

PAUVRETE DES MENAGES ET ACCES AUX SOINS DE SANTE DES FEMMES AU BENIN

AFFO Mingnimon Alphonse

Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFOP),

Université d'Abomey-Calavi (UAC)

amaffo@gmail.com

DJOBENOU Yao Robert

Université de Montréal,

robertdjogbenou@gmail.com

Résumé

Les présentes analyses ambitionnent d'appréhender l'influence de la pauvreté des ménages sur l'accès aux soins de santé au Bénin. Elles résultent de l'exploitation des données recueillies auprès de 16599 femmes âgées de 15-49 ans au cours de l'EDS Bénin 2011-2012. Les méthodes descriptive et explicative utilisées ont montré que le coût des soins constitue l'une des principales causes de la faible utilisation des services de santé aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, des 69% des répondantes ayant rencontré des problèmes d'accès aux soins de santé, 62% ont évoqué des difficultés économiques de leur ménage. Viennent ensuite, la région de résidence, le niveau d'instruction de la femme, l'activité économique, l'état matrimonial et l'exposition aux médias. La mise en place d'un fonds d'équité sanitaire ou d'une assurance santé généralisée pourrait faciliter la couverture universelle de santé au Bénin.

Mots clés : *Pauvreté, ménage, accès aux soins, Bénin*

Abstract

The present analyses aim to understand the influence of household poverty on access to health care in Benin. They result from the use of data collected from 16,599 women aged 15-49 during the 2011-2012 Benin DHS. The descriptive and explanatory methods used have shown that the cost of care is one of the main causes of the low use of health services in both urban and rural areas. In fact, of the 69% of respondents who encountered problems accessing health care (62%) mentioned economic difficulties in their household. Next are the region of residence, the woman's educational level, economic activity, marital status and media exposure. The establishment of a health equity fund or general health insurance could facilitate universal health coverage in Benin.

Key words: *Poverty, access to care, Benin*

Introduction

Le droit à la santé figure parmi les droits fondamentaux de tout être humain. Il joue un rôle essentiel dans le processus de développement durable et de la réduction de la pauvreté des populations (H. Houeninvo, 2014). Prenant la mesure de cet enjeu, les Objectifs de

Développement Durable adoptés par l'Assemblée Générale des Nations Unies, en 2015 ont été retenus comme une nouvelle initiative qui vise à éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde (ODD1) et permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (ODD3). Les individus n'ayant pas les ressources nécessaires pour assurer leur prise en charge en cas de maladie sont exposés à la ruine et à la mort. Comme le soulignent certains auteurs (M. Whitehead et *al.*, 2001; A. Wagstaff, 2002), les dépenses en santé ont conduit beaucoup de ménages dans la pauvreté et aggravé la situation de ceux qui étaient déjà pauvres.

Pour renforcer et accélérer la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP), le Bénin a adhéré à l'initiative de Bamako (IB) en 1987 qui vise à : (i) collecter auprès des usagers des services sanitaires, des ressources supplémentaires pour financer l'accès aux soins de santé primaires ; (ii) améliorer l'efficacité des structures sanitaires notamment en matière de qualité des prestations (M. L. Doumbouya, 2008). Sur le plan économique, le Bénin s'est engagé au début des années 2000 dans la mise en œuvre d'une Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCRP) pour un développement humain durable dont l'objectif principal est l'élimination de l'extrême pauvreté à l'horizon 2015, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (C. B. Igué, 2015). Aussi la vision du Bénin exprimée dans le document des études nationales de perspectives à long terme Alafia 2025 met-elle un accent particulier sur le bien-être social. Dans cette perspective, le pays s'est donné pour mission d'œuvrer à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes (MSP, 2009)

Cependant, malgré des progrès enregistrés, notamment dans la mise en place de services de « soins gratuits », l'accès aux soins de santé demeure restrictif notamment pour les populations à faibles revenus exerçant des activités économiques peu rentables. Il existe encore des disparités majeures liées à l'accès équitable aux soins de santé au niveau du milieu de résidence, des régions et des différentes couches sociales (INSAE, 2013). L'objectif d'une couverture sanitaire universelle qui se traduit par l'accès pour toutes les personnes à des services de soins de

santé accessibles à moindre coût est encore loin d'être atteint. Le diagnostic fait dans le Plan National de Développement Sanitaire (MSP, 2009) révèle que les ménages constituent la principale source de financement de la santé au Bénin malgré leur faible niveau de revenu dans un contexte où la majorité des communautés rurales ne dispose pas d'un centre de santé accessible à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain). Cette situation limite par ailleurs leur recours aux services et soins de santé moderne au profit des soins endogènes (médecine dite traditionnelle, naturelle, prières, automédication, etc.) difficilement contrôlables.

La plupart des travaux réalisés dans le domaine de soins de santé ont évoqué les raisons économiques comme l'un des principaux problèmes d'accessibilité aux soins (E. Ouendo *et al.*, 2004 ; K. Xu *et al.*, 2006 ; E. van Doorslaer *et al.*, 2006 ; D. Peters *et al.*, 2008 ; Garg and Karan, 2009 ; S. Mukherjee *et al.*, 2011 ; R. Shahrawat and K. D. Rao, 2011 ; Bhojani *et al.*, 2012 ; R. Mahumud *et al.*, 2017). Le rapport de l'EDS 2011-2012 atteste également que 62% des femmes ont évoqué le problème d'ordre financier comme principal problème limitant leur accès aux soins de santé (INSAE, 2013). La situation est plus critique chez les femmes en milieu rural (68 % contre 55 % en milieu urbain). Les disparités¹ entre régions sont également importantes. Par ailleurs, l'accessibilité géographique au centre de santé constitue un problème pour 44% de femmes. Or, les résultats de l'EDS de 2006 (INSAE, 2007) révélaient que pour 37% des femmes, prendre un moyen de transport est un obstacle qui limite leur accès aux services de santé. Il s'ensuit que l'accès aux soins de santé des femmes au Bénin se déroule donc dans un contexte de grande vulnérabilité qu'il convient d'élucider.

La littérature révèle cinq principales approches explicatives de l'accès aux soins de santé par les femmes : économique, sociodémographique, genre, socio-culturelle et organisationnelle.

L'approche économique met en relief les relations entre le niveau de fréquentation des services de santé avec les conditions économiques²

¹ Les femmes des départements du Plateau (81%), de l'Atacora (76%), du Couffo (70%) et du Mono (69%) ont été plus fréquemment confrontées à ce problème que celles du Littoral (44%).

² Les facteurs qui influencent la demande individuelle (revenu, couverture sociale, éducation) et l'offre de services (prix et nombre des ressources sanitaires).

dans lesquelles vivent les individus. Des travaux ont montré une corrélation entre les variables économiques et l'accès aux soins de santé en Afrique (E. Ouendo et *al.*, 2004 ; A. Jaffré et *al.*, 2009 ; J. Goudge et *al.*, 2009 ; OMS, 2014). D'après M. Nkurunziza (2009), les femmes pauvres sont plus exposées au risque de ne pas recourir au service de santé compte tenu de leur faible autonomie financière et décisionnelle. De même, A. Nikiéma et *al.* (2011) pointaient le facteur financier comme le plus important des principaux motifs de non recours aux soins de santé. En dehors du niveau de vie des ménages, De Silvia Paruzzolo et *al.* (2010) ont montré que l'activité économique détermine le comportement thérapeutique des femmes en cas de maladie.

L'approche sociodémographique met en relief l'influence des variables sociodémographiques (âge, sexe, statut matrimonial, taille du ménage) sur l'accès à l'utilisation des services de santé. L'approche socio-culturelle fait le lien entre les perceptions, croyances et représentations des populations et de leurs groupes d'appartenance avec le niveau de recours aux services de santé. (G. Koné, 2012 ; A. Nikiéma et *al.*, 2011 ; OMS, 2014). L'approche genre associe le recours aux soins de santé aux inégalités de genre avec le contrôle exercé sur les femmes aussi bien dans le domaine de l'éducation, de l'emploi que celui de la santé. D'autres travaux (M. Rwenge et H. Kamdem, 2002) ont montré que le statut d'infériorité conféré à la femme dans le contexte africain limite son accès à l'information, à l'instruction, à la prise de décision, aux ressources économiques.

Enfin, l'approche institutionnelle ou organisationnelle met en exergue le rôle du système de santé dans l'utilisation des services de santé et explique la faible fréquentation desdits services dans les pays en développement par les difficultés liées à la gouvernance du système de santé (B. Gastineau, 2003 ; M. Rwenge, 2007 ; G. Koné, 2012).

L'examen de ces différentes approches permet d'émettre les hypothèses suivantes :

L'hypothèse principale stipule que la pauvreté des ménages réduit les chances des femmes d'accéder aux soins de santé. Elle se décline en trois hypothèses spécifiques :

Hypothèse spécifique 1 : La pauvreté des ménages illustrée par le faible niveau de vie des femmes réduit leur chance de recourir aux services de santé.

Hypothèse spécifique 2 : Le niveau d'instruction de la femme et l'exercice d'une activité économique dans le secteur moderne réduisent l'effet négatif du faible niveau de vie du ménage sur le recours aux soins de santé.

Hypothèse spécifique 3 : Les femmes vivant en milieu rural, de faible niveau de vie et éloignées des centres de santé privilégient les soins à domicile ce qui limite leur accès aux soins de santé moderne.

Les résultats obtenus éclaireront les décideurs sur les défis à relever pour réduire la pauvreté qui est l'une des priorités nationales et internationales de développement.

1. Démarche méthodologique

1.1. Données et population cible

Les données utilisées proviennent de la quatrième enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) organisée au Bénin en 2011-2012 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). Elles concernent 16.599 femmes (8.888 en milieu rural et 7.711 en milieu urbain). L'enquête a permis de collecter des informations sur la situation socioéconomique, démographique, sanitaire des femmes de 15 à 49 ans, des hommes de 15 à 64 ans et des enfants de moins de 5 ans. Ces données ont permis de calculer des indicateurs pour orienter les politiques et programmes de développement et de planifier les actions dans le domaine de la population, de l'économie et de la santé.

1.2. Echantillonnage

L'échantillon de l'EDSB-IV est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. L'EDSB-IV a retenu un nouvel échantillon représentatif de ménages, mais sélectionnés dans les 750 grappes ayant servi pour l'EDSB-III de

2006. Comme pour toutes les EDSB précédentes, chacun des douze départements du Bénin (Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou) a été stratifié en urbain et rural, sauf le département du Littoral, constitué de la seule commune de Cotonou qui est une strate entièrement urbaine. Cette stratification a donné au total 23 strates.

Au premier degré, 750 grappes ayant servi à l'EDSB-III de 2006 ont été retenues. Elles avaient été tirées proportionnellement à leur taille, à partir de la liste des zones de dénombrement (ZD) établie lors de la cartographie du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH3) de 2001. Toutes les grappes retenues ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés, à probabilité égale, à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Le nombre de ménages tirés est de 24 dans chaque grappe urbaine ou rurale. Au total, 17 999 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage mais sur le terrain et 17 422 ménages ont pu être interviewés avec succès. Au sein des 17 422 ménages enquêtés avec succès, 17 329 femmes éligibles ont été identifiées, parmi lesquelles 16 599 ont été interviewées avec succès à l'aide du questionnaire individuel femme, soit un taux de réponse de 96 % (95 % en milieu urbain contre 97 % en milieu rural).

1.3. Outils de collecte des données

Trois questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données de l'EDSB-IV. Il s'agit du questionnaire ménage, du questionnaire individuel femme et du questionnaire individuel homme. Les données utilisées dans le cadre de la présente étude sont celles du questionnaire individuel femme adressé uniquement aux femmes en âge de procréer (15-49 ans) des ménages sélectionnés. Il comporte au total dix sections et permet d'avoir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, la reproduction, des informations relatives à la connaissance et à l'utilisation de la contraception, aux grossesses et soins prénataux. De plus on y trouve des questions relatives à la vaccination et à la santé des enfants, à la nuptialité, à la mortalité maternelle. Des informations détaillées ont été recueillies sur les enfants nés vivants, les enfants survivants et les enfants décédés, sur le VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles et enfin sur l'excision. Nous concernant ici, nous allons faire usage des données

relatives aux caractéristiques sociodémographiques, et économiques et l'accessibilité aux services de santé par les femmes en âge de procréer.

1.4. Méthodes d'analyse

Les données ont fait l'objet d'une analyse descriptive et d'une analyse explicative. La première a porté sur la production des tableaux croisés à travers la mesure de l'indépendance par le test de Khi carré entre les caractéristiques sociodémographiques et économiques et la proportion des femmes ayant déclaré avoir rencontré des problèmes les empêchant de recevoir des soins ou conseils médicaux. La seconde, est la régression logistique binomiale compte tenu de la nature dichotomique de chacune des variables dépendantes³. Ainsi, si P est la probabilité pour une femme de ne pas avoir accès aux soins de santé en cas de maladie, ce modèle est fourni par la formule suivante : $\text{Logit}(P) = \text{Log}(P/1-P) = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + \dots + B_kX_k + E$ où X_j indique chacune des k variables indépendantes ; B_j indique l'effet net de X_j sur la probabilité pour une femme de ne pas avoir accès aux soins de santé ; E représente l'erreur de prédiction. Le risque relatif net de chacune des variables indépendantes a été déterminé à partir de l'Odds Ratio ajusté obtenu par l'exponentiel de B_j dans les modèles.

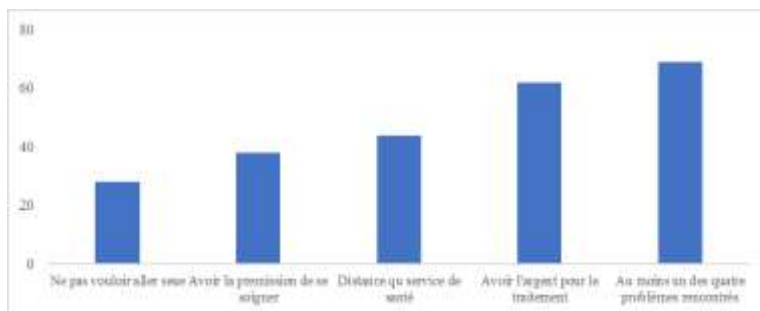
2. Résultats

2.1. Résultats de l'analyse descriptive

Le graphique 1 montre la distribution en pourcentage des femmes ayant déclaré qu'elles ont rencontré l'un des quatre problèmes importants pour l'accès aux soins de santé au moment de l'enquête. Il ressort que 69% des répondantes ont déclaré avoir rencontré, au moins, un des problèmes importants qui peuvent limiter leur accès aux soins de santé lorsqu'elles veulent se faire soigner ou recevoir un avis médical. Parmi les problèmes cités, 62% des femmes ont évoqué la disponibilité de l'argent pour le traitement comme l'obstacle le plus fréquemment rencontré pour les soins de santé. Ensuite, 43,8% ont évoqué la distance aux services de santé.

³ La probabilité qu'une femme évoque une des quatre raisons ou rencontre un des quatre problèmes à l'accès aux soins de santé au moment de l'enquête

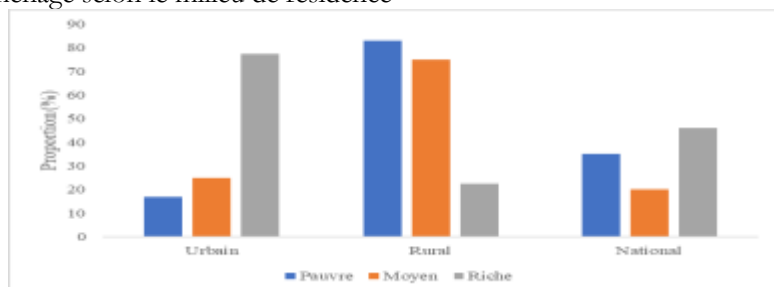
Graphique 1 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant déclaré avoir rencontré des problèmes importants d'accès aux soins de santé pour elles-mêmes quand elles sont malades par type de problèmes rencontrés



Source: *Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012*

Le graphique 2 présente la proportion des femmes par niveau de vie du ménage selon le milieu de résidence. Il ressort qu'au niveau national, 35% des femmes interrogées résidaient dans les ménages de niveau de vie pauvre, 20% étaient issues des ménages de niveau de vie moyen et 46,1% se trouvaient dans les ménages de niveau élevé. Il convient de rappeler que la pauvreté est plus accentuée en milieu rural (83,1%) qu'en milieu urbain (16,9%). Ainsi, la proportion des riches en milieu urbain est trois fois plus élevée (77,5%) que celle des riches en milieu rural (22,5). Ceci traduit que la richesse est l'une des caractéristiques du milieu urbain alors que la précarité des conditions de vie est plus observée en milieu rural.

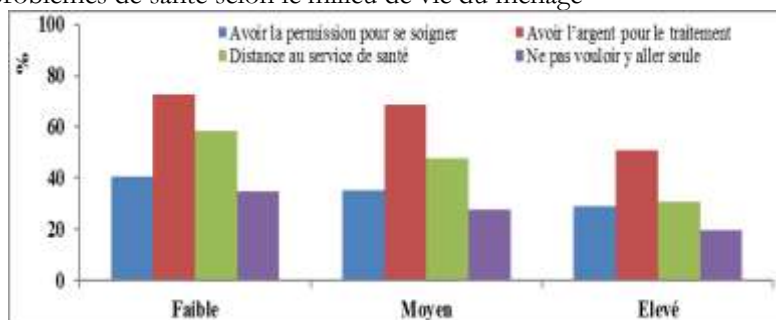
Graphique 2 : Proportion des femmes enquêtées par niveau de vie du ménage selon le milieu de résidence



Source: *Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012*

Le niveau de vie, variable indépendante principale entretient un lien avec le type de problème rencontré par les femmes au seuil de 1%. Il ressort du graphique 3 que quel que soit le niveau de vie du ménage, avoir de l'argent pour se soigner est la principale raison évoquée (72,6% pour les ménages du niveau faible contre 68,6% pour les ménages du niveau moyen et 51% pour ceux riches). Aussi 58,6% des femmes du ménage pauvre ont-elles soulevé le problème de la distance élevée qui sépare leur résidence du centre de santé le plus proche contre 19,6% pour les ménages riches.

Graphique 3 : Proportion (%) des femmes ayant rencontré des problèmes de santé selon le milieu de vie du ménage



Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

2.2. Résultats de la régression

Bien que les facteurs de l'offre de soins de santé faisaient défaut dans la base de données utilisées, le cadre analytique construit avec les facteurs liés à la demande de soins a permis d'obtenir des résultats probants. Ainsi, outre le niveau de vie du ménage qui est la variable indépendante clé retenue, le département de résidence, la religion, le groupe ethnique, le niveau d'instruction de la femme, l'exercice d'une activité économique par la femme, l'état matrimonial et l'exposition aux médias influencent de manière significative l'accès des femmes aux soins de santé. Il convient de souligner que le milieu de résidence a une influence unique sur la distance au service de santé. Aussi le nombre d'enfants vivants s'est-il révélé déterminant dans l'explication de l'accès aux soins de santé.

Les données ont montré que les femmes qui vivent dans les ménages pauvres courent plus de risque d'avoir tous les quatre problèmes qui restreignent leur accès aux soins de santé que celles vivant dans les ménages riches. En effet, les femmes vivant dans les ménages de faible niveau de vie courent 1,44 fois ; 2,48 fois ; 2,11 fois et 1,80 fois plus de risque d'évoquer respectivement le problème « d'avoir la permission pour se soigner » ; de « raisons financières », de « distance aux services de santé » et de « ne pas aller seules au centre de santé » que celles vivant dans les ménages riches. Les mêmes tendances s'observent chez les femmes des ménages de niveau de vie moyen. Tout comme les résultats descriptifs, les résultats de la régression montrent également que les femmes de faible niveau de vie ont plus évoqué les raisons financières que les autres problèmes. Ce qui montre que la pauvreté des ménages constitue un obstacle pour les femmes de se faire soigner dans les formations sanitaires modernes. En plus, les femmes vivant dans les ménages pauvres courent 2,11 fois plus de risque d'évoquer les raisons d'accessibilité géographique aux centres de santé que celles vivant dans les ménages riches.

En ce qui concerne le milieu de résidence, contrairement aux attentes, il n'y a pas de différence entre les femmes vivant dans les ménages pauvres, moyens et celles des ménages riches pour les raisons financières, la demande de permission et vouloir aller seule au centre de santé. Cependant il existe une grande différence entre les femmes du milieu rural et celles du milieu urbain en termes d'accessibilité géographique aux soins de santé. En effet, les femmes « urbaines » courent 0,9 fois moins de risque de rencontrer le problème de distance que celles « rurales ». Cette situation confirme en partie que le milieu rural est moins pourvu en infrastructures sanitaires.

Pour ce qui est du département, les données indiquent que les femmes résidant dans l'Ouémé/Plateau courent 1,24 fois ; 2,03 fois ; 1,37 et 2,05 fois plus de risque d'évoquer respectivement les problèmes de « permission pour se soigner », de « raisons financières », de « distance aux services de santé » et de « ne pas aller seules aux services de santé » que celles résidant dans l'Atlantique/Littoral. Cependant, les femmes des départements du Zou/Collines, courent 0,5 fois ; 0,28 fois ; 0,55 fois et 0,43 fois moins de risque d'évoquer respectivement les

problèmes de « permission pour se soigner », de « raisons financières », de « distance aux services de santé » et de « ne pas aller seules aux centres de santé » que leurs homologues de l'Atlantique/Littoral.

On constate également qu'au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente, la probabilité qu'une femme rencontre ces quatre problèmes diminue. Toute chose égale par ailleurs, comparées aux femmes sans niveau d'instruction, les femmes de niveau secondaire et plus courent 0,15 fois ; 0,34 fois ; 0,26 fois et 0,15 fois moins de risque d'évoquer respectivement les problèmes de « permission », d'« argent », de « distance » et de « ne pas vouloir aller seule au centre de santé ». De même, comparées au même groupe de référence, la tendance est la même chez celles qui ont le niveau primaire. Comme le niveau d'instruction, l'exercice d'une activité économique moderne par la femme réduit le risque de rencontrer les problèmes d'accès aux soins de santé. Il ressort des résultats que les femmes qui exercent une activité moderne courent 0,10 fois moins de risque d'évoquer les raisons financières pour les soins de santé que leurs homologues qui n'exercent aucune activité. De même, concernant la distance pour se rendre au centre de santé, les femmes du secteur moderne courent 0,30 fois moins de risque celles sans activité économique.

Tableau 1 : Résultats issus des régressions logistiques binomiales pour une femme de ne pas avoir accès aux soins de santé en cas de maladie

Variables/mo- dalités	Avoir la permission pour se soigner		Avoir l'argent pour le traitement		Distance au service de santé		Ne pas vouloir y aller seule	
	OR	(95% IC)	OR	(95% IC)	OR	(95% IC)	OR	(95% IC)
Niveau de vie du ménage								
Pauvre	1,44 ***	(1,30 ; 1,59)	2,4 8** *	(1,90 ; 2,60)	2,11 ***	(2,01 ; 2,74)	1,80 ***	(1,61 ; 2,03)
Moyen	1,29 ***	(1,17 ; 1,44)	1,8 3** *	(1,65 ; 2,03)	1,83 ***	(1,65 ; 2,03)	1,47 ***	(1,31 ; 1,65)
Riche	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Département de résidence								
Atlantique- littoral	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Ouémé-Plateau	1,24 ***	(1,12 ; 1,38)	2,0 3** *	(1,82 ; 2,26)	1,37 ***	(1,23 ; 1,51)	2,05 ***	(0,92 ; 2,31)
Mono-Couffo	0,97 ns	(0,81 ; 1,15)	1,0 7ns	(0,90 ; 1,26)	0,74 ***	(0,62 ; 0,87)	1,2ns	(0,49 ; 0,66)
Zou-Collines	0,50 ***	(0,44 ; 0,56)	0,7 2** *	(0,65 ; 0,81)	0,45 ***	(0,40 ; 0,51)	0,57 ***	(0,97 ; 1,43)
Borgou-Alibori	0,90 ns	(0,75 ; 1,07)	0,9 6ns	(0,81 ; 1,13)	1,05 ns	(0,88 ; 1,25)	1,18*	(1,07 ; 1,55)
Atacora-Donga	0 ,98 ns	(0,82 ; 1,16)	1,4 0** *	(1,18 ; 1,67)	1,16 *	(0,97 ; 1,37)	1,29 ***	(0,97 ; 1,18)
Milieu de résidence								
Urbain	0,98 ns	(0,90 ; 1,07)	1,0 4ns	(0,96 ; 1,13)	0,91 **	(0,84 ; 0,99)	1,07ns	(0,97 ; 1,17)
Rural	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Religion								
Chrétienne	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Musulmane	0,87 **	(0,78 ; 0,97)	0,7 9** *	(0,71 ; 0,88)	0,80 ***	(0,72 ; 1,00)	0,75 ***	(0,66 ; 0,84)
Animiste	0,86 ***	(0,77 ; 0,96)	1,0 6ns	(0,94 ; 1,18)	1,02 ns	(0,91 ; 1,13)	1,09ns	(0,81 ; 1,03)
Sans religion	1,47 ***	(1,28 ; 1,67)	1,4 8** *	(1,28 ; 1,72)	1,52 ***	(1,33 ; 1,75)	1,53 ***	(1,33 ; 1,77)

Ethnie								
Adja	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Fon	1,03 ns	(0,88 ; 1,20)	0,8 0** *	(0,69 ; 0,93)	0,85 **	(0,73 ; 0,98)	0,99 ns	(0,82 ; 1,18)
Bariba	0,91 ns	(0,72 ; 0,96)	0,6 2** *	(0,49 ; 0,78)	0,86 ns	(0,68 ; 1,08)	0,33 **	(1,02 ; 1,73)
Yorouba	1,42 ***	(1,18 ; 1,71)	0,9 9** *	(0,83 ; 1,19)	1,28 ***	(1,06 ; 1,53)	1,58 ***	(1,28 ; 1,94)
Autres ethnies	1,25 **	(1,02 ; 1,55)	0,7 9**	(0,64 ; 0,96)	1,16 ns	(0,94 ; 1,42)	1,82 ***	(1,44 ; 2,29)
Niveau d'instruction								
Aucun niveau	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau primaire	0,93 ns	(0,85 ; 1,03)	0,8 1** *	(0,74 ; 0,89)	0,79 ***	(0,72 ; 0,87)	0,90 *	(0,80 ; 1,00)
Secondaire ou plus	0,85 ***	0,77 ; 0,95)	0,6 6** *	(0,59 ; 0,73)	0,74 ***	(0,66 ; 0,82)	0,85 **	(0,76 ; 0,96)
Activité économique								
Aucune	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Moderne	0,70 ***	(0,64 ; 0,76)	0,9* *	(0,92 ; 1,09)	0,70 ***	(0,64 ; 0,76)	0,54 ***	(0,49 ; 0,59)
Traditionnelle	0,92 *	(0,84 ; 1,01)	1,3 5ns	(1,23 ; 1,48)	1,00 ns	(0,92 ; 1,10)	0,80 ***	(0,73 ; 0,88)
Age de la femme								
15-24 ans	0,94 ns	(0,85 ; 1,05)	1,0 3ns	(0,93 ; 1,14)	1,05 ns	(0,95 ; 1,17)	0,98 ns	(0,88 ; 1,10)
25-34 ans	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
35-49 ans	1,14 ***	(1,05 ; 1,25)	1,0 7ns	(0,98 ; 1,17)	1,05 ns	(0,96 ; 1,14)	1,06 ns	(0,96 ; 1,17)
Exposition aux médias								
N'a jamais été exposée	1,58 ***	(1,46 ; 1,71)	1,2 8** *	(1,18 ; 1,38)	1,22 ***	(1,13 ; 1,32)	1,36 ***	(1,25 ; 1,49)
Exposée une fois par semaine	1,06 ns	(0,97 ; 1,16)	1,4 6** *	(1,33 ; 1,60)	1,20 ***	(1,10 ; 1,32)	0,95 ns	(0,86 ; 1,06)

Exposée plus d'une fois par semaine	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Etat matrimonial								
Célibataire	0,85 **	(0,74 ; 0,99)	1,1 1ns	(0,96 ; 1,28)	0,76 ***	(0,66 ; 0,88)	0,84**	(0,71 ; 0,99)
En union	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
En rupture d'union	1,19 **	(1,03 ; 1,38)	1,3 5** *	(1,16 ; 1,58)	1,10 ns	(0,95 ; 1,27)	1,25 ***	(1,06 ; 1,46)
Nombre d'enfants vivants								
0 enfant	1,07 ns	(0,93 ; 1,23)	0,8 1** *	(0,70 ; 0,92)	1,12 ns	(0,97 ; 1,29)	1,29 ***	(1,10 ; 1,50)
1-2 enfants	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
3-4 enfants	0,86 ***	(0,78 ; 0,95)	0,9 3ns	(0,84 ; 1,02)	0,97 ns	(0,88 ; 1,07)	0,99ns	(0,89 ; 1,10)
5 enfants ou plus	0,83* **	(0,74 ; 0,93)	0,88* *	(0,78 ; 0,99)	0,93ns	(0,83 ; 1,04)	0,87**	(0,77 ; 0,98)

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011-2012

Niveau de significativité : *** : $p < 0,01$; ** : $p < 0,05$; * : $p < 0,10$;

Réf. : Modalité de référence ; OR : Odds Ratio ; IC : Intervalle de confiance

1. Discussion

De façon générale, les analyses révèlent les liens étroits entre difficultés d'accès aux services de santé et la pauvreté des ménages au Bénin. Ces résultats confortent d'autres travaux (PMC, 2010 ; INSAE, 2015 ; M. O. Attanasso, 2014). Le rapport EMICoV 2015 (INSAE, 2015) a mis en évidence les caractéristiques de la population cumulant les trois formes⁴ de pauvreté (Bénin : 15,3% ; urbain : 11,7% ; rural : 18,3%) avec une forte corrélation de la pauvreté avec la taille du ménage, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le sexe du chef de ménage. Une autre étude réalisée au Sénégal rural atteste également que les comportements individuels de recours aux soins varient en fonction des caractéristiques des individus, du plateau technique de la structure

⁴ Pauvreté monétaire, non monétaire et subjective.

sanitaire mais aussi des contextes social, culturel et historique (A. Franckel, F. Arcens et R. Lalou, 2008). De façon spécifique, le rapport EMICoV 2015 montre une prépondérance de la pauvreté monétaire en milieu rural (43,6% contre 35,8% en milieu urbain) avec de fortes disparités régionales (7 départements sur 12 ont connu une incidence de la pauvreté monétaire supérieure à la moyenne nationale estimée à 40,1%). Seuls les deux « départements favorisés⁵ » du Sud (Littoral et Ouémé) affichent une incidence d'au moins 12 points inférieure à la moyenne. En ce qui concerne la pauvreté non monétaire au Bénin (28,7%), elle est aussi plus présente en milieu rural (36% contre 20,5% en milieu urbain) avec une situation moins aggravée dans six départements⁶. Seule la perception de la pauvreté ne montre quasiment pas de différence selon le milieu de résidence (urbain 66% ; rural : 67,2%). Bien que l'examen des travaux récents sur le genre au Bénin révèle dans l'ensemble, une égalité dans l'accès à la santé, ils confirment une grande inégalité dans l'accès aux ressources (MFASSNHPTA, 2015 ; MASM, 2018).

L'accès aux soins de santé étant un véritable défi dans les pays pauvres, il se pose aussi bien en termes d'offre de services de qualité pour la prise en charge des cas de maladie qu'en terme d'élaboration et d'adaptation de stratégies innovantes de communication aux besoins spécifiques des populations vulnérables. On peut aussi s'interroger sur la qualité et la quantité des ressources humaines, matérielles et financières déployées en milieu rural par rapport aux enjeux et défis sanitaires qui s'imposent à cette partie agricole du pays qui alimente le milieu urbain. D'après PMC (2010), environ 80% des médecins sont concentrés dans une ou deux villes dans les pays d'Afrique subsaharienne, laissant à la marge le milieu rural déjà déshérité par la pauvreté et l'enclavement, ce qui réduit davantage l'accès des populations aux soins de santé primaires. Or, comme le soulignait la Fondation Sanofi espoir (2013), les médicaments seuls ne peuvent pas améliorer la santé dans les pays pauvres.

⁵ Plus urbanisés et abritant les meilleurs infrastructures et services publics (administratifs, économiques, financiers, etc.)

⁶ Atlantique : 16,6% ; Ouémé : 16,7% ; Donga : 18,6% ; Littoral : 21,5% ; Collines : 24,2%.

Sur un autre plan, il convient de souligner que les problèmes de santé au Bénin comme en Afrique sub-saharienne mettent le modèle de solidarité à l'épreuve en plus des problèmes de gouvernance observés dans le système sanitaire. Les difficultés liées à la bonne gouvernance des services de santé fragilisent la satisfaction des besoins sanitaires des populations ainsi que la gestion efficiente de l'aide prodiguée par des ONG financées par les partenaires techniques et financiers. C'est pour ces raisons qu'il est suggéré de mettre en place des systèmes non lucratifs financés de manière mixte (ressources de l'Etat, solidarité internationale et participation des citoyens), car ils sont susceptibles de répondre plus efficacement aux défis de la santé dans les pays d'Afrique sub-saharienne notamment ceux qui ne sont pas exposés aux conflits et à l'instabilité (V. De Keyser, 2010 ; M. L. Doumbouya, 2007). Or, sur le terrain, l'harmonisation de l'aide et son appropriation ne sont pas normalisées. C'est ce que rapportent O. M. Samb, V. Ridde et L. Queuille (2013) au sujet d'une étude réalisée dans trois pays (Mali, Bénin et République Démocratique du Congo) sur l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé qui met en évidence des avancées notamment au niveau de l'alignement sur les stratégies nationales, mais également des gaps à combler en termes d'harmonisation des interventions et des actions de développement.

De façon générale, le faible niveau d'instruction restreint l'accès des femmes à une formation professionnelle de qualité, la connaissance et l'exercice ou la revendication de leurs droits essentiels. L'appui des pouvoirs publics ainsi que des organisations non étatiques aux femmes dans les secteurs éducatifs (scolarisation, alphabétisation, formation professionnelle, etc.) et économique (activités génératrices de revenu, coopératives, etc.) constitue une approche novatrice de contribution à la réalisation de leurs droits, de valorisation de leur potentiel (capacité) et d'incitation à l'amélioration des ressources de leur ménage avec pour premiers effets positifs l'amélioration de l'éducation et de la santé de leurs enfants. En effet, lorsque les femmes bénéficient d'un accompagnement dans leurs activités socioéconomiques, elles se positionnent mieux dans le secteur professionnel. Ce qui renforce leur autonomisation, les pousse à mieux s'impliquer dans l'éducation de leurs enfants, réduisant quelque peu, la pression de l'homme sur la femme et sur le contrôle social en général. L'appui à l'amélioration des

conditions de vie des femmes en milieu rural par l'accompagnement direct de leurs activités socioéconomiques est une piste de réduction de la pauvreté. Les populations sont donc capables d'optimiser les réponses sanitaires compte tenu de l'accessibilité des moyens thérapeutiques. Mais, il faudra au préalable mettre sur pied une politique volontariste de construction et de renforcement des infrastructures sanitaires accessibles aussi bien géographiquement que financièrement (A. Franckel, F. Arcens et R. Lalou, 2008, op.cit.).

Au-delà de tout ce qui précède, il faut souligner qu'il se pose au Bénin, un problème de respect des droits essentiels des femmes. Cette situation est due en partie aux normes sociales qui sont des marqueurs de la vie des Béninois. Elles se traduisent par une ségrégation des rôles sociaux et économiques selon le genre et qui compromettent l'atteinte des objectifs de développement du pays. Les inégalités les plus courantes concernent : (i) la participation au processus décisionnel ; (ii) le mariage ; (iii) l'accès à l'éducation ; (iv) l'accès à l'emploi et au revenu ; (v) l'accès aux soins de santé, y compris la santé de la reproduction ; (vi) l'accès à la terre et (vii) l'accès aux crédits et microcrédits (MFSN, 2008).

Une autre piste de solution à la faible fréquentation des structures sanitaires pour se prémunir des maladies invalidantes se trouve dans la couverture sanitaire universelle qui reste un défi pour sortir le Bénin des pays à faible indice de développement humain (DGPD, 2017 : 79). La mutualisation de la santé par la mise en place d'un fonds d'équité sanitaire ou d'une assurance santé généralisée permettra aux pauvres d'améliorer leur niveau d'accès à des soins de qualité et par conséquent, de réduire les disparités à tous les niveaux, car la santé figure parmi les droits essentiels de la personne humaine consacrée par les textes fondamentaux du pays. Le programme d'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) en expérimentation au Bénin, est une opportunité à documenter pour en partager les leçons avec d'autres pays de la sous-région.

Conclusion

Le présent article a mis en relief, les obstacles aux soins de santé chez les femmes en âge de procréer au Bénin. Les analyses montrent que le faible niveau de vie des femmes dans un contexte rural et

d'analphabétisme, réduit leur chance de recourir aux services de santé conventionnelle pour se faire soigner. Les résultats soulèvent également un problème d'équité dans l'offre sanitaire, ce qui plombe l'objectif de la couverture sanitaire universelle qu'ambitionnent les pouvoirs publics. Pour y remédier, des programmes de filets sociaux notamment un programme d'assurance santé pour tous, est nécessaire. En attendant d'y parvenir, il sera nécessaire d'élaborer des stratégies innovantes de promotion des droits essentiels des femmes (accès à la santé, à l'éducation, à la protection, à la participation et à l'information) et de facilitation de leur accès aux opportunités socioéconomiques. Ne pas s'investir dans la valorisation des potentialités des femmes au profit du bien-être de la société, est un gâchis.

Références bibliographiques

- MAHUMUD Alam, SARKER Abdur Razzaque, SULTANA Marufa, ISLAM Ziaul, KHAN Jahangir, MORTON Alec**, 2017, *Distribution and Determinants of Out-of-pocket Healthcare Expenditures in Bangladesh Rashidul*, Journal Prev Med Public Health, Vol.50, pp.91-99.
- ATTANASSO Marie Odile**, 2014, *Profil et dynamique de la pauvreté selon le genre au Bénin*, Revue d'Economie Théorique et Appliquée, Vol 4-N°1, pp. 1-23
- BHOJANI Upendra et al.**, 2012. *Out-of-pocket healthcare payments on chronic conditions impoverish urban poor in Bangalore, India*, BMC Public Health, Vol.12, N°990, 13p.
- DE KEYSER Véronique**, 2010, « *Soins de santé en Afrique sub-saharienne et mutualisation* » Rapport d'initiative, Parlement européen Bruxelles, www.vdekeyser.be/
- D'SILVIA Paruzzolo, REKHA Mehra, ASLIHAN Kes, ASHBAUGH Charles**. 2010. *Cibler la pauvreté et l'inégalité entre les genres pour améliorer la santé maternelle*. Rapport de synthèse : 2è Conférence Internationale 7–9 juin 2010, Washington, DC. 35p.
- DOUMBOUYA Mohamed Lamine**. 2008, *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*, Working paper n° 2008-2, 20p.
- DOUMBOUYA Mohamed Lamine**, 2007, « *Pauvreté et accessibilité aux services de santé : le cas de la Guinée* », *Économie et Solidarités*, volume 38, numéro 2, pp 137-153.

- DGPD**, 2017, *Evaluation de la vision Bénin 2025 Alafia*, Cotonou, 107p
- FONDATION SANOFI ESPOIR**, 2013, *Agir pour réduire les inégalités en santé*, Dossier de presse, 20p
- GARG CC, Karan AK**. 2009. *Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India*. Health Policy Plan Vol.24, N°2, pp.116-128.
- GASTINEAU Bénédicte**. 2003, « Offre de soins, recours aux soins et santé des femmes en Tunisie. » *In Social and economic patterning of health among Women/Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes*, Arber S. et Khlal M. (éds.), Comité international de coopération dans les recherches nationales en démographie, Paris, CICRED, pp.407-424.
- GOUDGE Jane, Lucy GILSON, Steve RUSSELL, Tebogo GUMEDE, and Anne MILL**. 2009, *The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor*, Tropical Medicine and International Health, vol 14 no 4, pp 458–467
- HOUENINVO Gbodja Hilaire**. 2014, *Dépenses en santé et appauvrissement des ménages au Bénin*, Revue d'Economie Théorique et Appliquée, Vol 4-N°1, pp. 21-42
- IGUE Charlemagne Babatoundé**. 2015, « *Aide publique au développement, dépenses sociales et croissance pro-pauvre au Bénin* », Revue d'Economie Théorique et Appliquée, Vol 5-N°2, pp.97-114
- INSAE**, 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2006*, Rapport final, 359p.
- INSAE**, 2011. *Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages*, 2^{ème} Edition, Rapport final, 147p.
- INSAE et ICF**, 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2012*, Rapport final, 403p.
- INSAE**, 2015 : « *EMICoV-Suivi 2015 : note sur la pauvreté au Bénin en 2015* », Cotonou, 29p.
- JAFFRE Annick, DIALLO Yveline, VASSEUR Patricia, GRENIER Chrystelle Torres**, 2009, *La bataille des femmes. L'analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'ouest*, Editions Faustroll Descartes, 283p.
- KONE Karna Georges**. 2012, *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*, Thèse de Doctorat, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 268p.

- MASM**, 2018, *Valeurs des indicateurs de suivi des inégalités de genre et de la protection sociale au Bénin*, Cotonou, 118p
- MFASSNHPTA**, 2015, *L'Indice de Développement et des Inégalités entre les Sexes au Bénin*
- MFSN**, 2008, *La Politique Nationale de Promotion du Genre au Bénin*, Cotonou, 51p.
- MSP**, 2009. *Politique nationale de santé-Bénin*, 26p.
- MUKHERJEE Subrata, HADDAD Slim, NARAYAN Delampady**, 2011, *Social class related inequalities in household health expenditure and economic burden: evidence from Kerala, south India*, International Journal for Equity in Health, Vol.10, N°1, 13p.
- NIKIEMA Aude, ROSSIER Clémentine, RIDDE Valéry**, 2011, *Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain : le cas de la périphérie nord de Ouagadougou*, communication présentée à la sixième conférence de l'Union de l'Etude pour la Population Africaine à Ouagadougou du 5-9 décembre 2011, 5p.
- NKURUNZIZA Médiatrice**, 2009, *Accouchement en structures de soins au Burundi : vers la compréhension d'un paradoxe sanitaire*, Centre de recherche en démographie et société- UCL, 20p.
- OMS**, 2014, *La santé des populations, le rapport sur la Santé dans la région Africaine*, 203p.
- OUENDO Edgard-Marius, MAKOUTODE Michel, WILMET-DRAMAIX Michèle, PARAISO Moussiliou, DUJARDIN Bruno**, 2004, *Accès aux soins de santé au Bénin : indigence et réseaux d'aide communautaire*, Cahiers Santé N° 14, pp. 217-221.
- PETERS David, GARG Anu, BLOOM Gery, WALKER Damian, BRIEGER William, RAHMAN Hafizur**, 2008, *Poverty and Access to Health Care in Developing Countries*, Ann. N.Y. Acad. Sci. Vol. 1136, pp.161-171
- PMC**, 2010, «La Santé en Afrique subsaharienne : Panorama, Problématiques, Enjeux et Perspectives », Dakar, 15p.
- RWENGE Mburano et KANDEM Hélène**, 2002, *Culture, Genre, Comportements Sexuels et MST/SIDA au Cameroun (Provinces de l'Ouest et du Centre)*, Cahiers de l'IFORD n° 28, Yaoundé, 265p.
- RWENGE Mburano**, 2007, *La qualité des soins prénatals selon la perspective des clientes au Cameroun ». (Districts de santé de Nkongsamba, Bafang Et Mfou)*, African Population Studies vol. 22 (No. 2) : pp.23-46.

- SHAHRAWAT, R. and RAO K.D**, 2012, *Insured yet vulnerable: Out-of-Pocket payments and India's poor*, Health Policy and Planning, Vol.27, pp.213–221
- SAMB Oumar Mallaé, RIDDE Valery et QUEUILLE Ludovic**, 2013, *Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso?* Revue Tiers Monde, N°215, La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale?, pp. 73-91
- VAN DOORSLAER, E., O'DONNELL, O., et al.**, 2006, *Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia : an analysis of household survey data*, Lancet Vol. 368, pp.1357-1364.
- WAGSTAFF Adam**, 2002, *Poverty and health sector inequalities*, Bulletin of the World Health Organization, 80:97-105.
- WHITEHEAD, M., AHLGREN, G., and EVAN, T**, 2001, *Equity and health sector reforms: can lowincome countries escape the medical poverty trap?*, Lancet, V.358, pp.833-836
- XU Ke, EVANS David et al.**, 2006, *Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda*, Social Science & Medicine, Vol.62, pp.866–876

Annexe

Tableau A 1 : Répartition des femmes de 15-49 ans selon les caractéristiques de l'échantillon

Variables/modalités	Effectifs pondérés	Proportion (%)
Niveau de vie du ménage		
Pauvre	5812	35,0
Moyen	3132	18,9
Riche	7655	46,1
Département de résidence		
Atlantique-littoral	4691	28,3
Ouémé-Plateau	3125	18,8
Mono-Couffo	2088	12,6
Zou-Collines	2578	15,5
Borgou-Alibori	2095	12,6
Atacora-Donga	2022	12,2
Milieu de résidence		
Urbain	7711	46,5
Rural	8888	53,5
Religion		
Chrétienne	9675	58,3
Musulmane	3669	22,1
Animiste	2134	12,9
Sans religion	1121	6,8
Ethnie		
Adja	2593	15,6
Fon	7677	46,2
Bariba	1423	8,6
Yorouba	2002	12,1
Autres ethnies	2904	17,5
Niveau d'instruction		
Aucun niveau	9879	59,5
Niveau primaire	2906	17,5
Secondaire ou plus	3814	23,0
Activité économique		
Aucune	6229	37,5

Moderne	6104	36,8
Traditionnelle	4267	25,7
Age de la femme		
15-24 ans	5800	34,9
25-34 ans	5894	35,5
35-49 ans	4905	29,6
Exposition aux médias		
N'a jamais été exposée	5894	35,5
Exposée une fois par semaine	3260	19,6
Exposée plus d'une fois par semaine	7445	44,9
Etat matrimonial		
Célibataire	3992	24,1
En union	11680	70,4
En rupture d'union	926	5,6
Nombre d'enfants vivants		
0 enfant	4319	26,0
1-2 enfants	4729	28,5
3-4 enfants	4348	26,2
5 enfants ou plus	3203	19,3

Source : DHS Benin, 2011-2012