A5a

Pouvoir de Décision des Femmes et Qualité de Vie des Enfants

ATCHADE Touwédé Bénédicte

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion/ Université d'Abomey Calavi

Work In Progress (WIP)

Résumé :

Cette étude s'intéresse à la relation entre le pouvoir de décision de la femme et la qualité de vie des enfants de moins de cinq ans avec les données de la base de l'Enquête Démographique de Santé. On estimera des modèles pouvant analyser le pouvoir de décision de la femme sur le statut vaccinal des enfants d'une part et leur état nutritionnel d'autre part. ***On s'appuiera sur l'hypothèse selon laquelle les mères attachent plus d'importance à l'éducation et à la santé de leurs enfants que les pères.*** Les résultats obtenus permettront d'élaborer des recommandations en matière de santé et de nutrition des enfants. A court terme, ces recommandations devraient impacter les résultats scolaires, à moyen terme le marché du travail et à long terme une croissance économique soutenue.

Mots-clés : pouvoir ; décision ; qualité ; vie ; enfants

Codes JEL :

1. Introduction

La prise de décision au sein des ménages a reçu une attention croissante de la part des chercheurs et des décideurs ces dernières années. L'une des raisons de cet intérêt est d'éviter l'échec des stratégies de développement qui ne tiennent pas compte des activités et du comportement des ménages, Lawrence & Mancini (2008). Depuis la conférence de Beijing sur les femmes en 1995, l'augmentation du pouvoir des femmes par rapport au pouvoir des hommes dans le ménage, généralement connu sous le nom de pouvoir de négociation des femmes, est devenu un objectif dans les pays en voie de développement Lepine & Strobl, (2012). La participation des femmes aux activités économiques est un facteur important du développement durable. Dans certains pays d'Afrique, avec l'urbanisation croissante et les crises économiques persistantes, les femmes se trouvent de plus en plus au centre des enjeux économiques. Cependant, bien que leur participation aux activités économiques augmente, des inégalités existent entre elles et les hommes dans les différents secteurs économiques Banque Mondiale (2012). En effet, plusieurs approches ont été mises en place pour améliorer la participation des femmes au développement (Dagenais et Piché, 2000; Nahavandi, 2000). L'une de ces approches visait à aider les femmes à mieux jouer leur rôle de mère en mettant l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant, l'assistance à l'enfance et la nutrition. Au cours des dernières décennies, l'autonomisation des femmes a également été reconnue non seulement comme un droit humain important, mais aussi comme un moyen de conférer des avantages aux ménages et de contribuer ainsi au développement économique général. Les travaux précurseurs du modèle néoclassique du ménage surtout dans le cadre de la famille nucléaire suppose que le ménage se comporte «comme si» il tentait de répartir le temps et autres dotations de ses membres afin de satisfaire un ensemble de préférences communes. Ce processus, impliquant une mise en commun des ressources et leur agrégation sous la forme des préférences familiales, conduit à la conclusion que le ménage se comporte comme s'il avait une fonction d'utilité néoclassique. Cette manière de considérer le ménage ne tient pas compte des disparités dans l'allocation des ressources et dans les résultats au sein du foyer.

Malgré cela, l'étude de l'allocation des ressources et du bien-être individuel au sein du ménage est relativement un phénomène récent, Kebede et al., (2011). Le rejet du modèle unitaire de décision du ménage a conduit au développement des modèles non unitaires qui admettent la nécessité d'analyser le ménage comme un ensemble d'individus avec des préférences possiblement différenciées. Ces modèles postulent que les décisions d'allocation intra-ménage des ressources sont efficaces au sens de Pareto à l'exception de celui de Nash. D'après Seebens (2011), il est montré que les préférences des hommes et des femmes diffèrent et les préférences individuelles ont des implications sur le bien-être des autres membres du ménage. Jacquemet & Robin (2011) montrent que la part du surplus du mariage qui revient à l'homme est une fonction croissante de son revenu alors qu'elle est décroissante par rapport au revenu de la femme et que le loisir est un bien inférieur pour les hommes et un bien normal pour les femmes. Ce résultat démontre non seulement l'hétérogénéité des préférences mais aussi et surtout la disparité dans les gains du mariage entre hommes et femmes. La non prise en compte des préférences individuelles dans le cadre des décisions du ménage conduirait donc surement à diminuer le bien-être individuel notamment celui de la femme en partant du principe que l'homme est généralement le chef de ménage. Les ressources investies dans un enfant sont déterminées non seulement par le niveau de ressources disponibles, mais également par les préférences des parents. Les préférences entre les parents n'ont pas besoin d'être les mêmes; par conséquent, les résultats des actions des mères et des pères peuvent différer (Chiappori 1988; Manser & Brown 1980). Par conséquent, les préférences ont un impact important sur le bien-être des enfants. Les ressources investies dans un enfant sont déterminées non seulement par le niveau de ressources disponibles, mais également par les préférences des parents. A partir de cette logique basique, on pourrait se demander si une amélioration des conditions des parents se traduit systématiquement en une amélioration des indicateurs des enfants. Si c'est le cas, alors cela

pourrait être un levier d'action pour atteindre le bien-être des enfants. Selon Becker (1974), même si chaque individu ou famille est supposé avoir une fonction d'utilité ne dépendant directement que des biens et services consommés, cela ne veut pas dire que les interactions entre les individus sont totalement ignorées.

Plusieurs des importantes conséquences découlant des transformations économiques et pouvant affecter la distribution du bien-être et des opportunités sont bénéfiques pour les hommes et les femmes Fox, (2015). Le pouvoir de décision des femmes serait alors non seulement bénéfique pour elles-mêmes directement mais pour les enfants également. En tant que principales dispensatrices de soins aux enfants, les femmes sont généralement les premières à reconnaître les symptômes chez les enfants malades et à investir du temps et des revenus pour améliorer la santé et la nutrition de leurs enfants Ngom & al.(2003). Une femme ayant un pouvoir de décision élevé à une chance de voir une amélioration dans l'état de santé de ses enfants. Dans cette logique, Hanushek (1998) avance que cela ne surprend personne quand on affirme que les parents sont importants pour guider les enfants. Il existe une vaste littérature sur la façon dont la négociation des ménages a un impact sur les ménages et plus particulièrement sur leurs niveaux de vie. Bien qu'aucun modèle ne puisse représenter toutes les décisions prises au sein du ménage ou refléter le comportement de chaque membre, les économistes cherchent un modèle qui représente plus fidèlement la prise de décision du ménage Katz (1996). D'innombrables études ont fait cas de ce que la répartition du pouvoir au sein du ménage augmente le bien-être des femmes elles - mêmes et des enfants en particulier. Mais lorsqu'elles sont tenues à l'écart des décisions concernant le revenu et les autres ressources du ménage, leurs enfants et elles risquent d'avoir moins à manger et d'être privés de services de santé et d'éducation UNICEF (2007). Lorsque les femmes sont en bonne santé, instruites et libres de bénéficier des possibilités qui leurs sont offertes, les enfants s'épanouissent, et l'on recueille ainsi un double dividende, pour les femmes et les enfants. Beaucoup de travaux empiriques ont indiqué que le pouvoir de décision de la femme a des répercussions bénéfiques sur le bien-être des enfants. Ainsi selon Nordman & Sharma (2016) une amélioration du pouvoir de décision et de l'autonomie des femmes est associée à une plus grande allocation des ressources du ménage en faveur des enfants. D'après ces mêmes auteurs, le pouvoir de décision de la femme a un effet positif sur la part des dépenses d'éducation. Les ressources investies dans les enfants dépendent non seulement des ressources disponibles mais également de la préférence des parents Patel et *al*.(2007). A ce titre, l'importance du rôle de l'autonomie des femmes dans l'amélioration de leur bien-être et celui de leurs familles ne doit pas être sous-estimée (Fuseini & Kalule-sabiti, 2016).

En conceptualisant le «pouvoir de négociation des femmes» comme sa capacité à influencer la prise de décision au sein du ménage, nous analysons son influence sur la qualité de vie des enfants en nous basant sur l'hypothèse selon laquelle, les mères accordent plus d'importance à la santé et à l'éducation des enfants par rapport aux pères. Afin d'atteindre cet objectif, ce travail analyse cette question dans une approche empirique au Bénin.

2. Etat de la question

Cette section présente une synthèse de la littérature en la regroupant en deux sous--sections. La première expose la justification théorique et la seconde sous-section présente quelques résultats empiriques.

2.1. Les modèles des ménages : du modèle unitaire aux nouveaux modèles

Dans la littérature économique, plusieurs modèles de comportement des ménages permettent d'expliquer comment les décisions sont prises par ses membres. La représentation économique du ménage est l'un des champs dans lequel la théorie a progressé de façon notable ces dernières années. Les économistes ont tendance à considérer le ménage comme une unité qui regroupe les revenus et alloue des ressources

pour la consommation, la production et les investissements avec un seul ensemble de préférences Schmidt (2012). La première réaction lorsque s'est posée la question empirique de comprendre les choix du ménage fut celle de considérer le ménage comme un agent économique au même titre qu'un individu et de lui appliquer directement la théorie des préférences Couprie, (2004). L'analyse microéconomique a presque toujours étudié le comportement d'un ménage à l'aide d'une fonction d'utilité unique que l'on maximise par rapport à une contrainte budgétaire même si ce dernier est composé de plusieurs membres Donni, (2000). Dans ce cas, les choix du ménage, même étant constitués de plusieurs membres, sont agrégés en un choix unique, déterminé par une fonction d'utilité unique. Cette approche, où les préférences individuelles sont donc agrégées en un système de préférences sociales, est dite «unitaire ». Il est principalement fondé sur deux hypothèses à savoir la *'' la mise en commun des ressources''* ou *''income pooling''* et celle de *''la symétrie de la matrice de slusky''*. L'hypothèse de l'income pooling suppose que la somme des revenus des membres du ménage suffit pour comprendre le comportement du ménage et non la répartition des revenus entre ses membres. La symétrie de la matrice de Slutsky renvoie à l'idée que les fonctions de demande doivent être homogènes de degré zéro et la matrice qui leur est associée doit être semi-définie négative. Le modèle unitaire représente le modèle de base Becker, (1956) dans l'analyse des décisions au sein des ménages et sa popularité résulte de ses spécificités, c'est-à-dire sa simplicité et son adaptabilité dans les ménages. Dans ce type de ménage, les revenus de tous les membres sont mis en commun et géré par une seule personne en occurrence le chef de ménage et les préférences individuelles sont agrées en une préférence sociale. Tout porte à croire que tous les membres du ménages ont des préférences identiques ce qui n'est généralement pas le cas, tel est d'ailleurs la première critique formulé à l'encontre du modèle unitaire par. Cette manière de procéder, tout en étant très simple, permet d'effectuer des tests empiriques rigoureux, de retrouver les préférences du ménage de manière non-ambigue et d'interpréter les résultats empiriques dans la perspective d'évaluer l'impact sur le comportement du ménage des politiques économiques Donni, (2000). Les limites de cette manière de procéder, telles que l'absence de justifications théoriques convaincantes de l'agrégation des préférences individuelles, et le rejet des prédictions générées par celle-ci ont conduit au développement d'une approche plus générale, dite « collective », basée sur la seule hypothèse d'efficacité de l'allocation des ressources Donni & Ponthieux, (2011).

A la suite de cette approche unitaire qui est longtemps resté la plus utilisée dans l'analyse des décisions des ménages, d'autres approches ont vues le jour ces dernières décennies pour pallier aux insuffisances du modèle unitaire. Ces approches aussi divergentes qu'elles soient sont fondées sur le même postulat qui stipule que chaque individu dans le ménage doit être représenté par des caractéristiques qui lui est propre avec pour existence de décideurs multiples au sein du ménage. La spécificité de chacune d'elle se retrouve au niveau du processus de décisions. Ces modèles dits "collectifs" conçoivent la prise de décision au sein du ménage comme un processus de négociation qui peut être coopératif ou non coopératif selon les approches, l'issue de cette négociation étant fonction de paramètres variables dont certains renvoient toujours aux revenus respectifs des membres du ménage Guerre, (2004). L'approche coopérative du ménage se fonde sur l'hypothèse de pareto-optimalité. En d'autres termes, l'on ne peut pas améliorer le bien-être d'un membre sans détériorer celui de l'autre. L'approche non coopérative se fonde quant à elle sur la notion d'équilibre de Cournot-Nash. Les membres du ménage ne parviennent pas nécessairement à des accords compte tenu de la difficulté de nouer des relations et contrats rigoureusement respectés au fil du temps Keita, (2011). Contrairement au modèle coopératif, le modèle non coopératif n'est pas toujours efficace au sens de paréto. Il y a donc possibilité d'améliorer le bien-être d'un membre sans pour autant détériorer celui d'un autre. En pratique, comme la validation empirique de ces modèles de négociation exige beaucoup trop de données, les tests empiriques ont été souvent fondés sur la définition d'un point de menace ou point de désaccord Keita, (2011). Ces points de menace dépendent des revenus de chacun (plus généralement des ressources que chacun contrôle et

dont il peut bénéficier en cas de désaccord), ainsi que de l'environnement économique et social (état du marché du travail si la personne compte retrouver un emploi, état du marché matrimonial au cas où elle voudrait se remarier, législation sur les pensions et allocations versées à la personne qui a la garde des enfants, etc.) Guerre, (2004). Malgré ces divergences au niveau de ces types de modèle, les auteurs ont essayé de trouver des propriétés similaires à celles du modèle unitaire, à savoir des restrictions sur le comportement du ménage qui soient testables ainsi que la possibilité d'identifier les composantes structurelles en retrouvant les caractéristiques des préférences et du processus de négociation à partir de l'observation des demandes du ménage Couprie (2004).

Bien que le modèle unitaire continue d'être utilisé pour expliquer de nombreux phénomènes au sein des ménages, les preuves en faveur d'un modèle où les individus au sein du ménage ont des préférences distinctes, intéressent les chercheurs et les décideurs politiques. Les modèles non unitaires ont donc commencé par prendre le dessus sur les modèles unitaires pour expliquer comment les décisions se prennent au sein des ménages. La théorie de la négociation des ressources au sein du ménage postule que le bien-être des enfants est mieux assuré lorsque les femmes ont un pouvoir de décision élevé sur les questions familiales et un contrôle accrue sur les ressources de ménage. La sphère familiale, loin d'être un lieu de consensus ou de dictature s'avère être un lieu de négociation surtout lorsque la femme a un pouvoir de décision élevé compte tenu de son autonomie financière.

2.2. Pouvoir de décision des femmes et qualité de vie des enfants

Des travaux empiriques ont réfuté l'idée selon laquelle les parents s'entendent sur la manière d'allouer la main-d'œuvre et d'autres ressources pour améliorer le bien-être des ménages (Alderman, Chiappori, Haddad, Hoddinott & Kanbur 1995; Schultz 1990; Vermeulan 2002). Selon Bargain et *al.* (2011) les mesures dans les pays en développement ignorent souvent la distribution des ressources au sein des familles et les gains issus de la consommation jointe. Ces auteurs ont ainsi adopté une démarche qui introduit dans les modèles collectifs les parts de consommation du père, de la mère et des enfants. Leurs résultats indiquent que les enfants détiennent une fraction raisonnable des ressources du ménage, mais pas assez pour éviter la pauvreté des enfants comparativement à ce qui est trouvé dans les mesures traditionnelles de pauvreté fondées sur les dépenses par tête. Cette même étude révèle qu'il n'existe pas de discrimination envers les filles et que les mères les plus éduquées ont plus de pouvoir sur les ressources du ménage.

Angelucci & Garlick (2016) indiquent que l'allocation optimale des ressources au sein des ménages peut diverger suivant la structure d'âge des conjoints. La conséquence de cette différence en termes de bien-être est que les ménages les plus jeunes investissent peu dans l'éducation des enfants et que leur dépense d'éducation est moins sensible aux transferts monétaires reçus. Le résultat de ces auteurs indique que l'effet des préférences des parents sur les enfants ne passe pas seulement par la distribution des pouvoirs de décision mais aussi par la nature de l'allocation des ressources du ménage en termes d'efficacité. A cet effet, Luz & Agadjanian (2015) montrent que les femmes qui ont de meilleurs pouvoirs de décision pourraient avoir une plus grande préférence pour l'éducation des filles. Ce résultat se comprend dans la mesure où une femme, mère de famille ne voudra pas que sa fille plus tard n'ait pas le degré d'autonomie nécessaire pour participer aux décisions de son ménage. De ce fait, en faisant la promotion de l'éducation des filles, la mère espère ainsi améliorer le pouvoir de décision de sa fille plus tard.

Adamowicz et *al. (*2013) examinent l'effet de l'efficience parétienne dans l'allocation des ressources sur les risques sanitaires des enfants. L'étude analyse comment des changements dans les pouvoirs de décisions des parents affectent leurs consentements marginaux à payer pour réduire les risques sanitaires relatifs à leurs enfants. L'analyse qui est fondée sur le modèle collectif incorpore les risques sanitaires issus de la production domestique, permet d'observer des différences dans les préférences et les

perceptions des risques suivant les parents. Les résultats indiquent que l'efficacité au sens de Pareto tient même en cas de redistribution du pouvoir de décision des parents. Il en résulte que si les parents voient la santé des enfants comme un bien public et que les deux y contribuent, alors pour une distribution donnée du revenu familial, le consentement marginal du couple à payer pour garantir la santé des enfants est déterminé par les décisions de chaque parent notamment en ce qui concerne les biens qui réduisent les risques sanitaires pour les enfants. Ce résultat montre que le pouvoir de décision de la femme a un impact significatif sur le statut sanitaire des enfants et que cela ne remet pas en cause l'efficience des allocations du ménage. Dans les modèles collectifs des ménages, le bien-être des enfants en général et leur niveau de santé en particulier est étroitement lié à celui qui est en charge des décisions majeures dans le ménage. Il ne s'agit plus de préférences ni d'utilités uniques. La diversité des préférences peut amener les deux conjoints à apporter leur part du revenu pour l'amélioration du bien-être des enfants. Dans un modèle collectif des ménages, les enfants sont considérés comme des biens publics donc les deux parents contribuent à leurs éducations, santés et tout ce qui favorisent leur mieux être. Les soins de santé pour les femmes et les enfants sont un bien normal et l'augmentation de revenu du ménage accroît les ressources allouées aux enfants, tel que mesuré par une demande accrue des services de soins de santé. Le bien-être des enfants dans ce type de ménage sera meilleur que dans celui où seul un décideur gère les revenus du ménage. Dans l'hypothèse de la préférence des femmes pour le bien-être des enfants dans un ménage coopératif, si le pouvoir de décision des femmes au sein du ménage augmente avec une contribution relativement plus grande du revenu, cela devrait augmenter les ressources consacrées aux enfants quant à la consommation et les soins de santé Kasiwa (2018).

Suivant Schmidt (2012), les résultats empiriques dans les pays en développement, tendent à montrer que l'augmentation du pouvoir de décision des femmes s'accompagne d'une préférence pour les biens améliorant le bien-être des enfants. En effectuant une analyse empirique sur données bangladeshies, l'auteur arrive à de semblables conclusions indiquant ainsi que les indicateurs de santé des enfants dont les mères ont de grands pouvoirs de décisions au sein du couple sont meilleurs que ceux des autres. Cela indique donc que le pouvoir de décision peut être un levier sur lequel agir pour améliorer l'état de santé des enfants. Les résultats de Arulampalam et *al.* (2015), restent dans la logique des évidences empiriques généralement obtenues en faisant ressortir une relation positive entre le niveau d'autonomie de la mère et le statut nutritionnel de l'enfant. De façon spécifique, ces auteurs montrent que l'autonomie des mères s'accompagne d'une amélioration du statut nutritionnel de long terme des enfants en milieu rural. En outre, l'étude souligne que les enfants bénéficient de cette autonomie surtout quand il s'agit des filles de moins de 24 moins et des garçons de plus de 23 mois. L'implication qui en ressort est que les moyens d'autonomisation des femmes constituent de réelles mesures allant dans le sens de l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants.

L'étude de Mikalitsa (2015) adopte une approche de stratification des ménages suivant celui qui est le chef de ménage. De ce fait, l'étude distingue trois types de ménage à savoir les ménages dirigés par les hommes, les ménages dirigés *de jure* par une femme et les ménages dirigés *de facto* par une femme. Est considéré dans la deuxième catégorie, les ménages où la femme est reconnue comme chef soit parce que vivant seule ou étant veuve. La dernière catégorie est celle où la femme dirige parce que l'homme est absent mais garde un contact avec le ménage et fait même des transferts. Les résultats indiquent que les ménages dirigés *de jure* par une femme sont les plus affectés par la pauvreté nutritionnelle et une forte incidence de malnutrition comparés aux deux autres types de ménages. L'explication est que ces femmes chef de ménage ont des ressources limitées et ont peu accès aux ressources à cause du caractère patriarcal pratiqué dans la société kényane. L'auteur montre, en outre, que les enfants des ménages dirigés *de facto* par une femme sont mieux nourris par rapport aux enfants des ménages dirigés par les hommes. Cela s'explique par le fait que les femmes sont, en général, plus disposées à dépenser dans la nutrition et le bien-être des enfants tant qu'elles ont le pouvoir de contrôle sur les ressources familiales.

Dans le même sens, Duflo (2000) montre dans le cadre d'un programme de pension que l'effet des transferts monétaires dépend de qui en est le bénéficiaire. En effet, sur données sud-africaines, l'auteur montre que les pensions reçues par les femmes ont un large impact sur le statut anthropométrique des filles mais peu d'effet sur celui des garçons. Cela suggère que les ménages ne fonctionnent pas comme des entités unitaires et que l'efficacité des programmes publics de transfert dépend du genre du bénéficiaire puisque l'étude conclut que les transferts n'ont aucun effet si elles sont reçues par les hommes. Cela souligne les différences de préférences suivant les parents. Dans ce sens, Dasgupta (2012) indique qu'il existe une préférence des mères dans les soins apportés aux enfants. L'auteur analyse ainsi les différentiels dans les niveaux de malnutrition entre filles et garçons. Il trouve que ces différentiels existent lorsque les femmes ont des préférences entre les enfants en l'occurrence les filles et que ces préférences interviennent dans le processus de prise de décision du ménage. Cela suggère que les femmes qui sont responsables de la nutrition des enfants en bas âges peuvent allouer de façon différentié des ressources entre garçons et filles quand elles disposent d'une autonomie de décision.

Duflo & Udry, (2001) montrent que les décisions concernant l'investissement dans le capital humain des enfants, la production et l'allocation de la terre et d'autres actifs productifs peuvent être affectées par l'inefficience des négociations intra ménage ou par la contrainte de fongibilité des ressources. Il en résulte par exemple que l'allocation du temps de travail du ménage à différentes finalités peut être influencée par les désirs individuels d'utilisation du revenu à des fins personnelles. La conséquence qui en découle est la violation du principe de séparation de la consommation et de la production qui existent dans les modèles efficients de ménage. De la même manière, les décisions intertemporelles telles que l'allocation des ressources du ménages dans l'investissement en capital humain des enfants peuvent être impactées par l'identité du détenteur du revenu si l'homme et la femme font face à différentes opportunités sur le marché financier. Quisumbing & Maluccio (1999) rappellent que les modèles collectifs postulent que les individus au sein d'un ménage ont des préférences différentes et ne mutualisent pas leurs revenus. Ce faisant, les allocations intra ménage reflètent les différences dans les préférences et le pouvoir de décision des membres du ménage. Sur un échantillon de quatre pays que sont le Bangladesh, l'Indonésie, l'Ethiopie et l'Afrique du Sud, ces auteurs rejettent empiriquement la validité du modèle unitaire dans ces quatre pays quoiqu'à différents degrés. Leurs résultats indiquent que les actifs contrôlés par les femmes ont un effet significatif sur les allocations envers d'autres générations. Ces allocations font référence aux dépenses d'éducation et d'habillement des enfants. L'étude fait en outre ressortir que les préférences parentales à l'égard des garçons ou des filles diffèrent à l'intérieur et entre les pays considérés. Chakraborty & al, (2011) en adoptant une mesure du niveau d'autonomie de la femme fondée sur les aspects du ménage sur lesquels les mères de familles prennent des décisions, montrent que les enfants ayant des mères autonomes ont une meilleure rétention à l'école secondaire.

Ahmed & Ray,(2011) en examinant l'effet du travail des enfants sur leur éducation montrent sur données bangladeshies que les heures de travail des enfants impactent négativement leur rétention scolaire. Mais leur étude va plus loin en faisant intervenir le rôle des pouvoir de décision des parents. Ce faisant, ces auteurs montrent que les parents n'ont pas des préférences identiques envers les garçons et les filles en ce qui concerne la décision de scolarisation. Ainsi, quand bien même les deux parents orientent les filles plus vers l'école que le marché du travail, il est remarqué les mères sont plus sensibles que les hommes. Autrement dit, ce résultat traduit l'importance de la nécessité de renforcer le pouvoir de décision des femmes dans une perspective d'augmentation des taux de scolarisation des filles au Bangladesh.

L'effet du pouvoir de décision sur les indicateurs des enfants peut parfois aller contre les prédictions théoriques des modèles de décision du ménage. En s'intéressant à la situation où le chef de ménage, pour raison de migration, vit en dehors du ménage, Chen (2008) montre que les évidences empiriques

en Chine vont contre la logique des modèles unitaires et coopératifs. En effet, l'étude a consisté à observer et à analyser l'effet de la migration de l'homme sur les enfants. L'idée est que l'absence du chef de ménage fait de la femme un chef de ménage *de facto*. Ses résultats indiquent dans un premier temps qu'en l'absence du père, les heures de travaux domestiques des filles augmentent pendant que celles des mères diminuent. Un tel résultat est incompatible avec le modèle unitaire qui postule que les membres du ménage devraient procéder à une réallocation de leur temps de travail en vue de compenser l'absence d'un membre. Dans un second, l'étude révèle que les indicateurs de santé et d'éducation des enfants n'ont pas subi de modifications pendant la migration de l'homme et avec un changement dans le revenu du ménage. Un tel résultat invalide les modèles non unitaires dans lesquels l'absence de l'homme augmente le pouvoir de décision de la femme qui aurait une forte préférence pour les dépenses en éducation et en santé des enfants. Cette étude met exergue la complexité du phénomène tant au plan théorique qu'empirique. Les conclusions de Alfano et *al.* (2011) relativisent l'effet de l'autonomie de la femme sur les indicateurs des enfants. En effet, en examinant la situation dans différentes régions de l'Inde, ces auteurs parviennent à la conclusion que l'effet de l'autonomie de décision de la femme n'est pas toujours significatif dans tous les cas. Dans les zones où l'effet de l'autonomie des femmes s'est révélée déterminante, elle s'est révélée avoir un effet sur l'âge de scolarisation des enfants. Une probable explication serait que l'indépendance constatée entre autonomie de décision des femmes et scolarisation des enfants est expliquée par la distribution des pouvoirs qui fait surement des hommes les décideurs en dernier ressort.

3. Méthodologie de recherche

L'objectif de ce travail est d'analyser l'effet du pouvoir de décision de la femme sur la qualité de vie des enfants de moins de cinq ans, mesuré ici à travers le statut vaccinal et l'état nutritionnel. Dans la suite de cette section, nous allons présenter le modèle à estimer, la description des variables explicatives, ainsi que les résultats de nos estimations.

3.1 Cadre théorique de l'analyse du pouvoir de décision de la femme sur la qualité de vie des enfants

Dans la suite de notre travail, nous formulons l'hypothèse selon laquelle, les mères ont plus de préférence pour la santé de leurs enfants comparativement aux pères. Soit un couple qui a un enfant. On dénotera la femme par 1 et le mari par 2. Chacun dispose d'une unité de temps qu'il peut consacrer au travail ou à la santé de son enfant. On dénotera par w_i le salaire, γ_i le pouvoir de negociation, α_i le temps consacre a l'enfant. L'intérêt que chaque parent porte a l'enfant s'écrit α pour la mère et β pour le père. Dans ce modèle, la qualité de l'enfant ne concerne que la mère. Le problème des deux conjoints est de maximiser l'expression suivante.

$$\gamma \left(\frac{w_1}{w_2}\right) [\, u\,(\, c_1) + \alpha_1^{\alpha}] + \left(1 - \gamma \left(\frac{w_1}{w_2}\right)\right) [\, u\,(\, c_2)] - \mu\, [c_1 + c_2 - (1 - \alpha_1\,) w_1] \qquad (1)$$

Les conditions du premier ordre s'écrivent:

$$\gamma\, u'\,(c_1) = (1 - \gamma) u'\,(c_2) = \mu \qquad (2)$$

Et

$$\gamma \alpha \alpha_1^{\alpha - 1} = \mu w_1 \qquad (3)$$

On a du coup une expression simple pour α_1

$$\alpha_1 = (\gamma\alpha | \mu w_1)^{\frac{1}{1-\alpha}} \qquad - \qquad (4)$$

Et donc $QV = (\gamma\alpha|\mu w_1)^{\alpha/(1-\alpha)}$ (5)

Avec ce modèle, on a que la qualité de vie de l'enfant dépend positivement du pouvoir de négociation de la mère et de sa préférence pour l'enfant et négativement de l'utilité marginale de la consommation et du salaire de la mère. Dans la suite de notre travail, nous faisons l'hypothèse selon laquelle, μ est une constante donc nous n'aurons pas besoin du niveau de consommation du ménage. La qualité de vie de l'enfant Q sera alors :

$$QV = (\gamma\alpha|w_1)^{\alpha/(1-\alpha)} \quad (6)$$

Dans la suite du travail, le salaire de la femme sera approximé au type de rémunération tel que formulé dans la base et au fait qu'elle gagne plus que son mari. Les préférences des mères pour leurs enfants sont innées selon l'hypothèse de '' la bonne mère'' dont non mesurables mais positives sur la qualité de vie des enfants. Les enfants sont généralement modélisés sous forme d'attributs de ménage sous l'autorité des parents, plutôt qu'en tant qu'agents économiques distincts ayant des fonctions d'utilité individuelles. Leur état de santé apparaît donc comme la combinaison de plusieurs facteurs à savoir le pouvoir de négociation de la femme, la préférence de la mère pour ses enfants et d'autres facteurs socioéconomiques et démographiques. La forme empirique du modèle a estimé découle de l'équation (7) ci-dessus énuméré.

$$QV = f\,(\gamma, w_1, \textstyle\sum_1^i Xi) \quad (7)$$

avec QV la qualité de vie de l'enfant qui sera approximée par le statut vaccinal et l'état nutritionnel, $(\gamma\ le\ pouvoir\ de\ négociation\ de\ la\ femme)$ mesure l'implication de la femme aux décisions du ménage y compris celles relatives aux soins de santé de l'enfant, $Xi\ les\ facteurs\ sociodémographiques$ regroupent les autres variables susceptibles d'agir sur la qualité de vie des enfants, et w_1 le statut d'emploi de la mère qui renseigne sur le fait qu'elle travaille où pas.

3.1.1 Mesure du pouvoir de décision de la femme

La prise de décision a été abordée dans le questionnaire suivant un ensemble de cinq questions relatives à cinq décisions du ménage. La question est libellée de la manière suivante : « qui prend habituellement les décisions… » et les options auxquelles sont appliquées cette question sont les achats du ménage, les décisions de santé de la femme, la visite aux familles et amis, la gestion des revenus de la femme et du mari. Les modalités de réponse sont au nombre de quatre principales modalités que sont « le répondant uniquement », « le répondant et son partenaire», « le partenaire uniquement » et « quelqu'un d'autre ». Dans le cadre de ce travail, nous nous mettons dans l'optique que l'analyse du pouvoir de décision de la femme, en ne la prenant pas comme chef de ménage, s'inscrit dans la logique des modèles non unitaires et donc des modèles collectifs. De ce fait, elle disposerait d'un pouvoir de décision si elle est associée aux prises de décision dans le ménage. Ainsi, les deux premières modalités de réponse sont celle que nous considérons comme les cas s'inscrivant dans la logique des modèles collectifs. Les autres cas excluent l'implication de la femme à la prise de décision. Chaque décision est alors analysée et mesurée par une variable binaire prenant la valeur 1 chaque fois que la femme est impliquée dans la prise de décision et 0 sinon. A cela, s'ajoute le cas où la femme est impliquée dans les décisions de santé de l'enfant. Elle prend aussi la valeur 1 si la femme prend la décision seule ou conjointement avec son mari et 0 si non.

Notre objectif étant d'analyser l'effet du pouvoir de décision de la femme sur la qualité de vie des enfants, il est important de se focaliser sur les décisions du ménage qui influencent la qualité de vie des enfants. Il s'agira alors des cas ou la femme est **impliquée** dans *« la gestion de son propre revenu »,*

« la gestion du revenu de son conjoint », « la décision des soins de santé des enfants ». Nous aurons alors trois variables de pouvoir de décision de la femme. Pour une analyse plus explicite, nous allons prendre individuellement chacune des modalités de la variable « pouvoir de décision » telles libellés dans la base.

3.1.2 Mesure de l'état nutritionnel de l'enfant

Une mesure courante de l'état de malnutrition est le statut anthropométrique des enfants de moins de cinq ans. La taille pour l'âge est considérée comme une mesure à long terme de l'état nutritionnel et un proxy pour mesurer l'état nutritionnel chronique d'un enfant. La taille pour l'âge a été sélectionnée comme variable dépendante pour cette recherche en raison de sa réactivité potentielle au pouvoir de négociation dans le ménage. Dans les pays en développement, les déficits de croissance humaine sont causés principalement par deux facteurs évitables: alimentation inadéquate et infections. Les facteurs génétiques deviennent importants dans l'adolescence, donc la taille d'un jeune enfant, compte tenu de son âge, dépend de l'accumulation investissement dans la nutrition et les soins de santé au cours de la vie de l'enfant Duflo (2000). L'OMS, pour mesurer l'état nutritionnel se réfère à certains indicateurs. Ces indicateurs sont les z-scores[1] de nutrition taille pour âge, poids pour âge et enfin le z-scores poids pour taille (noms données à ces indicateurs anthropométriques). Ces trois indicateurs sont des mesures internationales de nutrition et utilisés dans la littérature relative à la question (Senauer & Garcia, (1991 ; Shafieian et *al*., 2013 ; Ijarotimi et *al*., 2016) . Parmi ces indicateurs nous avons opté pour le z-score taille-pour-âge. Cet indicateur a été choisi compte tenu du fait que le retard de croissance de l'enfant est la principale cause du retard scolaire des enfants Mwisha-kasiwa, (2017). Les valeurs de ces indicateurs sont continues dans la base. Nous allons utiliser la variable binaire selon les normes de l'OMS c'est-à-dire quand un enfant a un z-score inférieur à -3 il est mal nourris et si le z-score est supérieur à –3 il est bien nourris.

3.1.3 Mesure du statut vaccinal de l'enfant

Le statut vaccinal de l'enfant est mesuré par le nombre de vaccin reçu par l'enfant. Comme notre cible d'enfant est ceux de 0 à 5 ans, il serait biaisé de tenir compte du nombre de vaccins reçu sans tenir compte de l'âge. Nous allons donc, en fonction de l'âge de l'enfant, les classés par intervalle en fonction des normes de l'OMS quant à la prise des vaccinations. Pour sa première année de vie sur terre, un enfant a droit à 9 vaccins obligatoires. Pour ceux de 0- 6 mois le nombre de vaccin recommandé est de 7. Les enfants n'ayant pas reçu au moins 4 vaccins dans cet intervalle de temps seront considérés comme n'ayant pas un bon statut vaccinal. De 6 mois à 1 an, les enfants ont droit à 4 vaccins en plus des 7 reçus. Un enfant dans cet intervalle n'ayant pas reçu au minimum 6 vaccins sera considéré comme n'ayant pas un bon statut vaccinal. A partir de 1 an, il y a possibilité de rappel pour certains vaccins. Notre analyse se fera par tranche d'âge et en fonction des rappels de vaccins disponibles.

3.2 Techniques d'estimation

Comme nous l'avons souligné plus haut, la qualité de vie sera approximé par l'état nutritionnel et le statut vaccin. Pour rappel, notre modèle de base est le suivant :

$$QV = \beta_0 + \gamma_{(pouvoir\ de\ négociation\ de\ la\ femme,)} + \beta\ (facteurs\ sociodémographiques) \quad (8)$$

Les équations à estimer de notre modèle ci-dessus pour analyser l'état nutritionnel et le statut vaccinal des enfants sont les suivantes :

$$N_i = \alpha_0 + \gamma(pouvoir\ de\ décision\ de\ la\ femme) + \sum_1^K \pi P_k + u_i \qquad (9)$$

En tenant compte des variables indicatrices du pouvoir de décision de la femme, nous aurons :

$$N_i = \alpha_0 + \gamma\ PD + \sum_1^K \pi P_k + u_i \qquad (10)$$

Avec N_i le z-scores indiquant le statut nutritionnel de l'enfant ; α_0 un terme constant, P_k la matrice des variables explicatives ; π le vecteur des paramètres estimés et enfin $u_i$le terme d'erreur.

S'agissant du statut vaccinal de l'enfant, on aura :

$$V_i = \beta_0 + \gamma\ (pouvoir\ de\ décision\ de\ la\ femme) + \sum_1^K \beta_K X_k + \varepsilon_i \qquad (11)$$

En tenant compte des variables indicatrices du pouvoir de décision de la femme on aura :

$$V_i = \beta_0 + \gamma\ PD + \sum_1^K \beta_K X_k + \varepsilon_i \qquad (12)$$

Avec V_i le statut vaccinal de l'enfant ; β_0 une constante ; γ un coefficient permettant d'analyser l'effet de l'indice du pouvoir de décision ; X_k la matrice des variables explicatives susceptibles d'influencer le statut vaccinal de l'enfant ; β_K le vecteur des paramètres à estimer et ε_i le terme d'erreur.

Les formes économétriques des équations 10 et 12 sont respectivement :

<u>Etat nutritionnel :</u>

$$N_i = \alpha_0 + \gamma\ PD + \pi_1 niv\ d'édu\ de\ la\ fem + \pi_2 niv\ d'édu\ del'\ \text{hom} + \pi_3\ age\ de\ la\ fem$$
$$+\pi_4\ statut\ d'emploi\ de\ la\ fem + \pi_5 niv\ de\ richesse\ du\ mé + \pi_6\ nomb\ d'enft$$
$$+ \pi_7\ age\ de\ l'enft + \pi_8\ jumeau + \pi_9 lieu\ de\ resi + \pi_{10}\ sex\ de\ l'enft + u_i$$

<u>Statut vaccinal :</u>

$$V_i = \beta_0 + \beta_{0*}\ PD + \beta_1 niv\ d'édu\ de\ la\ fem + \beta_2 niv\ d'édu\ de\ l'\ \text{hom} + \beta_3\ age\ de\ la\ fem$$
$$+\beta_4\ statut\ d'emploi\ de\ la\ fem + \beta_5\ niv\ de\ richesse\ du\ ménage + \beta_6\ nomb\ d'enft$$
$$+ \beta_7\ age\ de\ l'enft + \beta_8 lieu\ de\ resi + \beta_9\ sex\ de\ l'enft$$
$$+ \beta_{10}\ distance + \beta_{11}\ inter\ nais + \beta_{12}\ rang\ nais + \varepsilon_i$$

Avec :

PD : pouvoir de décision de la femme

Niv d'édu de la fem : le niveau d'éducation de la femme

Niv d'édu de l'hom : le niveau d'éducation de l'homme

Age de la fem : l'âge de la femme

Statut d'emploi de la fem : qui renseigne sur le fait qu'elle travaille où pas

Niv de richesse du ménage : qui renseigne sur le niveau de richesse du ménage

Nomb d'enft : qui renseigne sur le nombre d'enfants vivants dans le ménage

Age de l'enft : qui renseigne sur l'âge de l'enfant

Lieu de rési : qui renseigne sur le lieu de résidence du ménage

Sex de l'enft : qui renseigne sur le sexe de l'enfant

Distance : qui renseigne sur la distance qui sépare le ménage du centre de santé

Inter nais : qui renseigne sur l'intervalle avant la naissance des enfants

Rang nais : renseigne sur le rang de naissance de l'enfant

4. Analyse descriptive

Une analyse descriptive a été faite pour analyser le pourcentage d'enfants vaccinés dans les deux pays concernés

Tableau 1 : Proportion des enfants vaccinés selon le lieu de résidence et la distance au centre de santé

Pays	**Bénin**	
Variables	**Distance**	
Statut Vaccinal	**Accessible**	**Non Accessible**
0	15,21	15,21
1	0,78	0,78
2	3,48	3,48
3	1,63	1,63
4	3,75	3,75
5	3,36	3,36
6	4,77	4,77
7	3,60	3,60
Effectif Total	**6 556**	**6 556**
	12 687	

Source : Auteur à partir des données des EDS-V

Le tableau ci-dessus nous montre le lien entre l'accessibilité des ménages aux soins de santé. On constate que 15.21% des enfants dans les zones accessibles au Bénin n'ont reçu aucun vaccin et 21.40% des

enfants des zones accessibles n'ont reçu aucun vaccin ; 0.78% des enfants en zone accessible ont reçu un seul vaccin contre 0.77% en zone non accessible au Bénin. L'accessibilité des ménages des centres de santé est donc un facteur déterminant dans le statut vaccinal des enfants. Cette constatation est similaire à celle d'Antai (2009) où les enfants de mères résidant dans des communautés possédant une proportion plus élevée de services de soins prénatals maternels avaient plus de chances d'être complètement vaccinés. La proximité de l'établissement de santé associée à l'achèvement de la série de vaccination est recommandée. Cette constatation est cohérente avec les études antérieures d'Éthiopie et d'autres pays à revenu intermédiaire, indiquant que l'accès aux soins de santé un facteur important pour l'utilisation des services de vaccination des enfants Wado & al, (2014).

Tableau: gestion des revenus et état nutritionnel

Variables	**Pays**	**Bénin**	
	Modalités	Malnutris	Bien Nourris
Revenu de la Femme	La Femme Participe	45,88%	54,12%
	La Femme ne Participe pas	40,98%	59,02%
Revenu du Conjoint	La femme Participe	40,96%	59,04%
	La Femme ne Participe pas	44,45	55,55

Source : calcul à partir des EDSB-V

Des résultats du tableau précédent, nous pouvons remarquer, 45.88% des enfants malnutris au Bénin, ont des mères qui participent à la gestion de leur propre revenu ; 54.12% des enfants bien nourris ont leurs mères qui participent à la gestion de leurs propres revenus ; 40.98% des enfants malnutris ont des mères qui ne participent pas à la gestion de leurs propres revenus ; 59.02% des enfants malnutris ont des mères qui ne participent pas à la gestion de leurs propres revenus. S'agissant de la gestion du conjoint, lorsque la femme est associée à la gestion du revenu de son mari, on constate que 40.96% des enfants sont malnutris. Dans les ménages où les deux conjoints font une gestion conjointe du revenu du mari, on constate que 59.04% des enfants sont bien nourris ; 44.45% des malnutris ont des mères qui ne participent pas à la gestion du revenu de leurs maris. De l'analyse de ce tableau, on peut remarquer de façon claire l'effet du pouvoir de décision de la femme dans la gestion de son revenu et celui de son mari sur l'état nutritionnel des enfants. Cet effet est d'autant plus significatif en Guinée qu'au Bénin. Des études en Afrique ont indiqué qu'aux mêmes niveaux de revenu, les ménages dans lesquels les femmes contrôlent mieux leur les revenus ont plus de chances d'être sécurisés Kennedy et Haddad, (1991). Dans la plupart des familles, les mères passent plus de temps que les pères s'occupant des enfants; ce sont les mères qui jouent un rôle plus important dans les décisions concernant la santé et la nutrition des enfants. Il est important qu'elles aient un pouvoir de gestion conséquent en matière de gestion des revenus des deux conjoints.

5- Analyse économétrique

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de nos estimations économétriques.

Variables	Coefficients (effets marginaux)
Age de la femme	-0.005* (0.005)
Niveau d'éducation de la femme	
Primaire Incomplet	-0.009 (0.071)
Primaire Complet	0.073 (0.113)
Secondaire Incomplet	0.189** (0.087)
Secondaire Complet	-0.414* (0.216)
Supérieur	0.145 (0.249)
Niveau d'éducation de l'homme (référence/aucune)	
Primaire Incomplet	0.025 (0.055)
Primaire Complet	-0.058 (0.067)
Secondaire Incomplet	0.099 (0.132)
Principal Décideur de la Santé des Enfants (Référence : femme et conjoint)	-0.177** (0.078
Gestion du Revenu de la Femme (référence : femme et conjoint)	-0.013 (0.051)
Gestion du Revenu du Conjoint (référence : femme et conjoint)	-0.216** (0.085)
Lieu de Résidence (référence : urbain)	-0.037 (0.055)
Statut d'Emploi de la Femme (Référence : occupée)	- 0.345** (0.136)
Niveau de Richesse (référence : plus pauvres)	
Pauvres	0.095 (0.063)
Médians	-0.097* (0.065)
Riches	-0.032* (0.070)
Plus Riches	-0.042** (0.094)
Rang de Naissance	0.087***

	(0.027)
Jumeau	0.261** (0.133)
Age de l'enfant	0.254*** (0.017)
Sexe de l'enfant (référence/ fille)	-0.139*** (0.036)
Nombre d'Enfants Vivants	-0.071** (0.030)
Nombre d'observations	5 992

Source : Estimation à partir des données de l'EDSB - V

Ecarts-types entre parenthèses

***** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1**

Des résultats issus de nos estimations, il ressort que, la probabilité qu'un enfant soit malnutris diminue avec l'âge de la femme. Autrement dit, lorsque la femme prend de l'âge est plus expérimentée en matière de suivi d'enfant. Le niveau d'éducation a un effet significatif sur l'état nutritionnel de l'enfant. Ce résultat est cohérent avec la plupart des études sur l'état nutritionnel des enfants, qui suggèrent que les enfants nés des jeunes mères, plus encore les mères adolescentes, sont plus susceptibles de souffrir de malnutrition que les enfants nés des mères adultes.

Lorsque la femme a un niveau d'éducation ne serait- ce que le primaire, ça réduit la probabilité que l'enfant soit malnutri. Alderman & Christiaensen, (2003) et Glewwe (1999) ont également étudié les mécanismes par lesquels l'éducation peut améliorer la nutrition des enfants et ont conclu que l'éducation parentale, en particulier celle des mères, est un élément clé pour améliorer l'état nutritionnel des enfants. Selon Engle & Menon,(1996), l'éducation est l'une des ressources les plus importantes permettant aux femmes de soins appropriés pour leurs enfants, qui est un déterminant important de la croissance des enfants et de leur développement.

Les résultats de nos estimations nous montrent que l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans s'améliore selon que le chef de ménage ait un emploi. Plus précisément dans notre cas d'espèce, le type d'emploi qui améliore l'état nutritionnel de l'enfant est celui de l'agriculture. On peut alors attribuer cette amélioration nutritionnelle à la disposition des vivres issus de l'agriculture. Autrement dit, même en absence d'argent, les ménages dans lesquels, les chefs de ménages sont dans l'agriculture disposent de quoi nourrir les membres de leurs familles en l'occurrence les enfants.

Lorsque la femme participe à la gestion de son propre revenu, cela améliore l'état nutritionnel de l'enfant. Ce résultat du Bénin peut se justifier par l'hypothèse de '' la bonne mère'' qui stipule que les femmes ont tendance à mieux s'occuper de leur progéniture que les hommes. Ces résultats abondent dans le même sens que ceux de Brunson & al (2009) qui montrent dans une étude sur le Kenya que l'autonomie des femmes pour améliorer la nutrition des enfants chez les Rendille consistait probablement à renforcer le contrôle maternel sur les ressources limitées du ménage, y compris l'argent et les produits d'origine animale comme le lait, qui pourraient être consommés directement ou vendus contre de l'argent. Un meilleur contrôle de ces ressources aurait permis aux femmes de compléter les régimes alimentaires normalement reçus par leurs enfants, ce qui aurait amélioré la nutrition et la santé de ces enfants.

De l'analyse des résultats de nos estimations, il ressort que, lorsque les deux conjoints décident de la santé des enfants, cela réduit la probabilité de malnutrition des enfants. Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude en Ethiopie qui montrent que lorsque le mari et la femme prennent les décisions de santé de façon conjointe, les enfants sont 74% fois moins susceptibles de développer la malnutrition aiguë par rapport au cas où la décision revient à la femme seule.

S'agissant du niveau de richesse du ménage, cela améliore l'état nutritionnel des enfants et diminue la probabilité de malnutrition dans les deux pays. Ce résultat est en concordance avec une étude de l'UNICEF en 2012 qui a montré que, le statut économique d'un ménage est également l'un des plus déterminants importants de l'état nutritionnel de l'enfant. Plus le ménage est riche mieux les enfants sont bien nourris. Des études ont identifié la pauvreté comme le déterminant principal de la malnutrition dans les pays en développement qui perpétue le transfert intergénérationnel d'un mauvais état nutritionnel chez les enfants et empêche l'amélioration sociale et l'équité Glewwe (1999). Des revenus plus élevés des ménages renforcent également la capacité des familles à faire face aux chocs économiques et environnementaux négatifs. Les résultats nous montrent que la probabilité qu'un enfant soit malnutri augmente avec le rang de naissance. Autrement dit, les parents accordent moins d'attention aux enfants plus âgés lorsqu'ils donnent naissance à un nouvel enfant qui a besoin de beaucoup d'attention et de soins. Des études ont montré que le risque de malnutrition des enfants de moins d'un an est faible Sommerfelt & al(1996). Des études menées en Philippines ont donné des résultats similaires, indiquant que les familles nombreuses sont plus susceptibles d'avoir des enfants mal nourris Islam & al, (2014)

Ces résultats pourraient être attribués à l'incapacité des mères à fournir des soins adéquats à leurs jeunes enfants, en particulier dans les cas où il y a plus d'un enfant d'âge préscolaire dans la famille. Cela correspond aussi à d'autres études montrant que la probabilité de malnutrition chez les enfants est fortement liée à la parité Pryer & al,(2002). À cela s'ajoute l'effet d'une mauvaise distribution de la nourriture au sein de la famille, où les membres plus âgés de la famille obtiennent la plus grande part de la nourriture dans le ménage.

La probabilité qu'un enfant soit malnutris augmente avec le fait que ce dernier soit jumeau. Ce résultat est valable pour les deux pays et peut-être interprété par le fait que le fait d'avoir des jumeaux augmente le nombre de bouche à nourrir ce qui n'est pas chose aisée pour certaines familles. L'âge des enfants augment leurs probabilité d'être malnutris. Ce résultat est commun aux deux pays. Ces résultats confirment ceux de (Yimer, 2000; Genebo et al., 1999 ; Lakech,2000) qui ont montré qu'en Ethiopie, une augmentation de la malnutrition est positivement liée à l'âge et au nombre d'enfants à bas âge. S'occuper de deux enfants à bas âge et au même moment est un exercice difficile pour beaucoup de mère à cause des nombreuses tâches auxquelles elles sont confrontées et la présence d'autres enfants qui ont encore besoin de soins dans le ménage. A l'issue de nos estimations, nous avons remarqué que la probabilité pour qu'un enfant soit malnutri diminue lorsque ce dernier est une fille. Ce résultat peut-être expliqué par la préférence des mères pour les filles. Ce constat est en phase avec les résultats de l'analyse empirique qui montrent que les mères préfèrent allouer plus de ressources pour améliorer la santé de leurs filles au Pérou et au Vietnam Novella, (2013).

Pouvoir de décision et statut vaccinal des enfants

Variables	**Coefficients (effets marginaux)**
Age de la femme	0.006*** (0.002)
Niveau d'éducation de la femme	
Primaire Incomplet	0.051** (0.020)

Primaire Complet	0.057* (0.035)
Secondaire Incomplet	0.028 (0.023)
Secondaire Complet	0.070 (0.058)
Supérieur	0.072 (0.058)
Niveau d'éducation de l'homme (référence/aucune)	
Primaire Incomplet	0.074*** (0.019)
Primaire Complet	0.116*** (0.020)
Secondaire Incomplet	0.083** (0.040)
Principal Décideur de la Santé des Enfants (Référence : femme et conjoint)	0.111*** (0.037)
Gestion du Revenu de la Femme (référence : femme et conjoint)	0.010* (0.023)
Gestion du Revenu du Conjoint (référence : femme et conjoint)	0.089** (0.044)
Distance d'un Hôpital	-0.041** (0.019)
Lieu de Résidence (référence : urbain)	-0.037 (0.055)
Statut d'Emploi de la Femme (Référence : occupée)	- 0.345** (0.136)
Niveau de Richesse (référence : plus pauvres)	
Pauvres	0.144*** (0.030)
Médians	0.146*** (0.033)
Riches	0.178*** (0.031)
Plus Riches	0.157*** (0.034)
Sexe de l'Enfant (référence : fille)	0.024** (0.012)
Rang de Naissance	-0.019*** (0.006)
Jumeau	-0.101** (0.043)
Nombre d'observations	N= 8 639

Source : Estimation à partir des données de l'EDSB - V

Ecarts-types entre parenthèses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus essentielles et une stratégie rentable pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. Les résultats des estimations nous montrent que l'âge de la femme améliore de façon significative le statut vaccinal de l'enfant. En d'autres termes, nous pouvons dire que plus elle prend de l'âge, plus elle a de l'expérience en matière de maternité et mieux elle s'occupe de ses enfants. Cela pourrait être dû au fait que les mères plus âgées connaissent l'effet et l'importance de la vaccination sur les enfants que les jeunes femmes. Cette constatation est la même avec l'étude menée au Soudan par Ibnouf et al, 2007 Tagbo & al (2014) et également au Nigeria par Babalola (2009). S'agissant du niveau d'éducation de la femme, on constate que ce n'est que le niveau primaire incomplet et complet qui améliore le statut vaccinal de l'enfant. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes qui reçoivent même une éducation minimale sont généralement plus disposées que celles qui n'ont aucune éducation sur la façon d'utiliser les ressources disponibles pour l'amélioration de leur propre santé et sur le statut vaccinal de leurs enfants. Les enfants avec des mères qui ont au moins secondaire niveau d'éducation étaient plus susceptibles de compléter les séries de vaccination que les enfants avec des mères sans éducation formelle. L'éducation augmente la sensibilisation sur le rôle des services de vaccination, et cette sensibilisation est importante pour influencer l'utilisation des services de vaccination Wado & al , (2014). L'instruction des femmes influence le bien-être des enfants à travers un certain nombre de canaux. En termes de statut socioéconomique, les femmes plus instruites ont tendance à vivre dans des ménages plus riches, la richesse et le revenu des ménages influencent le bien-être des enfants à travers l'achat de biens et services sur le marché qui à leur tour affectent les déterminants immédiats de la santé des enfants. S'agissant du niveau d'éducation du chef de ménage, il a un effet positif et significatif sur le statut vaccinal des enfants. Cela signifie que plus le chef de ménage est instruit, mieux il comprend l'importance ces vaccinations dans la vie des enfants et plus il s'y investit. Nos résultats nous montrent que le fais que le chef de ménage soit salarié améliore le statut vaccinal des enfants, mais plus encore l'effet est d'autant plus significative quand ce dernier est dans le commerce ou s'auto-emploie.

Lorsque le principal décideur de la santé des enfants est la femme, on constate que le statut vaccinal de l'enfant est significativement et positivement amélioré. Ce résultat abonde dans le même sens ceux d'une étude en Ethiopie qui montrent que la participation à la prise de décision en matière de santé, l'utilisation des soins (une dimension de l'autonomie des femmes) peuvent permettre aux femmes de décider de façon indépendante ou conjointe de faire vacciner leurs enfants Wado et al., (2014).

Nos résultats nous montrent que lorsque les naissances sont espacées, cela augmente l'amélioration du statut vaccinal des enfants. En d'autres termes, les femmes ont plus le temps a consacré aux enfants que lorsque l'intervalle entre deux enfants est court.

La distance entre le lieu de résidence et l'hôpital affecte négativement le statut vaccinal des enfants. Ceci confirme les résultats de Adenike & al (2017) qui viennent à la conclusion que la distance par rapport aux établissements de soins de santé primaires était significativement associée à l'état vaccinal des enfants. Cela peut être lié aux facteurs socio-économiques et au coût du transport pour chaque séance de vaccination, surtout si les établissements de santé ne sont pas à proximité.

La variable niveau de richesse est significatif à tous les niveaux pour les deux pays surtout au niveau des ménages riches et plus riches. Plusieurs études ont trouvé aussi une relation entre le statut de richesse et le statut de vaccination, Babalola, (2009). Les enfants issus de ménages aisés peuvent être plus susceptibles de faire vérifier leur statut vaccinal et de recevoir des doses manquantes de vaccins lorsqu'ils fréquentent un établissement de santé que les enfants issus de ménages pauvres. Plus l'indice de richesse familiale est élevé, plus les chances d'être complètement vaccinés sont grandes.

La variable sexe de l'enfant améliore significativement le statut vaccinal de l'enfant au Bénin. La référence au niveau de la variable sexe est ''fille'' c'est-à-dire que les filles ont plus de chances d'être vacciné que les garçons. Quant au rang de naissance des enfants, il influence négativement le statut vaccinal des enfants. L'ordre de naissance de l'enfant est associé à une diminution des probabilités de demande vaccination de sorte que, un ordre (rang de naissance) supérieur implique une diminution dans les probabilités de demande de vaccinations. Ce résultat est un peu paradoxal selon nous car, on s'attendait à ce qu'il y ait un effet positif. Plus la femme évolue dans la maternité et plus elle est mieux imprégnée des avantages des vaccinations des enfants. Ce résultat aussi surprenant qu'il soit peut être interpréter par le fait qu'elle a à sa charge beaucoup d'enfants donc elle n'a plus trop de temps à consacrer aux plus petits. Au fur et à mesure que le nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage augmente, la probabilité que les plus jeunes enfants soient entièrement vaccinés diminue. Cela peut être dû au fait que les femmes avec de nombreux enfants de moins de cinq ans font face à un fardeau de soins plus élevé et ne peuvent pas être en mesure de prendre leurs plus jeunes enfants pour les services de vaccination Wado & al (2014).

Les résultats de nos estimations nous montrent que le sexe de l'enfant a un effet positif et significatif sur le statut vaccinal des enfants. Cette variable a pour référence ''fille'' Autrement dit, le fait que l'enfant soit une fille améliore son statut vaccinal. Les filles ont donc tendance à recevoir plus de vaccinations comparativement aux garçons. Ce résultat peut être attribué à la préférence du sexe féminin par les mères.

Enfin, le fait d'avoir des jumeaux influence négativement le statut vaccinal des enfants dans les deux pays. On peut alors penser au fait que la mère a beaucoup d'enfants à gérer à la fois ce qui limite l'accès aux vaccinations.

6- Conclusion et implications de politiques économiques

Plus de 10 millions d'enfants des pays en développement meurent chaque année parce qu'ils n'ont pas accès à des interventions efficaces, telles que la vaccination, qui pourraient lutter contre les maladies infantiles courantes et évitables. Dans l'ensemble du monde en développement, un enfant de moins de cinq ans sur quatre, soit environ 146 millions d'enfants, souffre d'insuffisance pondérale. Une nutrition inadéquate a des conséquences pour l'enfant et pour la société. Une bonne nutrition pendant les deux premières années de la vie est cruciale pour la santé de l'enfant, la croissance physique et le développement mental. Une mauvaise nutrition pour les jeunes enfants peut conduire de mauvais résultats scolaires, affectant la productivité plus tard dans la vie, ce qui se traduit par une faible croissance économique Glewwe & Miguel, (2008). Ce travail à consister à évaluer l'effet du pouvoir de décision de la femme sur la qualité de vie des enfants. Des résultats obtenus de nos estimations économétriques, on constate que les variables telles que l'âge de la femme, son niveau d'éducation, le niveau d'éducation du chef de ménage, l'emploi du chef de ménage, le principal décideur de la santé des enfants, l'intervalle entre les naissances, le niveau de richesse du ménage, et le sexe de l'enfant améliore significativement. Par contre, les variables comme la distance de l'hôpital, le fait d'avoir des jumeaux et le rang dans la naissance ont des effets négatifs sur l'état vaccinal des enfants. S'agissant de la variable état nutritionnel des enfants, les variables âge de la femme, son niveau d'éducation, la gestion du revenu de la femme, le niveau de richesse du ménage, le fait que l'enfant soit une fille, et le fait que les deux conjoints décident de la santé des enfants, diminuent la probabilité pour qu'un enfant soit malnutris. Par contre, les variables telles que le rang de naissance des enfants, le fait que les enfants soient des jumeaux, l'âge de l'enfant augmentent la probabilité pour qu'un enfant soit malnutris. Plusieurs études ont montré que la malnutrition était le reflet de la pauvreté, avec des personnes n'ayant pas assez de revenus pour acheter de la nourriture. La vaccination est l'un des aspects les plus essentiels de la santé publique interventions et stratégie rentable pour réduire l'enfance la morbidité et la mortalité.

L’implantation des centres de santé dans les zones non accessibles où la descente des agents de santé dans ces lieux est primordiale pour l’amélioration du statut vaccinal des enfants.

L’amélioration de la qualité de vie des enfants doit passer par un certain nombre d’indicateur à savoir l’amélioration de l’état nutritionnel des enfants et de leur statut vaccinal. Le rôle de la femme dans le bien-être des enfants a été mis en exergue tout au long de cet essai. Augmenter le contrôle des femmes sur le revenu du ménage peut contribuer à l'accroissement des dépenses pour la quantité et la qualité des aliments. Les revenus des femmes peuvent renforcer leur pouvoir de négociation au sein du ménage en améliorant leur position sociale, laquelle peut faciliter la prise de décision dans le ménage. Les politiques visant à l’amélioration de la qualité de vie des enfants doivent prendre en compte d’abord l’autonomisation des mères et la sensibilisation sur l’importance des vaccinations dans la vie des enfants.

Références Bibliographiques

Adamowicz, W., Dickieb, M., Gerking, S., Veronesi, M., & Zinnera, D. (2013). *Pareto Efficiency in Intra-household Resource Allocation and Risks to Children's Health* (pp. 0–56). The US Environmental Protection Agency (USEPA).

Ahmed, S., & Ray, R. (2011). *Parent's Bargaining Powers, Child Labour and Education*.

Alfano, M., Arulampalam, W., & Kambhampati, U. (2011). *Maternal Autonomy and the Education of the Subsequent Generation: Evidence from Three Contrasting States in India* (No. 6019; Issue 6019).

Angelucci, M., & Garlick, R. (2016). *Heterogeneity in the Efficiency of Intrahousehold Resource Allocation: Empirical Evidence and Implications for Investment in Children*.

Arulampalam, W., Bhaskar, A., & Srivastava, N. (2015). *Does greater autonomy among women provide the key to better child nutrition?* Economic and Social Research Council.

Bargain, O., Donni, O., & Kwenda, P. (2011). *Intrahousehold Distribution and Child Poverty : Theory and Evidence from Côte d'Ivoire*.

Chakraborty, T., & De, P. K. (2011). *Mother's Autonomy and Child Welfare: A New Measure and Some New Evidence* (No. 5438; Issue 5438).

Chen, J. J. (2008). *Identifying Non-Cooperative Behavior Among Spouses: Child Outcomes in Migrant-Sending Households*. *614*, 1–71.

COUPRIE, H. (2004). *L ' INFLUENCE DU CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET FAMILIAL SUR L ' OFFRE DE TRAVAIL DES FEMMES : APPROCHES MICROÉCONOMÉTRIQUES*. L'Université de la Méditerranée.

Dasgupta, S. (2012). *Son Preference and Gender Gaps in Child Nutrition: Does the Level of Female Autonomy Matter? February*, 1–4.

Donni, O. (2000). *Essais sur les modèles collectifs de comportement du ménage*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Donni, O., & Ponthieux, S. (2011). *Approches économiques du ménage : du modèle unitaire aux décisions collectives: Vol. n° 26*. https://doi.org/10.3917/tgs.026.0067

Duflo, E. (2000). *Grandmothers and Granddaughters : old Age pension and Intra-household Allocation in South Africa*.

Duflo, E., & Udry, C. (2001). *Intrahousehold Resource Allocation in Côte d'Ivoire : Social Norms, Separate Accounts and Consumption Choices*.

Fox, L. (2015). *WILL WOMEN IN LOW-INCOME COUNTRIES GET LOST IN TRANSFORMATION?* (Issue October).

Fuseini, K., & Kalule-sabiti, I. (2016). Lineage and Women's Autonomy in Household Decision-making in Ghana. *J Hum Ecol*, *53*(1), 29–38.

Goujon, M. (2008). NOTE ET DOCUMENT L ' INDICE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN : UNE ÉVALUATION POUR LA RÉUNION. *Région et Développement*.

Glewwe, P. (1999). Why Does Mother's Schooling Raise Child Health in Developing Countries? Evidence from Morocco. Journal of Human Resources, 34(1), 124–159. Retrieved from https://econpapers.repec.org/RePEc:uwp:jhriss:v:34:y:1999:i:1:p:124-159

Guerre, L. (2004). *Quel est l'impact de l'inégalité des salaires au sein du couple sur le partage des*

tâches ménagères? Une estimation à partir des enquêtes Emploi du temps.

Hanushek, E. A. (1998). Reviewed Work(s): What Money Can't Buy: Family Income and Children's Life Chances by Susan E. Mayer. *Journal of Policy Analysis and Management*, *17*(3), 535–538.

Ijarotimi, I. T., Adebiyi, O. A., & Fatiregun, A. (2016). Urban–Rural Disparities and Determinants of Nutritional Status of Under-Five Children: An Example of Akinyele Local Government Area, Ibadan. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health*, *16*(1), 1–11. https://doi.org/10.9734/IJTDH/2016/25292

Jacquemet, N., & Robin, J.-M. (2011). *Marriage with Labor Supply* (halshs-00639313).

Kasiwa, J. M. (2018). *Emploi des femmes et production de la santé des enfants en République Démocratique du*. THE UNIVERSITY OF YAOUNDE II - SOA FACULTE.

Keita, M. (2011). *Influence of intra-household bargaining on education expenditures in households in Mali* (n°57592; Issue 57592).

Lawrence, P., & Mancini, M. (2008). La toma de decisiones de los hogares en Venezuela. *Revista de Economía Institucional*, *10*(18), 213–239. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962008000100009&lng=en&tlng=es

Lepine, A., & Strobl, E. (2012). The Effect of Women's Empowerment on Child Nutrition in Rural Senegal. *SSRN Electronic Journal*, 1–43. https://doi.org/10.2139/ssrn.2012852

Luz, L., & Agadjanian, V. (2015). Women's decision-making autonomy and children's schooling in rural Mozambique. *DEMOGRAPHIC RESEARCH*, *32*(March), 775−796. https://doi.org/10.4054/DemRes.2015.32.25

Mikalitsa, S. M. (2015). INTRAHOUSEHOLD ALLOCATION, HOUSEHOLD HEADSHIP AND NUTRITION OF UNDER-FIVES: A STUDY OF WESTERN KENYA. *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development*, *15*(1), 9708–9721.

Mwisha-kasiwa, J. (2017). *Household Economic Well-being and Child Health in the Democratic Republic of Congo*.

Ngom, P., Detpum, C., & Adon, P. (2003). Gate-Keeping and Women * s Health Seeking Behaviour in Navrongo , Northern Ghana. *Afr J Reprod Health*, *254*, 17–26.

Nordman, C. J., & Sharma, S. (2016). *The power to choose Gender balance of power and intra-household educational spending in India* (No. 61; Issue May).

Patel, A. M., Leonard, W. R., Reyes-garcía, V., Mcdade, T., Huanca, T., Tanner, S., & Vadez, V. (2007). *parental preference, bargaining power, and child nutritional status : Evidence from the Bolivian Amazon* (No. 31).

Quisumbing, A. R., & Maluccio, J. A. (1999). *Intrahousehold Allocation and Gender Relations: New Empirical Evidence* (No. 2; Issue 2).

Schmidt, E. (2012). *The Effect of Women's Intrahousehold Bargaining Power on Child Health Outcomes in Bangladesh*. Colgate University.

Senauer, B., & Garcia, M. (1991). Determinants of the Nutrition and Health Status of Preschool Children : An Analysis with Longitudinal Data. *Economic Development and Cultural Change*, *39*(2).

Shafieian, T., Latiff, L. A., Lee, M. H. S., Mazidi, M., Mobarhan, M. G., Tabatabaei, G., & Ferns, G. (2013). Determinants of Nutritional Status in Children living in Mashhad, Iran. *International*

Journal of Pediatrics, *1*(2), 9–18.

UNICEF. (2007). *LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2007*.