

# REVUE INTERNATIONALE DES ECONOMISTES DE LANGUE FRANÇAISE

---

RIELF 2021, Vol. 6, N°2

Association Internationale  
des Economistes de Langue Française



avec la collaboration de



UNIwersYTET  
EKONOMICZNY  
W POZNANIU

l'Université des Sciences Economiques et de Gestion de Poznań



L'Université Bernardo O'Higgins - Chili

---

## Directeur de la publication

Krzysztof MALAGA, rédacteur en chef, USEGP, Pologne

## Comité éditorial

Alastair ALINSATO, Bénin  
Camille BAULANT, France  
Matouk BELATTAF, Algérie  
Francis BISMANS, Belgique  
Horst BREZINSKI, Allemagne  
Abdelaziz CHERABI, Algérie  
Bernard COUPEZ, France  
Jean-Jacques EKOMIE, Gabon  
Jules-Roger FEUDJO, Cameroun  
Camelia FRATILA, Roumanie  
Marian GORYNIA, Pologne  
Driss GUERRAOUI, Maroc  
Juliana HADJITCHONEVA, Bulgarie  
Vidal IBARRA-PUIG, Mexique  
Nafii IBENRISSOUL, Maroc  
Michel LELART, France  
Laura MARCU, Roumanie  
Boniface MBIH, France

Isabel MOCOROA-VEGA, Espagne  
Mbodja MOUGOUE, États-Unis  
Thierry PAIRAULT, France  
Jacques POISAT, France  
Jean-Christophe POUTINEAU, France  
Carlos QUENAN, Argentine  
Marek RATAJCZAK, Pologne  
Alain REDSLOB, France  
Xavier RICHEL, France  
Jeannette ROGOWSKI, États-Unis  
Paul ROSELE CHIM, France  
Claudio RUFF ESCOBAR, Chili  
Baiba ŠAVRINA, Lettonie  
Lansana SEYDI, Brésil  
Viatcheslav SHUPER, Russie  
Abdou THIAO, Sénégal  
Roger TSAFACK NANFOSSO, Cameroun  
François VAILLANCOURT, Canada

## Comité de rédaction

Krzysztof MALAGA, rédacteur en chef, USEGP, Pologne  
Małgorzata MACUDA, secrétaire de rédaction, USEGP, Pologne

Eliza SZYBOWICZ, soutien éditorial, USEGP, Pologne  
Marta DOBRECKA, rédactrice technique, USEGP, Pologne

© Copyright by Association Internationale des Economistes de Langue Française, Université des Sciences Economiques et de Gestion de Poznań  
Paris, Poznań 2021

La RIELF offre son contenu complet en accès libre sous licence Creative Commons BY NC SA 4.0

ISSN 2551-895X  
e-ISSN 2727-0831

Edition digitale et imprimée  
Editions de l'Université des Sciences Economiques et de Gestion de Poznań  
Projet de couverture : Izabela Jasiczak, Bernard Landais, Krzysztof Malaga, Eduardo Téllez

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Avant-propos (Krzysztof Malaga) .....</b>	<b>3</b>
IDRYS FRANSMEL OKOMBI	
<b>Courbe de Laffer de la relation entre la dette publique et la croissance en Afrique : importance de la qualité institutionnelle.....</b>	<b>9</b>
THIERRY PAIRAULT	
<b>L'endettement des pays de l'UEMOA à l'égard de la Chine .....</b>	<b>37</b>
FRANCK MONDESIR TSASSA MBOUAYILA	
<b>Effets des politiques conjoncturelles sur la croissance économique en Zone franc .</b>	<b>51</b>
THIERNO THIOUNE	
<b>Écart de production dans la Zone UEMOA : analyse comparative d'une estimation par la fonction de production, le filtre de Kalman et le VAR structurel bayésien ....</b>	<b>77</b>
TOMONDJI DAYANE THIERNAUD BEHANZIN, MAMADOU ABDOULAYE KONTE	
<b>Impact de l'ouverture commerciale sur croissance économique dans l'UEMOA ....</b>	<b>106</b>
KOSSI ATTSUTSÈ DZIÉDZOM TSOMDZO, YACOBOU SANOUSSI, KWAMI OSSADZIFO WONYRA	
<b>Déterminants des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne.....</b>	<b>126</b>
ESSOSINAM FRANCK KARABOU, KOMLAN AMETOWOYO ADEVE, KPATCHAA SONGHAÏ	
<b>L'effet des politiques d'aide à la santé sur le développement sanitaire et économique en Afrique subsaharienne.....</b>	<b>142</b>
YACOBOU SANOUSSI, KOMLAN AMETOWOYO ADEVE, KWAMI OSSADZIFO WONYRA	
<b>Urbanisation et inégalités de revenu en Afrique subsaharienne : quel rôle pour la gouvernance traditionnelle et la e-gouvernance ? .....</b>	<b>162</b>
SEGNON AGUEY, YÉZIDOU ALI, AKOÉTÉ EGA AGBODJI	
<b>Effets de la stratégie de relance post-COVID-19 de la BCEAO sur les agrégats économiques au Togo.....</b>	<b>183</b>
FOUSSÉNI NAPO, KOFFI BIOVA ESSIOMLE	
<b>Soutenabilité de la dette publique post-initiative pays pauvres très endettés (PPTE) : une évidence empirique au Togo.....</b>	<b>216</b>

WOULAMÉ OUDJIM, YACOBOU SANOUSSI, KODJO EVLO <b>Déterminants de la malnutrition des enfants au Togo : une analyse par les disparités selon le milieu de résidence</b> .....	239
JACQUES KIAMBU DI TUEMA, FLORENT JEAN DÉSIRÉ KABIKISSA, FERDINAND MOUSSAVOU, CLAUDE LOMAMA LOMBOTO, ÉTIENNE KIYUNGA TCHANDEMA <b>Banques et opérateurs de téléphonie mobile dans l'inclusion financière en République Démocratique du Congo : concurrence et innovations</b> .....	261

# DÉTERMINANTS DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

## Determinants of public health expenditure in Sub-Saharan Africa

**KOSSI ATSU TSÈ DZIÉDZOM TSOMDZO<sup>1</sup>**

Université de Kara, Togo

Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Département d'Économie

dt.jpierre@gmail.com

ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-8924-3193>

**YACOBOU SANOUSI<sup>1</sup>**

Université de Kara, Togo

Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Département d'Économie

syacobou@gmail.com

ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-1119-6286>

**KWAMI OSSADZIFO WONYRA<sup>1</sup>**

Université de Kara, Togo

Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Département d'Économie

wonyra.ossa@gmail.com

ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-5237-4352>

**Abstract:** The objective of this paper is to analyze the determinants of public health expenditure in sub-Saharan Africa. To this end, a dynamic panel model was used for a sample of 32 sub-Saharan African countries covering the period 2009 to 2018, which was then subdivided into four subgroups for further analysis. The fixed effect model estimation and the SGMM estimator approach were used to obtain the results in the African context. However, the LSDV-corrected estimator was used for the results for the different regions. The estimation results show that public health expenditure is mainly positively influenced by gross domestic product, policies that aim to improve the health status of the population as measured by infant and child mortality rates, the proportion of the population under 15 years of age, and the population density in rural areas.

**Keywords:** public health expenditure, GDP, health status, GMM, LSDVC, sub-Saharan Africa.

<sup>1</sup> Université de Kara, BP. 43, Kara, Togo.

**Résumé :** L'objectif de ce papier est d'analyser les déterminants des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne. A cet effet, un modèle de panel dynamique a été utilisé pour un échantillon de 32 pays d'Afrique subsaharienne couvrant la période 2009 à 2018 subdivisé ensuite en quatre sous-groupes pour une analyse approfondie. L'estimation du modèle à effet fixe et l'approche par l'estimateur SGMM ont été utilisés pour obtenir les résultats dans le contexte africain. Cependant, l'estimateur LSDV-corrigé a été utilisé pour les résultats concernant les différentes régions. Les résultats issus des estimations montrent que les dépenses publiques de santé sont principalement influencées positivement par le produit intérieur brut, les politiques qui visent à améliorer l'état de santé de la population telle que mesurée par les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, la proportion de la population de moins de 15 ans et la densité de la population en milieu rural.

**Mots-clés :** dépenses publiques de santé, PIB, état de santé, GMM, LSDVC, Afrique subsaharienne.

**JEL classification :** H5, H51, I18.

## Introduction

La crise sanitaire actuelle de la COVID-19 repose avec acuité la problématique du financement du secteur de la santé surtout dans les pays en développement et dans les pays moins avancés, les pays en Afrique subsaharienne ne sont pas du reste. Au cours de ces dernières années, l'augmentation des dépenses de santé est devenue une préoccupation majeure pour les chercheurs et les décideurs politiques des pays en Afrique subsaharienne (ASS). Ainsi, dans les années 2000 lors de l'initiative de Bamako, les chefs d'État se sont engagés à consacrer 15% de leur budget au secteur de la santé. En effet, le débat suscité par l'étude de Keeler, Newhouse et Phelps (1977) sur les causes de la croissance des dépenses de santé publique se poursuit avec pour objectif d'examiner les facteurs qui sont à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé.

Il est possible d'expliquer l'augmentation des besoins en soins de santé de la population par la nature des travaux effectués, leur mode de vie et leur environnement physique et socio-économique (Boachie et al., 2014). Ainsi, au fur et à mesure que les besoins en matière de soins de santé augmentent, on s'attendrait à ce que les dépenses de santé augmentent également pour répondre aux besoins de la population. Les dépenses de santé contribueraient à améliorer l'accès aux services de soins, la qualité des soins de santé et la réduction des dépenses de santé catastrophiques des ménages pauvres. En Afrique, l'atteinte d'un niveau minimum d'adéquation des services de santé reste un défi pour la plupart des pays en raison de l'extrême pauvreté enregistré dans ces pays (Binuomoyo, 2016).

Cependant, les dépenses de santé suivent une tendance à la hausse en Afrique tout comme dans les autres régions du monde. Au cours de la période 2000 à 2014,

les dépenses publiques de santé par habitant ont augmenté passant de 10 dollars américains à 32 dollars américain (WDI, 2019). Conjointement à l'augmentation des dépenses de santé, on enregistre une amélioration de l'état de santé des populations et de l'environnement socio-économique. La mortalité infantile suit une tendance à la baisse passant de 152,8 à 87,5 décès pour 1000 naissances vivantes et l'espérance de vie à la naissance connaît une hausse passant de 50,45 ans à 59, 40 ans au cours de la période 2000 à 2014 (WDI, 2019).

Malgré ces différentes prouesses enregistrées en Afrique subsaharienne, les défis liés à la pauvreté et surtout au bien-être de la population demeurent énormes. D'abord si les dépenses publiques de santé suivent globalement une tendance à la hausse en moyenne en ASS, il existe une forte inégalité au sein des pays, entre les pays et les régions d'Afrique (OMS, 2019). Ainsi, un même niveau des dépenses publiques de santé peut correspondre à des situations différentes en termes d'allocation des ressources (soins primaires ou technologie), de zones géographiques (zone rurale ou urbaine), de politiques de santé (soins préventifs ou soins curatifs). D'autre part, le ralentissement de la croissance économique au cours de ces dernières décennies a freiné la réduction de la pauvreté. En effet, de 2011 à 2019, le taux de croissance était satisfaisant pour beaucoup de pays de l'ASS. Les taux de pauvreté sont élevés et la part de la population africaine subsahariennes vivant dans l'extrême pauvreté en 2015 est estimée à 41% et 82% vivant en milieu rural (Beegle & Christiaensen, 2019). Suivant ce même rapport, la dette publique brute de l'Afrique a largement augmenté passant de 32% du PIB à 56% du PIB de 2012 à 2015. A côté de cela, la crise sanitaire est élevée car la région enregistre des taux de mortalités maternelles, infantiles élevés et une espérance de vie faible par rapport aux autres régions.

En ce qui concerne les systèmes de santé, les inégalités de santé persistent dans la plupart des pays et les indicateurs de santé semblent ne pas s'améliorer. La performance des systèmes de santé est faible ; ils ne fonctionnent qu'à 49% en moyenne de leur niveau de performance possible (OMS, 2018). Les systèmes de santé sont principalement caractérisés par des ressources humaines qui sont qualitativement et quantitativement insuffisantes ; un accès limité aux soins et la disponibilité limitée des services de santé surtout dans la zone rurale. Ainsi, dans ce contexte africain aggravé par une crise des finances publiques, il serait évident d'analyser les facteurs qui expliquent l'augmentation des dépenses de santé dans ces pays en vue d'orienter les décideurs politiques et d'apporter une contribution à la littérature existante sur les déterminants des dépenses de santé.

Cet article vise à analyser les déterminants des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne d'un point de vue macroéconomique. Pour y parvenir, une approche économétrique basée sur les données d'un panel sur 32 pays en ASS couvrant la période de 2009 à 2018 est utilisée. L'examen des résultats montre que le niveau du revenu par habitant (PIB par habitant), la proportion de la population de

moins de 15 ans et la population rurale sont les principaux facteurs qui influencent les dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne.

Le reste de l'article est organisé comme suit : la section 1 présente un bref aperçu de la littérature. La méthodologie est présentée dans la section 2. La présentation et la discussion des résultats des estimations sont présentées dans la section 3. Enfin, la conclusion suivie des implications de politiques sont présentées dans la section 4.

## **1. Revue de littérature sur les déterminants des dépenses de santé : bref aperçu**

Il existe une abondante littérature sur les facteurs qui expliquent l'augmentation des dépenses de santé et le sujet continue par être l'objet de débats pour les chercheurs. Depuis le modèle théorique de Grossman (1972), l'investissement occupe une importante place dans le maintien de la santé de l'individu. Pour ce chercheur, l'augmentation de l'investissement en santé est beaucoup plus liée au vieillissement et à la consommation des soins de santé car l'individu est doté d'un capital-santé initial et doit investir pour maintenir ce capital. Cependant, l'une des premières études portant sur les déterminants des dépenses de santé considère la richesse d'un pays comme le principal facteur. Pour Newhouse (1977), la variation des dépenses de santé réelles par habitant est expliquée à 90% par la variation du produit intérieur brut par habitant. A l'instar, d'autres études (Muurinen, 1982 ; Wagstaff, 1986) ont conclu à une corrélation entre le revenu et la demande des soins de santé ou à une influence des facteurs socio-économiques (Siddiqui, Afridi, Haq, & Tirmazi, 1995).

Généralement, ce sont les choix des consommateurs de soins qui déterminent les dépenses de santé à engager. Selon ce principe, l'augmentation des dépenses de santé dépendrait de l'état de santé, du niveau de revenu et du coût des soins. En plus de ces facteurs, Busse (2001) trouve que le vieillissement de la population, le niveau de croissance et les infrastructures sanitaires expliquent l'évolution des dépenses de santé. De leur côté, Hao, Liu, Lu, Huang et Zhao (2018) ont trouvé un effet positif du PIB et des facteurs environnementaux tels que la pollution sur les dépenses publiques de santé. Pourtant, Wang (2009) explique l'augmentation des dépenses publiques de santé par le niveau d'urbanisation, le PIB, le nombre de lits d'hôpital et la proportion de la population âgée de plus de 65 ans. Les résultats de l'étude de Ang (2010) en Australie sur la période 1960 à 2003 concluent à un effet positif et significatif de la structure démographique et de l'augmentation de l'accessibilité aux services de soins sur les dépenses de santé.

L. Di Matteo et R. Di Matteo (1998) analysent les déterminants des dépenses de santé réelles par habitant en Atlantique et dans les régions du Canada, du Québec, d'Ontario et de Colombie entre 1965 et 1991. Ces chercheurs identifient le



vieillesse de la population comme le principal déterminant des dépenses de santé des différentes régions. Le vieillissement de la population expliquerait 92% la variation des dépenses de santé réelles par habitant, indiquant en second lieu les transferts fédéraux qui, pendant la période considérée, couvraient 48% des dépenses totales de santé. Di Matteo (2005) examine l'effet des changements démographiques et technologiques sur l'augmentation des dépenses de santé au Canada (1975–2000) et aux États-Unis (1980–1998) en estimant deux modèles pour chaque pays. Le premier inclut le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans et le second ventile la population par groupes d'âge. Les principaux résultats pour le Canada montrent une faible valeur (0,15 et 0,01, respectivement) de l'élasticité-revenu de la demande de services de santé au niveau régional et une valeur légèrement supérieure à l'unité (1,07) en ce qui concerne la proportion de la population âgée de plus de 65 ans (modèle 1). Dans le modèle 2, seuls les groupes d'âge de la population entre 18 et 44 ans, 45 et 64 ans et plus de 74 ans ont une relation positive avec les dépenses de santé, la population de plus de 74 ans étant principalement responsable pour l'augmentation des dépenses de santé.

Felder, Meier et Schmitt (2000) estiment deux modèles expliquant les dépenses de santé en Suisse entre 1986 et 1992. L'un des modèles inclut tous les individus (sans discrimination par cohortes d'âge) et l'autre, uniquement les plus de 65 ans. Ils prennent d'abord en compte les deux dernières années de la vie d'un individu (huit trimestres), puis l'étude est répétée pour les cinq dernières années de la vie des individus (20 trimestres), uniquement pour les plus de 65 ans. Leurs résultats sont similaires à ceux de Zweifel, Felder et Meiers (1999), indiquant que l'âge n'est une variable significative que lorsque tous les individus sont pris en compte, avec un coefficient de 0,066.

Dans le contexte africain certaines études (Binuomoyo, 2016) se sont également intéressées sur les causes de l'augmentation des dépenses de santé. En portant leur étude sur le Ghana, Boachie et collaborateurs (2014) trouvent que les dépenses publiques de santé sont influencées par le niveau de revenu, l'espérance de vie et le taux de naissance. D'un autre côté, Gbesemete et Gerdtham (1992) analysent la relation entre les dépenses de santé et les facteurs socio-économiques et démographiques en portant leur analyse sur 30 pays d'Afrique. Ils expliquent la variation des dépenses de santé par le revenu par habitant et l'aide au développement et concluent à un effet plus important du revenu par habitant sur les dépenses de santé. En plus du revenu, Okunade (2005) explique l'évolution des dépenses de santé par les facteurs tels que l'indice de GINI, les conflits internes ou encore le nombre de médecins par habitant en portant leur analyse sur 26 pays d'Afrique.

En se basant sur la littérature, et comme indiqué par Hitiris et Posnett (1992), la littérature pertinente a identifié sept sources de déterminants des dépenses de santé publique (soit par habitant, soit au total) : le revenu (par habitant) ; les facteurs démographiques, tels que la structure d'âge de la population, l'évolution des

dépenses publiques, souvent approchée par la part des dépenses publiques dans le PIB, la structure des soins de santé du pays, telle qu'elle ressort du personnel médical et infirmier, les lits d'hôpitaux. Les déterminants non médicaux de la santé, tels que le mode de vie, la consommation de tabac et d'alcool, l'apport calorifique ; les caractéristiques sociales, telles que la répartition des revenus, la répartition de l'éducation, des compétences, des emplois, des opportunités et des attentes pour l'avenir ; l'état de santé et l'amélioration de la santé de la population, telles que l'espérance de vie et la mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle. Il convient toutefois de noter que les indicateurs macroéconomiques tels que l'inflation, les taux de change, les taux d'intérêt peuvent également affecter les dépenses de santé publique (Boachie et al., 2014).

En somme, la littérature a permis de regrouper quelques principales sources de déterminants des dépenses de santé. Il s'agit du revenu, les facteurs démographiques (la structure d'âge de la population) ; de la structure des soins de santé du pays (le personnel médical et infirmier, les lits d'hôpitaux) ; les facteurs non médicaux de la santé (le mode de vie, la consommation de tabac et d'alcool, l'apport calorifique) ; les caractéristiques sociales (la répartition des revenus, l'éducation, l'emploi) et l'état de santé (l'espérance de vie et la mortalité infantile).

## 2. Données et méthodes d'analyse

### 2.1. Sources de données

L'ensemble des données provient principalement de la base de données de la Banque Mondiale (WDI). Un échantillon de 32 pays<sup>2</sup> d'Afrique subsaharienne a été défini pour lequel nous utilisons des observations annuelles couvrant la période de 2009 à 2018. Par la suite, nous divisons l'échantillon en 4 sous-groupes notamment les régions de l'Est, l'Ouest, Centre et Sud d'Afrique pour la même période.

### 2.2. Spécification du modèle

La littérature existante sur les dépenses de santé publique examinée ci-dessus, nous conduit à la formulation empirique générale comme suit :

$$DPS = f(H, PIB, SEE) \quad (1)$$

---

<sup>2</sup> Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Congo (République), Côte d'Ivoire, Djibouti, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Ile Maurice, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Soudan, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie.

où  $DPS$  représente les dépenses publiques de santé par habitant ;  $H$  est l'indicateur de l'état de santé ;  $PIB$  le produit intérieur brut par habitant et  $SEE$  représente le vecteur des variables socio-économique et de l'environnement.

Cependant, l'approche méthodologique suit un modèle des données de panel portant sur les pays d'Afrique subsaharienne couvrant la période de 2009 à 2018. L'équation (1) est spécifiée de la manière suivante est :

$$DPS_{it} = \beta_i + \beta_1 PIB_{it} + \beta_2 H_{it} + \beta_3 NAISS_{it} + \beta_4 POP14_{it} + \beta_5 EDU_{it} + \beta_6 POPRUR_{it} + \beta_7 CO2_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

où  $\beta_i$  représente l'effet spécifique des pays.  $i$  et  $t$  représentent respectivement le nombre d'individu (pays) et la période (année).  $DPS$  représente les dépenses publiques de santé par habitant en dollars US ;  $PIB$  est le produit intérieur brut par habitant en dollars US ;  $H$  représente l'indicateur de l'état de santé mesuré par les taux de mortalité infantile (TMI) et infanto-juvénile (TMIJ) ;  $NAISS$  indique le nombre de naissances vivantes pour 1000 personnes ;  $POP14$  désigne la population d'âge de 0 à 14 ans en pourcentage de la population totale ;  $EDU$  représente le niveau d'éducation mesuré par le taux brut d'inscription à l'école primaire ;  $POPRUR$  est la population rurale en pourcentage de la population totale et  $CO_2$  est l'émission de dioxyde de carbone en tonne métrique par habitant. Le tableau (1) montre la définition des variables et les signes attendus sur les dépenses publiques de santé.

**Tableau 1. Signe attendu des variables sur les dépenses publiques de santé**

Variables	Désignation	Signes attendus
Revenu par habitant	PIB	+
Taux de mortalité infantile	TMI	+
Taux de mortalité infanto-juvénile	TMIJ	+
Taux de naissance	NAISS	+
Education	EDU	-
Proportion de la population inférieure à 14 ans	POP14	+/-
Population rurale	POPRUR	+
Emission de dioxyde de carbone	CO2	+

Source : Élaboration propre.

Les statistiques descriptives des variables montrent une hétérogénéité entre les pays en Afrique subsaharienne. La variabilité des dépenses publiques de santé par habitant d'un pays à un autre est estimée à 67 dollars américains, le maximum estimé environ à 325 dollars américains et les dépenses publiques de santé minimale à moins de 2 dollars américains. De même, le revenu par habitant d'un pays à un

autre varie de 1985 dollars américain. La proportion de la population dont l'âge est inférieur à 14 ans est comprise entre 11% et 52% de la population totale. Les autres statistiques peuvent être observées dans le tableau 2.

**Tableau 2. Statistiques descriptives des variables**

Variable	Observation	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
DPS	320	39,424	66,914	1,061	325,175
PIB	320	1707,554	1985,494	151,682	10153,94
TMI	320	56,402	18,184	12,6	95,6
TMIJ	320	87,358	33,241	14,4	171,7
Naiss	320	36,522	7,892	10,6	51,82
Pop14	320	54,668	5,070	47,183	70,775
EDU	303	101,483	23,041	43,613	149,307
PopRur	320	62,488	16,538	22,686	90,625
CO2	320	0,776	1,658	0,021	9,979

Source : Élaboration propre à partir de la base de la Banque Mondiale (WDI, 2019).

### 2.3. Technique d'estimation

Pour analyser les déterminants des dépenses de santé en Afrique subsaharienne, l'approche économétrique est basée sur un modèle à effet fixe pour un panel de 32 pays en ASS couvrant la période 2009 à 2018. Pour tenir également compte des effets fixes inobservés, des variables indépendantes endogènes, de la présence d'hétéroscédasticité et d'autocorrélation à travers ou au sein du panel, l'approche par la méthode des moments généralisés en système (SGMM) est préférée à celui des GMM à cause de la courte période sur laquelle se porte l'analyse (Roodman, 2009). Ensuite, pour une analyse plus approfondie, l'échantillon est divisé en quatre sous-groupes suivant les différentes régions d'Afrique ayant des caractéristiques un peu plus homogènes. Pour ce qui concerne donc l'analyse des déterminants des dépenses publiques de santé dans les régions (Centre, Est, Ouest et Sud) d'Afrique, l'estimateur des variables muettes corrigé de biais (LSDVC) a été utilisé pour les régressions à travers une approche dynamique.

Cette méthode est une technique d'estimation appropriée pour les données de panel dynamique de petits échantillons où le GMM ne peut pas être appliqué efficacement. J. U. Okeke et E. N. Okeke (2016) ou encore Ametoglo, Guo et Wonyra (2018), en se référant à l'étude de Bruno (2005), ont montré l'efficacité de l'estimateur LSDVC dans les conditions où le nombre d'observations ( $N$ ) et la taille de l'échantillon ( $T$ ) sont petits ou encore dans les situations où  $T \geq N$  pour les données de panel (Bun & Kiviet, 2003). Ainsi, nous utilisons la méthode l'estimateur des moindres carrés corrigés des variables muettes (LSDVC) pour l'analyse des déterminants des dépenses de santé dans les régions d'Afrique (Centre, Est,

Ouest et Sud). L'inclusion des valeurs décalées permet de contrôler des variables potentiellement importantes omises dans le modèle.

Ainsi, sous sa forme dynamique, le modèle opérationnel de l'équation (2) peut se réécrire comme suit :

$$DPS_{it} = \beta_0 + \beta_1 DPS_{it-1} + \beta_2 PIB_{it} + \beta_3 H_{it} + \beta_4 NAISS_{it} + \beta_5 POP14_{it} + \beta_6 EDU_{it} + \beta_7 POPRUR_{it} + \beta_8 CO2_{it} + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

$DPS_{it-1}$  représente la variable retardée des dépenses de santé.

### 3. Résultats et discussion

Le tableau 3 présente les résultats des estimations sur les déterminants des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne. En général, l'examen des résultats montre qu'en Afrique subsaharienne, certains facteurs se révèlent être les principaux déterminants des dépenses publiques de santé par habitant. Parmi ces facteurs, le revenu par habitant, la proportion de la population de moins de 15 ans et l'émission de dioxyde de carbone sont ceux qui déterminent principalement les dépenses publiques de santé par habitant. Les résultats issus de l'estimation robuste montrent un effet significatif et positif important du PIB par habitant sur les dépenses publiques de santé par habitant en Afrique subsaharienne. Cet effet significatif et positif important du PIB par habitant sur les dépenses publiques de santé par habitant en Afrique subsaharienne est aussi observé dans certains travaux de recherche sur la question (Kiyamaz, Akbulut, & Demir, 2006 ; Okunade, 2005). L'examen des résultats montre qu'une augmentation du revenu par habitant de 1% entraînerait une augmentation des dépenses publiques de santé d'environ 0,4% confirmant l'effet positif du PIB sur l'augmentation des ressources en santé. Le niveau de richesse ou de croissance d'un pays est donc déterminant dans l'augmentation des dépenses de santé (Ang, 2010).

Schieber, Gottret, Fleisher et Leive (2007) expliquent cette situation par le fait que dans les pays développés 70% des dépenses de santé sont publiques alors que plus de 60% des dépenses de santé sont privées dans les pays en développement. L'important niveau de la croissance peut donc expliquer le fossé observé entre les pays en développement notamment en Afrique subsaharienne par rapport aux pays développés. Plus les pays enregistrent un niveau de croissance élevé et plus ils pourront affecter plus de ressources aux financements du secteur de la santé à travers le recrutement et la formation des personnels de soins, l'installation des infrastructures sanitaires, l'amélioration de l'accès aux services de santé et la réduction des inégalités de santé observés au sein des pays surtout entre le milieu rural et urbain d'une part et entre les pays d'autre part. Cependant ce débat reste

toutefois d'actualité car malgré que les pays ont connu une nette performances en matière de croissance économiques et de réduction de la pauvreté ces dernières années (Beegle & Christiaensen, 2019), ces progrès sont moindres et les ressources publiques disponibles pour les secteurs sociaux demeurent faibles dans la plupart des pays en ASS. Donc les ressources allouées à la santé ne suivent pas forcément pas l'évolution de la croissance économique. Ces pays ne parviennent à affecter 15% de leur PIB au secteur de la santé conformément aux recommandations prises lors de l'Initiative de Bamako à Abuja (Tizio & Flori, 1997).

Les résultats montrent également un effet significatif du taux de naissance et de la proportion de la population d'âge inférieur à 14 ans. Ainsi une augmentation de 1% du taux de naissance et de la population d'âge inférieur à 14 ans entrainerait respectivement une augmentation des dépenses publiques de santé d'environ 0,14% et 0,23% respectivement. Ces résultats confirment ceux trouvés par Toor et Butt (2005). Ces derniers défendent l'idée selon laquelle les politiques visant à une augmentation du taux de naissance contribuent à une augmentation des dépenses publiques de santé. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les premières années de vie nécessitent beaucoup de soins alors que la région d'Afrique subsaharienne est une région qui enregistre des taux de fertilité et de natalité plus élevé. L'amélioration des systèmes de santé à travers l'installation des infrastructures sanitaires, la disponibilité des services de santé surtout dans le milieu rural et l'amélioration de l'accès aux soins doivent accompagner ces politiques de naissances car en Afrique le risque de mortalité lié à la grossesse et à l'accouchement est très élevé (OMS, 2018). La mise en œuvre de ces différents programmes nécessite une mobilisation conséquente des ressources. En outre, le fort taux de la population jeune en ASS constitue un facteur qui peut expliquer également l'augmentation des dépenses publiques de santé contrairement au pays développé où c'est plutôt la population adulte qui entraîne l'augmentation des dépenses publiques de santé (Wang, 2009).

L'examen des résultats montre également que l'augmentation de l'émission de dioxyde de carbone entrainerait une augmentation des dépenses publiques de santé d'environ 0,65% contrairement à l'étude de Boachie et collaborateurs (2014) qui ne trouve pas d'effet de significatif à cause de la faible émission de CO<sub>2</sub>. Cependant, la qualité de l'environnement est un facteur indispensable au maintien de la santé des individus. Le niveau de pollution peut augmenter les dépenses publiques de santé même pour un niveau faible à travers son effet sur l'état de santé des populations (Alimi, Ajide, & Isola, 2020). Même si la région enregistre un niveau de pollution faible par rapport à celui des pays développés, l'utilisation des combustibles à l'état brut comme source d'énergie peut être à l'origine d'exposition aux polluants atmosphériques et peut affecter l'état de santé des populations. Ainsi, la concentration des usines et d'industries lourdes ou de transformations dans les zones urbaines avec la congestion de la circulation sont des sources de pollution

atmosphérique. Aux effets néfastes de la pollution atmosphérique, il faut ajouter également l'absence des infrastructures d'assainissement surtout dans les zones rurales qui peuvent être à l'origine de la contamination de l'eau. La consommation de cette eau peut causer des maladies diarrhéiques. De plus, l'insuffisance d'hygiène dans les milieux d'habitation peuvent occasionner la prolifération des moustiques et donc des maladies paludiques. Ces manquements sont à la base de la forte morbidité infantile et infanto-juvénile.

Enfin, en ce qui concerne la population rurale, les résultats révèlent qu'une augmentation de la population rurale contribue à une augmentation des dépenses publiques de santé d'environ 0,02%. Ce résultat s'inscrit dans la même logique que celui de Mwabu et Wang'Ombe (1998) et peut s'expliquer par le fait que l'accès limité et la non disponibilité des services de santé en milieu rural. La concentration des services de santé dans le milieu urbain par rapport au milieu rural explique un meilleur état de santé des populations en zone urbaine par rapport à la zone rurale. Les zones rurales sont principalement caractérisées par une disponibilité

**Tableau 3. Résultat des estimations des déterminants des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne**

	Fixed effect robust regression	S-GMM regression
PIB	0,434*** (0,122)	0,424 (0,285)
TMI	0,00247 (0,00665)	-0,00935 (0,00714)
TMIJ	0,000727 (0,00272)	-0,00781 (0,00486)
Naiss	0,0218 (0,0235)	0,139* (0,0709)
Pop14	0,0845*** (0,0245)	0,230** (0,0996)
EDU	0,00202 (0,00263)	-0,00242 (0,00555)
PopRur	0,00944 (0,0145)	0,0250** (0,00923)
CO <sub>2</sub>	0,235* (0,122)	0,645*** (0,199)
Constant	-3,746** (1,834)	-15,22* (7,852)
R-squared	0,957	
Observations	230	303
Number of Id		32

Robust standard errors in parentheses.

\*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ .

Source : Élaboration propre à partir de Stata.



réduite des services de santé souvent réduite seulement aux soins primaires et d'une absence de personnel qualifié. Au-delà des problèmes liés à la quasi inexistence des structures sanitaires adaptées qui augmentent les inégalités d'accès aux soins, il faut noter aussi l'insuffisance des infrastructures d'assainissement et l'accentuation de la pauvreté surtout en milieu rural qui peuvent être à l'origine des migrations vers les zones urbaines pour des soins de qualité.

Pour une analyse plus approfondie, nous répartissons les pays en ASS en quatre sous-catégories notamment en régions (Centre, Est, Ouest et Sud). Le tableau 4 présente les résultats des régressions des déterminants des dépenses publiques de santé dans les quatre régions d'Afrique subsaharienne à partir de l'estimateur LSDVC. L'examen des résultats montre tout d'abord que le coefficient associé à la variable retardée des dépenses publiques de santé par habitant est positif et significatif. Ce qui explique que les dépenses de santé passées ont une influence sur les dépenses de santé présente. L'examen des résultats montrent que globalement dans les quatre régions (Centre, Est, Ouest et Sud), l'augmentation du niveau de naissance explique l'augmentation des DPS dans les quatre régions. Il faut souligner que le fort taux de fertilité en plus du niveau de chômage élevé en général en ASS est l'une des causes de l'augmentation du taux de natalité enregistré en ASS (Beegle & Christiaensen, 2019). Ce résultat est contraire à celui de Gbesemete et Gerdtham (1992) qui trouvent que le taux de naissance n'explique pas significativement l'augmentation des dépenses publiques de santé au Nigéria.

Cependant, les résultats montrent que c'est le produit intérieur brut qui contribue le plus à l'augmentation des dépenses publiques de santé dans les différentes régions allant de 0,4% (région de l'Ouest) à 1,3% (région du Centre). Ces résultats montrent l'importance du niveau de revenu dans la demande des soins de santé tout comme l'étude d'Akbari, Rankaduwa et Kiani (2009) qui explique l'augmentation de la demande soins des services de santé publics par l'augmentation du revenu. Cependant, il peut exister une double causalité entre le revenu et les dépenses publiques de santé. Les dépenses publiques de santé permet d'augmenter la productivité des individus à travers l'amélioration de leur état de santé et donc avoir un effet sur leur revenu (Rana, Alam, & Gow, 2020 ; Serge & Tieguhong, 2017).

Les résultats montrent également l'effet significatif de l'état de santé dans la détermination des DPS. En dehors de la région du Sud, l'examen des résultats montre que l'augmentation du niveau de mortalité infantile (TMI) et infanto-juvénile (TMIJ) entraîne l'augmentation des dépenses publiques de santé avec un effet beaucoup plus important de la mortalité infantile. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la cause de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est beaucoup plus affectée par les facteurs socio-économiques et de l'environnement alors que la mortalité des enfants de moins d'un an peut s'expliquer par les facteurs liés à la grossesse ou à l'accouchement. Même si l'effet du niveau de mortalité infantile sur



les dépenses publiques de santé est faible ceci peut notamment s'expliquer par le faible niveau des investissements en santé dans les régions d'Afrique subsaharienne.

En Afrique de l'Ouest et du Sud, la forte densité de la population jeune dont l'âge est inférieur à 15 ans explique l'augmentation des dépenses publiques de santé d'environ 0,02% et 0,14% respectivement dans ces deux régions. Cependant, or mis la région du Sud, l'augmentation de la population rurale dans les régions du Centre et de l'Est de 1%, expliquent l'augmentation des dépenses publiques de santé d'environ 0,1% dans ces régions et de 0,05% en Afrique de l'Ouest. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les structures sanitaires sont quasi inexistantes dans les milieux ruraux des pays de ces différentes régions alors qu'une grande partie de la population réside dans les zones rurales et péri-urbaines. L'absence de ces structures dans ces milieux peut entraîner un déplacement de la population vers les

**Tableau 4. Résultat des estimations des déterminants des dépenses publiques de santé dans les régions d'Afrique subsaharienne**

Variables	Least Squares Dummy Variable Corrected (LSDVC) regression			
	Centre	Est	Ouest	Sud
L.DPS	0,0881 (0,391)	0,227*** (0,0640)	0,715*** (0,129)	0,461*** (0,0162)
PIB	1,339*** (0,0308)	0,185 (0,344)	0,414*** (0,0184)	0,877** (0,364)
TMI	0,0131*** (0,00100)	0,00226*** (0,000746)	0,0208*** (0,000538)	0,0213 (0,0344)
TMIJ	0,00772*** (0,000679)	0,000391*** (0,000054)	0,0106*** (0,000688)	0,0100 (0,0202)
Naiss	0,106* (0,0545)	0,133*** (0,00458)	0,132*** (0,0142)	0,0796* (0,0496)
Pop14	0,517 (0,852)	-0,0400 (0,153)	0,0230** (0,0114)	0,140* (0,0819)
EDU	0,0229 (0,0457)	0,0104 (0,0109)	-0,000201 (0,00337)	0,00798 (0,0317)
PopRur	0,0994*** (0,0115)	0,149* (0,0860)	0,0450*** (0,0142)	0,0146 (0,267)
CO <sub>2</sub>	0,519 (0,588)	0,943** (0,451)	0,0992 (0,0672)	0,307 (1,674)
Observations	33	75	105	59
Number of Id	4	9	12	7

Standard errors in parentheses.

\*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ .

Source : Élaboration propre à partir de Stata.

milieux urbains augmentant les risques de maladies et plus de de soins. L'examen des résultats montre également que la qualité de l'environnement influence significativement les dépenses publiques de santé en Afrique de l'Est. La forte pollution de l'air à travers l'émission du dioxyde de carbone dans l'air dans cette région explique l'augmentation des dépenses publiques de santé d'environ 0,9%. Ce résultat rejoint ceux trouvés par Hao et collaborateurs (2018) et Alimi et collaborateurs (2020). Ces derniers trouvent une relation positive entre la pollution environnementale et les dépenses publiques de santé dans le contexte des pays de l'Afrique de l'Ouest. Pour ces chercheurs, l'émission du dioxyde de carbone augmente significativement les dépenses publiques de santé et ils suggèrent que les efforts soient intensifiés en vue de réduire les la dégradation de l'environnement par l'utilisation de nouvelles technologies sans carbone.

## **Conclusion et recommandations**

Ce papier a permis d'analyser les déterminants des dépenses publiques de santé en Afrique subsaharienne sur un échantillon de 32 pays couvrant la période de 2009 à 2018. L'examen des résultats montre que les politiques en faveur d'une augmentation du PIB par habitant permettraient une augmentation des investissements publics dans le secteur de la santé dans l'ensemble des pays de l'Afrique subsaharienne. Etant donné le faible niveau de l'état de santé et la croissance démographique, les politiques visant également à améliorer l'espérance de vie à la naissance et les conditions de vie de la population dont la tranche d'âge est comprise entre 0 et 14 ans entraîneraient une augmentation des dépenses publiques de santé car il est indispensable que les gouvernements investissent dans le secteur de la santé pour avoir des systèmes de santé efficace. S'il apparaît que le niveau d'urbanisation conduit à une diminution des dépenses publiques de santé à cause de la disponibilité des services de santé dans le milieu urbain, les résultats révèlent qu'une augmentation de la population rurale contribue à une augmentation des dépenses publiques de santé. Les politiques d'amélioration des conditions socio-économiques des populations dans le milieu rural conduiraient à une augmentation des investissements publics de santé pour fournir des infrastructures sanitaires pour les besoins en soins de santé de base.

Les soins de santé étant une nécessité, les décideurs politiques devraient faire des efforts pour améliorer l'accès aux services de santé indépendamment du milieu de résidence et de l'âge à travers une augmentation des investissements publics dans le secteur de la santé. Les décideurs politiques dans l'élaboration des politiques de santé doivent prendre en considération les facteurs pouvant affecter l'allocation des ressources de santé notamment la zone géographique ; l'organisation et les

objectifs de soins (préventifs ou curatifs) ; les soins primaires ou non. Les conditions et objectifs étant différentes d'une région à une autre, les décideurs politiques doivent également prendre en considération l'environnement socio-économique qui prévaut dans leur pays ou région. Ainsi, des travaux de recherches futurs complémentaires peuvent s'orienter vers l'analyse des effets des dépenses de santé sur la performance des systèmes de santé en Afrique, sur la demande de soins, et sur l'amélioration de l'état de santé des populations.

## References

- Akbari, A. H., Rankaduwa, W., & Kiani, A. K. (2009). Demand for public health care in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 48, 141–153.
- Alimi, O. Y., Ajide, K. B., & Isola, W. A. (2020). Environmental quality and health expenditure in ECOWAS. *Environment, Development, Sustainability*, 22, 5105–5127.
- Ametoglo, M. E. S., Guo, P., & Wonyra, K. O. (2018). Regional integration and income inequality in ECOWAS Zone. *Journal of Economic Integration*, 33, 604–627
- Ang, J. (2010). The determinants of health care expenditure in Australia. *Applied Economics Letters*, 17, 639–644.
- Beegle, K. & Christiaensen, L. (2019). *Accelerating poverty reduction in Africa*. Washington, DC: World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1232-3>
- Binuomoyo, O. (2016). Determinants of public health investment expenditures in Nigeria: A review. *Journal of Social Economics*, 3, 82–85.
- Boachie, M. K., Mensah, I. O., Sobiesuo, P., Immurana, M., Iddrisu, A.-A., & Kyei-Brobey, I. (2014). Determinants of public health expenditure in Ghana: A cointegration analysis. *Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport*, 2, 35–40.
- Bruno, G. S. F. (2005). Approximating the bias of the LSDV estimator for dynamic unbalanced panel data models. *Economics Letters*, 87, 361–366.
- Bun, M. J. G., & Kiviet, J. F. (2003). On the diminishing returns of higher-order terms in asymptotic expansions of bias. *Economics Letters*, 79, 145–152.
- Busse, R. (2001). Expenditure on health care in the EU: Making projections for the future based on the past. *The European Journal of Health Economics*, 2, 158–161.
- Di Matteo, L. (2005). The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: Assessing the impact of income, age distribution and time. *Health Policy*, 71(1), 23–42. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.05.007>
- Di Matteo, L., & Di Matteo, R. (1998). Evidence on the determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965–1991. *Journal of Health Economics*, 17(2), 211–228. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(97\)00020-9](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(97)00020-9)
- Felder, S., Meier, M., & Schmitt, H. (2000). Health care expenditure in the last months of life. *Journal of Health Economics*, 19(5), 679–695. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(00\)00039-4](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(00)00039-4)

- Gbesemete, K. P., & Gerdtham, U.-G. (1992). Determinants of health care expenditure in Africa: A cross-sectional study. *World Development*, 20, 303–308.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 223–255.
- Hao, Y., Liu, S., Lu, Z.-N., Huang, J., & Zhao, M. (2018). The impact of environmental pollution on public health expenditure: Dynamic panel analysis based on Chinese provincial data. *Environmental Science and Pollution Research*, 25, 18853–18865.
- Hitiris, T., & Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*, 11(2), 173–181. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(92\)90033-w](https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90033-w)
- Keeler, E. B., Newhouse, J. P., & Phelps, C. E. (1977). Deductibles and the demand for medical care services: The theory of a consumer facing a variable price schedule under uncertainty. *Econometrica*, 45, 641–655.
- Kiyamaz, H., Akbulut, Y., & Demir, A. (2006). Tests of stationarity and cointegration of health care expenditure and Gross Domestic Product: An application to Turkey. *The European Journal of Health Economics*, 7, 285–289.
- Muurinen, J. (1982). Demand for health. A generalised Grossman model. *Journal of Health Economics*, 1, 5–28.
- Mwabu, G., & Wang'Ombe, J. (1998). Financing rural health services in Kenya. *Population Research and Policy Review*, 17, 55–70.
- Newhouse, J. P. (1977). Medical-care expenditure: A cross-national survey. *The Journal of Human Resources*, 12, 115–125.
- Okeke, J. U., & Okeke, E. N. (2016). Least squares dummy variable in determination of dynamic panel model parameters. *European Journal of Engineering and Technology Research*, 11, 77–81.
- Okunade, A. A. (2005). Analysis and implications of the determinants of healthcare expenditure in African countries. *Health Care Management Science*, 8, 267–276.
- OMS. (2018). *État de santé dans la région Africaine de l'OMS: Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable*. Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique.
- OMS. (2019). *Nouveau rapport sur les dépenses en santé dans le monde*. Organisation Mondiale de la Santé., World Health Organisation.
- Rana, R. H., Alam, K., & Gow, J. (2020). Health expenditure and gross domestic product: Causality analysis by income level. *International Journal of Health Economics and Management*, 20, 55–77.
- Roodman, D. (2009). A note on the theme of too many instruments. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 71, 135–158.
- Schieber, G. J., Gottret, P., Fleisher, L. K., & Leive, A. A. (2007). Financing global health: Mission unaccomplished. *Health Affairs*, 26, 921–934.
- Serge, P., & Tieguhong, J. (2017). Health expenditure and economic growth—a review of the literature and an analysis between the economic community for central African states (CEMAC) and selected African countries. *Health Economics Review*, 7, 1–13.
- Siddiqui, R., Afridi, U., Haq, R., & Tirmazi, S. H. (1995). Determinants of expenditure on health in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 34, 959–970.

- Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). L'initiative de Bamako: « Santé pour tous » ou « Maladie pour chacun »? *Revue Tiers Monde*, 38, 837–858.
- Toor, I. A., & Butt, M. S. (2005). Determinants of health care expenditure in Pakistan. *Pakistan Economic and Social Review*, 43, 133–150.
- Wagstaff, A. (1986). The demand for health: Theory and applications. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40, 1–11.
- Wang, Z. (2009). The determinants of health expenditures: Evidence from US state-level data. *Applied Economics*, 41, 429–435.
- World Development Indicators (WDI). (2019). *World Development Indicators*. DataBank.
- Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: A red herring?. *Health Economics*, 8(6), 485–496. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1050\(199909\)8:6<485::aid-hec461>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199909)8:6<485::aid-hec461>3.0.co;2-4)

**Alain REDSLOB**

Professeur émérite à l'Université Panthéon Assas (Paris 2)

Président de l'AIELF

L'Association Internationale des Economistes de Langue Française (AIELF) réunit des économistes sans parti pris, respectueux des convictions de celles et de ceux qui les portent. Fusion d'une diversité culturelle dans le creuset d'une communauté d'intérêt, elle rassemble universitaires, chercheurs et hommes de culture qui réfléchissent, coopèrent et diffusent une pensée économique vivée à la passion de la langue de Molière.

Vaste est sa mission. Parce qu'elle instaure, élargit et renforce des liens culturels aux fins de propager notre discipline, dans son aspect humain, institutionnel et formel. Parce qu'elle participe au rayonnement de la recherche, favorise l'élévation des niveaux d'éducation et incite les jeunes à s'investir. Parce qu'en écartant toute pompe, elle encourage le rapprochement des peuples en densifiant des échanges propres à la compréhension de cultures si diverses.

Aujourd'hui, les difficultés abondent, les défis se multiplient, les solutions tardent. À vrai dire, l'économie politique se trouve contrainte d'explorer des champs dont l'étendue grandissante n'a de cesse de le disputer à une aridité parfois inquiétante. Aussi, avec l'ardeur qui nous anime, valorisons nos connaissances, suscitons des confrontations d'opinions, propageons des idées neuves, tout en portant haut les couleurs de ce si beau langage qui est le nôtre.

La Revue Internationale des Economistes de Langue Française (RIELF) ambitionne de prendre sa juste part à cet élan avoué et prometteur.

**Prof. dr hab. Maciej ŻUKOWSKI**

Recteur de l'USEGP

L'Université des Sciences Economiques et de Gestion de Poznań est l'une des écoles d'économie et d'affaires les plus anciennes et les plus prestigieuses de Pologne. Depuis 1926, nous développons continuellement l'enseignement supérieur et garantissons des études scientifiques de haute qualité et un développement constant des infrastructures de recherche. Nous préparons de nombreux expertises économiques et réalisons des projets innovants. Une éducation de haute qualité, que nous offrons depuis des années, permet à nos étudiants et diplômés de relever avec succès les défis d'un marché du travail dynamique.

L'innovation de nos méthodes de recherche et d'enseignement a été confirmée par de nombreux classements et réalisations de nos étudiants et employés. Nous combinons notre souci de la meilleure qualité d'enseignement avec le développement de la coopération avec d'autres pays et des pratiques commerciales largement définies.

**Dr Claudio RUFF ESCOBAR**

Recteur de l'Université Bernardo O'Higgins, Chili

L'Université Bernardo O'Higgins (UBO), de Santiago du Chili, est une fondation sans but lucratif, de droit privé, accréditée par la Commission Nationale d'Accréditation (CNA-Chile), pour sa qualité académique, sa gestion et sa politique en matière de relations extérieures avec la Société. Comptant près de 7.000 étudiants répartis sur quatre facultés offrant des programmes de niveaux Licence, Master et Doctorat, ainsi que des départements et centres de recherche, l'Université a pour axe stratégique de développer l'excellence académique et consolider sa politique d'internationalisation, vecteur de croissance académique et culturelle pour toute la communauté universitaire. Cette stratégie est d'ailleurs distinguée par les ranking internationaux (Scimago et Times Higher Education (THE), et régionaux (Revue América Economía), notamment sur les axes de Recherche et d'ouverture à l'international.

L'Université Bernardo O'Higgins compte plus de 125 accords de coopération internationale, parmi lesquels, nombreux sont célébrés avec des pays francophones, cherchant à promouvoir la Francophonie comme axe stratégique d'internationalisation se positionnant ainsi comme l'Université chilienne la plus engagée dans cette vocation tant sur plan académique, que culturel et linguistique. Depuis 2018, l'UBO est membre actif de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF). Dans ce contexte, l'adhésion au prestigieux réseau de l'AIELF, et l'organisation de son 61<sup>e</sup> Congrès à Santiago du Chili en mai 2019, contribuent largement à enrichir cette vision et au rayonnement de la francophonie en Amérique Latine.

Note aux lecteurs : Les textes à soumettre sont à adresser en version électronique à l'adresse de la revue RIELF [Krzysztof.Malaga@ue.poznan.pl](mailto:Krzysztof.Malaga@ue.poznan.pl)

Le « guide de soumission » est disponible auprès de site officiel de la RIELF <http://rielf.aielf.org> ou bien sur le site de l'AIELF : <http://www.aielf.org>

