



REPUBLIQUE DU BENIN



\*\*\*\*\*

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)**

**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION (FASEG)**

MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DES CREDITS ASSOCIES AU  
DIPLOME DE LICENCE PROFESSIONNELLE EN SCIENCES ECONOMIQUES

\*\*\*\*\*

**Option : Economie**

**Filière : Economie Appliquée**

**Thème**

**EQUITE DANS L'ACCES DES  
FEMMES AUX SERVICES DE  
SANTE AU BENIN**

Présenté par :

**Gatien HOUNVOU**

**&**

**Israël Corneille EDO**

Sous la direction de :

**Maitre de stage :**

**Elise Chantale A. AHOVEY**

*Démographe, Directrice de la  
Statistique Sociale (INSAE)*

**Maitre de Mémoire :**

**Dr. Barthélémy SENOU**

*Enseignant -chercheur à la  
FASEG*

*Année académique : 2015-2016*

*AVERTISSEMENT*

**La faculté n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.**

## Dédicaces

Je dédie ce travail à :

- ✓ mes géniteurs Honoré HOUNVOU et Atchi HOUETON,
- ✓ mes frères et sœurs,
- ✓ mes amis.

**Gatien HOUNVOU**

## Dédicaces

Je dédie ce travail à :

- ✓ Barthélémy EDO et Jeannette DAVO,
- ✓ mes frères et ma sœur,
- ✓ mes amis.

**Israël Corneille EDO**

## Remerciements

Nous rendons grâce à Dieu tout puissant qui a rendu possible ce travail. Nos sincères remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste mémoire. Au premier rang desquels, nous pouvons citer sans cependant être exhaustif :

-Dr Barthélémy SENOU, notre professeur et maître de mémoire à qui nous décernons une mention spéciale pour sa magnanimité, pour sa disponibilité et mieux pour son sérieux et sa rigueur non empreint de doute aux exigences intellectuelles et pédagogiques

-Monsieur Alexandre ZOUNMENO pour la patience et le sacrifice dont il a fait preuve en acceptant de diriger ce travail avec notre maître de mémoire

-Madame Elise Chantale A. AHOVEY, notre maître de stage, Directrice de la Statistique Sociale à l'INSAE

-Monsieur William ADANLE pour son soutien et son suivi

-tout le corps enseignant et le personnel administratif de la FASEG sans lesquels cette formation n'aurait pas été possible.

### **Sigles et abréviations**

CNS	:	Conseil National de la Statistique
DAF	:	Direction Administrative et Financière
DED	:	Direction des Etudes Démographiques
DSRP	:	Documents de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
DCSFR	:	Direction de la Coordination Statistique de la Formation et de la Recherche
DSS	:	Direction de la Statistique Sociale
DTIP	:	Direction du Traitement de l'Information et des Publications
EDSB	:	Enquête Démographique et de Santé du Bénin
IB	:	Initiative de Bamako
IRA	:	Infection Respiratoire Aigüe
INSAE	:	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
ODD	:	Objectifs pour le Développement Durable
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
SCRP	:	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SD	:	Secrétariat de Direction
SP	:	Secrétariat particulier
SSE	:	Service de Statistique et de l'Emploi
SSP	:	Soins de Santé Primaire
SSS	:	Services de Statistique Sociale
SCVM	:	Services de Conditions de Vie des Ménages
UAC	:	Université d'Abomey-Calavi

## Liste des tableaux

Tableau n°1 : description des variables de l'étude.....	20
Tableau n° 2 : Milieu de résidence des femmes de l'échantillon .....	23
Tableau n° 3 : Existence de toilettes.....	24
Tableau n° 4 : Source d'eau utilisée par les ménages où vivent les femmes de l'échantillon ...	24
Tableau n° 5: Accès à l'électricité, à la radio, à la télévision et au réfrigérateur.....	25
Tableau n°6 : Possession de matériel roulant par les ménages.....	26
Tableau n° 7 : Effectifs des ménages où vivent les femmes de l'échantillon .....	26
Tableau n° 8 : Niveau d'étude des femmes de l'échantillon .....	27
Tableau n°9: Répartition par âge des femmes de l'échantillon.....	28
Tableau n° 10: Occupation de la femme .....	28
Tableau n° 11 : Réalisation des consultations prénatale et postnatale par les femmes de l'échantillon.....	29
Tableau n° 12 : Accessibilité financière aux soins médicaux. ....	30
Tableau n° 13 : Résultat d'estimation du modèle Logit.....	31
Tableau n° 14 : Effets marginaux des variables du modèle logit .....	36
Tableau n° 15 : Effet de l'accessibilité financière en référence au milieu de résidence de la femme enquêtée. ....	38

## Graphique

Graphique n° 1 : Courbe ROC d'ajustement global du modèle ..... 33

**Liste des annexes**

Annexe n° 1 : Estimation brute du modèle logit .....	47
Annexe 2 : Estimation des effets marginaux.....	48
Annexe 3 : Odds ratio des variables du modèle .....	49
Annexe 4 : Test d'ajustement du modèle .....	49

## Sommaire

Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : Cadre institutionnel, théorique et méthodologique de l'étude .....	3
Section 1 : Cadre institutionnel de l'étude.....	3
Section 2 : cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	8
Chapitre 2 : présentation, analyse et discussion des résultats .....	23
Section 1 : Caractéristiques sociales et accessibilité aux services de santé des femmes.....	23
Section 2 : Présentation des résultats.....	31
Conclusion générale .....	41
Références bibliographiques .....	42
Table des matières .....	44

### Résumé

Cette étude a pour objectif principal, d'analyser l'équité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin. Elle est conduite sur la base de l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin réalisée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique auprès de 18 000 ménages au Bénin durant le dernier trimestre de l'année 2011 et le premier trimestre de l'année 2012. Pour l'analyse des données, nous avons procédé à une analyse descriptive et à une analyse économétrique en construisant un modèle logit. Bien avant le début de la recherche, on prévoyait que les inégalités d'accès des femmes aux soins de santé seraient particulièrement liées à la faiblesse des dépenses de santé effectuées par les ménages de ces femmes et à un certains nombres de facteurs sociaux. Mais les résultats de l'analyse ont montré que ni les dépenses de santé, ni le milieu de vie n'expliquent significativement la probabilité d'accès des femmes aux soins de santé au Bénin. En revanche, l'accès aux services de santé par les femmes est influencé positivement par un certain nombre de facteurs sociodémographiques et par la possession de certains équipements. Ces facteurs et équipements sont : le milieu de vie, l'occupation du chef du ménage dans lequel vit la femme, l'occupation de la femme enquêtée, la possession de réfrigérateur, le sexe du chef de ménage et l'effectif du ménage dans lequel vit la femme. De même, cette étude a identifié un certain nombre de freins à l'accès des femmes aux soins de santé au Bénin. Ces freins sont entre autres le vieillissement et le niveau d'étude qui influence négativement l'accès aux soins. Il ressort donc que la femme pouvant accéder aux soins au Bénin serait un individu relativement jeune, occupé et habitant en milieu urbain.

Mots clés : équité, services de santé, accès aux soins, logit



## Introduction générale

Depuis trois décennies, les questions de développement n'ont cessé d'être la préoccupation majeure des Etats africains. Ceux-ci ont fait du droit au développement leurs principales revendications. Ils se sont engagés en majorité dans la mise en œuvre de stratégies de lutte contre la pauvreté le plus souvent à travers des Documents de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) ou Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP). Ces pays ont également souscrit dans la plupart des cas à des engagements internationaux aux titres des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et des Objectifs pour le Développement Durable (ODD).

Différentes analyses suggèrent que l'amélioration des conditions de santé dans les pays pauvres devrait être une priorité dans les politiques de développement non seulement parce que les problèmes de santé sont une dimension à part entière de la pauvreté, mais aussi parce que les mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer au niveau macroéconomique les pays pauvres dans un piège de sous-développement. Les liens entre santé, recul de la pauvreté et la croissance économique sont donc beaucoup plus étroits qu'on ne le pense généralement.

Au Bénin, le droit à la santé, clairement stipulé par la constitution du 11 Décembre 1990 en ses articles 8 et 26, est un enjeu majeur pour le développement de notre société. Les études nationales de perspectives à long terme Bénin ALAFIA 2025 en ont fait une priorité. Les préoccupations exprimées lors des états généraux de la santé ont réaffirmé la nécessité d'un renforcement du système de santé pour une meilleure prise en charge de la santé des populations.

En s'appuyant sur ces différents instruments, le Bénin a défini une politique de santé basée sur une analyse objective de la situation sanitaire actuelle et l'identification de ses problèmes. Cette politique sanitaire est le résultat de larges concertations entre les principaux acteurs du développement sanitaire et constitue le cadre de référence pour les actions et les décisions dans le secteur pour la période 2009-2018. Au nombre des problèmes identifiés, on peut noter essentiellement les inégalités d'accès des populations aux services de santé. La santé pourtant considérée comme un facteur déterminant de l'amélioration du niveau de vie des populations ne serait pas accessible à une bonne partie de la population surtout celle vivant dans le milieu rural. Le non accès aux services de santé augmente les risques d'appauvrissement des couches vulnérables. Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire en vue de l'obtention des crédits

associés au diplôme de Licence Professionnelle en Sciences Economiques à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey-Calavi, (UAC), nous nous proposons de mener notre réflexion sur le thème intitulé : « Etude de l'équité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin ».

Cette étude est structurée en deux chapitres. Le premier chapitre intitulé cadre institutionnel, théorique et méthodologique de l'étude est composé de deux sections. La première section présente le cadre institutionnel de l'étude, notamment, l'historique, la mission, les attributions et l'organisation de l'INSAE. La deuxième section présente le cadre théorique et méthodologique de l'étude, notamment, la problématique, les objectifs, les hypothèses, la revue de littérature et la méthodologie de l'étude. Le deuxième chapitre intitulé équité dans l'accès des femmes aux services de santé est composé de deux sections. La première section analyse les caractéristiques sociales des femmes de l'échantillon et leur accessibilité aux services de santé. La deuxième section présente les résultats de l'étude, notamment l'analyse économétrique, la vérification des hypothèses et les recommandations

-

## **Chapitre 1 : Cadre institutionnel, théorique et méthodologique de l'étude**

### **Section 1 : Cadre institutionnel de l'étude**

Dans cette section, nous abordons l'historique de l'INSAE, sa mission sans oublier son organisation.

#### **Paragraphe 1 : Historique, missions et attributions**

##### **A- Historique**

Avant l'indépendance, en 1954, il est créé un Bureau territorial de statistique relevant du Service fédéral de l'Afrique Occidentale Française basé à Dakar ; en 1956 le Bureau devient un Service de la statistique. Puis, un an après l'indépendance en 1961, il est érigé en Direction de la statistique, de la mécanographie, des études économiques et démographiques. En 1962, cette direction est transformée en une division au sein de la Direction des études et du plan pour devenir à nouveau un Service deux ans plus tard.

En septembre 1966, par décret, la Direction de la Statistique fut créée, érigée ensuite en Direction Générale sous le nom d'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique par l'ordonnance N° 73/72 du 16 octobre 1973 portant création du Conseil National de la Statistique (CNS), dont il assure le secrétariat. C'est en 1997 que l'Institut est doté du statut d'établissement public à caractère scientifique, personne morale ayant l'autonomie financière. Son rôle est reprecisé par l'ordonnance de 2000 sur le Conseil National de la Statistique qui prévoit qu'un décret à prendre en Conseil des ministres précisera l'organisation et le fonctionnement interne de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.

Placé sous la tutelle du Ministère en charge du Plan, l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) est le service officiel des statistiques du Bénin, transformé en avril 1997 par décret présidentiel en établissement public à caractère scientifique doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ses activités se déroulent dans le cadre plus général du système statistique du Bénin organisé par la loi de 2000 qui fait de l'INSAE un organe du Conseil national de la statistique.

### **B- Missions et attributions de l'INSAE**

L'INSAE assure le Secrétariat du Conseil National de la Statistique. Sa tâche essentielle consiste à rassembler, dépouiller, analyser et présenter au gouvernement dans les délais convenus, des statistiques sûres, scientifiquement élaborées dont notamment les indicateurs et agrégats macro-économiques d'évolution de l'économie ou de toutes autres activités nationales. Il veille aussi à assurer le traitement ou à aider au traitement des informations statistiques et comptables des organismes publics, parapublics et autres qui lui en font la demande. Il est notamment chargé de :

- Elaborer ou appuyer une méthodologie scientifique pour les administrations et organismes publics et privés, en vue d'harmoniser les techniques utilisées et de rendre comparables les divers résultats obtenus et dans ce cadre contribuer à l'organisation de leurs services statistiques ;
- Rassembler, exploiter et analyser les données statistiques provenant des enquêtes par sondage, des recensements, des statistiques courantes, et d'autres sources en vue d'une meilleure connaissance de la situation démographique, économique, financière et sociale de la République du Bénin ;
- Organiser et exécuter les recensements démographiques, agricoles, industriels, socio-économiques et toutes autres enquêtes statistiques ;
- Etudier les projets d'enquête ou d'étude soumis à visa et d'en faire un rapport à la commission compétente du Conseil National de la Statistique pour décision appropriée ;
- Etudier et suivre la conjoncture économique et financière du pays, établir les comptes économiques et produire les renseignements chiffrés utiles à l'élaboration des programmes de développement économique ;
- Assurer la publication périodique des informations statistiques sous forme de bulletins, annuaires, revues, répertoires et autres ;
- Centraliser la documentation existante aussi bien dans le domaine des études statistiques que dans celui des études démographiques et économiques et constituer une bibliothèque d'ouvrages statistiques ;

- Faciliter et encourager l'étude et la recherche dans les domaines de la statistique, de la démographie et de l'informatique, et assurer la formation du personnel technique.

### **Paragraphe 2: Organisation de l'INSAE**

L'INSAE, en tant qu'établissement public, comporte comme organes de direction : une Direction générale, un Comité de direction et un Conseil d'administration.

#### **A- Le Conseil d'administration et le Comité de Direction**

##### **1- Le Conseil d'Administration**

Le Conseil d'administration est composé de sept membres désignés conformément aux textes de loi régissant les offices à caractère social, culturel et scientifique, après avis du Conseil National de la Statistique pour les membres proposés par ce dernier. Les membres du Conseil d'administration sont nommés par décret pris en conseil des ministres pour une durée de 3 (trois) ans sur proposition du Ministre de tutelle. Le fonctionnement du conseil d'administration est régi par son règlement intérieur qu'il adopte et amende à la majorité des deux tiers de ses membres.

Il est composé de :

Un (1) représentant du Ministre de tutelle, Président

Un (1) représentant du Ministre des finances ;

Deux (2) représentants des producteurs de statistiques sectorielles choisis parmi les membres du Conseil National de la Statistique (CNS) sur proposition de ce dernier ;

Deux (2) représentants des utilisateurs des statistiques, dont un représentant des organismes internationaux, proposés par le ministre de tutelle ;

Un (1) représentant du personnel de l'Institut désigné en assemblée générale de son personnel permanent.

Le Conseil d'administration se réunit au moins deux fois l'an. Sa session budgétaire ne peut intervenir qu'après la session annuelle du Conseil national de la statistique qui arrête le programme statistique national dont celui de l'Institut. Il examine les bilans financiers et les

comptes de gestion de l'institut et vote son budget, lesquels est soumis à l'approbation du Conseil des ministres.

### **2 - Le Comité de direction**

Le Comité de direction est un organe consultatif de la Direction générale. Il est composé du Directeur général qui assure sa présidence, du Directeur général-adjoint qui en est le vice-président, des directeurs techniques, du Directeur administratif et financier et de deux délégués du personnel élus en assemblée générale du personnel. Le Directeur administratif et financier en assure le secrétariat. Une note de service du Directeur général précise le règlement intérieur du comité.

Le Comité est consulté pour les décisions importantes, telles que l'élaboration du budget de l'Institut et sa politique générale. Il est réuni à la diligence du Directeur général qui lui soumet un ordre du jour. Il peut également être réuni à la demande de la majorité absolue de ses membres.

### **B- La Direction générale et la Direction des Statistiques Sociales (DSS)**

#### **1- La Direction Générale**

Elle est dirigée par un Directeur général assisté d'un Directeur général-adjoint, et comporte les unités suivantes :

- Le secrétariat particulier (SP) ;
- La Direction Administrative et Financière (DAF) ;
- La Direction des Statistiques et Etudes Economiques (DSEE) ;
- La Direction des Etudes Démographiques (DED) ;
- La Direction des statistiques sociales (DSS) ;
- La Direction du Traitement de l'Information et des Publications (DTIP) ;
- La Direction de la Coordination Statistique, de la Formation et de la Recherche (DCSFR) ;

Elle assure la tutelle technique des services départementaux ou régionaux de la statistique appartenant au ministère chargé du Plan.

De toutes les directions ci-dessus citées, notre stage s'est déroulé à la Direction des Statistiques Sociales (DSS).

### **2- la Direction des Statistiques Sociales (DSS)**

La direction des Statistiques Sociales est chargée de :

- Suivre l'évolution de la situation sociale ;
- Mesurer l'impact des politiques économiques sur l'emploi ;
- Etudier les conditions de vie des ménages ;
- Coordonner la collecte des informations statistiques liées à la dimension sociale du développement, au développement humain, au développement du genre et à la lutte contre la pauvreté ;
- Fournir à la Direction des Etudes et Politiques de l'Emploi et toutes autres structures dans le besoin les informations statistiques sur l'emploi.

Pour mener sa mission d'aide au développement de l'activité statistique, la DSS dispose de :

- ❖ un Secrétariat de direction (SD);
- ❖ un Service qui s'occupe des Conditions de Vie des Ménages (SCVM);
- ❖ un Service des Statistiques de l'Emploi (SSE);
- ❖ un Service des Statistiques Sociales (SSS).

## **Section 2 : cadre théorique et méthodologique de l'étude**

### **Paragraphe 1 : cadre théorique de l'étude**

#### **A- Problématique, objectifs et hypothèses**

##### **1-Problématique de l'étude**

Si pendant des siècles, il était considéré que le développement ne pouvait se réaliser sans l'accès aux ressources naturelles (terres, minéraux), on est venu progressivement à penser que le capital physique (machines et équipements) représentait la clé du développement. Mais force est de constater que la technologie s'est mieux adaptée, et plus vite, dans certaines régions du monde que dans d'autres. On s'est depuis lors beaucoup penché sur d'autres facteurs comme le capital humain pour essayer de trouver solution à l'énigme.

La théorie du capital humain postule que c'est par le biais de l'amélioration de la productivité du travailleur que les ressources humaines contribuent à la croissance économique. En améliorant la santé des travailleurs, leur qualification, et leur dextérité, le capital humain crée un ensemble de facteurs favorables au processus de production. L'état de santé fait donc partie intégrante du capital humain. Par-là, il faut comprendre que la santé rayonne sur l'ensemble du fonctionnement économique et social par l'influence dynamique qu'elle exerce sur un certain nombre de variables. L'une des relations fondamentales entre la santé et l'économie réside dans le fait que la qualité et la quantité de main d'œuvre augmentent à mesure que l'état de santé s'améliore.

De plus, une population active en bonne santé fait un meilleur usage du capital existant comme la terre, les machines et les infrastructures. Dans le même cas, l'être humain ne jouissant pas d'une bonne santé est très limité dans ses actions et est incapable de jouir pleinement d'un certain niveau de bien être que peuvent lui procurer d'autres biens.

En outre, la maladie avec la souffrance et les baisses de revenus qui l'accompagnent vont au-delà d'un simple coût individuel. Elle entraîne également des coûts importants pour l'ensemble de la société. En effet, « une famille frappée par la maladie de l'un de ses membres peut se retrouver durablement appauvrie du fait de la perte de revenus associés à la maladie et du coût de l'accès aux soins » (Berthélémy et Seban, 2009, pp 36). Dans ce contexte, la protection et l'amélioration de la santé sont reconnues comme les principaux axes pour réduire la pauvreté. Ce qui a généralement incité l'Etat béninois à adhérer à de nombreuses organisations

sanitaires internationales en vue de mettre en place sur le plan national des politiques de santé. Ainsi, le Bénin a souscrit à l'Initiative de Bamako (IB) en 1987, mettant l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé. Avant l'Initiative de Bamako, il a adopté la Stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP) contenue dans la déclaration d'Alma Ata (1978) dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Cette option a été réaffirmée à la conférence d'Ouagadougou d'avril 2008 en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux gouvernements de veiller à la santé de leur population.

Au Bénin, les femmes constituent plus de la moitié de la population soit environ 53%. Dans leur politique de développement, les différents gouvernements de la République du Bénin ont toujours accordé une place privilégiée à la santé de la population notamment de la femme en y investissant. Le poids du budget de la santé dans le budget général de l'Etat est de 8% en 2006. Ce taux a connu une régression entre 2007 et 2008 passant de 6,81% à 7,22% avant de passer à 9% en 2009 puis a chuté et est resté presque stationnaire autour de 6% jusqu'en 2012. Il existe donc un gap entre le budget de l'Etat alloué à la santé et l'engagement pris au sommet des chefs d'Etat à Abuja en avril 2001. Au niveau microéconomique les dépenses de santé par tête d'habitant restent toujours en deçà de la moyenne préconisée par l'OMS qui est de 56 USD (WHO, 2011). Le Béninois moyen ne disposant pas suffisamment de ressources pour couvrir ses besoins en santé, il est nécessaire pour l'Etat soutenu par la communauté internationale, de poursuivre dans le secteur de la santé, les initiatives de gratuité et de subventions diverses pour y remédier. A cet effet, plusieurs politiques ont été mises en œuvre afin de favoriser l'accès aux soins aux couches les plus vulnérables dont les femmes. Au nombre de celles-ci on peut retenir la mise en place de la gratuité des soins de santé primaire relatifs au paludisme chez les femmes enceintes, la distribution de moustiquaire imprégnée puis consolidée par la gratuité de la césarienne rendue effective le premier avril 2009.

L'accès des femmes aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires. Dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 Km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence,

plus de 50% de la population ont accès à un hôpital de référence en cas de nécessité, 13% vivent encore à plus de 30 Km d'un hôpital de référence<sup>1</sup>

De plus, du dernier plan triennal 2013-2015 qui vient d'être achevé, il ressort que, des 34 zones sanitaires que comporte le Bénin, 30 sont à nos jours opérationnels, soit un taux de couverture sanitaire assez élevée de 77%. Malgré cette couverture sanitaire non négligeable, le taux de fréquentation des centres de santé est assez faible. Face à cette situation peu satisfaisante, la population en occurrence féminine pourrait être confrontée à des problèmes récurrents d'accès aux soins et d'équité, au regard des politiques sanitaires effectuées. On se pose donc deux questions majeures : y a-t-il équité dans l'accès géographique des femmes aux soins de santé ? Quels sont les facteurs qui influencent l'accessibilité financière des femmes aux soins de santé ? Telles sont les questions qui seront clarifiées à travers la présente étude intitulée « étude de l'équité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin ».

### **2- Objectifs et hypothèses**

#### **a- Objectifs de l'étude**

L'objectif général de cette étude est d'analyser l'équité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin. Pour atteindre cet objectif, nous définissons des objectifs spécifiques plus aisément réalisables qui se présentent comme suit :

O1 : comparer l'accessibilité géographique aux soins de santé des femmes vivant en milieu urbain à celle des femmes vivant en milieu rural ;

O2 : identifier les facteurs qui influencent l'accessibilité financière des femmes aux soins de santé

#### **b- Hypothèses de recherche**

Pour atteindre les objectifs spécifiques, nous avons formulé les hypothèses ci-après :

- au Bénin, les femmes vivant en milieu urbain ont mieux accès aux centres de santé que les femmes vivant en milieu rural ;
- les conditions de vie des femmes et leurs caractéristiques sociales influencent leur accessibilité financière aux soins de santé.

---

<sup>1</sup> Politique nationale de santé au Bénin

### **B- Revue de littérature**

Afin de mieux cerner l'équité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin, il paraît nécessaire de faire le point sur les concepts clés et des études antérieures à la nôtre. Ladite revue comprendra une revue théorique et une revue empirique.

### **1- Littérature théorique sur l'équité dans l'accès aux services de santé**

#### **a- Les Définition des concepts**

La littérature sur l'équité dans l'accès aux services de santé ne saurait être évoquée sans la compréhension des notions suivantes : santé, équité et accès aux services de santé.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (2001, p5), « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition identifie la santé à la notion de complet bien être. Elle attire l'attention sur les déterminants de la santé autre que l'intervention des soins médicaux (curatifs ou préventifs). Cependant, le caractère très général de cette définition la rend peu opérationnelle pour l'analyse des systèmes de santé, car toutes les activités humaines ont pour but d'améliorer le bien-être. Pour Blum cité par Pineault (1993, p18) la santé est : « la capacité de l'individu de maintenir un équilibre approprié à son âge et à ses besoins sociaux, dans lequel cet individu est raisonnablement indemne de profonds inconforts, insatisfactions, maladies ou incapacités et de se comporter d'une façon qui assure la survie de son espèce aussi bien que sa propre réalisation ». Les économistes définissent la santé comme étant un capital que l'on peut maintenir ou accroître par des investissements. Quelle que soit la définition proposée, l'individu demeure le meilleur juge du degré de restriction dont il est affecté par rapport à l'exercice de ses activités. La notion de santé revêt donc un caractère multidimensionnel selon les contextes sociaux et culturels et selon d'autres caractéristiques des individus, notamment, leur niveau socio-économique.

Quant à l'équité, elle désigne l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiable, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement (OMS, 2005). Afin d'expliquer la déconnexion entre les règles de financement et les règles d'accès aux soins, les études économiques menées sur la mesure de l'équité se sont accentuées sur les concepts d'équité verticale et d'équité horizontale. Selon Rochaix et Tubeuf (2009), l'équité verticale

requiert que les inégaux soient traités inégalement. C'est-à-dire, si les individus diffèrent selon leur propension à payer, l'équité verticale suggère que les plus riches contribuent davantage que les plus pauvres. Ces mêmes auteurs définissent l'équité horizontale en la faisant correspondre au principe de justice distributive qui stipule que les individus qui présentent des caractéristiques similaires en terme de santé ou de pathologies reçoivent des soins similaires et que toute discrimination quelle qu'elle soit ne peut être tolérée. Certes la notion d'équité est ambiguë, sa mesure aussi, et il est important de rappeler qu'elle se distingue de l'égalité. Rochaix et Tubeuf (2009) soutiennent que la mesure de l'équité en santé privilégie l'analyse de l'inégalité en fonction du revenu en tenant compte de ses effets directs et indirects. Dourgnon et al (2001) ont démontré l'existence d'une causalité directe entre revenu et santé. Kambia-chopin et al (2008) renchérissent cette déclaration et pensent que pour les ménages pauvres, la probabilité de vivre dans des conditions précaires avec un impact délétère sur la santé est supérieure à celle des ménages riches.

En ce qui concerne l'accès, la dixième édition du dictionnaire Merriam-webster's collégiale le définit comme étant la liberté et la possibilité d'obtenir ou de faire usage de quelque chose. En termes de santé cela correspond au droit individuel d'obtenir des soins lorsque l'on en a besoin. Penchansky et Thomas (1981) définissent ses obstacles : la disponibilité, l'accessibilité, l'accueil, l'abordabilité et l'acceptabilité. En d'autres termes, l'accès correspond à l'adéquation entre les personnes et les services dispensés incluant également la disponibilité des ressources, l'acceptabilité et l'adaptabilité des services.

### **b- Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé**

L'expérience historique des pays émergents montre que l'amélioration des conditions de santé a joué un rôle décisif au démarrage de leur processus de développement (Berthélémy, 2008). Selon Berthélémy (2008), ces constats ont conduit à focaliser dans les années 2000, une partie de l'attention des décideurs sur la question des ressources financières disponibles dans les secteurs de santé. Cela s'est notamment traduit par la forte augmentation de l'aide publique au développement destinée à la santé. L'OMS (2004) déclare qu'il existe désormais une ample documentation mettant en évidence des inégalités considérables et souvent croissantes à l'intérieur des pays. En d'autres termes, ceux qui ont le plus de moyens (dont les besoins en soins de santé sont souvent inférieurs) consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyen et les plus grands problèmes de santé en consomment le moins. Les dépenses

publiques, consacrées aux services de santé, profitent donc davantage aux riches qu'aux pauvres, que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux dont le revenu est faible. Une étude faite par Morrisson (2002) montre que la distribution des dépenses publiques de santé est relativement plus favorable au quintile le plus riche qu'au quintile le plus pauvre et donc que les dépenses publiques ont en moyenne un caractère régressif. Des données comparatives rassemblées sur 26 pays en développement et en transition par Davoodi et al (2003), confirment cette conclusion. En Afrique, en Asie et dans les pays en transition, le quintile le plus riche reçoit en moyenne deux à trois fois plus de dépenses publiques de santé que le quintile le plus pauvre

### **2- Littérature empirique sur l'équité dans l'accès aux services de santé**

En général, les travaux sur la mesure de la concentration de l'accès aux services de santé (et plus généralement à la santé) s'appuient sur les avancées méthodologiques proposées par Wagstaff et al (1991).

Davoodi et al (2003), par une étude économétrique, abordent partiellement la question des dépenses de santé, mais sous l'angle particulier de l'analyse de la corrélation entre l'inégalité de distribution des dépenses de santé et l'accès moyen aux services de santé de la population et montrent qu'il y a souvent une corrélation positive entre des dépenses de santé réparties de manière moins inégalitaire et un meilleur accès aux services de santé pour la population. Les analyses précédentes sont formulées en termes d'inégalité plutôt que d'inéquité, or il est souhaitable d'aborder les questions distributives en matière de santé également sous l'angle de l'équité. Pour juger de l'équité des politiques de santé, il faut en particulier pouvoir évaluer si des individus présentant les mêmes besoins reçoivent les mêmes services publics de santé (concept d'équité horizontale). Les données rassemblées par Gwatkin et al (2007) permettent sur un certain nombre d'indicateurs, d'étudier l'accès aux soins en fonction de la richesse des ménages. Ces données permettent de conclure que les politiques de santé sont fortement inéquitables dans la plupart des pays en développement et en transition, et le sont souvent plus en Afrique et en Asie du sud qu'ailleurs. Castro (2006), par une étude empirique trouve des résultats validant les conclusions de Davoodi et al (2003). Il trouve que, pour l'Afrique avec 30% des dépenses du gouvernement qui bénéficient au quintile le plus aisé de la population, c'est-à-dire plus de deux fois et demie la part qui va au quintile le plus pauvre (12%). Au

Malawi, les maladies telles que la diarrhée, l'Infection Respiratoire Aiguë, la rougeole, le paludisme et la malnutrition représentent au moins 70% des maladies de l'enfant. Ce sont les enfants les plus pauvres qui en sont principalement atteints. Une étude effectuée entre 1994 et 2004, montre, par exemple que le principe d'équité verticale n'a pas été respecté : 60% des enfants atteints d'Infection Respiratoire Aiguë sont issus des familles pauvres alors que 70% des traitements contre l'Infection Respiratoire Aiguë sont administrés à des enfants issus de familles riches. On remarque ainsi qu'en 2004 la couverture vaccinale a diminué de 17% (par rapport à 1994) chez les enfants issus de familles pauvres (Zere et al, 2007).

Pour montrer les liens entre les dépenses de santé et l'équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en voie de développement, Berthélémy et Seban (2009) ont utilisé les indicateurs de concentration qui sont issus de l'étude de Gwatkin et al (2007) sur les conditions de santé, de nutrition et de population qui couvrent 52 pays et se focalisent sur la santé maternelle et infantile. Ces indicateurs sont : couverture vaccinale, traitement de la fièvre, traitement de la diarrhée, traitement d'infection respiratoire aiguë, visite de soins prénatale, assistance pour l'accouchement. Pour cela, ils ont mené des régressions dans le cadre d'un modèle à correction d'erreur, en mettant en relation les variables d'accès aux services de santé avec d'une part les dépenses totales de santé par tête et d'autre part les variables de richesses et d'éducation des mères par quintile. Ils ont donc constaté que les résultats diffèrent relativement peu pour un ensemble de 52 pays. Après avoir montré pour trois variables d'accès aux soins une relation significative avec les dépenses publiques de santé, ils ont testé si implicitement ces dépenses profitaient différemment aux différents quintiles. Berthélémy et Seban (2009) ont montré ainsi que les dépenses publiques de santé permettent d'améliorer un peu l'équité d'accès à la santé dans les structures publiques, mais que cet effet est tout à fait marginal. Selon eux l'accès à la santé est déterminé avant tout par la richesse des ménages et par le niveau d'éducation des mères.

Une enquête réalisée auprès des ménages béninois au début de l'année 1990 dans le cadre de l'organisation de l'initiative de Bamako nous apprend qu'un tiers de ceux souffrant de maladies et n'ayant pas utilisé les services de santé affirmait que cela était dû à des raisons financières. Au Bénin, les indigents utilisent moins les centres de santé que les autres (20% contre 26,3%) et sont plus indifférents (aucun ne recours aux soins) à leur maladie (Ouendo, Makoutode et al, 2005). En Côte d'Ivoire, Gobbers, (2002) a montré que 54% des malades les plus pauvres ont eu recours aux soins modernes contre 67,7% des malades les plus riches. Il

montre de plus que, pour les plus pauvres considérant leur maladie comme grave ou très grave, un tiers n'a pas eu accès à des soins modernes tandis que pour les autres catégories sociales, les taux varient de 16,3% à 24,4%. Dans un article publié au Bénin, Houeninvo (2013) a montré que les dépenses de santé des ménages constituent une barrière à l'accès aux services de santé.

## **Paragraphe 2 : Cadre méthodologique de l'étude**

### **A- Description de la base de données et de l'unité de recherche**

#### **1- Description de la base de données**

Les données que nous utilisons dans cette étude sont des données secondaires. Elles proviennent de la quatrième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) conduites par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) auprès des ménages au Bénin. Cette enquête réalisée de décembre 2011 à mars 2012 a visé un échantillon national de 18 000 ménages dans les 12 départements stratifiés en zone urbaine et rurale, sauf le département du littoral qui est une zone entièrement urbaine. Tous les membres des ménages tirés ont été identifiés à l'aide du questionnaire ménage. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans qui se trouvaient dans ces ménages ont été enquêtées individuellement. En outre, ces femmes de même que tous les enfants âgés de moins de 5 ans ont été mesurés et pesés dans un ménage sur trois, ils ont fourni un échantillon de sang pour estimer la prévalence de l'anémie, du paludisme, etc. De plus, dans un ménage sur trois ayant servi au test de sang chez les femmes et les enfants, tous les hommes de 15 à 64 ans ont également été enquêtés individuellement et testés pour le VIH. Cette base de données EDS est donc très fournie et serait idéale pour la réalisation d'une étude sur la santé au Bénin ; en occurrence, la santé de la mère et de l'enfant. Toutefois, l'enquête EDS, en dépit du fait qu'elle n'est pas une enquête purement économique, occulte certains aspects quantitatifs tels que, le revenu, la consommation et les dépenses des femmes enquêtés. Cette évidence a influé sur le choix du modèle économétrique utilisé dans cette étude

#### **2- Description de l'unité de recherche**

La base de données EDS offre la possibilité de faire des études sur la santé de la femme, de l'homme et de l'enfant. Nous choisissons dans cette étude d'étudier la santé de la femme plutôt que celle des hommes et des enfants parce que les informations recueillies auprès des femmes sont assez riches et indispensables pour le thème choisi. De même notre étude est orientée sur la femme parce qu'elle est au centre de la reproduction de la race humaine et de son bien-être. Par conséquent, opter pour l'amélioration de la santé féminine aurait des conséquences sur les autres couches de la population. La population mère de cette étude est donc l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 vivants au Bénin au moment de la réalisation de l'enquête. L'unité de recherche est le ménage.

### **B- Les outils d'analyse, le modèle, les variables, les conditions de validation des hypothèses et les résultats attendus**

#### **1-Les Outils d'analyse et le modèle**

##### **a- Les outils d'analyse**

Pour l'analyse des données, nous avons procédé à une analyse descriptive et à une analyse économétrique. Les statistiques descriptives sont l'ensemble des méthodes et des techniques permettant de présenter, de décrire et de résumer des données nombreuses et variées ; elles nous permettent de connaître les caractéristiques de notre échantillon. Le mode, la moyenne et la médiane sont des paramètres de tendance centrale. Ce sont des valeurs autour desquelles se répartissent les observations. Pour notre étude, l'analyse descriptive est réalisée à l'aide de tableaux, de graphiques ainsi que le calcul des probabilités et moyennes.

Quant à l'analyse économétrique, elle est exclusivement résumée à l'estimation du modèle logit, l'estimation des Odds ratio, l'estimation des effets marginaux des variables explicatives sur la variable dépendante ainsi que la réalisation de certains tests.

##### **b- Le modèle**

Nous construisons une variable qualitative représentant l'accessibilité financière de la femme âgée de 15 à 49 ans aux soins de santé. Cette variable binaire  $Y$  vaut 1 si la femme âgée de 15 à 49 ans a de grandes difficultés financières pour se soigner en cas de maladie, et 0 si elle ne l'a pas. On peut alors associer à cette variable  $Y_i$  une valeur  $Y_i^*$  qui correspond à son utilité, sa satisfaction lorsqu'elle choisit d'aller se faire soigner en cas de maladie. Cette variable  $Y_i^*$  dépend des caractéristiques sociales de la femme et de ses conditions existentielles (notées  $X_i$ ), et d'un terme d'erreur ( $u_i$ ), soit  $Y_i = \beta X_i + u_i$

Cette utilité est aléatoire du fait de la présence du terme d'erreur  $u_i$ . On peut alors définir un critère de choix pour l'individu : si l'utilité qu'il retire lorsqu'il accède aux soins de santé est supérieure à une certaine valeur ( $c$ ), il choisira d'y aller se faire soigner mais si son utilité est inférieure à cette valeur, il choisira de ne pas y aller.

Nous avons alors :

$$\begin{cases} Y_i = 1 \text{ si } Y_i^* > C \\ Y_i = 0 \text{ si } Y_i^* \leq C \end{cases} \quad \text{Avec } Y_i = 1 \text{ si la femme âgée de 15 à 49 ans a de grandes difficultés financières pour se soigner en cas de maladie, } Y_i = 0 \text{ si non}$$

La réalisation de  $Y_i$  (observable) provient d'un modèle sous-jacent exprimé par la variable latente (non observable)  $Y_i^*$ .

La règle de décision devient

$$\begin{cases} P(Y_i = 1) = P(X_i\beta + U_i > C) = 1 - P(U_i \leq C - X_i\beta) \\ P(Y_i = 0) = P(X_i\beta + U_i \leq C) = P(U_i \leq C - X_i\beta) \end{cases}$$

$P(Y_i=1)$  désigne la probabilité pour que la femme âgée de 15 à 49 ans ait de grandes difficultés financières de se soigner en cas de maladie et  $P(Y_i=0)$  la probabilité pour qu'elle l'ait pas.

Afin de calculer les probabilités, il est nécessaire de spécifier une distribution statistique pour les termes d'erreur ( $u_i$ ). Deux modèles sont généralement utilisés : supposer que le terme d'erreur suit une loi normale (ce qui nous conduit à utiliser le modèle probit) ou bien supposer qu'il suit une distribution logistique, ce qui nous conduirait à utiliser le modèle logit. Dans cette recherche, nous choisissons d'utiliser le modèle logit ; deux raisons justifient ce choix :

- premièrement, il s'agit ici de la capacité financière des femmes à accéder à un centre de santé, notamment, assurer le transport vers le centre de santé et les dépenses liées à leur traitement. Il s'agit donc de la logistique en matière de santé ;
- deuxièmement, le modèle logit est très utilisé dans le domaine médical, en épidémiologie, etc.

Toutefois les deux modèles (logit et probit) conduisent à des résultats statistiquement similaires.

Le modèle logit a les propriétés suivantes :

- Le terme d'erreur  $U$ , suit la loi logistique  $\square$  de moyenne 0 et d'écart type  $\pi^{2/3}$  c'est – à – dire  $\square \sim (0; \pi^{2/3})$
- La fonction de répartition est  $\square (X\beta) = \frac{\exp(X\beta)}{1+\exp(X\beta)}$

Comme la valeur seuil (c) peut-être normalisée à 0, et étant donné la distribution logistique, nous pouvons écrire les possibilités suivantes :

$$\begin{cases} P(Y_i = 1) = \frac{\exp X_i\beta}{1 + \exp(X_i\beta)} \\ P(Y_i = 0) = \frac{\exp(-X_i\beta)}{1 + \exp(-X_i\beta)} = \frac{1}{1 + \exp(X_i\beta)} \end{cases}$$

$P(Y_i = 1)$  désigne la probabilité pour que la femme âgée de 15 à 49 ans ait de grandes difficultés financières d'accéder aux soins de santé en cas de maladie et ;

$P(Y_i = 0)$  représente la probabilité pour qu'elle ne l'ait pas.

L'estimation du modèle logit repose sur la maximisation de la log-vraisemblance. La fonction vraisemblance s'écrit :

$$L(y, x, \beta) = \prod_{i=1}^N \left[ \frac{1}{1 + \exp(X_i\beta)} \right]^{1-y_i} \left[ \frac{\exp(X_i\beta)}{1 + \exp(X_i\beta)} \right]^{y_i}$$

En linéarisant la fonction de vraisemblance, on obtient la fonction log - vraisemblance comme suit :

$$\ln L(y, x, \beta) = - \sum_{i=1}^N \{ \ln[1 + \exp(x_i\beta)] - Y_i \cdot X_i\beta \}$$

La variable latente ( $Y^*$ ) peut-être modélisée comme suit :

$$AF = \alpha_0 + \alpha_1 TT + \alpha_2 EL + \alpha_3 RA + \alpha_4 TE + \alpha_5 RE + \alpha_6 CP + \alpha_7 MO + \alpha_8 SE + \alpha_9 Cp + \alpha_{10} SX + \alpha_{11} AG + \alpha_{12} NE + \alpha_{13} EM + \alpha_{14} MV + \alpha_{15} OC + \alpha_{16} OF + \alpha_{17} DEP + ui$$

-*TT* désigne le type de toilette existant dans le ménage de la femme enquêtée ;

-*EL* nous renseigne sur l'existence de l'énergie électrique dans le ménage de l'enquêté ;

-*RA* est une variable qui représente la possession ou non de radio par le ménage où vit la femme enquêtée et permet de voir si l'enquêtée a accès à l'information ;

## Equité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

---

-*TE* est une variable qui représente la possession de télévision par le ménage où vit la femme enquêtée et permet de savoir si l'enquêtée a accès à l'information ;

-*RE* désigne l'existence d'un réfrigérateur dans le ménage de l'enquêté ;

-*CP* variable qualitative qui nous permet de savoir si la femme a fait la consultation au cours de la grossesse passée

-*MO* désigne moto et est une variable qui nous renseigne sur la possession ou non de moto comme moyen de déplacement par le ménage où vit la femme enquêtée ;

-*Cp* variable qualitative qui nous permet de savoir si la femme a fait une consultation après le dernier accouchement

-*SE* représente la qualité de la source d'eau disponible dans le ménage de la femme enquêtée ;

-*SX* variable binaire représentant le sexe du chef de ménage

-*AG* variable continue représentant l'âge de l'enquêté ;

-*NE* représente le niveau d'étude de l'enquêté. Cette variable nous permet d'apprécier le rôle de l'éducation de la femme dans l'accès aux soins ;

-*EM* variable quantitative discrète représentant l'effectif du ménage de la femme enquêtée ;

-*MV* représente le milieu de résidence de l'enquêté ;

-*OC* représente l'occupation du chef du ménage de la femme enquêtée. Cette variable nous renseigne sur l'activité qu'exerce le chef de ménage ;

-*OF* variable qualitative représentant l'occupation de la femme enquêtée. Cette variable nous permet de capter l'effet de l'activité de la femme sur sa capacité financière à se soigner.

- *DEP* variable quantitative représentant la dépense de santé des ménages

### 2- Description des variables du modèle

Le tableau n°1 suivant présente une description des variables utilisées dans le modèle économétrique.

**Tableau n°1 : description des variables de l'étude**

Symbole de la variable	Description de la Variable	Modalités
<b>Variable expliquée</b>		
AF		Variable binaire :

## Equité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

	Accessibilité financière de la femme aux soins de santé	1 si la femme a de grandes difficultés financières de se soigner en cas de maladie 0 si non
<b>Variables explicatives</b>		
TT	Type de toilette	Variable binaire : 1 si le ménage où vit la femme dispose d'une toilette, 0 sinon
EL	Existence d'électricité	Variable binaire : 1 si le ménage où vit la femme dispose de l'électricité, 0 sinon
CP	Consultation prénatale	Variable binaire : 1 si la femme a fait la consultation prénatale, 0 sinon
Cp	Consultation postnatale	Variable binaire : 1 si la femme a fait la consultation postnatale, 0 sinon
DEP	Dépenses de santé du ménage	Variable quantitative
RA	Existence de la radio	Variable binaire : 1 si le ménage où vit la femme dispose de la radio, 0 sinon
TE	Existence de la télévision	Variable binaire : 1 si le ménage où vit la femme dispose de la télévision, 0 sinon
RE	Existence de réfrigérateur	Variable binaire : 1 si le ménage où vit la femme dispose d'un réfrigérateur, 0 sinon
SE	Source d'eau	Variable binaire : 1 si le ménage où vit la femme dispose d'une source d'eau améliorée, 0 sinon
MO	Existence de moto	Variable binaire : 1 si le ménage où vit la femme dispose d'une moto, 0 sinon
SX	Genre du Chef de ménage	Variable binaire : 1 si le Chef du ménage où vit la femme est une femme, 0 sinon
AG	Age de la femme	Variable qualitative multinomiale : 1 si la femme a entre 15 et 19 ans, 2 si la femme a entre 20 et 24 ans, *3 si la femme a entre 25 et 29 ans, 4 si la femme a entre 30 et 34 ans,

## Equité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

---

		5 si la femme a entre 35 et 39 ans, 6 si la femme a entre 40 et 44 ans, 7 si la femme a entre 45 et 49 ans
NE	Niveau d'étude le plus élevé de la femme enquêtée	Variable qualitative multinomiale : 0 si pas instruite 1 si niveau d'étude primaire, 2 si niveau d'étude secondaire, 3 si niveau d'étude supérieur
EM	Effectif du ménage où vit la femme enquêtée	Variable quantitative discrète : valeurs variant de 1 à 35
MV	Milieu de vie de la femme	Variable binaire : 1 si la femme vit en milieu urbain, 2 si elle vit en milieu rural
OF	Occupation de la femme enquêtée	Variable qualitative multinomiale : 0 si au chômage 1 si professionnelle ou assimilée, 2 si employée de bureau, 3 si commerçante, 4 si secteur agricole, 5 si activité de services, 6 si ouvrière, 7 si ménagère
OC	Occupation du chef de ménage de la femme enquêtée	Variable qualitative multinomiale : 0 si au chômage 1 si professionnel ou assimilé, 2 si employé de bureau, 3 si commerçant, 4 si secteur agricole, 5 si activité de services, 6 si ouvrier

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

## Chapitre 2 : présentation, analyse et discussion des résultats

### Section 1 : Caractéristiques sociales et accessibilité aux services de santé des femmes

#### Paragraphe 1 : Caractéristiques sociales des femmes de l'échantillon

##### A- Conditions de vie et niveau d'étude des femmes de l'échantillon

##### 1- Milieu de résidence, type de toilette et source d'eau

###### a- Milieu de résidence

Les femmes sont sélectionnées selon le milieu de résidence comme l'indique le tableau n° 2 suivant :

**Tableau n° 2 : Milieu de résidence des femmes de l'échantillon**

Type de milieu de résidence	Effectifs	Fréquence	Cumul
Urbain	7070	42, 59	42, 59
Rural	9529	57, 41	100, 00
Total	16 599	100, 00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

L'échantillon est donc composé de 57, 41% de femmes issues du milieu rural et 42, 59% de femmes issues du milieu urbain. Au Bénin, le milieu de résidence pourrait avoir un impact sur la santé de la femme dans la mesure où par exemple, en milieu rural, l'air est plus pur qu'en milieu urbain, en raison du fort taux de pollution atmosphérique de ce dernier. En revanche, l'accès géographique aux centres de santé pourrait être plus facile en milieu urbain, en raison du désenclavement des centres de santé facilité par l'existence de plusieurs routes, et du fort taux de couverture sanitaire dû au nombre élevé des centres de santé publics et surtout privés.

###### b- Existence de toilettes (latrines) dans les ménages des femmes de l'échantillon

Le tableau suivant (tableau n°3) présente les statistiques relatives à l'existence de toilettes dans les ménages des femmes de l'échantillon.

**Tableau n° 3 : Existence de toilettes**

Type de toilette	Effectifs	Fréquence	Cumul
<b>Le ménage possède de toilette en interne</b>	7 183	43, 25	43, 25
<b>Le ménage ne possède pas de toilette en interne</b>	9 416	56, 75	100, 00
<b>Total</b>	16 599	100, 00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

De ce tableau on retient que 7 183 ménages possèdent de toilette en interne soit 43, 25% contre 9 416 ménages qui n'en possèdent pas soit 56, 75%. En effet, la possession en interne par le ménage de toilettes (ou latrines) permet d'éviter les actes de défécation de matières fécales à l'air libre, sur des tas d'ordures ou dans la brousse, vecteurs de maladies telles que le choléra, etc. Cette forte proportion de femmes vivant dans des ménages ne possédant pas de toilettes (ou latrines) en interne serait due à plusieurs raisons telles que la pauvreté monétaire, les pratiques culturelles, etc.

**c- Source d'eau utilisée**

Le tableau suivant (tableau n°4) renseigne sur la source de l'eau utilisée par les ménages où vivent les femmes de l'échantillon

**Tableau n° 4 : Source d'eau utilisée par les ménages où vivent les femmes de l'échantillon**

Source d'eau	Effectifs	Fréquence	Cumul
<b>Source d'eau améliorée</b>	12 858	77, 47	77, 47
<b>Source d'eau non améliorée</b>	3 741	22, 53	100, 00
<b>Total</b>	16 599	100, 00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

Selon ce tableau, 12 858 femmes (soit 77, 47%) ont accès à une source d'eau améliorée contre 3 741 femmes qui n'y ont pas accès, soit 22, 53%. L'accès et la consommation d'eau potable est un facteur essentiel dans la lutte contre les maladies qui touchent le plus souvent les populations des zones lacustres ou enclavées. Ce tableau montre aussi que le problème d'accès de l'ensemble de la population béninoise à l'eau potable reste un défi à relever.

**2- Accès à l'électricité, possession de matériels électroménagers, de matériel roulant et effectif des ménages**

**a- Accès à l'électricité et possession de matériels électroménagers**

Le tableau suivant (tableau n°5) permet d'apprécier les conditions de vie des femmes de l'échantillon en matière d'accès à l'électricité et de possession de matériels électroménagers

**Tableau n° 5: Accès à l'électricité, à la radio, à la télévision et au réfrigérateur**

<b>Equipements</b>	<b>Accessibilité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Cumul</b>
<b>Electricité</b>	Le ménage n'en possède pas	10 507	63,30	63,30
	Le ménage en possède	6 092	36,70	100,00
<b>Radio</b>	La femme n'en possède pas	4 779	28,79	28,79
	La femme en possède	11 820	71,21	100,00
<b>Télévision</b>	Le ménage n'en possède pas	10 250	61,75	61,75
	Le ménage en possède	6 349	38,25	100,00
<b>Réfrigérateur</b>	Le ménage n'en possède pas	15 485	93,29	93,29
	Le ménage en possède	1 114	6,71	100,00

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

Selon ce tableau, seulement 6 092 femmes ont accès à l'électricité contre 10 409 ; soit un taux d'accès à l'électricité de 36,70%. Cela révèle le faible taux d'électrification des ménages au Bénin. Alors que 36,70% des ménages où vivent les femmes ont accès à l'électricité, 38,25% possèdent de télévisions et 71,21% de postes radio. Cela montre que pour informer la population béninoise, notamment les femmes, le moyen le plus efficace pour atteindre un grand nombre d'auditeurs est la radio. En effet, l'accès à l'information pourrait avoir un rôle crucial dans l'équité en matière de santé, étant donné que les informations transmises par les chaînes de radiotélévision en matière de prévention de certaines maladies, ou d'ouverture de nouveaux centres de santé s'adressent à tous les auditeurs (ou téléspectateurs), sans distinction.

Le tableau montre également que peu de femmes ont accès au réfrigérateur dans leurs ménages. Seulement 6,71% de femmes vivent dans des ménages disposant de réfrigérateur. Bien que la possession de réfrigérateur ne soit pas indispensable à la santé, elle favorise néanmoins la conservation de certains aliments contre certains microbes et pourrait réduire les dépenses de santé liées aux infections alimentaires.

### **b- Possession de matériel roulant et taille des ménages**

Dans cette partie, il sera présenté deux tableaux. Le tableau n° 6 présente la possession de matériel roulant par les ménages, le tableau n° 7 présente la taille des ménages.

#### **b.1- Possession de matériel roulant par les ménages**

La possession de matériels roulants permet de se déplacer à des fins utiles, notamment, rejoindre un centre de santé ou une pharmacie. A défaut d'en posséder, les moyens de transport en commun ou les taxi-moto permettent d'atteindre le même but, sans toutefois donner à l'utilisateur, le même niveau de satisfaction. Cette étude prend seulement le cas du matériel roulant à deux roues, étant donné qu'il est plus accessible à la population en termes de coût, contrairement aux automobiles. Sur les 16 599 ménages interviewés, 9 291 possèdent de motos soit un taux de 55,97% (voir tableau n°6 ci-dessous).

**Tableau n°6 : Possession de matériel roulant par les ménages**

Possession de motos/ scooter	Effectif	Pourcentage	Cumul
Le ménage n'en possède pas	7 308	44,03	44,03
Le ménage en possède	9 291	55,97	100,00
<b>Total</b>	16 599	100,00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

#### **b2- Effectifs des ménages où vivent les femmes de l'échantillon**

**Tableau n° 7 : Effectifs des ménages où vivent les femmes de l'échantillon**

Effectif du ménage	Effectif	Fréquence	Cumul
[1 ; 5]	7 302	43, 99	43, 99
[6 ; 10]	7 339	44, 21	88, 2

## Equité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

[11 ; 35]	1 958	11, 8	100, 00
<b>Total</b>	16 599	100,00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

Selon ce tableau 7 302 ménages (43, 99%) ont un effectif compris entre 1 et 5 membres, 7 339 ménages (44, 21%) ont un effectif compris entre 6 et 10 membres et 1 958 ménages (11, 8%) ont un effectif supérieur à 10 membres. Ce tableau permet de voir le nombre de personnes à la charge des chefs de ménage où vivent les femmes de l'échantillon. En effet, on pourrait penser que les dépenses de santé à supporter par le Chef de ménage évoluent en fonction de l'effectif du ménage.

### 3 – Niveau d'étude, âge et occupation des femmes, occupation des chefs de ménage

#### a- Niveau d'étude et âge des femmes de l'échantillon

##### a1- Niveau d'étude des femmes de l'échantillon

Le tableau n°8 suivant présente le niveau d'étude des femmes de l'échantillon.

**Tableau n° 8 : Niveau d'étude des femmes de l'échantillon**

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence	Cumul
N'a pas fréquenté	10 383	62,65	62,55
Niveau primaire	2 766	16,66	79,22
Niveau secondaire	3 219	19,39	98,61
Niveau tertiaire	231	1,39	100,00
<b>Total</b>	16 599	100,00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

L'observation de ce tableau montre qu'environ 62,55% des femmes n'ont pas fréquenté, 16,66% ont un niveau primaire, 19,39% ont un niveau secondaire et 1,39% ont un niveau supérieur (tertiaire). Cela montre le fort taux de femmes non scolarisées que regorge le Bénin. Le niveau d'étude atteint par la femme peut expliquer sa capacité à comprendre les différentes sensibilisations en matière santé. Une femme éduquée peut par exemple lire les notices des médicaments.

##### a2- Age des femmes de l'échantillon

Le tableau n°9 suivant présente la répartition par âge des femmes de l'échantillon.

**Tableau n°9: Répartition par âge des femmes de l'échantillon**

Age	Effectif	Fréquence	Cumul
15-19	2 922	17,60	17.60
20-24	2 820	16,99	34.59
25-29	3 147	18,96	53.55
30-34	2 720	16,39	69.94
35-39	2 185	13,16	83.10
40-44	1 667	10,04	93.14
45-49	1 138	6,86	100.00
<b>Total</b>	16 599	100.00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

Selon ce tableau, la classe de 15 à 19 ans constitue 17,60% des femmes enquêtées, celle de 20 à 24 ans regroupe 16,99% des observations, celle de 25 à 29 ans regroupe 18,96% des observations, celle de 30 à 34 ans regroupe 16,39% des observations. Les femmes ayant un âge compris dans les tranches d'âge de 35 à 39 ans, 40 à 44 ans et 45 à 49 ans respectivement, constituent 13,16%, 10,04% et 6,86% des femmes de l'échantillon. De même, on note que 93,14% des femmes sont âgées de moins de 44 ans, ce qui laisse penser que l'échantillon est relativement jeune, caractéristique de la population béninoise. En effet, le facteur âge pourrait influencer l'équité dans l'accès aux soins de santé, en ce sens que, la fréquence de maladie chez une femme jeune pourrait être inférieure à celle d'une femme en phase de vieillesse.

**b- Occupation des femmes de l'échantillon**

Le tableau n°10 présente l'occupation des femmes de l'échantillon

**Tableau n°10: Occupation de la femme**

Occupation de la femme	Effectifs	Fréquence	Cumul
Au chômage ou n'exerce aucune activité	6 981	42, 06	42, 06
Professionnelle et assimilée	311	1, 87	43, 93
Employée de bureau	150	0, 90	44,83
Commerce	2 810	16, 93	61,76
Agriculture	2 605	15, 69	77, 45
Services	2 710	16, 33	93, 78

## Equité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

<b>Ouvrières</b>	983	5, 92	99, 70
<b>Ménagères</b>	49	0, 30	100, 00
<b>Total</b>	16 599	100,00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

On retient de ce tableau que 6 981 femmes (42, 06% des femmes de l'échantillon) sont au chômage ou n'exerce aucune activité, contre 9618 femmes (57, 94% des femmes de l'échantillon) ayant une occupation au moment de réalisation de l'enquête. Lorsqu'on sait que l'emploi d'un individu détermine sa rémunération et ses capacités d'assumer ses charges, notamment celles relatives à la santé, on pourrait cibler ce facteur comme l'un des déterminants de l'accessibilité des femmes aux soins de santé

### Paragraphe 2 : Accessibilité aux services de santé des femmes de l'échantillon

#### A- Accessibilité aux consultations prénatales et postnatales

#### Tableau n° 11 : Réalisation des consultations prénatale et postnatale par les femmes de l'échantillon

Les consultations prénatale et postnatale sont très importantes au cours d'une grossesse. Le tableau suivant permet l'accès des femmes à ces différents soins.

consultations	Accessibilité	Effectif	Fréquence	Cumul
<b>prénatale</b>	N'ayant pas fait	8 350	91, 65	91,65
	Ayant fait	771	8, 35	100, 00
<b>postnatale</b>	N'ayant pas fait	4 694	51, 52	51, 52
	Ayant fait	4 417	48, 48	100, 00

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

Selon ce tableau, 91,65% des femmes (soit 8350 femmes) ne font pas de consultation prénatale. Ce faible taux de réalisation de consultations prénatales pourrait expliquer la hausse

du taux d'accouchements par césarienne au Bénin, et le nombre élevé de complications postnatales.

Sur les 9111 femmes mères de l'échantillon, seulement 4417 font des consultations postnatales, soit un taux de 48,48%. Ce taux légèrement inférieur à la moyenne, mais loin devant le taux de consultation prénatales (8,35%) pourrait s'expliquer par les complications postnatales, les vaccinations obligatoires de nouveaux nés, etc.

En ce qui concerne le rôle des moyens financiers de femmes enquêtées dans l'accès aux soins, le tableau suivant nous donne plus de précision

### **B- Accessibilité financière aux soins médicaux**

Le tableau suivant (tableau n°14) présente l'accessibilité financière aux soins médicaux des femmes de l'échantillon

**Tableau n° 12 : Accessibilité financière aux soins médicaux.**

<b>Avez-vous souvent des difficultés(ou problèmes) importants pour obtenir de l'argent nécessaire pour assurer vos dépenses de santé en cas de maladie ?</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Cumul</b>
<b>Problème d'argent important</b>	10 433	62,85	62,85
<b>Pas de problème d'argent important</b>	6 166	37,15	100,00
<b>Total</b>	16 599	100,00	

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

Sur les 16 599 femmes enquêtées, 10 433 ont de problème à obtenir de l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement en cas de maladies soit un taux de 62,85% ; 6 166 femmes n'ont pas de problèmes à obtenir de l'argent nécessaire pour se faire soigner soit un taux de 37,15%. Cela explique le niveau de pauvreté des femmes béninoises. La mise en place de politique d'insertion des femmes serait donc pertinente dans l'accès aux soins.

## Section 2 : Présentation des résultats

### Paragraphe 1 : Résultats de l'analyse économétrique

#### A-Résultats du modèle Logit et les tests du modèle

##### 1 - Résultats du modèle Logit

Les résultats de l'estimation se présentent comme suit :

**Tableau n° 13 : Résultat d'estimation du modèle Logit**

Log likelihood = - 10 506, 282  
 Nombre d'observations = 16 599  
 Pseudo R<sup>2</sup> = 0, 486  
 Prob > Khi 2 = 0, 0000

AF	Coef	STD, ERR	P >  z
TT	-0,4486135*	0,0426467	0,000
EL	-0,0563668	0,0506797	0,266
RA	-0,0823613*	0,0400212	0,040
TE	-0,158338*	0,049555	0,001
RE	0,2330038*	0,0508817	0,000
MO	-0,1162878*	0,0365557	0,001
SE	-0,0624211	0,0420034	0,137
SX	0,0505326	0,0460104	0,272
AG	-0,0161536	0,0103816	0,120
NE	-0,2064371*	0,0242686	0,000
EM	0,0034762	0,0084828	0,682
MV	0,0012683	0,0393203	0,974
CP	-0,0164886	0,0799854	0,837
Cp	-0,158818*	0,0394258	0,000
OC	0,0552743*	0,00964	0,000



Nous rejetons  $H_0$  si  $\text{prob} < 0,05$

Les résultats du test sont synthétisés à l'annexe n°4

La probabilité obtenue est : 0,9328

### **a.2- La courbe ROC**

Une seconde étape du test d'ajustement du modèle de Hosmer-Lemeshow consiste à représenter la courbe ROC qui fait une représentation graphique de la qualité discriminatoire du test pour différents seuils.

L'aire sous la courbe ROC est un estimateur de l'efficacité globale du modèle. Ainsi, pour une aire comprise entre :

0,90 et 1 ; on a une excellente discrimination

0,80 et 0,90 ; on a une bonne discrimination

0,70 et 0,80 ; faible discrimination

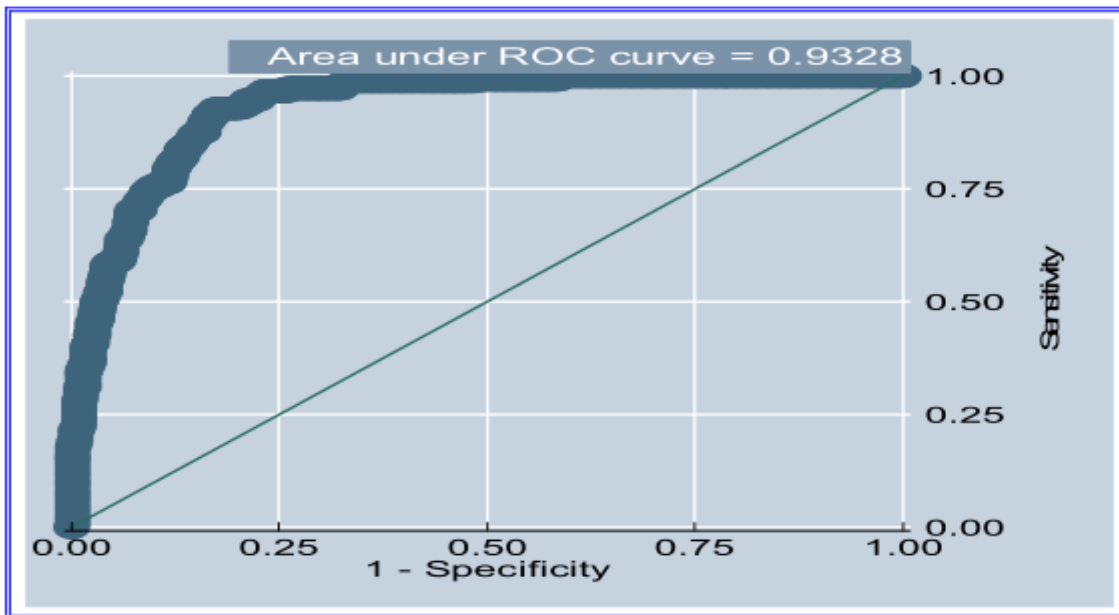
0,60 et 0,70 ; très faible discrimination

0,50 et 0,60 ; mauvaise discrimination

Graphiquement, plus la courbe s'écarte de la bissectrice, meilleure est la discrimination et donc meilleur est le modèle (Cahuzac et Bontemps, 2008).

Dans notre cas, l'aire sous la courbe ROC (Area Under ROC Curve) mesure 0,9328. Nous avons donc une excellente discrimination (voir graphique suivant)

### **Graphique : Courbe ROC d'ajustement global du modèle**



Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

### **b-Test de Wald sur les variables**

Nous avons aussi testé la signification des coefficients obtenus pour chaque variable explicative au test de Wald. Cela revient à tester l'hypothèse suivante :

$$\begin{cases} H_0 : \alpha_i = 0 \\ \quad \text{Vs} \quad ; \alpha_i \text{ étant le paramètre estimé} \\ H_1 : \alpha_i \neq 0 \end{cases}$$

C'est donc un test de nullité des paramètres.

Si  $\text{prob} < 0,05$  le seuil de confiance de 5%, on rejette  $H_0$ . Dans le cas contraire, on accepte  $H_0$  et on dira que le paramètre est significativement différent de 0 au seuil choisi.

## **B - Significativité des paramètres estimés**

### **1-Zone de résidence, possession d'équipements électroménagers et niveau d'étude des femmes de l'échantillon**

La zone de résidence a un effet significativement positif dans le modèle. Plus la femme vit dans un milieu proche des grandes villes plus sa chance d'avoir accès aux soins s'accroît. Ainsi vivre en milieu rural impacte négativement l'accès aux soins. En effet au Bénin, les milieux ruraux sont parsemés par plusieurs difficultés : faiblesse des revenus des individus, infrastructures sanitaires inexistantes et autres. En milieu urbain, ces contraintes ne sont pas aiguës ce qui justifie cette faible probabilité de femmes vivant en milieu rural à avoir accès aux soins comparativement à une femme vivant en milieu urbain.

L'accès aux soins de santé est négativement corrélé à la possession de certains équipements (type de toilette, électricité, radio, télévision). En effet avoir accès aux soins de santé par la femme ne nécessite pas la possession d'équipements électroménagers.

Le niveau d'éducation n'a pas une influence significativement positive sur la probabilité d'avoir accès aux soins de santé. Ceci se justifie par le fait qu'avoir accès aux soins de santé ne nécessite pas d'être lettré.

### **2- Genre et occupation du chef de ménage, âge et occupation de la femme**

Etre du genre féminin ou masculin a un effet significativement positif sur l'accès aux soins de santé. De même, l'occupation du chef de ménage influence positivement l'accès de la femme aux soins de santé. En effet, l'occupation du chef de ménage déterminera son revenu et son aisance à envoyer les membres du ménage aux soins de santé. De même, celle de la femme facilitera son accès aux soins de santé.

### **3- Dépenses totales moyennes de santé du ménage, la taille du ménage et la source d'eau utilisée**

L'analyse du coefficient estimé des dépenses totales moyennes de santé du ménage montre qu'elles ont un effet significativement positif dans l'accès aux soins de santé des femmes. De même, la taille du ménage est en corrélation positive avec l'accès des femmes aux soins de santé. Quant à la source d'eau utilisée par le ménage où vit la femme enquêtée, l'analyse de son coefficient montre qu'elle est en relation négative avec l'accès aux soins de santé des femmes.

**Paragraphe 2 : Analyse des effets marginaux, Odds Ratios, validation des hypothèses et recommandations**

**A-Analyse des effets marginaux et Odds Ratios**

**1- Analyse des effets marginaux**

Dans les modèles binaires en général et particulièrement dans le modèle logit, la valeur numérique des coefficients estimés n'a pas grand intérêt, seul le signe nous informe dans quel sens la probabilité va évoluer. Il serait intéressant de voir l'effet individuel qu'exerce chaque variable significative sur la probabilité d'accéder aux soins de santé et d'identifier la variable qui a plus d'influence sur cette probabilité. Nous estimons à cet effet les effets marginaux de ces variables récapitulés dans le tableau suivant :

**Tableau n<sup>o</sup> 14 : Effets marginaux des variables du modèle logit**

<b>VARIABLES</b>	<b>EFFETS MARGINAUX (DY/DX)</b>
<b>TT</b>	-0, 1045*
<b>EL</b>	-0, 1307
<b>RA</b>	-0, 0191*
<b>TE</b>	-0, 3672*
<b>RE</b>	0, 0540*
<b>MO</b>	-0, 0269*
<b>SE</b>	-0, 0144
<b>SX</b>	0, 0117
<b>AG</b>	-0, 0037
<b>NE</b>	-0, 0478*
<b>EM</b>	0, 0008
<b>MV</b>	0, 0002
<b>CP</b>	-0, 0038
<b>Cp</b>	-0, 0371*

<b>OC</b>	0,0128*
<b>OF</b>	0,0067*
<b>DEP</b>	3,68 e-08

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

L'analyse des effets marginaux obtenus indiquent que la probabilité pour qu'une femme accède aux soins de santé diminue de 3,75% lorsque son âge augmente de 1% ceteris paribus, elle diminue de 47,87% lorsque la femme a un niveau d'étude donné. Ceci s'explique par la grande proportion de femme non instruite et le fort taux de chômage existant au Bénin. De même, les résultats ont montré que le type de toilette utilisé par le ménage, la possession de radio, la possession de télévision, la possession de moto défavorisent respectivement à hauteur de 10%, 1,9%, 36,7% et de 2,69% contrairement aux femmes qui n'en possèdent pas. De plus, l'analyse décèle aussi que lorsque la femme possède un réfrigérateur, l'accès aux soins est amélioré de 5,4%. On note également que l'occupation du chef de ménage, et l'occupation de la femme font augmenter respectivement de 1,28% et de 0,67% la probabilité de la femme à accéder aux soins.

## **2 - Analyse des Odds Ratios ou rapport de côtes**

Les Odds ratios (OR) représentent une manière simple d'interpréter les coefficients estimés.

L'OR de  $Y = 1$  pour un  $X$  donné s'écrit :

$$OR(X) = \frac{P_r(Y=1|X)}{P_r(Y=0|X)} = \frac{P_r(Y=1|X)}{1-P_r(Y=1|X)}$$

Ainsi, si  $P_r(Y = 1|X) = 0,5$  ; le OR est de 1, c'est-à-dire que l'on a autant de chances de connaître l'événement que de ne pas le connaître. Par contre si  $P_r(Y = 1|X) = 0,75$  c'est-à-dire  $OR = 3$ , on a trois fois de chances que l'événement  $Y = 1$  se produise plutôt que  $Y = 0$ .

Dans notre cas (modèle Logit), compte tenu de l'écriture de  $P_r(Y = 1|X)$ , ce rapport s'écrit :  $OR(X) = \exp(X_b)$ , ce qui correspond à des coefficients exponentiés.

L'annexe n° 3 présente les Odds ratio des variables du modèle. L'Odds ratio obtenu pour la variable représentant le niveau d'étude montre que la probabilité d'avoir accès aux soins augmente de 81,34% pour la femme scolarisée contrairement à celle non scolarisée.

Pour la variable représentant le type de toilette utilisée par la femme, la probabilité d'avoir accès aux soins augmente de 63, 85% pour la femme qui possède une toilette améliorée contrairement à celle qui n'en possède pas.

En ce qui concerne la condition de vie de la femme, la possession de radio, de télévision, de moto, de réfrigérateur impactent respectivement la probabilité d'avoir accès aux soins de 92, 09%, 85, 35%, 89, 02% et 126, 23% contrairement à celle qui n'en possède pas.

Par ailleurs, l'occupation de la femme, l'occupation du chef du ménage où vit la femme augmentent respectivement de 102, 96% et 105, 63% la probabilité d'avoir accès aux soins.

Enfin pour la variable âge, l'OR obtenu est de 0, 9839, ce qui peut également s'écrire sous forme de pourcentage, soit  $100 (0, 9839 - 1) = -1, 61\%$ . Ainsi une année supplémentaire diminue la probabilité d'avoir accès aux soins de 1, 61% comparativement à la probabilité de n'avoir pas accès aux soins.

### **B- Discussion des résultats, limites de l'étude et suggestions**

#### **1- Discussion des résultats**

Afin de vérifier l'hypothèse n° 1 selon laquelle au Bénin, les femmes vivant en milieu urbain ont mieux accès aux centres de santé que celle vivant en milieu rural, nous nous sommes intéressés à deux éléments que nous avons jugés importants : le milieu de résidence et l'existence ou non de difficultés financières d'accès aux soins de santé des femmes de l'échantillon. Ce qui nous permet d'avoir le tableau croisé suivant :

**Tableau n° 15 : Effet de l'accessibilité financière en référence au milieu de résidence de la femme enquêtée.**

Difficultés financières pour obtenir de conseils ou de traitements	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
<b>Problème important</b>	4 017	6 416	10 433
<b>Pas de problème important</b>	3 053	3 113	6 166
<b>Total</b>	7 070	9 529	16 599

Source : Auteurs, à partir des données EDSB 2011

L'analyse de ce tableau montre que, vivre en milieu rural, urbain ou périurbain semble influencer la probabilité d'accéder aux soins de santé. En effet, 4 017 femmes vivant en

milieu urbain ont de problèmes importants pour obtenir de l'argent pour le conseil ou le traitement contre 6 416 femmes vivant en milieu rural et 3 053 femmes vivant en milieu urbain n'ont pas de problèmes importants contre 3 113 femmes vivant en milieu rural. Ces effectifs montrent que les femmes vivant en milieu urbain n'ont pas autant de difficultés pour accéder aux soins de santé, comparativement aux femmes vivant en milieu rural.

Ce tableau montre donc que l'effectif des femmes vivant en milieu rural et ayant de difficultés financières d'accès aux soins de santé est supérieur à celui des femmes vivant en milieu urbain et ayant des difficultés financières. L'hypothèse n° 1 selon laquelle au Bénin, les femmes vivant en milieu urbain ont mieux accès aux soins de santé que les femmes vivant en milieu rural est donc acceptée.

Comme mentionné un peu plus haut, la vérification de l'hypothèse n°2 selon laquelle les conditions de vie des femmes et leurs caractéristiques sociales influencent leur accessibilité financière aux soins de santé, passe par la spécification d'un modèle Logit.

Les résultats du modèle ont montré que les variables type de toilette, possession de radio, de télévision, de réfrigérateur, de moto sont significatives et des variables représentant les caractéristiques sociales des femmes (niveau d'étude le plus élevé de la femme, l'occupation du chef de ménage et l'occupation de la femme) sont significativement différents de zéro. Ce qui nous conduit à accepter l'hypothèse n° 2 selon laquelle, les conditions de vie des femmes et leurs caractéristiques sociales influencent leur capacité d'avoir accès aux soins de santé.

## **2- Limites de l'étude et suggestions**

### **a- Limites de l'étude**

Cette étude présente quelques limites relatives à la base de données utilisée. Cette recherche mérite d'être complétée par une enquête plus approfondie qui prendra en compte toutes les limites de celle-ci. Il serait plus précis de faire cette étude en utilisant aussi comme variable explicative, le revenu de la femme et sa consommation. Malheureusement, cette base de données ne fournit pas ces informations

De même, l'analyse que nous avons présentée dans cette étude reste partielle. Nous n'avons abordé que la question de l'accès aux services de santé maternelle et il serait utile que d'autres études s'intéressent aux autres aspects de la santé. On pourrait aussi faire cette étude en

travaillant sur la santé infantile puisque les enfants constituent aussi une tranche vulnérable de la population.

### **b- Suggestions**

Il nous semble très important d'attirer l'attention des autorités gouvernementales sur des mesures concrètes à mettre en œuvre dans la conduite des politiques sanitaires. Nos recommandations vont donc s'articuler autour des propositions suivantes :

-augmenter le budget alloué au secteur de la santé et la subvention accordée aux établissements des soins hospitaliers par l'Etat et ses partenaires pour réduire les coûts de production des biens et services médicaux et ainsi minimiser les risques d'exclusion financières des femmes ;

-renouveler et accroître les infrastructures de santé par la construction et l'équipement de nouveaux hôpitaux surtout dans les milieux ruraux ;

-renforcer la couverture sanitaire pour garantir l'accessibilité physique, géographique des femmes aux services de santé tout en corrigeant les disparités interrégionales et en veillant à l'accès équitable à ces services ;

-encourager les ONG à vocation sanitaire dans la sensibilisation des populations afin qu'elles prennent conscience du bien-fondé d'une meilleure santé autour de soi.

- Les autorités doivent veiller au renforcement des capacités et des compétences des acteurs du secteur de la santé car leur renforcement permet de combler les attentes des patients et donc des femmes. Il permet de réduire le taux de morbidité et peut donc inciter les populations à fréquenter plus de centre de santé.

- Promouvoir l'éducation des filles car des efforts d'éducation des filles pourraient notamment s'ils étaient ciblés sur les populations pauvres avoir un effet quantitativement très important d'amélioration de la santé maternelle.

Il revient donc aux autorités de souligner l'importance d'une bonne gestion des équipements car des établissements de santé bien gérés sont un élément de base de la réussite des politiques d'utilisation des services médicaux. Si celles-ci ne s'accompagnent pas d'améliorations dans l'entretien des établissements et la fourniture des services, les taux d'utilisation des services de santé ont toutes les chances de baisser.

### **Conclusion générale**

Au terme de cette réflexion sur l'étude de l'équité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin, nous pouvons affirmer que les autorités béninoises doivent accorder une attention beaucoup plus accentuée aux différents facteurs capables d'améliorer l'équité dans l'accès aux services de santé des femmes.

A l'aide d'un modèle logit, nous avons montré que les conditions de vie des femmes (type de toilette, possession de radio, de réfrigérateur) et leurs caractéristiques sociales (niveau d'étude, occupation de la femme, occupation du chef de ménage) influencent leurs accès aux soins de santé. Nous avons retenu qu'il faille faire un grand effort dans l'organisation du système sanitaire en vue de permettre une meilleure répartition des centres de santé sur le territoire national. Les autorités béninoises doivent aussi agir sur le plan social en matière de santé en vue d'inciter les femmes à se soigner très rapidement en cas de maladie. En effet, au Bénin, les femmes constituent plus de 50% de la population béninoise. Elles sont donc au centre de l'humanisme, accroître donc leur capacité aux centres de santé permettra d'assurer un développement démographique et par suite de la main d'œuvre.

Enfin, il est important de souligner que les femmes ont une grande partition dans le développement socio-économique du Bénin.

## Références bibliographiques

- BERTHELEMY J-C. (2008), Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté. Comptes rendus de l'Académie des sciences, sections Biologies, pp 331, 903-918.
- BERTHELEMY J-C. et SEBAN J. (2009), « Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement », Revue d'économie de développement 2009/1, Vol 17, pp 33-71
- CAHUZAC E. et BONTEMPS C. (2008), Stata par la pratique : Statistiques, graphiques et éléments de programmation, pp 254.
- CASTRO-LEAL et al (2000), les dépenses publiques relatives aux soins de santé en Afrique : les pauvres en profitent-ils ?, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 78, pp 66 – 74.
- DAVOODI et al (2003), How useful are Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending ? International Monetary Fund working paper 03/227
- DOURGNON et al (2001), « l'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? », question d'économie de la santé, IRDES 43
- GOBBERS D. (2002) « L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'ouest. » Actualité et dossier en santé publique, pp 71-78
- GWATKIN D. R. et al (2007), « Socioeconomic differences in health, nutrition and population within developing countries-An overview, washington DC, the World Bank.
- HOUENINVO G. H. (2013), « Dépenses en santé et appauvrissement des ménages au Bénin »
- MORRISSON C. (2002), « santé, éducation et réduction de la pauvreté » cahier de politique économique n<sup>o</sup> 19, centre de developpement de l'OCDE, Paris.
- OMS (2001) « rapport de la commission macroéconomie et santé : santé, croissance t réduction de la pauvreté », pp 5-12 et 23-42
- OMS (2004), « Rapport sur la santé dans le monde »

- OMS (2005), « Action on the social determinants of health : learning from previous experiences » dans report of commission on social determinants of health.
- OUENDO, MAKOUTODE et al (2005), « Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (pauvreté et soins de santé), Irap Int Health, pp 179-186
- PINEAULT ET DAVELUY (1993), « la planification de la santé » ARC, Québec, pp 18-29
- ROCHAIX L. et TUBEUF S. (2009), « Mesures de l'équité en santé : fondements éthiques et implications » Revue économique, vol 60, N<sup>o</sup> 2, pp 325-344
- WAGSTAFF A. et al 1991), on the measurement of inequalities health. Social science and medicine pp 545-557
- ZERE et al (2007), Equity in health and health care in malawi : Analysis of trends, BMS public health V.7

## Table des matières

Dédicaces.....	ii
Dédicaces.....	iii
Remerciements .....	iv
Sigles et abréviations.....	v
Liste des tableaux .....	vi
Graphique.....	vii
Liste des annexes.....	viii
Sommaire .....	ix
Résumé.....	x
Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : Cadre institutionnel, théorique et méthodologique de l'étude .....	3
Section 1 : Cadre institutionnel de l'étude.....	3
Paragraphe 1 : Historique, missions et attributions.....	3
A- Historique.....	3
B- Missions et attributions de l'INSAE.....	4
Paragraphe 2: Organisation de l'INSAE .....	5
A- Le Conseil d'administration et le Comité de Direction .....	5
1- Le Conseil d'Administration .....	5
2 - Le Comité de direction .....	6
B- La Direction générale et la Direction des Statistiques Sociales (DSS).....	6
1- La Direction Générale.....	6
2- la Direction des Statistiques Sociales (DSS).....	7
Section 2 : cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	8
Paragraphe 1 : cadre théorique de l'étude .....	8
A- Problématique, objectifs et hypothèses.....	8
1-Problématique de l'étude .....	8
2- Objectifs et hypothèses.....	10
a- Objectifs de l'étude .....	10
b- Hypothèses de recherche .....	10

# Équité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

---

B- Revue de littérature .....	11
1- Littérature théorique sur l'équité dans l'accès aux services de santé .....	11
a- Les Définition des concepts.....	11
b- Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé .....	12
2- Littérature empirique sur l'équité dans l'accès aux services de santé .....	13
Paragraphe 2 : Cadre méthodologique de l'étude .....	16
A- Description de la base de données et de l'unité de recherche .....	16
1- Description de la base de données .....	16
2- Description de l'unité de recherche.....	16
B- Les outils d'analyse, le modèle, les variables, les conditions de validation des hypothèses et les résultats attendus .....	17
1- Les Outils d'analyse et le modèle.....	17
a- Les outils d'analyse.....	17
b- Le modèle.....	17
2- Description des variables du modèle .....	20
Tableau n°1 : description des variables de l'étude .....	20
Chapitre 2 : présentation, analyse et discussion des résultats .....	23
Section 1 : Caractéristiques sociales et accessibilité aux services de santé des femmes .....	23
Paragraphe 1 : Caractéristiques sociales des femmes de l'échantillon .....	23
A- Conditions de vie et niveau d'étude des femmes de l'échantillon.....	23
1- Milieu de résidence, type de toilette et source d'eau .....	23
a- Milieu de résidence .....	23
Tableau n° 2 : Milieu de résidence des femmes de l'échantillon.....	23
b- Existence de toilettes (latrines) dans les ménages des femmes de l'échantillon .....	23
Tableau n° 3 : Existence de toilettes.....	24
c- Source d'eau utilisée .....	24
Tableau n° 4 : Source d'eau utilisée par les ménages où vivent les femmes de l'échantillon .....	24
2- Accès à l'électricité, possession de matériels électroménagers, de matériel roulant et effectif des ménages .....	25
a- Accès à l'électricité et possession de matériels électroménagers.....	25
Tableau n° 5: Accès à l'électricité, à la radio, à la télévision et au réfrigérateur .....	25
b- Possession de matériel roulant et taille des ménages.....	26
b.1- Possession de matériel roulant par les ménages.....	26
Tableau n°6 : Possession de matériel roulant par les ménages .....	26

b2- Effectifs des ménages où vivent les femmes de l'échantillon .....	26
Tableau n°7 : Effectifs des ménages où vivent les femmes de l'échantillon .....	26
3 – Niveau d'étude, âge et occupation des femmes, occupation des chefs de ménage .....	27
a- Niveau d'étude et âge des femmes de l'échantillon .....	27
a1- Niveau d'étude des femmes de l'échantillon.....	27
Tableau n°8 : Niveau d'étude des femmes de l'échantillon .....	27
a2- Age des femmes de l'échantillon .....	27
Tableau n°9: Répartition par âge des femmes de l'échantillon.....	28
b- Occupation des femmes de l'échantillon.....	28
Tableau n°10: Occupation de la femme .....	28
Paragraphe 2 : Accessibilité aux services de santé des femmes de l'échantillon .....	29
A- Accessibilité aux consultations prénatales et postnatales .....	29
Tableau n°11 : Réalisation des consultations prénatale et postnatale par les femmes de l'échantillon .....	29
B- Accessibilité financière aux soins médicaux .....	30
Tableau n°12 : Accessibilité financière aux soins médicaux .....	30
Section 2 : Présentation des résultats .....	31
Paragraphe 1 : Résultats de l'analyse économétrique.....	31
A-Résultats du modèle Logit et les tests du modèle .....	31
1 - Résultats du modèle Logit.....	31
Tableau n°13 : Résultat d'estimation du modèle Logit.....	31
2- Tests du modèle et les paramètres spécifiés .....	32
a-Test d'ajustement du modèle de Hosmer-Lemeshow et la courbe ROC .....	32
a.1- Test d'ajustement du modèle de Hosmer-Lemeshow .....	32
a.2- La courbe ROC .....	33
Graphique : Courbe ROC d'ajustement global du modèle .....	33
b-Test de Wald sur les variables.....	34
B - Significativité des paramètres estimés .....	35
1-Zone de résidence, possession d'équipements électroménagers et niveau d'étude des femmes de l'échantillon .....	35
2- Genre et occupation du chef de ménage, âge et occupation de la femme.....	35
3- Dépenses totales moyennes de santé du ménage, la taille du ménage et la source d'eau utilisée. 35	
Paragraphe 2 : Analyse des effets marginaux, Odds Ratios, validation des hypothèses et recommandations .....	36

## Equité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

---

A-Analyse des effets marginaux et Odds Ratios.....	36
1- Analyse des effets marginaux .....	36
Tableau n <sup>o</sup> 14 : Effets marginaux des variables du modèle logit .....	36
2 - Analyse des Odds Ratios ou rapport de côtes.....	37
B- Discussion des résultats, limites de l'étude et suggestions .....	38
1- Discussion des résultats .....	38
Tableau n <sup>o</sup> 15 : Effet de l'accessibilité financière en référence au milieu de résidence de la femme enquêtée. ....	38
2- Limites de l'étude et suggestions.....	39
a- Limites de l'étude .....	39
b- Suggestions .....	40
Conclusion générale .....	41
Références bibliographiques.....	42
Table des matières .....	44
Annexe 1 : Estimation brute du modèle logit .....	48
Annexe 2 : Estimation des effets marginaux.....	48
Annexe 3 :Odds ratio des variables du modèle.....	49
Annexe 4 : Test d'ajustement du modèle .....	49



(\*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

### Annexe 3 : Odds ratio des variables du modèle

. logit AF TT EL RA TE RE MO SE SX AG NE EM MV CP Cp OC OF DEP, or

Iteration 0: log likelihood = -10950.899  
 Iteration 1: log likelihood = -10507.585  
 Iteration 2: log likelihood = -10506.288  
 Iteration 3: log likelihood = -10506.287

Logistic regression	Number of obs	=	16599
	LR chi2(17)	=	889.22
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -10506.287	Pseudo R2	=	0.486

	AF	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
	TT	.6385129	.0272305	-10.52	0.000	.5873118 .6941776
	EL	.9451924	.0479021	-1.11	0.266	.8558182 1.0439
	RA	.9209392	.0368571	-2.06	0.040	.8514611 .9960865
	TE	.8535613	.0422982	-3.20	0.001	.774557 .9406239
	RE	1.262386	.0642323	4.58	0.000	1.142567 1.394771
MO	.890219	.0325426	-3.18	0.001	.828668	.9563417
SE	.9394872	.0394616	-1.49	0.137	.8652419	1.020103
	SX	1.051831	.0483951	1.10	0.272	.9611295 1.151092
	AG	.9839762	.0102153	-1.56	0.120	.9641569 1.004203
	NE	.8134774	.019742	-8.51	0.000	.7756897 .8531059
	EM	1.003482	.0085124	0.41	0.682	.9869362 1.020306
	MV	1.001269	.0393702	0.03	0.974	.9270034 1.081484
	CP	.9836466	.0786774	-0.21	0.837	.8409213 1.150596
	Cp	.8531516	.0336362	-4.03	0.000	.7897087 .9216913
	OC	1.05683	.0101879	5.73	0.000	1.03705 1.076988
	OF	1.029648	.0081173	3.71	0.000	1.013861 1.045681
	DEP	1	1.80e-07	0.88	0.379	.9999998 1.000001
	_cons	2.025394	.4145848	3.45	0.001	1.356045 3.025136

### Annexe 4 : Test d'ajustement du modèle

Logistic model for AF

Classified	True		Total
	D	-D	
+	9204	4621	13825
-	1229	1545	2774
Total	10433	6166	16599

Classified + if predicted Pr(D) >= .5  
 True D defined as AF != 0

Sensitivity	Pr(+ D)	88.22%
Specificity	Pr(- -D)	25.06%
Positive predictive value	Pr(D +)	86.58%
Negative predictive value	Pr(-D -)	55.70%
False + rate for true -D	Pr(+ -D)	74.94%
False - rate for true D	Pr(- D)	11.78%
False + rate for classified +	Pr(-D +)	33.42%

## Equité dans l'accès des femmes aux services de santé au Bénin

---

False - rate for classi fi ed - Pr( D  -)	44.30%
-----	-----
Correctly classi fi ed	93.28%
-----	-----