

Gradients sociaux du recours aux soins dans la population de Natitingou (Bénin) en 2025

Yeni M'po Florent

Unité de santé publique de la Faculté des Sciences de la santé (FSS),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Bénin

Houeto David

Faculté de médecine, Université de Parakou (UP), Bénin

Tokpanoude C. N. Ignace

Djossou Sègnon Eurydice Elvire

Unité de santé publique de la Faculté des Sciences de la santé (FSS),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Bénin
Association des Médecins Communautaires du Bénin (AMCB), Bénin

Zinsalo Senan Lorens

Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la
Santé et de l'Éducation (IFRISSE), Burkina Faso

N'tcha Jules Ponti

École Nationale Supérieure de Statistique, de Planification et de
Démographie (ENSPD), Université de Parakou (UP), Bénin

Akpovi Enangnon Hilaire

Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), Bénin

Georgia Damien Barikissou

Géraud Padonou

Aguemon Badirou

Unité de santé publique de la Faculté des Sciences de la santé (FSS),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Bénin

Approved: 07 September 2026

Posted: 09 September 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Yeni M'po, F., Houeto, D., Tokpanoude, C.N.I., Djossou Sègnon, E.E., Zinsalo, S.L., N'tcha, J.P., Akpovi, E.H., Barikissou, G.D., Padonou, G., & Aguemon, B. (2026). *Gradients sociaux du recours aux soins dans la population de Natitingou (Bénin) en 2025*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.9.2026.p302>

Résumé

Introduction : Au Bénin, peu d'études ont exploré les gradients sociaux du recours aux soins au niveau communautaire. Notre étude vise à

décrire les gradients sociaux du recours aux soins dans la commune de Natitingou, en analysant leur variation selon les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, environnementales et les facteurs liés au système de santé.

Méthodes : Une étude transversale descriptive a été réalisée du 22 novembre au 23 décembre 2025 auprès de 510 ménages sélectionnés par un sondage probabiliste en grappes à deux degrés. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré administré aux chefs de ménage ou à un représentant adulte. Les variables étudiées portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, environnementales, les comportements de santé ainsi que les facteurs liés à l'organisation des soins. Les analyses descriptives ont été réalisées avec le logiciel R.

Résultats : Au total, 510 ménages ont été inclus dans l'étude. Le recours aux soins concernait 72,35 % des ménages. Il variait significativement selon la profession ($F = 11,047$; $p < 0,001$), le niveau d'instruction ($F = 5,656$; $p = 0,004$), le type de ménage ($F = 11,345$; $p = 0,002$), la taille du ménage ($F = 7,391$; $p = 0,001$) et le statut socioéconomique ($F = 6,302$; $p = 0,018$). Des associations significatives étaient également observées avec certaines caractéristiques environnementales, notamment la propreté du ménage ($F = 5,017$; $p = 0,033$), la présence de latrines ($F = 15,063$; $p < 0,001$), le type d'habitat ($F = 18,261$; $p < 0,001$) et la pratique de l'activité physique ($F = 19,272$; $p < 0,001$). Parmi les facteurs liés au système de santé, le temps de trajet domicile–structure sanitaire ($F = 5,131$; $p = 0,009$), le type de formation sanitaire de premier recours ($F = 17,665$; $p < 0,001$), le professionnel assurant le premier accueil ($F = 5,776$; $p = 0,002$) et la perception de l'équité dans la répartition des ressources sanitaires ($F = 55,888$; $p < 0,001$) étaient significativement associés au recours aux soins.

Conclusion : Le recours aux soins à Natitingou est socialement différencié et influencé par les conditions de vie, la situation socioéconomique, l'environnement et certaines caractéristiques du système de santé.

Mots-clés : Recours aux soins ; Gradients sociaux ; Déterminants sociaux de la santé ; Inégalités sociales de santé ; Équité en santé ; Bénin

Social Gradients in Healthcare-Seeking Behavior in the Population of Natitingou (Benin) in 2025

Yeni M'po Florent

Public Health Unit, Faculty of Health Sciences (FSS),
University of Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Benin

Houeto David

Faculty of Medicine, University of Parakou (UP), Benin

Tokpanoude C. N. Ignace

Djossou Sègnon Eurydice Elvire

Public Health Unit, Faculty of Health Sciences (FSS),
University of Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Benin
Association of Community Physicians of Benin (AMCB), Benin

Zinsalo Senan Lorens

Institute for Interdisciplinary Training and Research in Health Sciences and
Education (IFRISSE), Burkina Faso

N'tcha Jules Ponti

National Higher School of Statistics, Planning and Demography (ENSPD),
University of Parakou (UP), Benin

Akpovi Enangnon Hilaire

African Center for Higher Studies in Management (CESAG), Benin

Georgia Damien Barikissou

Géraud Padonou

Aguemon Badirou

Public Health Unit, Faculty of Health Sciences (FSS),
University of Abomey-Calavi (UAC), Cotonou, Benin

Abstract

Introduction: In Benin, few studies have explored social gradients in healthcare-seeking behavior at the community level. This study aimed to describe social gradients in healthcare-seeking behavior in the municipality of Natitingou, by analyzing their variation according to sociodemographic, socioeconomic, environmental, and health system-related factors.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted from November 22 to December 23, 2025, among 510 households selected using a two-stage probability cluster sampling method. Data were collected using a structured questionnaire administered to household heads or an adult representative. The variables studied included sociodemographic and socioeconomic characteristics, environmental conditions, health-related

behaviors, and factors related to the organization of healthcare services. Descriptive analyses were performed using R software.

Results: A total of 510 households were included in the study. Healthcare-seeking behavior was reported by 72.35% of households. It varied significantly according to occupation ($F = 11.047$; $p < 0.001$), educational level ($F = 5.656$; $p = 0.004$), household type ($F = 11.345$; $p = 0.002$), household size ($F = 7.391$; $p = 0.001$), and socioeconomic status ($F = 6.302$; $p = 0.018$). Significant associations were also observed with several environmental characteristics, including household cleanliness ($F = 5.017$; $p = 0.033$), presence of latrines ($F = 15.063$; $p < 0.001$), housing type ($F = 18.261$; $p < 0.001$), and physical activity ($F = 19.272$; $p < 0.001$). Among health system-related factors, travel time from home to the health facility ($F = 5.131$; $p = 0.009$), type of first-contact health facility ($F = 17.665$; $p < 0.001$), healthcare professional providing first-contact care ($F = 5.776$; $p = 0.002$), and perceived equity in the distribution of health resources ($F = 55.888$; $p < 0.001$) were significantly associated with healthcare-seeking behavior.

Conclusion: Healthcare-seeking behavior in Natitingou is socially differentiated and influenced by living conditions, socioeconomic status, the environment, and certain characteristics of the healthcare system.

Keywords: Healthcare-seeking behavior; Social gradients; Social determinants of health; Social inequalities in health; Health equity; Benin

Introduction

La santé d'une population est le résultat d'interactions complexes entre les caractéristiques biologiques, les comportements individuels, les conditions de vie, l'environnement physique et social, ainsi que l'organisation des systèmes de santé. Les déterminants de la santé permettent d'expliquer une grande partie des différences observées en matière de santé entre les personnes et les groupes sociaux (World Health Organization, 2023). Les recherches menées dans plusieurs pays ont montré que les personnes occupant les positions sociales les moins favorisées présentent généralement une mortalité plus élevée, une espérance de vie plus faible et une plus grande fréquence des maladies chroniques que les groupes les plus favorisés (Marmot et al., 2010). Les facteurs environnementaux favorables, notamment la qualité de l'air et de l'eau, participent à la bonne santé de la population (Organisation de Coopération et de Développement Économiques [OCDE], 2023). Le niveau d'éducation élevé favorise l'adoption de comportements favorables à la santé (OCDE, 2023). Les comportements individuels tels que le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique demeurent des déterminants majeurs de santé (Direction de la recherche, des

études, de l'évaluation et des statistiques (Bagein G et al, 2022). L'alimentation traditionnelle riche en poisson, légumes et produits peu transformés contribue à la longévité de la population (Organisation mondiale de la Santé, 2024). Enfin, les conditions de logement, de travail et l'environnement urbain influencent significativement la santé des populations (Marmot et al., 2020). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, notamment en Afrique subsaharienne, les déterminants sociaux de la santé constituent un enjeu majeur de santé publique. Les inégalités économiques, l'insuffisance des infrastructures sanitaires, les faibles niveaux d'instruction et les difficultés d'accès aux soins contribuent à maintenir d'importantes disparités sanitaires entre les populations (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

Au Bénin, les inégalités en matière de santé sont souvent liées aux conditions socio-économiques des ménages, au lieu de résidence, au niveau d'instruction et à la situation professionnelle des individus (Institut National de la Statistique et de la Démographie [INStaD], 2019). L'étude des déterminants sociaux de la santé apparaît ainsi essentielle pour comprendre les mécanismes à l'origine des inégalités sanitaires et orienter les politiques publiques vers une plus grande équité en santé.

Natitingou, une commune du département de l'Atacora située au Nord-Bénin, s'étend sur 3 045 km², compte neuf arrondissements et une population estimée à plus de 129 844 habitants en 2025 (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2025). Elle constitue un important pôle administratif, économique et culturel du nord-ouest du Bénin. Sa population se caractérise par une diversité ethnique et socioculturelle, une dynamique démographique soutenue et une coexistence des milieux urbain et rural susceptibles d'influencer les conditions de vie et l'état de santé des habitants (INSAE, 2013). Les principales activités économiques sont l'agriculture (activité dominante dans la commune) (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2024), les petits commerces, les activités artisanales (forge, tissage, sculpture) et le tourisme vers le Parc national de la Pendjari (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2024). Ces activités génèrent des revenus modestes pour la majorité de la population, entretenant une précarité financière qui influence les itinéraires thérapeutiques. Ainsi, l'approche fondée sur les déterminants de la santé constitue aujourd'hui un cadre de référence incontournable en santé publique. Dans ce contexte, la présente étude vise à décrire les gradients sociaux du recours aux soins dans la population de Natitingou.

Matériels et Méthodes

Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans la commune de Natitingou, située dans le département de l'Atacora au nord du Bénin, entre le 22 novembre et le 23 décembre 2025.

Population et échantillonnage

L'informateur retenu était le chef de ménage ou, en son absence, un représentant adulte. Ont été exclues les personnes incapables de répondre pour raisons de santé grave. La taille minimale de l'échantillon a été calculée par la formule de Schwartz, en s'appuyant sur une prévalence de recours aux soins de 33 % issue d'une étude menée au Cameroun (Commeyras C et al, 2005) avec un risque α de 5 % et une précision de 5 % :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \times 0,33 \times 0,67}{(0,05)^2} \approx 340 \text{ ménages}$$

En appliquant l'effet de grappe de 1,5, la taille a été portée à $340 \times 1,5 \approx 510$.

L'échantillonnage reposait sur un sondage en grappes. La base de sondage était constituée des 66 villages et quartiers de ville de la commune de Natitingou. Trente grappes ont été sélectionnées selon une méthode de sondage systématique à probabilité proportionnelle à la taille. Le nombre total de ménages de la commune étant de 17 772 (INSAE, 2013), le pas de sondage (k) a été obtenu en divisant cet effectif par le nombre de grappes à sélectionner (30), soit $k = 592$. Un nombre aléatoire compris entre 1 et 592 a ensuite été généré afin de déterminer la première grappe. Les grappes suivantes ont été sélectionnées en ajoutant successivement le pas de sondage au nombre précédent jusqu'à l'obtention des 30 grappes.

Le nombre de ménages à enquêter dans chaque grappe a été fixé à 17, correspondant au quotient de la taille totale de l'échantillon (510 ménages) par le nombre de grappes sélectionnées. Au sein de chaque grappe, en l'absence d'une liste exhaustive des ménages, les enquêteurs se présentaient d'abord aux autorités locales afin de présenter les objectifs de l'étude et d'obtenir leur autorisation. Ils se positionnaient ensuite au centre du village ou du quartier et déterminaient une direction de manière aléatoire en lançant un stylo. La première concession rencontrée dans cette direction était retenue comme point de départ. Tous les ménages éligibles de cette concession étaient inclus dans l'étude. Les enquêteurs poursuivaient ensuite la collecte dans les concessions contiguës jusqu'à atteindre les 17 ménages prévus dans la grappe. Lorsqu'une personne sélectionnée rapportait plusieurs épisodes morbides au cours des deux dernières semaines, cette personne était exclue de l'analyse, tandis que le ménage était conservé dans l'échantillon.

Variables

La variable dépendante était le recours aux soins de santé, dichotomique (oui/non), défini comme la consultation d'une formation sanitaire formelle au cours des deux dernières semaines précédant la collecte des données. Les formations sanitaires formelles comprenaient les centres de santé, les hôpitaux de référence/départementaux et les cliniques privées.

Les variables indépendantes couvrent quatre domaines : (i) caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, ethnie, religion, niveau d'instruction, profession) ; (ii) caractéristiques socioéconomiques (type et taille du ménage, revenu mensuel, statut socioéconomique composite mesuré par le score EMICOV) ; (iii) environnement physique et comportements (propreté du ménage, type d'habitat, présence de latrines, eau potable, routes bitumées, lieux de loisir, confiance au système de santé, éviction des soins, consommation d'alcool/tabac, activité physique) ; (iv) facteurs liés au système de santé et à l'épisode morbide (distance au centre de santé, coût du transport, type d'affection, perception de la gravité, montant de la prise en charge, qualité perçue des soins, équitabilité perçue des ressources). Lors de la collecte, le recours aux soins au cours des deux semaines précédant l'enquête était évalué avant le recueil des perceptions relatives à la confiance envers les structures de santé, à la qualité perçue des soins et à l'équité perçue dans la distribution des ressources sanitaires.

Le statut socioéconomique a été mesuré à l'aide du score EMICOV (Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages). Le score comprenait 12 composantes : les principaux matériaux des murs extérieurs du logement, la taille du ménage, le principal moyen énergétique d'éclairage, le nombre de pièces utilisées pour dormir, le principal combustible utilisé pour cuisiner, la possession d'une moto, d'une mobylette ou d'une voiture, le nombre de téléphones mobiles, le statut de propriété ou de location d'une parcelle lotie, bâtie ou irriguée, la possession d'une télévision ou d'un lecteur VCD/DVD, la possession d'un poste radio, le niveau d'instruction et la profession. Chaque modalité était affectée d'un nombre de points allant de 0 à 50 selon la composante. Le score total correspondait à la somme des points obtenus pour les 12 composantes, avec un score maximal théorique de 115 points. Le score total était ensuite converti en pourcentage du score maximal selon la formule : $\text{score EMICOV (\%)} = (\text{score obtenu} / 115) \times 100$. Selon les seuils définis dans l'outil, le niveau socioéconomique était classé comme élevé pour un score ≥ 85 %, moyen pour un score compris entre 50 % et 85 %, et bas pour un score ≤ 50 %.

Collecte de données et analyse des données

Les données ont été recueillies par questionnaire structuré administré en entretien face à face par cinq (5) enquêteurs, étudiants en sciences de la santé, préalablement formés pendant deux jours sur les objectifs, les techniques d'entretien et le contenu du questionnaire.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R studio version 4.6.1. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et proportions et les variables quantitatives exprimées en médiane avec l'intervalle interquartile. Les associations entre le recours aux soins et les variables explicatives catégorielles ont été évaluées à l'aide du test du χ^2 de Rao-Scott, afin de tenir compte du plan d'échantillonnage en grappes. Le seuil de significativité statistique était fixé à 5 %.

Considérations éthiques

La collecte de données a été précédée des autorisations administratives requises : autorisation de recherche du Département de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi (N°223/2025/FSS/DSP/SCOM). Par ailleurs, un consentement éclairé a été obtenu auprès de chaque participante. La confidentialité des données et l'anonymat des participants ont été garantis tout au long de l'étude.

Résultats

Prévalence du recours aux soins

Au total, 510 ménages répartis dans les neuf arrondissements de la commune de Natitingou ont été enquêtés, les effectifs les plus importants étant observés dans les arrondissements de Natitingou III et de Perma (102 ménages chacun). Dans notre étude 72,35% des ménages avaient consulté une formation sanitaire lors du dernier épisode morbide. Les répondants avaient un âge médian de 33 ans (écart interquartile [EIQ] : 26–43 ans ; étendue : 18–85 ans).

Caractéristiques socio-démographiques de la population

Le recours aux soins ne variait pas significativement selon l'âge ($F = 1,996$; $p = 0,154$), la religion ($F=0,800$ $p=0,449$) et le sexe ($F=0,851$; $p=0,364$) suggérant que ces caractéristiques n'influençaient pas le comportement de recours aux soins dans la population étudiée.

Par contre une association statistiquement significative est observée entre la profession et le recours aux soins ($F = 11,047$; $p < 0,001$). La proportion de recours était particulièrement élevée chez les agriculteurs/éleveurs (87,35 %) et les ménagères (77,89 %) suivi des fonctionnaires (69,77 %), tandis qu'elle était plus faible chez les

artisans/ouvriers (64,37%), les commerçants (60,00%), , les élèves/étudiants (48,28 %) et la catégorie autres (40,00 %).

Tableau 1: Relation entre le recours aux soins et les caractéristiques socio-démographiques de la population de Natitingou

	Recours		Total	Rao-Scott	
	Oui n (%)	Non n (%)		F	P
Âge					
< 34	117 (75,00%)	39 (25,00%)	156	1,99	0,154
[35-54]	209 (68,75%)	95 (31,25%)	304		
≥55	43 (86,00%)	7 (14,00%)	50		
Sexe					
Homme	197 (75,19%)	65 (24,81%)	262	0,85	0,364
Femme	172 (69,35%)	76 (30,65%)	248		
Religion					
Chrétienne	234 (71,12%)	95 (28,88%)	329	0,80	0,449
Islamique	47 (68,12%)	22 (31,88%)	69		
Endogène	88 (78,57%)	24 (21,43%)	112		
Profession					
Agriculteurs/éleveur	145 (87,35%)	21 (12,65%)	166	11,04	<0,001
Artisans/Ouvrier	56 (64,37%)	31 (35,63%)	87		
Commerçants	42 (60,00%)	28 (40,00%)	70		
Fonctionnaires	30 (69,77%)	13 (30,23%)	43		
Ménagères	74 (77,89%)	21 (22,11%)	95		
Élèves/Étudiants	14 (48,28%)	15 (51,72%)	29		
Autres*	8 (40,00%)	12 (60,00%)	20		

*Représente les chauffeurs (4), les religieux (6), les influenceurs de réseaux sociaux (4) et les travailleurs de sexe (2) , libéraux(04)

Relation entre le recours aux soins et les caractéristiques socioéconomiques

Une association statistiquement significative est observée entre le niveau d'instruction et le recours aux soins ($F = 5,656$; $p = 0,004$). La proportion de recours était de 78,10 % chez les personnes non instruites, contre 66,34 % chez celles ayant un niveau primaire, 65,75 % au niveau secondaire et 8,10 % au niveau supérieur. Le type de ménage était significativement associé au recours aux soins ($F = 11,345$; $p = 0,002$). La proportion de recours était de 68,3 % chez les ménages monogamiques, contre 89,0 % chez les ménages polygamiques. Ainsi, les ménages polygamiques présentaient une proportion de recours plus élevée que les ménages monogamiques. La taille du ménage était également significativement associée au recours aux soins ($F = 7,391$; $p = 0,001$). La proportion de recours était de 61,2 % parmi les ménages de moins de 3 personnes, 60,9 % parmi ceux de 3 à 4 personnes, 67,9 % parmi ceux de 5 à 7 personnes et 85,7 % parmi les ménages comptant au moins 8 personnes. Le statut socioéconomique était significativement associé au recours aux soins ($F = 6,302$; $p = 0,018$). Le recours concernait 58,7 % des ménages de statut

socioéconomique bas, contre 76,6 % des ménages de statut moyen. Aucun ménage n'était classé dans la catégorie de statut socioéconomique élevé dans ce tableau.

Tableau 2 : Relation entre le recours aux soins et les caractéristiques socioéconomiques

	Recours			Rao-Scott	
	Oui n (%)	Non n (%)	Total	F	p
Niveau d'instruction					
Non instruit	246 (78,10%)	69 (21,90%)	315	5,65	0,004
Primaire	67 (66,34%)	34 (33,66%)	101		
Secondaire	48 (65,75%)	25 (34,25%)	73		
Supérieur	8 (8,10%)	13 (61,90%)	21		
Type de ménage					
Monogamique	280 (68,3 %)	130 (31,7 %)	410	11,34	0,002
Polygamique	89 (89,0 %)	11(11,0 %)	100		
Taille du ménage					
< 3	30 (61,2 %)	19 (38,8 %)	49	7,39	0,001
[3-4]	78 (60,9 %)	50 (39,1 %)	128		
[5-7]	93 (67,9 %)	44 (32,1 %)	137		
≥ 8	168 (85,7 %)	28 (14,3 %)	196		
Revenu mensuel					
< 100000	248 (77,02 %)	74 (22,98 %)	322	1,59	0,217
[100000-200000[	71 (66,36 %)	36 (33,64 %)	107		
≥ 200000	50 (61,73 %)	31 (38,27 %)	81		
Statut socioéconomique					
Bas	71 (58,7 %)	50 (41,3 %)	121	6,30	0,018
Moyen	298 (76,6 %)	91 (23,4 %)	389		
Élevé	0 (0 %)	0 (0 %)	0		

Relation entre le recours aux soins et les caractéristiques environnementaux, comportementaux et liés aux habitudes de vie

Une association statistiquement significative est observée entre la propreté du ménage et le recours aux soins ($F = 5,017$; $p = 0,033$). La proportion de recours était de 68,28 % parmi les ménages déclarant leur environnement propre, contre 83,33 % parmi ceux ne le déclarant pas propre. La présence de latrines était également significativement associée au recours aux soins ($F = 15,063$; $p < 0,001$). Le recours concernait 56,14 % des ménages disposant de latrines, contre 85,46 % de ceux n'en disposant pas. Le type d'habitat était fortement associé au recours aux soins ($F = 18,261$; $p < 0,001$). Le recours était de 56,90 % parmi les ménages vivant dans des habitations en brique, contre 88,70 % parmi ceux vivant dans des habitations en terre. Une association statistiquement significative et importante était observée entre la pratique de l'activité physique et le recours aux soins ($F = 19,272$; $p < 0,001$). Le recours concernait 79,05 % des personnes pratiquant une activité physique, contre seulement 41,11 % de celles n'en pratiquant pas.

Tableau 3 : Relation entre le recours aux soins et les facteurs environnementaux, comportementaux et liés aux habitudes de vie

	Recours			Rao-Scott	
	Oui n (%)	Non n (%)	Total	F	p
Propreté du ménage					
Oui	254 (68,28 %)	118 (31,72 %)	372	5,01	0,033
Non	115 (83,33 %)	23 (16,67 %)	138		
Présence de latrines					
Oui	128 (56,14 %)	100 (43,86 %)	228	15,06	<0,001
Non	241 (85,46 %)	41 (14,54 %)	282		
Accès à l'eau potable*					
Oui	295 (74,00 %)	115 (26,00 %)	410	0,05	0,820
Non	74 (71,95 %)	26 (28,05 %)	100		
Routes praticables					
Oui	76 (62,30 %)	46 (37,70 %)	122	1,47	0,234
Non	293 (75,51 %)	95 (24,49 %)	388		
Lieu de loisir					
Oui	181 (77,35 %)	53 (22,65 %)	234	0,86	0,359
Non	188 (68,12 %)	88 (31,88 %)	276		
Alignement des maisons					
Oui	15 (60,00 %)	10 (40,00 %)	25	1,55	0,222
Non	354 (72,98 %)	131 (27,02 %)	485		
Type d'habitat					
En brique	149 (56,90 %)	113 (43,10 %)	262	18,26	<0,001
En terre	220 (88,70 %)	28 (11,30 %)	248		
Renoncement aux soins pour des raisons financières					
Oui	201 (71,53 %)	80 (28,47 %)	281	0,10	0,750
Non	168 (73,36 %)	61 (26,64 %)	229		
Consommation alcool/tabac					
Oui	154 (77,78 %)	44 (22,22 %)	198	1,62	0,212
Non	215 (68,91 %)	97 (31,09 %)	312		
Pratique de l'activité physique					
Oui	332 (79,05 %)	88 (20,95 %)	420	19,27	<0,001
Non	37 (41,11 %)	53 (58,89 %)	90		

* Représente l'accès à la Société nationale des eaux du Bénin (SONEB) ou à l'eau de forage

Relation entre le recours aux soins et les facteurs liés au système de santé

Le temps de trajet domicile-structure sanitaire était significativement associé au recours aux soins ($F = 5,131$; $p = 0,009$), de même que le type de formation sanitaire de premier recours ($F = 17,665$; $p < 0,001$), le professionnel assurant le premier accueil ($F = 5,776$; $p = 0,002$) et la perception de l'équité dans la répartition des ressources sanitaires ($F = 55,888$; $p < 0,001$). Le recours était plus fréquent parmi les ménages situés à moins de 30 minutes d'une structure sanitaire (87,43 %) que parmi ceux situés à 30-60 minutes (62,04 %) ou à plus de 60 minutes (65,15 %). Il était

également plus élevé lorsque la répartition des ressources sanitaires était perçue comme équitable (97,36 % contre 57,50 %).

Tableau 4: Relation entre le recours aux soins et les facteurs liés au système de santé

	Recours			Rao-Scott	
	Oui n (%)	Non n (%)	Total	F	p
Confiance aux structures sanitaires					
Non	82 (84,54 %)	15 (15,46 %)	97	4,07	0,053
Oui	287 (69,49 %)	126 (30,51 %)	413		
Temps de trajet domicile-structure sanitaire					
Proche (<30 min)	174 (87,43 %)	25 (12,57 %)	199	5,13	0,009
Moyenne [30-60 min]	152 (62,04 %)	93 (37,96 %)	245		
Longue (>60 min)	43 (65,15 %)	23 (34,85 %)	66		
Mode de paiement des soins					
Tiers payant	4 (80,00 %)	1 (20,00 %)	5	0,20	0,656
Paieement direct	365 (72,28 %)	140 (27,72 %)	505		
Formations sanitaires de 1 ^{er} recours					
Aucune (automédication)	35 (33,02 %)	71 (66,98 %)	106	17,66	<0,001
Centre de santé	241 (100 %)	0 (0 %)	241		
Hôpital de référence/départemental	4 (100 %)	0 (0 %)	4		
Clinique privée	82 (100 %)	0 (0 %)	82		
Tradithérapeute	7 (9,09 %)	70 (90,91 %)	77		
Professionnels de santé assurant le 1 ^{er} accueil					
Aide-soignant	5 (50,00 %)	5 (50,00 %)	10	5,77	0,002
Infirmier	262 (81,11 %)	61 (18,89 %)	323		
Médecin	89 (58,94 %)	62 (41,06 %)	151		
Sage-femme	13 (50,00 %)	13 (50,00 %)	26		
Perception du niveau du plateau technique					
Bon	40 (64,52 %)	22 (35,48 %)	62	1,08	0,307
Moyenne	329 (73,44 %)	119 (26,56 %)	448		
Opinions sur l'équité de la répartition des ressources sanitaires					
Inéquitable	184 (57,50 %)	136 (42,50 %)	320	55,88	<0,001
Équitable	185 (97,36 %)	5 (2,63 %)	190		
Perception de la qualité des soins					
Mauvaise	11 (100 %)	0 (0 %)	11	1,11	0,332
Satisfaisante	315 (72,58 %)	119 (27,42 %)	434		
Très satisfaisante	43 (66,15 %)	22 (33,85 %)	65		

Tableau X: Caractéristiques statistiquement associées au recours aux soins dans la population de Natitingou, 2025

Caractéristiques	Variable	Modalité présentant le recours aux soins le plus élevé	Rao-Scott	
			F	p-value
Sociodémographiques	Profession	Agriculteurs/éleveurs (87,35 %)	11,04	<0,001
Socioéconomiques	Niveau d'instruction	Non instruits (78,10 %)	5,65	0,004
	Type de ménage	Polygamique (89,00 %)	11,34	0,002
	Taille du ménage	≥ 8 personnes (85,70 %)	7,39	0,001
	Statut socioéconomique	Moyen (76,60 %)	6,30	0,018
Environnement, mode de vie	Propreté du ménage	Non (83,33 %)	5,01	0,033
	Présence de latrines	Absence (85,46 %)	15,06	<0,001
	Type d'habitat	En terre (88,70 %)	18,26	<0,001
	Activité physique	Oui (79,05 %)	19,27	<0,001
Système de santé	Temps de trajet domicile-structure sanitaire	<30 minutes (87,43 %)	5,13	0,009
	Formation sanitaire de premier recours	Centre de santé (100,00 %)	17,66	<0,001
	Professionnel de santé assurant le premier accueil	Infirmier (81,11 %)	5,77	0,002
	Opinion sur l'équité de la répartition des ressources	Équitable (97,36 %)	55,88	<0,001

Discussion

La présente étude met en évidence l'existence de différences sociales importantes dans le recours aux soins au sein de la population de Natitingou.

Plusieurs caractéristiques: sociodémographiques, socioéconomiques, environnementales et liées au système de santé étaient statistiquement associées au recours aux soins.

Le recours aux soins

Dans notre étude, 72,35 % des ménages avaient consulté une formation sanitaire lors du dernier épisode morbide. Notre résultat est proche de celui rapporté au Niger par Page et al., qui ont trouvé 70,4 % de recours aux soins chez les enfants de moins de cinq ans atteints de diarrhée (Page et al., 2011). Par contre, il est légèrement inférieur à celui rapporté par Katana et Walungu, 79,5 % dans une étude réalisée dans une population vivant en milieu rural en RDC (Bapolisi et al., 2021). Ces résultats indiquent qu'environ sept personnes sur dix font recours aux soins. Cela montre l'utilisation massive des services de santé en zone rurale. On pourrait en déduire d'une absence des moyens de prévention contre les différentes pathologies, un manque d'information face à leur prévention et une précarité

dans laquelle vivent les populations en milieu rural, qui les contraignent à vivre dans un environnement favorable à l'éclosion des vecteurs des maladies. Il faut noter que l'enquête s'est déroulée dans une localité dont aucun ménage n'a été classé dans la catégorie du statut socioéconomique élevé et les principales activités économiques sont l'agriculture (activité dominante dans la commune) (Institut National de la Statistique et de la Démographie [INStAD], 2024), les petits commerces, les activités artisanales (forge, tissage, sculpture) et le tourisme vers le Parc national de la Pendjari (INStAD, 2024). Ces activités génèrent des revenus modestes pour la majorité de la population, entretenant une précarité financière qui influence les itinéraires thérapeutiques.

Gradients sociodémographiques

Le recours aux soins variait selon la profession, alors qu'aucune différence n'était observée selon le sexe, la religion et l'âge. La position occupée dans la structure sociale influence le recours aux soins. Les agriculteurs et éleveurs présentaient les proportions de recours les plus élevées, contrairement aux fonctionnaires et aux commerçants. Ceci pourrait s'expliquer par une exposition plus importante des agriculteurs aux maladies infectieuses, aux traumatismes et aux contraintes environnementales, générant un besoin plus fréquent de recours aux services de santé. Ce résultat est comparable à celui rapporté dans plusieurs études en zones rurales d'Afrique subsaharienne, où les agriculteurs et les éleveurs représentent la majorité des utilisateurs des services de santé primaires en raison de leur importance démographique et de leur forte exposition aux risques environnementaux et professionnels (Karamagi HC et al., 2024).

Gradients socioéconomiques

Les résultats mettent en évidence des gradients socioéconomiques du recours aux soins. Le niveau d'instruction, le statut socioéconomique, la taille du ménage et le type de ménage étaient significativement associés au recours aux soins. Conjointement aux observations rapportées dans plusieurs pays, les ménages ayant un niveau socio-économique élevé recouraient davantage aux services de santé que ceux appartenant aux catégories les plus défavorisées. Cela s'expliquerait par une meilleure situation économique facilitant le paiement des frais de consultation, des médicaments, du transport et des examens complémentaires. Cette relation a été démontrée dans plusieurs études réalisées en Afrique subsaharienne (Institut National de la Statistique et de la Démographie [INStAD] & ICF, 2019).

Une augmentation progressive du recours aux soins s'observait lorsque la taille du ménage augmentait. La taille du ménage constitue un gradient social qui influence le recours aux soins. Les ménages de plus de

huit personnes recouraient plus fréquemment aux soins que ceux comptant cinq à sept. Ceci pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que ces ménages bénéficient d'une solidarité familiale importante, permettant de mobiliser plus facilement des ressources financières ou un accompagnement vers les structures sanitaires et d'autre part, un effectif élevé de personnes au sein du ménage augmente la probabilité de survenue d'un épisode morbide chez au moins un membre de la famille, ce qui accroît naturellement le recours aux services de santé. Notre résultat est comparable avec ceux rapportés par des études menées dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Adedini et al., 2014).

Les personnes non instruites présentaient la proportion de recours aux soins la plus élevée, alors que les niveaux secondaires rapportaient des proportions plus faibles. Le recours aux soins ne dépend pas uniquement du niveau d'éducation mais également du niveau de besoin sanitaire et du contexte socioéconomique. Dans notre population, un faible niveau d'instruction pourrait être associé à la prédominance des agriculteurs qui vivent dans les conditions de vie plus précaires et à une fréquence plus élevée des problèmes de santé nécessitant une consultation. Ce résultat est similaire à celui rapporté au Burkina Faso par (Zon H et al, 2021) dans son étude, où les personnes non instruites consultaient davantage les structures de santé en raison d'une charge de morbidité plus importante et d'une plus grande dépendance vis-à-vis des services publics de santé (Adedini et al., 2014).

En revanche, plusieurs études menées en Afrique subsaharienne rapportent des résultats contraires. Les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur avaient davantage recours aux services de santé que les non-instruites, grâce à une meilleure connaissance des maladies, une meilleure perception des bénéfices des soins et une capacité accrue à prendre des décisions favorables à leur santé (Adedini et al., 2014).

Gradients environnementaux

Les conditions de vie apparaissaient également associées au recours aux soins. Les ménages ne disposant pas de latrines, pratiquant une activité physique et vivants dans des zones où les routes étaient peu praticables rapportaient davantage de recours aux soins. Les conditions de vie influencent fortement les comportements de recours aux soins. Les ménages vivant dans des environnements moins favorables sont probablement davantage exposés aux maladies infectieuses, aux maladies liées à l'insalubrité ou aux contraintes environnementales, ce qui augmente leurs besoins de santé. Ce résultat est conforme aux données des études réalisées en Afrique subsaharienne (Ataguba et al., 2015; Gross et al. , 2014; Limi, 2021). Ainsi, le gradient environnemental observé dans notre étude semble

davantage refléter les inégalités d'exposition aux risques sanitaires que des différences d'accès aux services de santé.

Gradients liés au système de santé

Les facteurs liés au système de santé étaient également associés au recours aux soins. L'accessibilité géographique, appréciée par le temps de trajet, était liée au recours, confirmant l'importance de la proximité des services de santé dans les comportements de consultation. Le gradient observé selon le temps de trajet confirme l'importance de l'accessibilité géographique dans l'utilisation des services de santé. Les ménages situés à moins de trente minutes d'une structure sanitaire recouraient davantage aux soins que ceux vivant à une distance située entre trente minutes et plus d'une heure.

L'équité dans la distribution des ressources constitue un gradient important qui influence le recours aux soins. Une répartition plus équitable des ressources pourrait contribuer à réduire les barrières financières et géographiques qui limitent le recours aux soins des populations défavorisées. Plusieurs études réalisées en Afrique subsaharienne ont relevé les mêmes constats que ceux rapportés par notre étude (Bonfrer et al., 2014; Anselmi et al., 2015). Ainsi donc : « Une distribution équitable des ressources est susceptible de favoriser le recours aux soins en réduisant les inégalités géographiques, financières, socio-économiques d'accès aux services de santé et favorisant une amélioration des conditions de vie et de la réputation de la structure. »

Le choix de la structure sanitaire influençait le recours aux soins. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les populations ne considèrent pas toutes les formations sanitaires comme équivalentes. Le choix entre centre de santé public, hôpital, structure privée, cabinet ou autres formes de soins peut dépendre de plusieurs caractéristiques, notamment la proximité géographique, le coût des prestations, la disponibilité des médicaments et du personnel, la qualité des soins, l'accueil et le temps d'attente. Ce résultat est particulièrement cohérent avec une étude réalisée à Cotonou au Bénin (« What Determines the Choice of Health Care Treatment in the Town of Cotonou (Benin)? », 1991).

Conclusion

Notre étude met en évidence l'existence de gradients sociaux du recours aux soins dans la commune de Natitingou. Le recours aux soins variait selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, environnementales et liées au système de santé, traduisant des inégalités dans l'utilisation des services de santé. Les gradients observés montrent que le recours aux soins est influencé à la fois par les

conditions de vie des ménages, leur position sociale, leur environnement et leur perception du système de santé. Contrairement au gradient social classiquement décrit dans la littérature, certaines catégories socialement défavorisées présentaient une association statistiquement significative avec un recours plus fréquent aux soins. Cette situation pourrait refléter une charge de morbidité plus élevée et des besoins de santé plus importants au sein de ces populations, plutôt qu'un meilleur accès aux services de santé. Les résultats de notre étude plaident en faveur d'interventions multisectorielles visant à améliorer les conditions de vie des populations, à renforcer l'accessibilité géographique et financière des services de santé et à promouvoir une organisation du système de santé plus équitable.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration relative aux participants humains

Cette étude a été approuvée par l'unité de santé publique de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Des autorisations de collecte ont été obtenues de ladite unité et des autorités sanitaires du département de la Donga. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été conformes aux principes éthiques applicables aux recherches médicales sur les sujets humains contenus dans la Déclaration de l'Association Médicale Mondiale d'Helsinki.

References:

1. Adedini SA, Odimegwu C, Bamiwuye O, Fadeyibi O, De Wet N. Barriers to accessing health care in Nigeria: implications for child survival. *Glob Health Action*. 2014;7:23499 : <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23499>
2. Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2015). Equity in the allocation of public sector financial resources in low- and middle-income countries: A systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 30(4), 528–545. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu034>
3. Ataguba JE-O, Day C, McIntyre D. Explaining the role of the social determinants of health on health inequality in South Africa. *Glob Health Action*. 2015;8(1):28865. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.28865>.

4. Bapolisi, W. A., et al. (2021). First recourse for care-seeking and associated factors among rural populations in the eastern Democratic Republic of the Congo. *BMC Public Health*, 21, 1523. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11313-7>
5. Bonfrer, I., van de Poel, E., Grimm, M., & Van Doorslaer, E. (2014). Does the distribution of health care utilization match needs in Africa? *Health Policy and Planning*, 29(7), 921–937. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt074>
6. Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, et al. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. *Les Dossiers de la DREES*. 2022;(102):1-66.
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
8. Gross B, Günther I. Why do households invest in sanitation in rural Benin: health, wealth, or prestige? *Water Resour Res*. 2014;50(11):9419-9432
9. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). Cahier des villages et quartiers de ville du département de l'Atacora (RGPH-4, 2013). Cotonou: INSAE; 2016
10. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD). (2024). Statistiques démographiques et résultats du RGPH4. Cotonou : INStAD.
11. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD). (2025). Résultats définitifs du RGPH4 et projections démographiques de la population du Bénin. Cotonou : INStAD.
12. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStAD), & ICF. (2019). Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2017-2018. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA.
13. Karamagi HC, Afriyie DO, Ben Charif A, Sy S, Kipruto H, Moyo T, et al. Mapping inequalities in health service coverage in Africa: a scoping review. *BMJ Open*. 2024;14(11).<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082918>.
14. Iimi A. Estimating the impact of improved roads on access to health care: evidence from Mozambique. *Policy Research Working Paper* [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2021 Jul. Report No.: 9726. 27 p.
15. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. *Fair society, healthy lives: the Marmot review: strategic review of health inequalities in England post-2010* [Internet]. London: The Marmot Review; 2010. 238 p.

16. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. 234 p. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
17. Page, A. L., Hustache, S., Luquero, F. J., Djibo, A., Manzo, M. L., & Grais, R. F. (2011). Health care seeking behavior for diarrhea in children under 5 in rural Niger: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11, 389. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-389>
18. What determines the choice of health care treatment in the town of Cotonou (Benin)? (1991). *Medecine Tropicale*, 51(3), 327–333.
19. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Aug 29]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
20. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Aug 28]. Available from: [WHO – Social determinants of health](#)
21. Zon H, Pavlova M, Groot W. Factors associated with access to healthcare in Burkina Faso: evidence from a national household survey. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:148. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06145>