

REVUE INTERNATIONALE DES ECONOMISTES DE LANGUE FRANÇAISE

RIELF 2022, Vol. 7, 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

Rédacteur en chef

Krzysztof MALAGA, USEGP, Pologne

Rédactrice adjointe

Małgorzata MACUDA, USEGP, Pologne

Secrétaire de rédaction

Dorota CZYŻEWSKA-MISZTAL, USEGP, Pologne

Comité éditorial

Akoété Ega AGBODJI, Togo
Wissem AJILI BEN YOUSSEF, France
Alastaire ALINSATO, Bénin
Loubna ALSAGIHR OUEIDAT, Liban
Camille BAULANT, France
Matouk BELATTAF, Algérie
Francis BISMANS, France, Belgique
Horst BREZINSKI, Allemagne
Abdelaziz CHERABI, Algérie
Bernard COUPEZ, France
Jean-Jacques EKOMIE, Gabon
Jules Roger FEUDJO, Cameroun
Camelia FRATILA, Roumanie
Ewa FRĄCKIEWICZ, Pologne
Rosette GHOSSOUB SAYEGH, Liban
Marian GORYNIA, Pologne
Driss GUERRAOUI, Maroc
Juliana HADJITCHONEVA, Bulgarie
Vidal IBARRA-PUIG, Mexique
Nafii IBENRISSOUL, Maroc
Soumaïla Mouleye ISSOUFOU, Mali

Michel LELART, France
Laura MARCU, Roumanie
Tsvetelina MARINOVA, Bulgarie
Boniface MBIH, France
Mbodja MOUGOUE, États-Unis
Francisco OCARANZA, Chili
Thierry PAIRAULT, France
Jacques POISAT, France
Carlos QUENAN, France
Marek RATAJCZAK, Pologne
Alain REDSLOB, France
Jeannette ROGOWSKI, États-Unis
Paul ROSELE CHIM, France
Claudio RUFF ESCOBAR, Chili
Alain SAFA, France
Baiba ŠAVRIŅA, Lettonie
Piotr STANEK, Pologne
Abdou THIAO, Sénégal
Roger TSAFACK NANFOSSO, Cameroun
François VAILLANCOURT, Canada
Isabel VEGA MOCOROA, Espagne

Bureau de rédaction

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 2022

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

Avant-propos (KRZYSZTOF MALAGA).....	3
SIHAM RIZKALLAH L'indépendance de la BDL et les déterminants de la crise économique au Liban	9
ROGER A. TSAFACK NANFOSSO Russafrique	32
TCHABLEMANE YENLIDE, BAWOUPATI BITASSA, MAWUSSÉ KOMLAGAN NÉZAN OKEY, LARDJA KOLANI Urbanisation, qualité des institutions et santé publique dans les pays d'Afrique subsaharienne	62
MOUHAMADOU LAMINE DIAL, MAMADOU DIOUF Développement financier et productivité agricole en Afrique subsaharienne	85
KODJO W. BAOULA Énergie renouvelable, croissance économique et atténuation des émissions de dioxyde de carbone dans les pays de l'UEMOA	114
FRANCK MONDESIR TSASSA MBOUAYILA, PRUDENCE LOVE ANGÈLE MOUAKASSA Effets de la bancarisation sur la croissance économique au Congo	143
SOULEYMANE MBAYE, SOULEYMANE DIALLO La croissance économique au Sénégal est-elle inclusive ?	166
NDONGO MANÉ KEBE Étude empirique des « déficits jumeaux » pour le cas du Sénégal	186
ESSOCHANAM PELENGUEI, BENOIT KAFANDO, KOKOUI KUNALÈ MAWUENA, KODJO EVLO Effet de l'accès aux services de soins de santé sur mortalité infantile au Togo	211

SÉBASTIEN CHEVAIS

Développement des fonds d'État chinois dans le cadre d'une stratégie économique, monétaire et financière globale 226

BARTŁOMIEJ LACH, KRZYSZTOF MALAGA

Analyse comparative de la liberté économique dans les pays d'Amérique du Sud au cours des années 1996–2022 255

AVANT-PROPOS

Le numéro 2/2022 de la RIELF, que nous avons l'honneur de présenter à nos lecteurs, est composé de 11 articles. Le premier article concerne le Liban, le pays qui a accueilli en mai 2022 le 63e Congrès de l'AIELF. Les huit articles suivants couvrent l'Afrique, l'Afrique subsaharienne, l'UMEOA et des tels pays comme le Bénin, le Congo, le Sénégal ainsi que le Togo. Le dixième article concerne la Chine. Le onzième article est consacré aux pays d'Amérique du Sud. C'est une sorte d'introduction au numéro 1/2023 de la RIELF, qui sera entièrement consacré à ce continent.

Siham RIZKALLAH dans l'article *L'indépendance de la BDL et les déterminants de la crise économique au Liban*, tente à identifier le concept de l'indépendance de la Banque Centrale qui s'est propagé dans les années quatre-vingt. À cette époque, on observe une tendance à séparer la politique budgétaire de la politique monétaire afin de permettre, à cette dernière, de lutter avec crédibilité et efficacité pour atteindre l'objectif de stabilité monétaire et maîtriser l'inflation. Toutefois, la crise financière de 2008 a remis en question l'exigence de l'indépendance de la Banque Centrale par des Politiques Monétaires Non Conventionnelles (PMNC). D'après l'auteur, au regard de l'écroulement actuel de l'économie libanaise, il est intéressant de se pencher sur le cas de la Banque du Liban (BDL), dotée d'une certaine indépendance statutaire, mais souffrant d'une faible indépendance fonctionnelle. L'auteur, se référant au modèle de Jacome (2001), montre que la BDL manque d'indépendance effective, ce qui se traduit par l'acceptation de sa conformité aux demandes constantes du Trésor public pour participer au financement de la dette publique croissante, en partie en devises étrangères. Donc la BDL maintient un ancrage rigide du taux de change dans une économie fortement dollarisée et implique l'ensemble du système bancaire dans des PMNC qu'elle nomme « ingénieries financières » et qui contribuent à l'écroulement multidimensionnel actuel (budgétaire, monétaire et bancaire).

Roger A. TSAFACK NANFOSSO dans l'article *Russafrique*, procède à une analyse très approfondie la coopération économique entre la Russie et l'Afrique qui, bien qu'ancienne, a connu des développements majeurs depuis les années 1990. Selon auteur, le mode de mise en œuvre de la présence russe sur le continent diffère de celui des partenaires qualifiés de traditionnels à savoir la France, l'Europe, les USA et plus marginalement le Canada. L'examen documenté des principes de cette coopération, de ses caractéristiques, de ses principaux résultats et de ses perspectives permettent d'apporter une réponse à la question qui revient de manière

récurrente dans les études, à savoir si la Russie est une menace ou une opportunité pour l'Afrique.

Tchablemane YENLIDE, Bawoupati BITASSA, Mawussé Komlagan Nézan OKEY et Lardja KOLANI dans l'article *Urbanisation, qualité des institutions et santé publique dans les pays d'Afrique subsaharienne* visent à examiner la relation entre l'urbanisation et les indicateurs de santé publique sous le prisme de la qualité des institutions dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS). En utilisant un panel de 41 pays couvrant la période 2002 à 2019 et la méthode des moments généralisés (GMM), les auteurs montrent que l'urbanisation actuelle de l'ASS, ne s'accompagne pas d'une amélioration des indicateurs de santé. Cependant, des institutions fortes atténuent l'effet négatif de l'urbanisation sur les résultats en matière de santé publique. D'après les auteurs ces résultats impliquent que les gouvernements des pays d'ASS doivent promouvoir des institutions fortes et inclusives afin de garantir les gains sanitaires de l'urbanisation.

Mouhamadou Lamine DIAL et Mamadou DIOUF dans l'article *Développement financier et productivité agricole en Afrique subsaharienne* évaluent les relations de causalité entre développement financier et productivité agricole en Afrique subsaharienne et dans les zones d'intégration économique de 1990 à 2020. Ils utilisent le modèle ARDL avec l'estimateur PMG et un test de causalité en panel. Les résultats révèlent que le développement financier a un effet positif à long terme, mais négatif à court terme sur la productivité agricole aussi bien en Afrique subsaharienne que dans l'UEMOA. Cependant, l'analyse par zone montre qu'à court terme, le développement financier diminue la productivité agricole dans la SADC. Les auteurs signalent aussi qu'il existe une causalité bidirectionnelle entre le développement financier et la productivité agricole en ASS. Cette situation nécessite la construction d'un système financier efficace et adapté aux réalités du monde agricole.

Kodjo W. BAOUA dans l'article *Énergie renouvelable, croissance économique et atténuation des émissions de dioxyde de carbone dans les pays de l'UEMOA* envisage le problème de l'efficacité des énergies renouvelables pour assurer la croissance économique et la qualité de l'environnement. Il prend en compte les énergies fossiles, majoritairement utilisées et menacées par le risque d'épuisement, qui entraînent une augmentation des émissions de gaz à effet de serre. L'auteur analyse l'effet de la consommation des énergies renouvelables sur la croissance économique et les émissions de dioxyde de carbone dans les pays de l'UEMOA. Pour ce faire il utilise les fonctions de croissance et d'environnement avec une investigation empirique basée sur une régression linéaire en données de panel constituées des pays de l'UEMOA sur la période 1990 à 2015. Les résultats des estimations par la méthode de Pooled Mean Group développée par Pesaran et alii (1999) montrent principalement qu'à long terme, l'utilisation des énergies renouvelables contribue significativement à promouvoir la croissance économique et à atténuer la dégradation de l'environnement à travers la réduction des émissions

de carbone. À cet effet, les décideurs politiques devraient orienter la politique énergétique de l'union vers un mix-énergétique dominé par la production et la consommation d'énergie renouvelable tout en mettant en place une politique de contrôle des émissions de CO₂.

Franck Mondesir TSASSA MBOUAYILA et Prudence Love Angèle MOUAKASSA dans l'article *Effets de la bancarisation sur la croissance économique au Congo*, analyse les effets de la bancarisation sur la croissance économique du Congo. Pour atteindre cet objectif, du point de vue empirique, il fait appel au modèle à correction d'erreur. D'après l'auteur le taux de bancarisation n'a pas d'impact significatif sur la croissance économique au Congo à court et long termes. Ce résultat peut s'expliquer par le faible niveau de bancarisation. Par conséquent, pour que la bancarisation soit capable d'impulser la croissance au Congo, il faut améliorer le taux de bancarisation. À cet effet, un accent particulier devrait être mis sur la distribution du microcrédit qui revêt une grande importance pour l'intégration des populations défavorisées ; les conditions d'ouverture de comptes bancaires et d'agences en milieu rural devraient être assouplies.

Souleymane MBAYE et Souleymane DIALLO dans l'article *La croissance économique au Sénégal est-elle inclusive ?* constatent qu'au Sénégal, malgré les résultats relativement appréciables, depuis la dévaluation du franc CFA avec des taux supérieurs à 6% depuis 2014 (à l'exception de 2020, qui correspond à la récession du COVID-19), la croissance économique n'est pas assez ressentie dans le panier de la ménagère, d'où une forte interrogation sur l'inclusivité de cette croissance. En s'inspirant de la méthode utilisée par le PNUD pour l'IDH et en l'appliquant à l'approche multidimensionnelle de la croissance inclusive de Zhuang et Ali (2010), ils ont construit un indicateur de croissance inclusive (ISCIS). Sur cette base, ils montrent que sur la période de l'étude (1980-2018), la croissance économique n'est pas inclusive au Sénégal.

Ndongo Mané KEBE dans l'article *Étude empirique des « déficits jumeaux » pour le cas du Sénégal* tente à vérifier l'hypothèse de neutralité ricardienne au Sénégal, à travers de l'existence ou non du phénomène des « déficits jumeaux ». Son objectif est d'étudier la corrélation entre le déficit budgétaire et le déficit du compte courant. Il adopte le test de cointégration des deux variables à travers l'utilisation du modèle à correction d'erreurs (MCE) suivant la méthode d'Engle et Granger (1987). D'après l'auteur les résultats indiquent une absence de cointégration entre les variables telles que : déficit budgétaire et solde du compte courant et donc de relation d'équilibre sur la période étudiée, entre ces deux variables, d'où une acceptation de la Proposition d'équivalence Ricardienne sur la période 1991–2020. Aussi, ce résultat s'identifie à la vérification de la Proposition d'Équivalence Ricardienne (PER) pour le Sénégal.

Essohanam PELENGUEI, Benoit KAFANDO, Kokouvi Kunalè MAWUENA et Kodjo EVLO dans l'article *Effet de l'accès aux services de soins de santé sur mortalité*

infantile au Togo analysent les effets d'un accès sans restriction aux soins de santé sur la mortalité infantile au Togo. Les auteurs se sont appuyés sur un modèle de duré à risque proportionnel pour évaluer ces effets. À la suite des estimations de ce modèle à partir des données de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Togo en 2013, ils montrent que naître en présence d'un personnel de santé qualifié contribue à la réduction le risque de mortalité des enfants de moins d'un an. D'après les auteurs, une amélioration de l'éducation des mères augmente la probabilité de survie des enfants au-delà de leur premier anniversaire. Ils constatent que ce travail permet de souligner la nécessité d'investir dans la formation du personnel soignant et aussi encourager l'éducation des filles. De tels investissements permettront de réduire significativement la mortalité infantile.

Sébastien CHEVAIS dans l'article *Développement des fonds d'État chinois dans le cadre d'une stratégie économique, monétaire et financière globale* se concentre sur les décisions des instances dirigeantes chinoises visent à reconstruire la puissance économique et financière de leur pays afin de lui rendre son prestige passé et asseoir son influence politique. D'après l'auteur, les trente dernières années, la Chine a travaillé dans le but d'accroître sa prépondérance. Il montre comment les fonds d'État répondent à la fois à cette mission et maintiennent leur poids grandissant au sein de l'économie mondiale

Bartłomiej Lach et **Krzysztof Malaga** dans l'article *Analyse comparative de la liberté économique dans les pays d'Amérique du Sud au cours des années 1996–2022* tentent d'évaluer l'évolution de la liberté économique en 1996–2022 dans des pays tels que : l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur, la Guyane, le Paraguay, le Pérou, le Suriname, le Trinité-et-Tobago, l'Uruguay, la Venezuela¹. Dans la recherche empirique, les auteurs utilisent les indicateurs de σ -convergence et σ -divergence pour déterminer le degré d'homogénéité ou d'hétérogénéité des pays étudiés. Application d'analyse comparative multivariée y compris l'analyse par grappes (clusters) constitue le point culminant de la recherche empirique. L'analyse typologique est effectuée séparément pour 12 indicateurs partiels et l'indice global de liberté économique pour les 13 pays. Les matrices de similarité des pays, qui sont déterminées à cet effet, représentent les distances entre les séries temporelles des indices de liberté économique calculées sur la base de l'algorithme *Dynamic Time Warping* (DTW). Le programme R et les packages *dtw* et *dtwclust* sont utilisés pour l'analyse des clusters. Les résultats de recherche sur la liberté économique en Amérique du Sud méritent d'être comparés avec les résultats d'une recherche analogue obtenus par les auteurs pour 11 pays post-socialistes² qui ont rejoint l'Union

¹ L'analyse a omis la Guyane française, qui fait partie de la France, et les îles Falkland, qui font partie de la Grande-Bretagne.

² Il s'agit de pays tels que la Bulgarie, la Croatie, l'Estonie, la Hongrie, la Lituanie, la Lettonie, la Pologne, la Slovaquie, la Slovénie, la République Tchèque et la Roumanie.

Européenne après 2003 à la suite de profonds changements institutionnels. Les auteurs constatent que si dans les années 1990 les pays post-socialistes se caractérisaient par un niveau de la liberté économique comparable aux pays d’Amérique du Sud, après 27 ans des changements institutionnels, il ont significativement amélioré ce niveau, écartent les pays sud-américains à cet égard.

Krzysztof Malaga

EFFET DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SOINS DE SANTÉ SUR MORTALITÉ INFANTILE AU TOGO

Effect of access to health care services on infant mortality in Togo

ESSOCHANAM PELENGUEI¹

Université de Lomé, Togo
Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Département d'Économie
silverepelenguei@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-8038-7406>

BENOIT KAFANDO²

Université de Montréal
Observatoire de la Francophonie Économique
benoit.kafando@umontreal.ca
<https://orcid.org/0000-0002-2000-0812>

KOKOVI KUNALÈ MAWUENA³

Université de Lomé, Togo
Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Département d'Économie
syl.mawuena@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5042-4237>

KODJO EVLO⁴

Université de Lomé, Togo
Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Département d'Économie
Kodjo.evlo@yahoo.fr
<https://orcid.org/0000-0002-3398-5032>

Abstract : This study aims to analyse the effects of unrestricted access to health care on infant mortality in Togo. We used a proportional hazard duration model to assess these effects. Following the estimates of this model based on data from the Demographic and Health Survey carried out in Togo in 2013, our results show that being born in the pres-

¹ Université de Lomé, 01 BP1515, Lomé, Togo.

² Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montreal, Canada.

³ Université de Lomé, 01 BP1515, Lomé, Togo.

⁴ Université de Lomé, 01 BP1515, Lomé, Togo.

ence of qualified health personnel contributes to reducing the risk of child mortality less than a year. On the other hand, improved education for mothers improves the likelihood of children surviving beyond their first birthday. This work highlights the need to invest in the training of health workers and also to encourage the education of girls. Such investments will significantly reduce infant mortality.

Keywords : proportional risk model, access to health care, infant mortality.

Résumé : Cet article vise à analyser les effets d'un accès sans restriction aux soins de santé sur la mortalité infantile au Togo. Nous nous sommes appuyés sur un modèle de durée à risque proportionnel pour évaluer ces effets. À la suite des estimations de ce modèle à partir des données de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Togo en 2013, nos résultats montrent que naître en présence d'un personnel de santé qualifié contribue à réduire le risque de mortalité des enfants de moins d'un an. Par ailleurs, une amélioration de l'éducation des mères améliore la probabilité de survie des enfants au-delà de leur premier anniversaire. Ce travail permet de souligner la nécessité d'investir dans la formation du personnel soignant et aussi d'encourager l'éducation des filles. De tels investissements permettront de réduire significativement la mortalité infantile.

Mots-clés : modèle de risque proportionnel, accès aux soins de santé, mortalité infantile.

JEL classification : I11, I12, J13.

Introduction

Le renforcement de l'accès aux soins de santé de bonne qualité à un prix abordable est nécessaire pour améliorer la santé maternelle et infantile (UNICEF, 2018). La mise en place d'un système de santé qui à la fois donne une réponse pertinente à un problème prioritaire de santé et qui contribue en même temps au renforcement du système de santé, nécessité d'être repensée. En effet, les causes de décès infantiles dans les pays de l'Afrique au Sud du Sahara (ASS) ont fait l'objet de multiples réflexions ; l'objectif étant de trouver des stratégies idoines pour réduire son ampleur. Au Togo par exemple, on a assisté au cours des dernières décennies à la mise en œuvre de politiques de santé comme le plan national de renforcement du système de santé (PNRSS, 2018–2022) et le nouveau plan national de développement sanitaire (PNDS, 2017–2022). Ces plans visent à aider le gouvernement à accroître le niveau de fréquentation et d'utilisation des formations sanitaires et à améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé en mettant l'accent sur la santé maternelle, néonatale et infantile. Malgré tout, au Togo, le fléau lié à la mortalité infantile reste encore préoccupant.

Au Togo le taux de mortalité infantile reste élevé, environ 52,57 pour 1000 naissances vivantes en 2015 (FNUAP, 2016). Au regard de cette donnée, beaucoup d'efforts devraient être consenti par ce pays pour atteindre la deuxième cible du

troisième objectif de développement durable (ODD) qui recommande au plus un taux de 25 décès maternels pour 1000 naissances à l'horizon 2030 (Banque Mondiale, 2015). Le suivi des femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement figure parmi les stratégies idoines permettant de réduire la fréquence des décès des enfants (UNICEF, 2018). Dans cette même optique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales à une fréquence régulière, durant toute la période de la grossesse. L'amélioration des conditions de base comme la disponibilité des centres de santé et leur accessibilité permettent aussi de réduire significativement la survenance des décès des enfants.

La phase III de l'Enquête Démographique et de Santé du Togo (EDST III, 2013) et les statistiques du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP, 2016) révèlent une faible évolution du taux d'accès aux soins prénatals en plus d'une grande disparité régionale. Selon ces sources 73% des femmes ont reçu des soins prénatals en 2013 contre 72% en 2010. Les données révèlent par ailleurs des disparités entre les milieux de résidence avec des proportions de visites plus importantes en milieu urbain (72%) qu'en milieu rural (49%).

Au vu des indicateurs ci-dessus présentés, il est probable que l'une des causes majeures de la mortalité infantile soit le faible accès aux soins de santé. Toutefois si l'on s'accorde sur le fait que l'accès aux soins de santé réduit la mortalité infantile, l'accès effectif à ces services reste encore un luxe pour certaines catégories de populations au Togo et serait par conséquent la cause principale des taux de mortalité infantile élevés. Eu égard à ce constat peu reluisant, la présente étude tente en conséquence de répondre principalement à la question suivante : quels sont les effets de l'accès aux services de soins de santé sur la mortalité infantile au Togo? l'objectif de cet article est d'analyser les effets d'un accès effectif aux soins de santé sur la mortalité infantile au Togo.

Cette étude est motivée par le besoin d'éclairer les décideurs sur l'importance de rendre disponible les biens et services de santé reproductive au profit de toutes les couches de la population du Togo en particulier et des pays en développement en général. Cette étude contribue par ailleurs doublement à la littérature. Premièrement elle permet d'enrichir la littérature économique au sujet des causes de la mortalité infantile dans les pays en développement. Aussi, elle est au meilleur de notre connaissance, l'une des premières à utiliser une approche de modèle de durée à risque proportionnel au Togo.

Au niveau méthodologique, un modèle de durée à risque proportionnel est utilisé. Les résultats obtenus nous permettent de stipuler qu'une amélioration de l'accès aux soins de santé à travers l'assistance pendant l'accouchement d'un personnel de santé qualifié contribue à réduire significativement le risque de mortalité infantile. Le reste de cet article est organisé comme suit. La section 2 présente la revue de la littérature. La section 3 décrit les données et l'approche méthodologique utilisées. La section 4 s'intéresse aux Source de données et statistiques descriptives. La section 5 discute des résultats et la section 6 conclut.

1. Revue de la littérature

Cette section examine la littérature sur les effets de l'accès aux services de soins de santé sur la mortalité infantile, avec une attention particulière sur le cas des pays d'Afrique. Ainsi, dans ce qui suit, nous discutons plus en détails, les conclusions de quelques travaux majeurs sur les causes de mortalité infantile.

Un approfondissement de la relation entre l'accessibilité aux soins de santé et les morbidités conduit à découvrir entre autres la théorie des conflits. Cette théorie favorise un cadre idéal à l'étude des facteurs structureaux et fonctionnels des sociétés telles que les normes et valeurs et appropriée à l'étude des morbidités et maladies par exemple.

A la lumière de cette théorie, le comportement de l'être humain est supposé être influencé par les faits sociaux. Le comportement subjectif qui doit être modifié devrait alors se baser sur l'ensemble des faits du groupe auquel l'individu appartient en modifiant des comportements à risque ou l'orientation vers une offre de soins.

Toutefois, cette théorie montre que quel que soit le type de services de santé « public ou privé », l'usager à une relation libre d'utiliser ou non les services offerts. Ceci implique l'influence des indicateurs de différents groupes notamment le lieu de vies de l'individu « distance au centre de santé » sur la consommation médicales (Mizrahi et al., 1982). L'analyse offre ainsi plusieurs possibilités à l'individu. L'intéressé peut ne pas en exprimer toujours le besoin de consommer les soins santé face à une morbidité ressentie ou non (Lévy et al., 1975), besoin de service après une morbidité ressentie mais non gérée ou carrément il peut aussi surconsommations les soins de santé. Cette théorie met en lumière d'autres variables non géographiques qui déterminent le comportement de consommation d'un individu tels que le facteur comportemental propre à l'individu, le facteur économique et financière, le facteur social ou l'ethnie de la personne. Il est aussi identifié en tant qu'individu, le problème de rationalité limitée qui peut justifier l'arbitrage entre un besoin ressenti de service et une utilisation retardée ou annulée du service offert (Stiglitz et al., 2000). Face au risque de mortalité auquel s'expose l'individu, ces autres facteurs sont à prendre en compte pour capter toute autres risques qui émaneraient de ceux-ci.

Dans la littérature sur les facteurs socio-économiques qui expliquent la mortalité infantile, les travaux empiriques identifiés se classent en trois principaux groupes.

Un premier groupe d'auteurs ont mis en évidence les effets positifs de l'accès aux soins de santé sur la mortalité infantile (Caldwell, 1979 ; Masuy-Stroobant, 2000 ; Debpuur et al., 2005 ; Hosseinpoor et al., 2005 ; Park, 2005). Dans la même dynamique, Subramaniam et alii (2016), Mturi et Curtis (1995), Gemperli et alii (2004), Suwal (2001) trouvent aussi qu'améliorer l'accès aux soins de santé à travers son offre, réduit significativement les risques liés à la mortalité infantile dans les pays riches comme dans les moins riches. Pour ce groupe, la réduction du taux de

mortalité infantile est essentiellement expliquée par des facteurs socio-économiques comme le niveau de richesse de la famille, le milieu de naissance et de résidence de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère, etc.

Les analyses menées par le second groupe de chercheurs ont abouti à la conclusion qu'il serait néanmoins inexact de conclure que l'amélioration des soins de santé ne dépend que de l'offre, il dépend aussi de la demande (Koenig et al., 1990 ; He et al., 2019 ; Andersen, 1995 ; Chakraborty et al., 2003 ; Titaley et al., 2009 ; Jahangir et al., 2012; Andersen & Newman, 2005). En effet, dans des milieux où l'offre de soins de santé est disponible (équipements et en personnels de santé), des barrières sociales et culturelles peuvent freiner l'accès aux soins pour les femmes enceintes, toutes choses qui dégradent leur santé et augmentent le taux de mortalité infantile. Koenig et alii (1990), Atchrimi et alii (2017), Inglehart et Baker (2000), Gastineau (2003) estiment par ailleurs que les taux de mortalité infantile élevés sont très souvent attribuables au faible pouvoir de décision des femmes dans les familles.

D'autres travaux ont mis en évidence que les intervalles de naissance, le rang à la naissance, l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, la source d'approvisionnement en eau potable et le type de toilettes sont fortement corrélés aux risques de décès des enfants (Yaya et al., 2018 ; Mekonnen, 2011 ; Miringu, 2016 ; Andersen, 1995 ; Chakraborty et al., 2003 ; Titaley et al., 2009 ; Jahangir et al., 2012).

Le passage en revue de la documentation a permis de mettre en lumière des points saillants, non seulement sur les facteurs influençant la mortalité infantile, mais aussi sur les effets de ces derniers sur la mortalité infantile. De cette documentation, on ne saurait avancer qu'une politique qui améliore l'accessibilité aux services de soins de santé, suffit à elle seule pour entraîner systématiquement une réduction de la mortalité infantile. Cet article complète donc les travaux antérieurs en analysant simultanément le rôle de l'offre et de la demande sur la mortalité infantile.

2. Méthodes d'analyse et données

2.1. Modèle semi-paramétrique

Afin d'estimer les effets de l'accès aux soins de santé sur la mortalité infantile, nous empruntons le modèle semi-paramétrique de Cox (1972). C'est un modèle permet d'estimer le risque de survenue d'un événement (survie ou décès) en postulant que chaque enfant a les mêmes chances de vivre cet événement. Le modèle semi-paramétrique des risques proportionnels se présente comme suit :

$$\delta(t/x) = \delta_0(t)e^{\beta x} \quad (1)$$

où β est le vecteur de paramètres à estimer, t est le temps d'analyse, c 'est-à-dire la période allant de 1 à 11 mois en raison de la cible d'analyse qui porte sur les enfants

de moins d'un an X est l'ensemble des covariables qui influencent la mortalité infantile et δ_0 le risque instantané de base.

De (1), nous notons que la fonction de risque proportionnel est fonction du risque instantané de base $\delta_0(t)$ et d'un terme ne dépendant que des covariables X , c'est-à-dire $e^{\beta X}$ (facteur permettant d'avoir des risques de survenu d'évènements qui diffèrent d'un enfant à un autre). Le risque de base est déduit en annulant la valeur des covariables :

$$\delta(t/x = 0, \dots, X_i = 0) = \delta_0(t) \quad (2)$$

Dans la stratégie d'estimation, nous identifions le risque instantané sur la période de survit à partir du risque de base. Il équivaut à :

$$(t) = \int_0^t \delta_0(t) dt = \int_0^t \delta_0(t) dt \quad (3)$$

L'équation est dénommée semi-paramétrique puisque que l'approche d'estimation des paramètres (β) utilisée par Cox (1972) prend en compte que les effets des covariables sans faire de supposition sur la nature exacte du risque individuel de base.

Dans cette étude, nous estimons également la distribution de la fonction de survit $s(t)$ à partir du modèle non paramétrique de Kaplan-Meier. Elle consistera dans le cadre de ce travail, à estimer la distribution au cours du temps de la probabilité de ne pas décéder avant l'âge d'un an.

L'équation de probabilité est obtenu à partir des travaux de Ambapour et alii (2015) et de Golf et Forney (2003) :

$$S(t) = S(t_{i-1})(1 - h_i) \quad (4)$$

Avec :

$$h_i = \frac{d_i}{N_i} \quad (5)$$

où t_i est l'instant pendant les 11 premiers mois au cours duquel il y'a l'observation d'au moins un évènement ; d_i correspond à l'effectif des individus qui connaissent l'évènement et qui quitte la population en un temps t_i ; N_i représente la population soumise au risque durant la période t .

De l'équation (5) on en déduit une fonction $S(t)$ traduisant les probabilités de n'avoir pas connu tout au long de la période d'observation l'évènement.

Cette fonction s'écrit comme suit :

$$S(t) = \prod_{t_i \leq t} (1 - h_i) \quad (6)$$

L'hypothèse de proportionnalité des risques doit être forcément vérifiée avant l'utilisation du modèle de Cox. Ceci dit, les égalités suivantes doivent être vérifiées :

$$\ln[\delta(t, x, \beta)] \approx \ln[\delta_0(t)] + x\beta \quad (7)$$

$$\ln[-\ln S(t) = \ln \delta_0(t)] \quad (8)$$

2.2. Modèle économétrique

Nous estimons finalement les effets de l'accès aux soins de santé sur le risque de mortalité des enfants de moins d'un an en utilisant un modèle non linéaire formulé comme suit :

$$\begin{aligned} mrt_i = & \gamma_0 + \gamma_1 \text{falph} + \gamma_2 \text{mothage} + \gamma_3 \text{taillemenage} + \gamma_4 \text{motheduc} + \gamma_5 \text{fauto} + \\ & + \gamma_6 \text{visit} + \gamma_7 \text{Pqual} + \gamma_8 \text{residence} + \gamma_9 \text{assurance} + \gamma_{10} \text{compte} + \gamma_{11} \text{région} + \\ & + \gamma_{12} \text{sexe} + \mu_i \end{aligned} \quad (9)$$

avec mrt_i la mortalité infantile est, *falph* correspond à l'alphabétisation de la femme, *mothage* est l'âge de la mère, *taillemenage* représente le nombre d'enfants en charge dans le ménage, *motheduc* correspond au niveau d'éducation de la mère, *fauto* représente l'autonomisation de la femme, *visit* est la fréquence de visite en consultation prénatale avant l'accouchement, *Pqual* représente l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié, *residence* est le milieu de résidence, *assurance* correspond à la possession d'une assurance maladie, *compte* représente la possession d'un compte bancaire par un membre de ménage, *région* correspond à la région de résidence et *sexe* est le sexe de l'enfant.

3. Source de données et statistiques descriptives

3.1. Source de données

Les données utilisées sont collectées à la suite de l'Enquête Démographique et Santé (EDST III) réalisée de novembre 2013 à avril 2014 par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) du Togo. Au-delà des informations disponibles sur la mortalité infantile, l'objectif de l'enquête était essentiellement de mesurer les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes, d'évaluer le niveau de la couverture vaccinale des enfants, de calculer les indicateurs de santé maternelle comme le suivi prénatal, l'assistance à l'accouchement et les visites postnatales, de recueillir des données sur l'analphabétisme et

le niveau d'instruction, d'évaluer le niveau d'accessibilité de la population à l'eau potable et à l'assainissement adéquat et de déterminer les taux de la mortalité des adultes et des enfants.

3.2. Statistiques descriptives

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives. L'analyse des résultats contenus dans ce tableau montre qu'en moyenne les enfants qui ne vivent pas plus d'un an, meurt avant le 4ème mois suivant leur naissance. En moyenne, la taille des ménages enquêtés est de huit (8) personnes. Les mères de ces enfants ont en moyenne 32 ans et ont complété moins d'une année de scolarisation. En moyenne, les femmes effectuent moins d'une visite prénatale durant leur période de grossesse.

Tableau 1. Statistique descriptive des variables de l'estimation

Variable	Observations	Moy.	Min	Max
Âge au décès de l'enfant	28862	3,494	0	11
État de vie	28862	0,304	0	1
Alphabétisation	28862	0,301	0	1
Sexe de enfant	28862	0,492	0	1
Âge de la mère	28862	32	15	49
Niveau d'éducation de la mère	21071	0,841	1	4
Autonomisation	28862	0,302	0	1
Nombre de visites prénatales	28862	0,895	1	3
Possession d'assurance maladie	28862	0,231	0	1
Possession de compte bancaire	28862	0,465	0	1
Milieu de résidence	28862	0,478	0	1
Taille du ménage	19967	7,5	1	14
Personnel de santé qualifié	28862	0,485	0	1
Région de résidence	28862	1,672	1	6

Source : Auteurs à partir des données de l'EDST III.

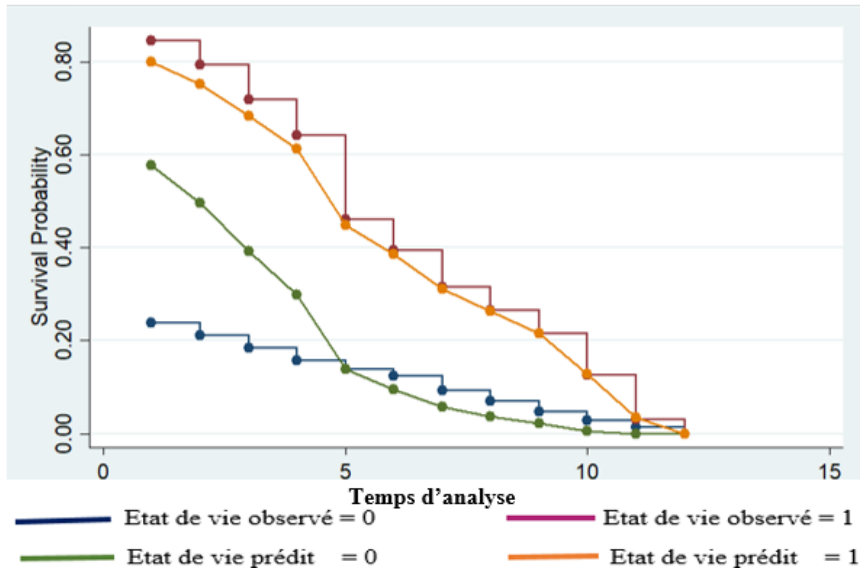
4. Discussions des résultats

4.1. Résultats du modèle semi-paramétrique

Bien que le modèle de Cox soit adapté pour estimer les effets des covariables économiques, sociales, environnementales et personnelles sur le risque de décès, son utilisation requiert l'hypothèse de proportionnalité des risques. La validité de cette hypothèse est vérifiée à travers le parallélisme entre les courbes prédites et observées.

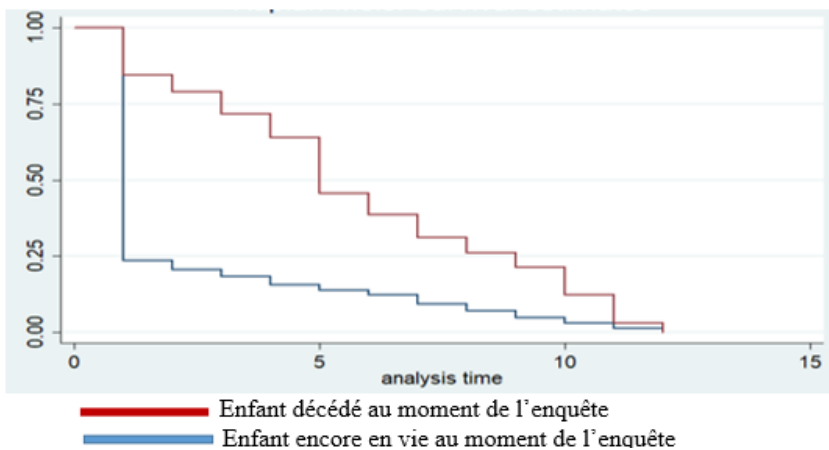
Le parallélisme observé sur la graphique 1 entre la courbe prédite et celle observée signifie qu'il existe une proportionnalité des risques c'est-à-dire les mêmes chances en moyenne de décès sur les onze mois suivant la naissance de ces enfants.

Le graphique 2 présente les résultats de l'estimation de la distribution de la fonction de survie à partir du modèle de Kaplan-Meier. En rappel, ce modèle permet d'analyser l'évolution de la probabilité de survie des enfants au cours des onze



Graphique 1. Proportionnalité de risque de décès avant un an

Source : Auteurs à partir des données de l'EDST III.



Graphique 2. Estimation de la probabilité de survie par la méthode de Kaplan-Meier

Source : Auteurs à partir des données de l'EDST III.

premiers mois suivant leur naissance. Les onze plateaux de la courbe en rouge représentent la probabilité de survie au cours des 11 premiers mois. La hauteur d'un escalier correspond à la chute de la probabilité de décès en un temps. L'analyse de la figure montre qu'au premier et au cinquième mois suivant la naissance des enfants, il y'a eu une chute rapide de la probabilité de survie. En d'autres mots, la probabilité de décès des enfants est très élevée au cours de ces périodes. En dehors de ces deux dates, on observe globalement une évolution stable de la probabilité de survie des enfants.

4.2. Résultats du modèle économétrique

Le tableau 2 présente les résultats des estimations de l'équation (10). De l'analyse de ces résultats, il ressort que, les enfants de sexe masculin courent 0,22 fois plus de risques de perdre la vie au cours des onze premiers mois après leur naissance que les filles. Ce résultat concorde avec les conclusions des travaux de Gemperli et alii (2004) dans son étude sur le Mali. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que dans les pays africains, les ménages accordent plus d'importance aux soins des filles que des garçons, ceci afin de percevoir plus tard, plus de biens que ce soit en nature ou non pendant les cérémonies de mariage traditionnel.

Subséquent aux résultats de notre régression, le risque de mortalité infantile est plus élevé chez les enfants qui ne sont pas nés en présence d'un personnel de santé qualifié. Ces enfants non assistés par un professionnel de la santé pendant leur naissance courent 1,8 fois plus de risque de perdre la vie avant de fêter leur premier anniversaire. Ce résultats est conforme aux conclusions des travaux de Omedi et Wanjiru (2014) sur la Tanzanie. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnels qualifiés sont plus aptes à offrir des soins spécifiques et conformes aux normes de la maladie manifestée. Les résultats de nos estimations montrent en ce qui concerne l'assurance-maladie que, le risque de décès des enfants nés des femmes sans assurance maladie est de 0,4 fois plus élevé que ceux nés des mères possédant une assurance maladie. Nos constatations concordent avec les résultats de (Saksena et al., 2011) pour le cas du Rwanda. La probable raison qui sous-tend ce résultat est qu'au Togo, la possession d'assurance maladie facilite l'accès des femmes aux services de santé. De même, le risque de décès des enfants issus des femmes qui pratiquent au moins cinq visites prénatales avant l'accouchement est de 0,6 fois plus faible que chez les femmes qui en font moins. Ce résultat est similaire aux résultats des travaux de (Ahmed et al., 2010) menés dans les pays en développement. Les visites prénatales permettent aux professionnels de la santé de donner des soins adéquats et des conseils avisés aux femmes, toute chose qui favorise un bon déroulement de la grossesse. La possession d'un compte bancaire est négativement corrélée avec le risque lié à la mortalité infantile. Le risque qu'un enfant décède avant son premier anniversaire est de 0,28 fois plus élevée si un membre

Tableau 2. Résultats économétriques utilisant le modèle de risque proportionnel

	Hazard ratio	Erreur standard	Probabilité
Alphabétisation de la femme	0,876***	0,034	0,001
Sexe de l'enfant (homme)	1,218***	0,023	0,000
Primaire (Réf)			
Secondaire I	0,863***	0,025	0,000
Secondaire II	0,706***	0,024	0,000
Supérieur	0,663***	0,090	0,003
Residence	0,888***	0,030	0,000
1 enfant (Réf)			
2 à 5 enfants	0,729***	0,018	0,000
6 enfants et plus	1,055**	0,041	0,011
Femme autonome	0,904**	0,045	0,037
4 visites (Réf)			
5 visites et plus	0,412***	0,010	0,000
Possède une assurance (Réf)			
Sans assurance maladie	1,400***	0,059	0,000
Compte bancaire	0,822***	0,026	0,000
Avec assistance de personnel (Réf)			
Sans Personnel qualifié	2,822***	0,068	0,000
15–20 ans (Réf)			
20 à 35 ans	0,845**	0,032	0,000
35 à 49 ans	0,841***	0,035	0,000
Lomé commune (Réf)			
Maritime	1,123***	0,049	0,008
Plateaux	1,332***	0,064	0,000
Centrale	1,051	0,050	0,291
Kara	1,402***	0,057	0,000
Savane	1,005	0,049	0,925
Mean dependent var	5,083	SD dependent var	3,395
Pseudo R-squared	0,022	Nombre d'observations	14024,000
Chi-square	5407,990	Prob > chi2	0,000
Akaike crit, (AIC)	239389,242	Bayesian crit, (BIC)	239540,212

Note : *** Probabilité (p) significative à 1%; ** p significative à 5%; * p significative à 10%.

Source : Auteurs à partir des données de (EDST III, 2013).

du ménage dans lequel l'enfant vit ne possède pas un compte dans une institution bancaire que ceux qui en disposent. Ce résultat pourrait se justifier que l'accès à une institution financière permet d'obtenir plus facilement de la liquidité et de prendre très rapidement en charge les urgences (frais de médicament, de consultation, etc.).

En ce qui concerne l'âge de la femme, nos résultats montrent que plus il augmente plus le risque que l'enfant décède avant son premier anniversaire est faible. Ce

résultat concorde avec les conclusions des études de (Miringu, 2016) menées dans le cadre du Kenya. Ce résultat pourrait être expliqué par le gain de l'expérience dans la gestion des grossesses et dans les soins des nouveau-nés. Le risque de décès des enfants est respectivement de 0,14 ; 0,30 ; 0,34 fois plus faible dans les ménages où les femmes ont atteint le niveau secondaire premier cycle, secondaire deuxième cycle et le supérieur. Ces résultats sont en conformité avec les conclusions des études de Mustafa (2007), Adhikari (2016), Wado (2018) et Tuyisenge et alii (2018). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait qu'être instruit permet à la femme d'avoir de bonnes connaissances en matière d'hygiène, mais l'importance de fréquenter un établissement de santé en cas de maladie.

Les résultats montrent également que vivre en milieu urbain est associé à un faible risque de décès des enfants de moins d'un an. En effet, les enfants nés dans des milieux urbains courent 0,11 fois moins de risque de décéder au cours des onze premiers mois suivant leur naissance. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus par Johnson et alii (2013). L'explication qui est donnée est liée au fait qu'il y'a plus d'infrastructures sanitaires, routières disponibles et un plateau technique sanitaires modernes réuni en milieu urbain qu'en milieu rural. Ceci rend plus accessibles les soins de santé et permet d'enregistrer de bons résultats de santé. Les signes des autres variables sont conformes à nos attentes.

Conclusion

Le renforcement de l'accès aux soins de santé à un prix abordable ainsi que l'amélioration de la qualité de ces soins se sont avérés nécessaires pour l'obtention de bons résultats de santé maternelle et infantile (Unicef, 2018). Cette étude a examiné à partir des données de l'EDST III, l'effet de l'accès aux services de soins de santé sur la mortalité infantile au Togo.

À la suite des tests effectués, nous mentionnons comme principaux résultats qu'un enfant né d'une femme alphabétisée court moins de risque de mourir que les enfants nés des femmes analphabètes. Les résultats révèlent aussi que les enfants dont les mères ont accouché en présence d'un personnel de santé qualifié sont plus susceptibles de franchir les douze premiers mois suivant leur naissance sans être décédés que ceux dont l'accouchement a eu lieu sans assistance de personnels qualifiés. Aussi, les ménages dont la maman est autonome contribuent à améliorer la santé des enfants. Les résultats de cette recherche permettent de se rendre compte de l'importance de rendre accessible et disponible à tous une assurance maladie et de la mise en place des incitations éducatives pouvant retenir les filles à l'école.

Suite aux résultats de notre étude présentés ci-dessus, nous fournissons ensuite quelques politiques économiques capables d'aider à améliorer la santé des enfants en particulier réduire le taux de mortalité infantile au Togo et par conséquent répondre

efficacement à l'ODD3. Il faudra fondamentalement mettre en place des incitations éducatives pouvant retenir les filles à l'école et ainsi leur permettre d'atteindre au moins le niveau d'étude secondaire sur tout dans la région des Plateaux, encourager les mécanismes d'alphabétisation pour adulte, faciliter l'ouverture de compte auprès des banques et institutions financières, promouvoir, rendre accessible et disponible à tous une assurance maladie et réformer le système sanitaire en recrutant plus de personnel de soins qualifié

References

- Adhikari, R. (2016). Effect of women's autonomy on maternal health service utilization in Nepal: A cross sectional study. *BMC Women's Health*, 16, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0305-7>
- Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *Plos One*, 5(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011190>
- Ambapour, S., Bidounga, R., & Ibara, S. M. (2015). *Survie des enfants et pauvreté au Congo: application d'un modèle de durée*. *African Journal of Applied Statistics*, 2(1), 39–49.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4).
- Atchrimi, S. K., Metowogo, K., Bakoma, B., Dermane, A., Mouzou, A., Aklikokou, K. A., & Gbeassor, M. (2017). Evaluation of antinociceptive activity of hydroalcoholic extract from leaves of *Oxytenanthera abyssinica* (A. Rich.) Munro (Poaceae) on strain Wistar rats. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*, 6(6), 455–460.
- Bank Mondiale. (2015). *Banque Mondiale – rapport annuel 2015*. The World Bank.
- Caldwell, J. C. (1979). Education as a factor in mortality decline: An examination of Nigerian data. *Population Studies*, 33(3), 395–413. <https://doi.org/10.2307/2173888>
- Chakraborty, N., Islam, M. A., Chowdhury, R. I., Bari, W., & Akhter, H. H. (2003). Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh. *Health Promotion International*, 18(4), 327–337. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag414>
- Cox, D. R. (1972). Regression models and life-tables. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 34(2), 187–202. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1972.tb00899.x>
- Debpuur, C., Wontuo, P., Akazili, J., & Nyarko, P. (2005). Health inequalities in the Kasse-na-Nankana District of Northern Ghana. In Indepth Network, *Measuring health equity in small areas: Findings from demographic surveillance systems* (pp. 45–65). Routledge.
- EDST III. (2013). *Togo Enquête Démographique et de Santé 2013–2014*. ICF International.

- FNUAP. (2016). *Rapport annuel FNUAP – Togo*. <https://togo.unfpa.org/fr/publications/rapport-annuel-2016>
- Gastineau, B. (2003). Offre de soins, recours aux soins et santé des femmes en Tunisie. In S. Arber & M. Khlat (Eds.), *Social and economic patterning of health among women/Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes* (pp. 407–424). Cicred.
- Gemperli, A., Vounatsou, P., & Kleinschmidt, I. (2004). Spatial patterns of infant mortality in Mali: The effect of malaria endemicity. *American Journal of Epidemiology*, 159(1), 64–72.
- Golf, J. Le, & Forney, Y. (2003). *Estimations non-paramétrique avec SPSS. Méthode de Kaplan-Meier et méthode actuarielle*. Institut Pavie.
- He, Z., Cheng, Z., Bishwajit, G., & Zou, D. (2019). Wealth inequality as a predictor of subjective health, happiness and life satisfaction among Nepalese women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2836.
- Hosseinpour, A. R., Mohammad, K., Majdzadeh, R., Naghavi, M., Abolhassani, F., Sousa, A., Speybroeck, N., Jamshidi, H. R., & Vega, J. (2005). Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(11), 837–844.
- Inglehart, R., & Baker, W. E. (2000). Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. *American Sociological Review*, 65(1), 19–51.
- Jahangir, E., Irazola, V., & Rubinstein, A. (2012). Need, enabling, predisposing, and behavioral determinants of access to preventative care in Argentina: Analysis of the National Survey of Risk Factors. *Plos One*, 7(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045053>
- Johnson, A., Issifou, A., & Homevoh, E. (2013). *A comparative analysis of the determinants of seeking prenatal health care in urban and rural areas of Togo*. Working Papers from African Economic Research Consortium, 1–29.
- Koenig, M. A., Phillips, J. F., Campbell, O. M., & D'Souza, S. (1990). Erratum to: Birth intervals and childhood mortality in rural Bangladesh. *Demography*, 27(4), 657. <https://doi.org/10.1007/BF03208243>
- Lévy, É., Bungener, M., Duménil, G., & Fagnani, F. (1975). *Economie du système de santé*. Dunod.
- Masuy-Stroobant, G. (2000). *Perinatal mortality study. Perinatal mortality in Europe: An outcome indicator for the quality of antenatal and perinatal care*. Université Catholique de Louvain.
- Mekonnen, D. (2011). *Infant and child mortality in Ethiopia: The role of socioeconomic, demographic and biological factors in the previous five years period of 2000 and 2005*. Master Thesis. Lund University.
- Miringu, M. N. (2016). *Effect of maternal and environmental factors on infant*. University of Nairobi Research Archive.
- Mizrahi, A., Mizrahi, A., & Péquignot, H. (1982). *La consommation médicale: Microéconomie*. Presses universitaires de France.
- Mturi, A. J., & Curtis, S. L. (1995). The determinants of infant and child mortality in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 10(4), 384–394. <https://doi.org/10.1093/heapol/10.4.384>
- Mustafa, H. E. (2007). Socioeconomic determinants of infant mortality in Kenya. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 1–65.
- Omedi, G., & Wanjiru, G. (2014). Determinants of infant mortality in rural Nepal. *Central Issues in Anthropology*, 10(1), 51–60. <https://doi.org/10.1525/cia.1992.10.1.51>

- Park, K. (2005). *Preventive and social medicine*. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics
- Saksena, P., Antunes, A. F., Xu, K., Musango, L., & Carrin, G. (2011). Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on access to care and financial risk protection. *Health Policy*, 99(3), 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.09.009>
- Stiglitz, J. E., Walsh, C. E., Lafay, J. D., & Mayer, F. (2000). *Principes d'économie moderne*. De Boeck.
- Subramaniam, T., Loganathan, N., Yerushalmi, E., Devadason, E. S., & Majid, M. (2016). Determinants of infant mortality in older ASEAN. *Social Indicators Research*, 136, 397–415. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1526-8>
- Suwal, J. V. (2001). The main determinants of infant mortality in Nepal. *Social Science and Medicine*, 53(12), 1667–1681. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00447-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00447-0)
- Titaley, C. R., Dibley, M. J., & Roberts, C. L. (2009). Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(10), 827–831. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.081604>
- Tuyisenge, G., Hategeka, C., Kasine, Y., Luginaah, I., Cechetto, D., & Rulisa, S. (2018). Mother's perceptions and experiences of using maternal health care in Rwanda. *Women & Health*, 59(1), 68–84. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1434591>
- UNICEF. (2018). *Pour chaque enfant, une chance de vivre*.
- Wado, Y. D. (2018). Women's autonomy and reproductive health-care-seeking behavior in Ethiopia. *Women & Health*, 58(7), 729–743. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1353573>
- Yaya, S., Okonofua, F., Ntoimo, L., Kadio, B., Deuboue, R., Imongan, W., & Balami, W. (2018). Increasing women's access to skilled pregnancy care to reduce maternal and perinatal mortality in rural Edo State, Nigeria: A randomized controlled trial. *Global Health Research and Policy*, 3(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s41256-018-0066-y>

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^e 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

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>

