

Gradients sociaux du recours aux soins des ménages dans la commune de Natitingou (Bénin) en 2025 : une étude transversale des caractéristiques sociales, économiques et sanitaires

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

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n30p118](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n30p118)

Submitted: 09 August 2026

Accepted: 29 September 2026

Published: 31 October 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Yeni, M.F., Houeto, D., Tokpanoude, C.N.I., Djossou, S.E.E., Zinsalo, S.L., N'tcha, J.P., Akpovi, E.H., Georgia, D.B., Géraud, P., & Aguemon, B. (2026). *Gradients sociaux du recours aux soins des ménages dans la commune de Natitingou (Bénin) en 2025 : une étude transversale des caractéristiques sociales, économiques et sanitaires*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (30), 118. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n30p118>

Résumé

Introduction : Au Bénin, peu d'études ont exploré les gradients sociaux du recours aux soins au niveau communautaire. Notre étude visait à identifier les gradients sociaux du recours aux soins dans la commune de Natitingou en 2025, en analysant leur variation selon les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, environnementales et les facteurs les sanitaires.

Méthodes : Une étude transversale descriptive et analytique a été menée auprès de 510 ménages sélectionnés selon un sondage en grappes à deux degrés. Au premier degré, les grappes ont été sélectionnées selon une méthode de sondage systématique à probabilité proportionnelle à la taille. Au second degré, les ménages ont été sélectionnés au sein de chaque grappe selon une procédure d'échantillonnage systématique à probabilité égale, à partir d'une liste actualisée des ménages. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré administré au chef de ménage ou à un représentant adulte. Les données ont été analysées avec le logiciel R. Les associations entre le recours aux soins et les variables explicatives ont été évaluées à l'aide du test du χ^2 de Rao-Scott avec statistique F ajustée.

Résultats : Au total, 510 ménages ont été inclus dans l'étude. Le recours aux soins concernait 72,35 % des ménages ayant déclaré qu'un membre avait eu recours à une formation sanitaire formelle lors du dernier épisode morbide au cours des deux semaines précédant l'enquête. 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 perçue 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 associé aux 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 Household Healthcare-Seeking Behavior in the Municipality of Natitingou, Benin, in 2025: A Descriptive Study of Social, Economic, and Health Characteristics

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 identify social gradients in healthcare-seeking behavior in the municipality of Natitingou in 2025 by analyzing variations according to sociodemographic, socioeconomic, environmental, and health-related factors.

Methods: We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study among 510 households selected through two-stage cluster sampling. At the first stage, clusters were selected using probability-proportional-to-size sampling. At the second stage, households were selected within each cluster using a systematic, equal-probability procedure based on an updated

household list. Data were collected using a structured questionnaire administered to household heads or an adult representative. Data were analyzed using R software. Associations between healthcare-seeking behavior and explanatory variables were assessed using the Rao–Scott chi-square test with an adjusted F-statistic.

Results: A total of 510 households were included in the study. Healthcare-seeking behavior was reported by 72.35% of households in which a member had sought care from a formal health facility during the most recent illness episode within the two weeks preceding the survey. 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 certain environmental characteristics, including household cleanliness ($F = 5.017$; $p = 0.033$), the presence of latrines ($F = 15.063$; $p < 0.001$), type of housing ($F = 18.261$; $p < 0.001$), and engagement in physical activity ($F = 19.272$; $p < 0.001$). Among health system-related factors, travel time from the household to the health facility ($F = 5.131$; $p = 0.009$), type of first-contact health facility ($F = 17.665$; $p < 0.001$), the healthcare professional providing first contact ($F = 5.776$; $p = 0.002$), 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 associated with living conditions, socioeconomic status, environmental factors, 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 (WHO, 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 (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 (Bagein G et al., 2022). L'alimentation traditionnelle riche en poisson, légumes et produits peu transformés contribue à la longévité de la population (WHO, 2024). Enfin, les conditions de logement, de travail et l'environnement urbain influencent significativement la santé des populations (Marmot et al., 2010). 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 (INStAD & ICF, 2019). Malgré l'existence de structures sanitaires et les efforts déployés pour améliorer l'accès aux soins dans notre pays, les possibilités de recours aux soins ne sont probablement pas distribuées de manière homogène entre les différents groupes sociaux de la commune de Natitingou. Les différences de position socioéconomique, de niveau d'instruction, de profession, de conditions de vie, de lieu de résidence et d'accessibilité géographique pourraient entraîner des différences systématiques dans le recours aux soins. Toutefois, l'ampleur et les caractéristiques de ces gradients sociaux demeurent insuffisamment documentées à l'échelle de la commune de Natitingou. L'étude des gradients de la santé apparaît ainsi essentielle dans la commune de Natitingou 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 du Bénin, s'étend sur 3 045 km², compte neuf arrondissements et une population estimée à plus de 129 844 habitants en 2025 (INStAD, 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, 2016). Les principales activités économiques sont l'agriculture (WHO, 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. Notre étude visait à

identifier les gradients sociaux du recours aux soins dans la commune de Natitingou en 2025, en analysant leur variation selon les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, environnementales et les facteurs liés au système de santé.

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

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive analytique qui a été réalisée du 22 novembre au 23 décembre 2025.

Population et échantillonnage

L'unité statistique était le ménage et l'informateur retenu était le chef de ménage ou en son absence, un représentant adulte. Ont été non incluses 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 et al, 2005) avec un risque α de 5 % et une précision de 5 % :

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

$p = 0,33$, p = prévalence de recours aux soins

$q = (1 - 0,33)$, q = prévalence de non recours aux soins

i = précision désirée (5%)

α = risque d'erreur consenti égal à 5% d'où $U\alpha = 1,96$.

Pour rendre l'échantillon plus représentatif, l'effet de grappe correspondant 1,5, a été multiplié à l'échantillon initial estimé à $340 \times 1,5 \approx 510$.

$$N_t = N_i \times 1,5 = 340 \times 1,5 \approx 510$$

N_t = échantillon total

N_i = échantillon initial

Aucune majorations pour non-réponse n'a été effectuée.

L'échantillonnage reposait sur un sondage en grappes à deux degrés. Au premier degré, la base de sondage était constituée des 65 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 des villages, avec la possibilité qu'un village dont le nombre de ménages était nettement supérieur à celui des autres soit représenté

par deux grappes. Le nombre total de ménages de la commune étant de 17 772 (INSAE, 2016), le pas de sondage a été obtenu en divisant cet effectif par le nombre de grappes à sélectionner (30), soit $k = 592$. Un premier nombre aléatoire n_1 , compris entre 1 et 592, a permis d'identifier la première grappe, correspondant au village ou quartier dont l'effectif cumulé contenait n_1 . Les grappes suivantes ont ensuite été obtenues en ajoutant successivement le pas de sondage au nombre précédent ($n_2 = n_1 + k$, $n_3 = n_2 + k$, et ainsi de suite) jusqu'à l'obtention des 30 grappes.

Au second degré, la sélection des ménages a reposé sur une procédure probabiliste, et non sur un simple parcours de terrain. Avant le démarrage de l'enquête dans chaque grappe, une liste actualisée des ménages y résidant a été obtenue auprès des autorités municipales, puis vérifiée sur le terrain afin de confirmer l'existence des ménages recensés et d'éviter les omissions ou les doubles comptages. Chaque ménage ainsi recensé dans la grappe a reçu un numéro séquentiel, de 1 à l'effectif total de ménages de la grappe (N_g). Le nombre de ménages à enquêter par grappe étant fixé à 17 (quotient de la taille totale de l'échantillon (510 ménages) par le nombre de grappes sélectionnées), un pas de sondage propre à chaque grappe a été calculé selon la formule $P = N_g / 17$. Un point de départ a été tiré au sort dans le premier intervalle ainsi défini, puis les ménages ont été sélectionnés à intervalles réguliers de P jusqu'à l'obtention des 17 ménages requis.

Cette procédure a permis de connaître, pour chaque grappe, la probabilité conditionnelle de sélection d'un ménage donné sachant sa grappe d'appartenance. En revanche, l'effectif actualisé de ménages par village n'était pas disponible au niveau de l'ensemble de la base de sondage communale avant le tirage des grappes ; il n'a donc pas été possible de reconstituer la probabilité globale de sélection de chaque ménage (combinant les deux degrés), ni par conséquent de calculer des poids d'échantillonnage définitifs. Aucune pondération n'a de ce fait été appliquée dans l'analyse. Pour tenir compte de la structure en grappes de l'échantillon, la grappe a été traitée comme unité primaire de sondage et les erreurs standards ont été corrigées en conséquence dans les analyses statistiques.

Variables

La variable dépendante était le recours aux soins de santé, dichotomique (oui/non), défini comme le recours d'au moins un membre du ménage à 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 praticables, 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 d'au moins un membre du ménage 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 %. Vous trouverez en annexe les différents items du score EMICOV ayant servi à mesurer le statut socioéconomique de chaque ménage.

Collecte de données et analyse des données

Les données ont été recueillies par questionnaire structuré administré en entretien face à face. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel RStudio. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et proportions, tandis que les variables quantitatives ont été exprimées en médiane avec l'intervalle interquartile (IIQ). Les différences sociales du recours aux soins ont été opérationnalisées comme les variations du recours aux soins selon différentes caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des ménages enquêtées. Elles ont été examinées à travers

le niveau socioéconomique, la profession, le niveau d'instruction, la taille du ménage et les autres caractéristiques sociales recueillies dans l'enquête. Pour chaque caractéristique, la proportion des ménages ayant eu recours aux soins a été comparée entre les différentes catégories. Les associations entre le recours aux soins et ces caractéristiques ont été évaluées à l'aide du test du χ^2 de Rao-Scott avec statistique F ajustée afin de tenir compte de la structure en grappes du plan de sondage. Aucune pondération individuelle des observations n'a été appliquée. Une différence était considérée comme statistiquement significative lorsque la valeur de p était inférieure 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 verbal a été obtenu auprès de chaque participant. 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 déclaré qu'un membre avait eu recours à une formation sanitaire formelle lors du dernier épisode morbide au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les répondants avaient un âge médian de 33 ans (intervalle interquartile [IIQ] : 26–43 ans ; étendue : 18–85 ans). Toutefois, le fait que 27,65 % des ménages n'aient pas consulté une formation sanitaire met en évidence la persistance d'un non-recours aux soins. La disponibilité des formations sanitaires ne garantit pas, à elle seule, leur fréquentation par l'ensemble de la population. Le recours aux soins peut également dépendre des caractéristiques sociales et économiques des ménages, de leurs conditions de vie et de leur relation avec le système de santé.

Caractéristiques sociodémographiques 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'étaient pas associées au comportement de recours aux soins des ménages étudiés. 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 %) suivis 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 %). Ainsi, dans les ménages de Natitingou, le recours aux soins est davantage différencié selon la position professionnelle que selon l'âge, le sexe ou la religion. L'absence d'association statistiquement significative avec l'âge, le sexe et la religion pourrait indiquer, quant à elle, que ces caractéristiques ne semblent pas différencier le recours aux soins dans les ménages. Ce résultat est important au regard de l'objectif de l'étude, car il suggère que les gradients sociaux du recours aux soins ne se manifestent pas nécessairement de manière uniforme selon toutes les caractéristiques sociodémographiques. Au contraire, il reflète l'inclusion de la cohésion sociale dans les ménages de Natitingou.

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

	Recours		Total	Rao-Scott	
	Oui n (%)	Non n (%)		F	P
Âge (en années)					
< 34	117 (75,00%)	39 (25,00%)	156	1,99	0,154
[34-54]	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 78,09 % chez les personnes non instruites, contre 66,34 % chez celles ayant un niveau primaire, 65,75 % au niveau secondaire et 38,10 % 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 68,30 % chez les ménages monogamiques, contre 89,00 % 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. Les résultats de notre étude montrent que les gradients sociaux du recours aux soins des ménages à Natitingou se manifestent principalement à travers certaines dimensions, notamment le niveau d'instruction, la structure familiale, la taille du ménage et le statut socioéconomique. Ils suggèrent que le recours aux soins est un phénomène socialement différencié, mais que cette différenciation n'est pas uniforme selon toutes les caractéristiques socioéconomiques. Elle semble davantage liée à la combinaison des ressources disponibles, de l'organisation familiale et de la position sociale des ménages.

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 (78,09%)	69 (21,91%)	315	5,65	0,004
Primaire	67 (66,34%)	34 (33,66%)	101		
Secondaire	48 (65,75%)	25 (34,25%)	73		
Supérieur	8 (38,10%)	13 (61,90%)	21		
Type de ménage					
Monogamique	280 (68,30 %)	130 (31,70 %)	410	11,34	0,002
Polygamique	89 (89,00 %)	11(11,00 %)	100		
Taille du ménage					
< 3	30 (61,20 %)	19 (38,80 %)	49	7,39	0,001
[3-4]	78 (60,90 %)	50 (39,10 %)	128		
[5-7]	93 (67,90 %)	44 (32,10 %)	137		
≥ 8	168 (85,70 %)	28 (14,30 %)	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 (58,70 %)	50 (41,3 %)	121	6,30	0,018
Moyen	298 (76,60 %)	91 (23,40 %)	389		
Élevé	00 (0 %)	00 (0 %)	00		

Relation entre le recours aux soins et les caractéristiques environnementales, comportementales et liées 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. Certaines caractéristiques liées aux conditions de vie et au mode de vie en l'occurrence la propreté du ménage, la présence de latrines, le type d'habitat et la pratique d'une activité physique présentent des associations significatives avec le recours aux soins. Ces résultats soulignent ainsi que les gradients sociaux du recours aux soins sont multidimensionnels et ne suivent pas nécessairement une différence simple et uniforme.

Tableau 3 : Relation entre le recours aux soins et les caractéristiques environnementales, comportementales 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 caractéristiques liés au système de santé

Le temps de trajet domicile-structure sanitaire était significativement associé au recours aux soins ($F = 5,131$; $p = 0,009$), ce résultat suggère que les difficultés de déplacement influenceraient la recherche des soins . De même 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 %). Ces résultats montrent que les gradients sociaux du recours aux soins des ménages à Natitingou ne se limitent pas aux caractéristiques individuelles ou aux ressources économiques des ménages et aux caractéristiques environnementales . Elles semblent également s'inscrire dans les conditions concrètes d'accès aux services, l'organisation de l'offre sanitaire et la perception que les populations ont de l'équité du système de santé. La diminution du recours observée lorsque le temps de trajet augmente et l'écart important selon la perception de l'équité mettent particulièrement en évidence le rôle potentiel de l'accessibilité géographique et de la justice perçue dans l'utilisation des services de santé.

Tableau 4: Relation entre le recours aux soins et les caractéristiques 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
Païement direct	365 (72,28 %)	140 (27,72 %)	505		
Formations sanitaires de premier 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 premier 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 5: 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 gradients sociaux 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 déclaré qu'un membre avait eu recours à une formation sanitaire formelle lors du dernier épisode morbide au cours des deux semaines précédant l'enquête. 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). En revanche 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 ménages sur dix font recours aux soins. Il suggère que, malgré les contraintes généralement associées au milieu rural, notamment les difficultés d'accessibilité géographique, économiques et organisationnelles, une proportion importante des ménages de la commune de Natitingou privilégie les formations sanitaires lorsqu'un membre du ménage est malade. Il pourrait refléter les conditions environnementales et professionnelles moins favorables à la santé les exposant davantage aux maladies infectieuses, aux maladies liées à l'insalubrité ou aux accidents de travail, ce qui augmente leurs besoins en santé. 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 est associée au 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 soins. Ce résultat est comparable à celui rapporté dans plusieurs études en zones rurales d'Afrique subsaharienne, où les agriculteurs et les éleveurs recouraient davantage aux 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 différences 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. Les ménages ayant un niveau socio économique moyen recouraient davantage aux services de santé que ceux appartenant aux catégories les plus défavorisées. Ce résultat rejoint les données disponibles en Afrique. Une revue de portée ayant inclus 178 études sur les inégalités de couverture des services de santé en Afrique a montré que, pour 72 % des services étudiés, les groupes socio économiquement plus favorisés étaient plus susceptibles de recourir aux soins (Karamagi HC et al ,2024) . 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 une différence sociale qui est associée au 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. L'association observée entre le faible niveau d'instruction et le recours aux soins pourrait être associé à la prédominance

des agriculteurs dans notre étude. Ceux-ci vivent dans les conditions de vie plus précaires et exposés 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 recouraient davantage aux formations sanitaires 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, ceci 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 rapportaient davantage de recours aux soins. Les conditions de vie sont fortement associées aux 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 A., 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. L'association observée entre l'activité physique et le recours peut être liée à la profession, notamment à l'agriculture, l'élevage et à la zone d'étude car le territoire de Natitingou est caractérisé par un relief relativement varié entre montagnes, collines.

Gradients sanitaires

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 le recours aux soins. La différence géographique observée 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.

La perception de l'équité dans la distribution des ressources constitue une différence sanitaire importante associée au 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). 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.

Conclusion

Notre étude a mis en évidence les gradients sociaux du recours aux soins dans la commune de Natitingou en 2025. Certaines caractéristiques liées à la situation sociale, à l'environnement, au mode de vie et au système de santé étaient associées au recours aux soins. Aucune observation n'était disponible dans la catégorie socioéconomique élevée, limitant l'appréciation des différences sur l'ensemble des catégories socioéconomiques. Au-delà de l'amélioration de l'accès aux soins curatifs, il apparaît nécessaire de renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies afin de réduire la survenue des affections susceptibles d'entraîner un recours aux formations sanitaires. Ces actions pourraient notamment porter sur la sensibilisation des ménages à l'hygiène et à l'assainissement, l'utilisation et l'entretien des latrines, la salubrité de l'environnement domestique, l'adoption de comportements favorables à la santé, la promotion de l'activité physique régulière et l'information sur les mesures de prévention des principales maladies. Ainsi, une approche combinant promotion de la santé, prévention des maladies, amélioration de l'accessibilité géographique, l'amélioration des capacités financières des ménages et le renforcement de l'équité dans l'offre de soins pourrait contribuer à améliorer durablement l'état de santé des populations de la commune de Natitingou et à réduire la survenue des épisodes morbides nécessitant un recours aux formations sanitaires.

Limite de l'étude

Notre étude présente certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

- Son caractère transversal ne permet pas d'établir une relation temporelle ou causale entre les caractéristiques sociales étudiées et le recours aux soins. Les associations observées doivent donc être interprétées comme des différences entre groupes et non comme des relations causales.

- Certaines informations relatives au recours aux soins reposaient sur les déclarations des personnes enquêtées et peuvent ainsi être exposées à un biais de mémorisation ou de déclaration.
- L'absence de calcul et d'application de pondérations d'échantillonnage dans les analyses constitue une limite de l'étude et peut affecter la représentativité des estimations à l'échelle de la commune, les résultats sont interprétés avec prudence. La structure en grappes du plan de sondage a été prise en compte dans les analyses à travers le test du χ^2 de Rao-Scott, aucune pondération individuelle des observations n'a été appliquée.
- Aucune observation n'était disponible dans la catégorie socioéconomique élevée. Les comparaisons selon le niveau socioéconomique reposaient ainsi essentiellement sur les catégories faible et moyenne, ce qui limite l'appréciation des gradients sociaux sur l'ensemble du continuum socioéconomique.

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 l'Atacora. 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.
5. *BMC Public Health*, 21, 1523. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11313-7>
6. 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>
7. 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.
8. 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>
9. Commeyras C, Ndo JR, Merabet O, Koné H, Rakotonrabé FP. Étude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cah Études Rech Francoph Santé*. 2005;15(3):161-6
10. Gomes do Espirito Santo E, Floury B, Cissé M. Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin). *Bull World Health Organ*. 1998;76(2):195-201.
11. 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 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
12. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStad). (2024). Statistiques démographiques et résultats du RGPH4. Cotonou : INStad.
13. 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.
14. 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.

15. 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>.
16. Limi 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.
17. 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.
18. 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>
19. 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>
20. 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>
21. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Joint FAO/WHO expert consultation on the risks and benefits of fish consumption: meeting report, Rome, 9–13 October 2023*. Rome: FAO; Geneva: WHO; 2024. 124 p. ISBN 978-92-4-010087-9
22. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Aug 28]. Available from: WHO – Social determinants of health
23. 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>

Annexe : Évaluation de la classe sociale (score EMICOV)

N°	Question	Réponse	Code
E1	Principaux matériaux des murs extérieurs du logement ?	1- Terre, pierre, bois/planche, palme/bambou, ou autres = 0 ; 2- Semi dur = 1 3- Brique = 5	☐
E2	Votre ménage a combien de membres ?	1- Huit ou plus = 0 ; 2- Sept = 6 ; 3- Six = 10 ; 4- Cinq = 14 ; 5- Quatre = 20 ; 6- Trois = 30 7- Deux = 40 ; 8- Un = 50	☐
E3	Dans votre ménage, quel moyen énergétique d'éclairage utilisez-vous principalement ?	1- Pétrole = 0 ; 2- Électricité, gaz, huile, énergie solaire, groupe électronique (communautaire ou privé) ou autres = 5	☐
E4	Parmi toutes les pièces dont dispose votre ménage, combien sont généralement utilisées par les membres de votre ménage pour dormir ?	1- Un = 0 2- Deux = 2 3- Trois ou plus = 6	☐
E5	Quel type de combustible utilise votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	1- Bois à brûler ou paille = 0 2- Charbon de bois, électricité, gaz, pétrole, ou autres = 3	☐
E6	Possédez-vous une moto, une mobylette ou voiture dans votre ménage ?	1- Oui = 6 1- Non = 0	☐
E7	Quel est le nombre de téléphones mobile que vous possédez dans votre ménage ?	1- Aucun = 0 ; 2- Un = 2 3- Deux ou plus = 10	☐
E8	Le ménage a-t-il été propriétaire (y compris hérité) ou locataire d'une parcelle lotie, bâtie, ou irriguée au cours des 12 derniers mois ?	1- N'a été ni propriétaire ni héritier ou locataire = 0 2- A été propriétaire, héritier ou locataire d'une parcelle, mais la parcelle n'est pas lotie, bâtie, irriguée = 2 3- A été propriétaire, héritier ou locataire d'une parcelle lotie, bâtie, irriguée = 5	☐
E9	Dans ce ménage avez-vous une télévision ou un lecteur VCD/DVD ?	1- Oui = 6 2- Non = 0	☐
E10	Dans ce ménage, avez-vous un poste radio ?	1- Oui = 6 2- Non = 0	☐
E11	Niveau d'instruction	1- Non instruit = 0 2- Alphabète = 2 3- Primaire = 2 4- Secondaire 1 = 3 5- Secondaire 2 = 5 6- Supérieur = 8	
E12	Profession	1- Agriculteur = 1 2- Ménagère = 0 3- Elève/Étudiant = 0 4- Commerçant = 3 5- Fonctionnaire = 5 6- Artisan = 2	
E	Niveau socioéconomique NB : Utilisez les points attribués à chaque question	1- Elevé (score total ≥ 85 %) 2- Moyen (score total entre 50 et 85%) 3- Bas (score total ≤ 50 %)	