putnam, 1993) selon laquelle les réseaux sociaux constituent une forme de capital immatériel permettant d'accéder à des ressources autrement inaccessibles. Dans les systèmes de santé à faible couverture assurantielle, le capital social hospitalier, défini comme « la mobilisation de liens forts au sein de l'institution », fonctionne comme un mécanisme informel de substitution à la protection financière formelle, réduisant les coûts de transaction administratifs et facilitant des arrangements financiers non officiels.

Le temps d'attente d'une heure ou au-delà (OR= 5,07 ; $p= 0,041$) était associé à une incapacité de solvabilité des usagers. Cette association traduit des dysfonctionnements du recouvrement chez les patients vulnérables et l'absence de traitement adapté, par écoute et réponse adéquate à leurs préoccupations, voire une stigmatisation de ces patients, vu qu'ils sont essentiellement de bas niveau socioéconomique. Les dysfonctionnements du système de paiement tels que les délais, files ou pannes augmentent l'insatisfaction, la probabilité d'erreurs ou le recours à mécanismes alternatifs comme les avances ou les dettes (Ratnapradipa et al., 2023). Des interventions qui raccourcissent le temps d'attente améliorent l'expérience et la finalisation du règlement (Xie and Cao, 2023).

Les patients qui estimaient que l'hôpital devrait être entièrement financé par l'État présentaient neuf fois plus de risque d'incapacité à payer les soins (OR= 9,30 ; $p= 0,039$). Cette perception traduit le décalage entre l'attente par les patients d'une gratuité ou d'une abordabilité plus importante des soins et la réalité d'exigence de paiement parfois exorbitant par l'hôpital avant l'exécution des prestations. Elle met en exergue l'intérêt de développer une assurance maladie

fonctionnelle comprenant un mécanisme d'enrôlement des personnes pauvres ou vulnérables, nonobstant les défis découlant de ce choix (Paul et al., 2020).

Sur le plan théorique, ce résultat illustre le concept d'aléa moral subjectif (moral hazard perceptuel) : la conviction que l'État devrait prendre en charge l'intégralité des frais hospitaliers génère une moindre préparation financière individuelle, réduisant la propension à constituer des ressources préventives pour faire face aux dépenses de soins. Ce mécanisme est analogue à celui décrit par Nyman (1999) dans sa reformulation de l'aléa moral en économie de la santé : l'anticipation d'une prise en charge externe modifie les comportements de précaution financière des agents.

L'incapacité à payer est notée plus fréquemment chez les patients n'ayant pas connaissance des moyens de dénonciation des faits de rançonnement ou de corruption. Cela peut refléter aussi bien le manque d'information sur les recours existants que l'exposition aux pratiques de paiements informels ou de frais non officiels répandues en Afrique et dont les effets sur le patient sont souvent limités par la connaissance des mécanismes de plainte et de contrôle (Kabia et al., 2021). Dans le cadre de l'économie institutionnelle (North, 1990), ce résultat traduit une défaillance des institutions formelles de régulation hospitalière : l'inexistence ou la méconnaissance des mécanismes de contrôle et de plainte laisse le champ libre aux pratiques informelles de paiement (rançonnement, corruption), qui aggravent le fardeau financier des patients les plus vulnérables. Cette dimension institutionnelle confirme que la capacité à payer ne dépend pas seulement du revenu des ménages, mais également de la qualité des règles du jeu qui régissent les transactions au sein des établissements de santé.

Ces résultats confirment empiriquement que l'incapacité à payer au CHUMEL est un phénomène multidimensionnel où la contrainte de revenu (dimension ATP stricto sensu) se conjugue à des mécanismes organisationnels (temps d'attente) et perceptuels (représentations du financement public) qui amplifient la vulnérabilité financière des ménages. Ce constat est cohérent avec les prédictions du cadre théorique de la capacité à payer qui postule que l'incapacité ne résulte pas uniquement d'une insuffisance de ressources, mais également de l'inadéquation des dispositifs institutionnels censés atténuer cette contrainte (Wagstaff & Van Doorslaer, 1993 ; Xu et al., 2003).

En somme, ces résultats mettent en lumière diverses problématiques : la nécessité d'une orientation efficace du patient pour un meilleur respect de la chaîne de soins afin d'éviter le recours systématique et inapproprié à un hôpital de niveau 3 dont les prestations sont habituellement plus chères ; l'impérative nécessité de filets sociaux destinés à relever le niveau

économique de la population ou à assurer sa couverture sanitaire contre la maladie ; la nécessité de subvention de l'État aux établissements de santé pour les maintenir viables dans un fonctionnement de réponse optimal aux besoins des populations ; et enfin une meilleure organisation du dispositif de paiement au sein de l'hôpital pour une meilleure information et un traitement équitable et adéquat des patients dans le processus de paiement.

3.3. Limites de l'étude

Le caractère transversal de l'étude limite la recherche des relations de causalité entre les facteurs identifiés et l'incapacité de paiement, à la mise en évidence des associations statistiques. Aussi, l'étude a été menée dans un seul centre hospitalier qui ne pourrait rassembler toutes les caractéristiques des différents hôpitaux du pays ; ce qui induit que ces résultats ne pourraient pas être généralisables. Par ailleurs, elle n'intègre pas non plus de variables contextuelles relatives à l'offre de soins (disponibilité des médicaments, taux d'occupation des lits), aux politiques publiques de subvention ou à l'accessibilité géographique qui pourraient modérer l'effet des déterminants individuels sur la capacité à payer. Des études multi-sites intégrant ces dimensions institutionnelles permettraient de mieux capturer la complexité systémique du phénomène. Nonobstant ces limites, et au regard de leur qualité et leur pertinence, les informations générées pourraient être d'une grande utilité pour la politique et l'organisation de l'accès financier aux soins, surtout dans les pays à faible revenu.

Conclusion

La présente étude a mis en évidence une faible capacité à payer les soins chez les usagers de l'hôpital, révélant ainsi la vulnérabilité financière persistante des ménages face aux coûts des services de santé et les menaces sur la viabilité de l'établissement hospitalier. Les principaux déterminants de l'incapacité à payer identifiés traduisent à la fois des contraintes économiques et organisationnelles. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les mécanismes de protection financière, de sensibiliser sur les réalités du financement hospitalier et d'améliorer le dispositif administratif et organisationnel de paiement en vue de réduire les barrières socioéconomiques à l'accès aux soins.

Sur le plan théorique, cette étude a contribué à l'opérationnalisation du concept de capacité à payer dans un contexte d'Afrique subsaharienne francophone. Les perspectives de recherche qui en découlent sont : (i) des études longitudinales permettant d'établir des relations causales entre les facteurs identifiés et la capacité à payer ; (ii) des analyses multi-sites comparant les hôpitaux de niveaux différents ; et (iii) des évaluations de l'impact des réformes de protection

financière (assurance maladie universelle, fonds d'indigence) sur la réduction de l'incapacité à payer au Bénin.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à l'élaboration de ce manuscrit.

Remerciements

Les auteurs expriment leur gratitude à l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP-CAQ), au Ministère de la Santé, aux personnels du Centre hospitalier universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou et aux participants pour leurs contributions à la réalisation de cette étude.

Bibliographie

Bolarinwa, O.A., Ameh, S., Ochimana, C., Oluwasanu, A.O., Samson, O., Mohamed, S.F., Muhihi, A., Danaei, G., 2021. Willingness and ability to pay for healthcare insurance: A cross-sectional study of Seven Communities in East and West Africa (SevenCEWA). *PLOS Global Public Health*, 1, e0000057. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000057>

Bourgueil, Y., 2019. L'égal accès aux soins de qualité pour tous. Un principe constitutionnel fondateur de l'assurance maladie, une valeur professionnelle à concrétiser. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 107, 18–21.

Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94(1), S95–S120. <http://www.jstor.org/stable/2780243>

Décret N° 2014-528 du 25 août 2014 portant organisation du CHUMEL. Secrétariat Général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur : <https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2014-528/> (consulté le 27/10/2025).

Décret N° 2020-498 du 07 octobre 2020 portant modification du statut du CHUMEL. Secrétariat Général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur : <https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2020-498/> (consulté le 27/10/2025).

Evans, D. B., & Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(6), 402. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.078741>

Getachew, N., Shigut, H., Jeldu Edessa, G., Yesuf, E.A., 2023. Catastrophic health expenditure and associated factors among households of non community based health insurance districts,

Ilubabor zone, Oromia regional state, southwest Ethiopia. *International Journal of Equity in Health*, 22, 40. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01847-0>

Habib, S.S., Zaidi, S., 2021. Exploring willingness to pay for health insurance and preferences for a benefits package from the perspective of women from low-income households of Karachi, Pakistan. *BMC Health Services Research*, 21, 380. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06403-6>

Houeninvo, H.G., 2023. Catastrophic health expenditure in Benin: Extent, drivers, and policy implications. *Asian Journal of Economics and Modelling*, 11, 29–45. <https://doi.org/10.55493/5009.v11i1.4735>

Houeninvo, H.G., Quenum, V.C.C., Senou, M.M., 2023. Out-of-pocket health expenditure and household consumption patterns in Benin: Is there a crowding out effect? *Health Economics Review*, 13, 19. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00429-8>

Improving Health in Slums Collaborative, 2021. Inequity of healthcare access and use and catastrophic health spending in slum communities: a retrospective, cross-sectional survey in four countries. *BMJ Global Health*, 6, e007265. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007265>

INSAE/Bénin – EMICoV 2018. Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM, 2018-2019). Cotonou, Bénin

Kabia, E., Goodman, C., Balabanova, D., Muraya, K., Molyneux, S., Barasa, E., 2021. The hidden financial burden of healthcare: a systematic literature review of informal payments in Sub-Saharan Africa. *Wellcome Open Research*, 6, 297. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.17228.1>

Kishwar, S., Bashir, S., Hussain, A., Alam, K., 2023. Informal employment and catastrophic health expenditures: Evidence from Pakistan. *International Journal of Health Planning and Management*, 38, 999–1014. <https://doi.org/10.1002/hpm.3643>

Li, X., Mohanty, I., Zhai, T., Chai, P., Niyonsenga, T., 2023. Catastrophic health expenditure and its association with socioeconomic status in China: evidence from the 2011-2018 China Health and Retirement Longitudinal Study. *International Journal of Equity in Health*, 22, 194. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02008-z>

Massito, J., Hinju, G., 2025. Out of pocket and catastrophic health expenditure in Tanzania: recent evidence on the incidence, intensity and distribution. *BMC Health Services Research*, 25, 677. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12660-4>

Matebie, G.Y., Mebratie, A.D., Demeke, T., Afework, B., Kantelhardt, E.J., Addissie, A., 2024. Catastrophic Health Expenditure and Associated Factors Among Hospitalized Cancer Patients

in Addis Ababa, Ethiopia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 537–548.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S434075>

Nguyen, H.A., Ahmed, S., Turner, H.C., 2023. Overview of the main methods used for estimating catastrophic health expenditure. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21, 50.
<https://doi.org/10.1186/s12962-023-00457-5>

North DC. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge University Press; 1990.

Nyman J. A. (1999). The value of health insurance: the access motive. *Journal of health economics*, 18(2), 141–152. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(98\)00049-6](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(98)00049-6)

Ouendo, E.-M.D., 2005. Indigence et soins de santé primaires en République du Bénin : Approche de solutions au problème d'identification des indigents dans les formations sanitaires publiques. Thèse de doctorat, Université Libre de Bruxelles.

Park, S., 2021. Medical service utilization and out-of-pocket spending among near-poor National Health Insurance members in South Korea. *BMC Health Services Research*, 21, 886.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06881-8>

Paul, E., Sambiéni, N.E., Wangbe, J.-P., Fecher, F., Bourgeois, M., 2020. Budgeting challenges on the path towards universal health coverage: the case of Benin. *Health Economics Review*, 10, 28. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00286-9>

Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nonetti, R. Y. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt7s8r7>

Ralston, M., Jennings, E., Schatz, E., 2022. Who is at Risk? Social Support, Relationship Dissolution, and Illness in a Rural Context. *Sociological Inquiry*, 92, 1053–1082.
<https://doi.org/10.1111/soin.12456>

Ratnapradipa, K.L., Jadhav, S., Kabayundo, J., Wang, H., Smith, L.C., 2023. Factors associated with delaying medical care: cross-sectional study of Nebraska adults. *BMC Health Services Research*, 23, 118. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09140-0>

Sanoussi, Y., Zounmenou, A.Y., Ametoglo, M., 2023. Catastrophic health expenditure and household impoverishment in Togo. *Journal of Public Health Research*, 12, 22799036231197196. <https://doi.org/10.1177/22799036231197196>

Schmidt, T., Juday, C., Patel, P., Karmarkar, T., Smith-Howell, E.R., Fendrick, A.M., 2024. Expanding the Catalog of Patient and Caregiver Out-of-Pocket Costs: A Systematic Literature Review. *Population Health Management*, 27, 70–83. <https://doi.org/10.1089/pop.2023.0238>

Steigenberger, C., Flatscher-Thoeni, M., Siebert, U., Leiter, A.M., 2022. Determinants of willingness to pay for health services: a systematic review of contingent valuation studies. *European Journal of Health Economics*, 23, 1455–1482. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01437-x>

Wagstaff A. & Van Doorslaer E. (1993). Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. In: Van Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F. (eds). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*. Oxford University Press.

Wolff, J.L., Roter, D.L., 2011. Family Presence in Routine Medical Visits: A Meta-Analytical Review. *Social Science & Medicine*, 72, 823–831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.015>

Xie, W., Cao, X., 2023. The Effect of Mobile Payment on Payment Waiting Time for Outpatients With Medical Insurance: Historically Controlled Study. *JMIR Formative Research*, 7, e43167. <https://doi.org/10.2196/43167>

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* (London, England), 362(9378), 111–117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)