

REVUE INTERNATIONALE DES ECONOMISTES DE LANGUE FRANÇAISE

RIELF 2024, Vol. 9, N°1

Association Internationale
des Economistes de Langue Française



avec la collaboration de



UNIVERSITÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET DE GESTION
DE POZNAŃ

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 2024

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
Kwami Ossadzifo WONRYA, Honoré TENAKOUA, Braïma Luís SOARES CASSAMA Commerce des services et inégalités des revenus en Afrique	9
Dramane ABDOULAYE Corruption, droits de propriété et croissance économique en Afrique subsaharienne	32
Charlemagne B. IGUE, Yves ESSEHOU Dynamique et déterminants de la productivité totale du travail dans les pays d’Afrique subsaharienne	54
Owodon AFO-LOKO Investissement Direct Étranger, transition énergétique et dégradation de l’environnement : évidence des pays d’Afrique subsaharienne	84
Franck Mondesir TSASSA MBOUAYILA, Prudence Love Angèle MOUAKASSA Politique monétaire et stabilité macroéconomique dans la Communauté Économique et Monétaire de l’Afrique Centrale	102
Ousmane AMADOU Dépenses totales de santé versus dépenses publiques de santé et résultats de santé en Afrique de l’Ouest	128
Ousmane MARIKO, Mohamed NIARÉ Analyse macro-économétrique du chômage dans les pays de l’UEMOA	154
Georges Bertrand TAMOKWÉ PIAPTIE, Fayllonne Marina PIAME NJANPOU Écart salarial femmes-hommes sur le marché du travail au Cameroun : Plafond de verre ou plancher collant ?	174
Eric ALLARA NGABA, Michèle Estelle NDONOU TCHOUMDOP, Hamadoum TAMBOURA Effet de l’autonomisation de la femme sur la violence conjugale au Tchad à partir de données EDS-MICS, 2014–2015	192

Yaovi TOSSOU

Analyse de la décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé maternelle au Togo..... 212

Moustapha ALADJI

L'Europe en Amérique du Sud : Comprendre l'immigration en Guyane française 232

Małgorzata MACUDA, Stefan ZDRAVKOVIĆ

Les applications et les défis de ChatGPT en comptabilité : Une revue de la littérature 252

AVANT-PROPOS

Le numéro 1/2024 de la RIELF, que nous avons l'honneur de présenter aux lecteurs, est composé de 12 articles rédigés par 21 auteurs issus de 11 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, France, Mali, Niger, Pologne, République du Congo, Serbie, Tchad et Togo.

Kwami Ossadzifo WONRYA, Honoré TENAKOUA et Braïma Louis SOARES CASSAMA en article *Commerce des services et inégalités des revenus en Afrique* analysent les effets du commerce des services sur les inégalités de revenu en Afrique. Les données de panel de 46 pays africains ont été estimées à l'aide l'estimateur des moindres carrés avec les variables muettes corrigées (Least Square Dummy Variable Corrected, LSDVC). Les résultats des estimations révèlent une relation inverse et significative entre le commerce des services et les inégalités de revenus en Afrique. Ce papier comble le gap qui existe dans la littérature économique quant à la mesure des effets du commerce des services dont l'importance n'est révélée qu'avec les négociations du cycle d'Uruguay avec la création de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) en janvier 1995.

Dramane ABDOULAYE dans l'article *Corruption, droits de propriété et croissance économique en Afrique subsaharienne* examine la relation entre la corruption, les droits de propriété et la croissance économique dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le modèle utilisé dans ce travail est inspiré par Aziz et Asadullah (2016) et Walid et Kais (2019), dont la base théorique est la fonction de production Cobb-Douglas, qui comprend deux composantes majeures, à savoir le travail et le capital et d'autres facteurs institutionnels. Ainsi, l'analyse de l'interaction entre les droits de propriété, la corruption et la croissance économique est effectuée à l'aide d'un modèle VAR en panel. L'auteur montre que la corruption a un effet positif sur la croissance économique alors que la croissance économique n'a aucun effet sur la corruption. Les droits de propriété favorisent la croissance économique tandis que la croissance économique ne contribue pas à protéger les droits de propriété. La corruption a un effet négatif sur les droits de propriété tandis que les droits de propriété n'ont pas d'effet sur la corruption. L'originalité réside dans l'analyse du rôle ambigu de la corruption en lien avec les droits de la propriété, et la croissance économique à l'échelle de nombreux pays africains.

Charlemagne B. IGUE et Yves ESSEHOU dans l'article *Dynamique et déterminants de la productivité totale du travail dans les pays d'Afrique subsaharienne* analysent d'une part la dynamique de la productivité totale du travail mais d'autre

part, examinent les déterminants de cette dernière en Afrique subsaharienne. A partir de la méthode de décomposition totale du travail et d'un modèle VECM couvrant la période 1995–2019, les résultats indiquent que les changements structurels, ont favorablement contribué (39,54%) à la croissance de la productivité totale du travail en ASS tandis que la productivité intra sectorielle a quant à elle ralenti la croissance de cette dernière (–48,12%). L'analyse sectorielle révèle une contribution négative pour l'agriculture ; positive pour le secteur manufacturier tandis que le secteur des services apparaît avec une contribution de 55,5% pour les changements structurels contre un apport négatif de la productivité intra sectorielle (–40,9%). Par ailleurs, les résultats du modèle VECM montrent que le taux brut de scolarisation secondaire, les technologies de l'information et de la communication, la stabilité politique et le contrôle de corruption favorisent significativement la productivité totale du travail en ASS.

Owodon AFO-LOKO dans le papier *Investissement Direct Étranger, transition énergétique et dégradation de l'environnement : Évidence des pays d'Afrique subsaharienne* examine la relation entre les investissements directs étrangers (IDE), la transition énergétique et la pollution de l'environnement en Afrique subsaharienne sur la période 1985 à 2020. Diverses approches économétriques ont été utilisées afin d'obtenir des résultats robustes. Le test de dépendance transversale a été effectué et les résultats ont confirmé la présence d'une dépendance transversale entre les variables, ce qui a permis l'utilisation du test de racine unitaire de seconde génération. L'analyse a été réalisée à l'aide de la méthode de Driscoll et Kraay, qui permet de traiter l'endogénéité, l'autocorrélation et l'hétéroscédasticité. Les résultats montrent que l'hypothèse « pollution haven » est confirmée et que l'utilisation des énergies renouvelables qui mesure la transition énergétique diminue la pollution environnementale. Aussi l'effet couplé des investissements directs à l'étranger et les énergies renouvelables minimise la pollution de l'environnement. La densité de la population, le commerce et le produit intérieur brut augmente la pollution de l'environnement. Cet article contribue à la littérature existante sur l'analyse de la relation entre investissement direct à l'étranger et la pollution de l'environnement ou énergies renouvelables et pollution de l'environnement en portant un regard particulier sur l'effet couplé de l'investissement direct à l'étranger et l'usage des énergies renouvelables sur la qualité de l'environnement. L'auteur suggère que d'amples efforts devraient être faits afin d'augmenter le taux d'investissement direct étranger dans les pays d'Afrique subsaharienne, en particulier l'attrait des technologies vertes qui peuvent aider à produire davantage d'énergies renouvelables.

Franck Mondesir TSASSA MBOUAYILA et **Prudence Love Angèle MOUKASSA** dans l'article *Politique monétaire et stabilité macroéconomique dans la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale* montrent que la stabilité macroéconomique est assurée par la politique monétaire dans la Zone CEMAC. Son cadre théorique s'inscrit dans la nouvelle école keynésienne. Empiriquement, le

modèle VAR structurel est utilisé sur la période 1980-2019. Les résultats montrent qu'à l'exception du Tchad, la politique monétaire a permis de stabiliser les chocs symétriques et joue un rôle essentiel dans la transmission des chocs asymétriques. La raison tient à des différentiels d'inflation persistants entre les pays membres de la CEMAC, qui ont dérégulé les fonctions contra-cycliques de la politique menée par la BEAC dans les années 1980. D'après les auteurs la politique monétaire menée par la BEAC stabilise aussi bien l'activité que les prix et les chocs asymétriques.

Ousmane AMADOU dans le papier *Dépenses totales de santé versus dépenses publiques de santé et résultats de santé en Afrique de l'Ouest* fait une tentative d'établir un lien entre les dépenses totales de santé par habitant, les dépenses publiques de santé et deux résultats pour la santé à savoir la mortalité infantile et la mortalité des moins de cinq ans. Cette relation est examinée à l'aide des données de 15 pays de l'espace CEDEAO plus la Mauritanie entre 1995 et 2014. Des spécifications en panel ; en MCO robuste et à effets fixes ont été utilisées pour le besoin de la robustesse et la prise en compte de la spécificité pays. Les résultats montrent que les dépenses de santé ont un effet statistiquement significatif sur la mortalité infantile et la mortalité des moins de cinq ans. La magnitude des estimations d'élasticité est en accord avec celles rapportées dans la plupart des études. Pour les pays de l'Afrique de l'Ouest, les résultats impliquent que les dépenses totales de santé (ainsi que la composante publique) contribuent certainement de manière importante à la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ces résultats ont des implications importantes pour la réalisation des Objectifs du Développement Durable (ODD).

Ousmane MARIKO et **Mohamed NIARÉ** dans l'article *Analyse macro-économétrique du chômage dans les pays de l'UEMOA* évaluent les déterminants macroéconomiques du chômage dans les pays de l'UEMOA, en mettant un accent particulier sur les chocs pluviométriques. L'utilisation des données sous régionales requiert de vérifier si les séries temporelles ne sont pas corrélées simultanément. Dans cette optique, ils ont utilisé le test de Breusch-Pagan (1980) pour détecter une possible corrélation des erreurs. Sur la base de ce résultat, ils ont respectivement utilisé le test de racine unitaire de deuxième génération de Pesaran (2007) et le test de cointégration de Westerlund (2007), qui sont robustes à l'interdépendance individuelle. Enfin, ils ont estimé l'équation de long terme du chômage à l'aide de la technique DOLS pour corriger les éventuels problèmes d'endogénéité. Les données utilisées dans la présente étude couvrent la période 1991-2020 et proviennent de différentes sources : World Development Indicators, Worldwide Governance Indicators, et Global Climate Data-University of Delaware covering. Ils ressortent de l'analyse empirique que les chocs pluviométriques, l'ouverture commerciale et le contrôle de la corruption exacerbent le chômage, alors que la croissance du PIB contribue à le résorber. En revanche, l'inflation, les TIC et le développement financier se sont révélés non significatifs.

Georges Bertrand TAMOKWÉ PIAPTIE et **Fayllonne Marina PIAME NJAN-POU** dans le papier *Écart salarial femmes-hommes sur le marché du travail au Cameroun : Plafond de verre ou plancher collant ?* vérifient si les sources des inégalités salariales entre les femmes et les hommes sur le marché du travail au Cameroun résultent de l'existence d'un plafond de verre et/ou d'un plancher collant. La méthode retenue est celle des régressions quantiles complétées par la technique de décomposition quantile. Les résultats obtenus soutiennent l'existence d'un plancher collant et recusent celle d'un plafond de verre. Ils montrent que les inégalités hommes / femmes de salaires décroissent au fur et à mesure que l'on s'élève le long de la distribution des salaires. Au sommet de la distribution, l'écart salarial au détriment des femmes trouve principalement sa source dans les différences de caractéristiques individuelles observables, alors qu'au bas de la distribution, cet écart est davantage dû à des facteurs exogènes à ces caractéristiques observables. Les auteurs affirment que leur article met en évidence le fait que, sur le marché du travail au Cameroun, le niveau de discrimination au détriment des femmes est une fonction décroissante des quintiles salariaux. Ce qui est à la fois un résultat original et de prime abord paradoxal dans la mesure où on se serait attendu à ce que d'éventuelles discriminations soient plus prégnantes au niveau des emplois les mieux rémunérés. Ainsi, les femmes du Cameroun devraient viser à concourir pour des emplois hautement rémunérés dans la mesure où elles y sont moins exposées au risque de discrimination.

Eric ALLARA NGABA, Michèle Estelle NDONOU TCHOUMDOP et **Hamadou TAMBOURA** dans le papier *Effet de l'autonomisation de la femme sur la violence conjugale au Tchad à partir de données EDS-MICS, 2014–2015* étudient l'effet de l'autonomisation de la femme sur la violence conjugale au Tchad. Le modèle probit binaire est utilisé pour analyser l'effet de l'autonomisation dans ses différentes dimensions mais aussi globalement. Les analyses se sont basées sur des données d'enquêtes démographiques de santé et à indicateurs multiples collectées par INSEED entre 2014–2015. Les auteurs montrent que l'autonomisation de la femme affecte positivement la violence conjugale au Tchad. Une femme exprimant son désaccord face à la violence, participant au processus de prise de décision au sein du ménage, ayant l'autonomie économique et l'indépendance sociale, a 4,01% et 10,4% de chances supplémentaires de subir de violence conjugale respectivement pour un niveau d'autonomie moyen et élevé par rapport à un niveau d'autonomie faible. Il faudrait donc renforcer la sensibilisation pour que le processus d'autonomisation des femmes profite à la société Tchadienne. L'étude contribue de manière significative à la littérature à travers cette première tentative empirique de compréhension de l'effet de l'autonomisation de la femme sur la violence conjugale au Tchad en tenant compte de diverses dimensions de l'autonomisation. Elle décompose la violence conjugale en plusieurs formes et adopte l'approche des quartiles en regroupant les facteurs par dimension afin d'établir

le niveau d'autonomisation de la femme avant leurs liaisons avec les différentes formes de la violence conjugale.

Yaovi TOSSOU dans son article *Analyse de la décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé maternelle au Togo* examine l'inégalité dans l'utilisation des soins de santé maternelle au Togo. En se servant de la décomposition de l'indice de concentration, de la courbe de concentration et des données de l'enquête démographique de santé de 2013 (EDST-III) au Togo, les résultats révèlent que l'âge, le niveau d'éducation, la profession de la femme et le lieu de résidence sont les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle. Ainsi, les groupes d'âge de 15–20 ans et de 31–49 ans contribuent faiblement aux inégalités dans les besoins de services de santé, respectivement de $-0,024$ et de $-0,022$ chez les femmes. D'après l'auteur ces résultats suggèrent qu'il est nécessaire d'encourager des politiques essentielles visant à améliorer le niveau d'éducation des femmes et de l'indice de richesse afin de réduire le risque d'inégalité dans l'utilisation des soins de santé maternelle au Togo.

Moustapha ALADJI dans son article *L'Europe en Amérique du Sud : Comprendre l'immigration en Guyane française* analyse les causes de l'immigration en Guyane, étudie les politiques publiques qui y sont liées et dévalue les moyens d'accueil et d'accompagnement des migrants. Il cherche aussi à souligner les disparités d'efficacité de ces dispositifs entre le niveau national et la réalité locale guyanaise. Il a réalisé une analyse descriptive associée à des tests statistiques, tels que le Chi-deux (χ^2), afin d'analyser les liens entre différentes variables économiques et sociales liées aux migrants. Grâce à cette méthode, il est possible d'analyser l'influence des mesures d'accompagnement sur l'intégration des migrants en Guyane. D'après l'auteur les résultats montrent que même si les mesures d'accompagnement mises en œuvre par l'État sont généralement efficaces à l'échelle nationale, elles ne satisfont pas pleinement aux besoins particuliers des migrants en Guyane. Les politiques nationales et les réalités locales sont en décalage, ce qui empêche l'intégration des migrants dans le tissu économique et social guyanais. Cette étude présente une vision originale des défis de l'immigration en Guyane, souvent négligés dans les analyses nationales. Il est souligné que les politiques migratoires et les dispositifs d'accueil doivent être adaptés aux particularités locales afin d'améliorer l'intégration des migrants. L'auteur suggère des idées pour améliorer la conformité des politiques publiques aux spécificités de la Guyane française.

Małgorzata MACUDA et **Stefan ZDRAVKOVIĆ** dans le papier *Les applications et les défis de ChatGPT en comptabilité : Une revue de la littérature* identifient les publications concernant ChatGPT dans le domaine de la comptabilité publiées depuis le lancement de ChatGPT jusqu'à présent (mai 2024) afin d'avoir une image approximative de la popularité du concept en tant que sujets d'études de recherche. Une analyse du contenu des bases de données Scopus et Web of Science Scholar a démontré un intérêt croissant parmi les chercheurs scientifiques pour IA

et ChatGPT, notamment depuis le lancement de la version ChatGPT-3.5 le 30 novembre 2022. 15 articles publiés en 2023 et 2024 relatifs à l'utilisation de ChatGPT en comptabilité ont été examinés. Une méthodologie de recherche descriptive, comprenant une revue de la littérature, a été appliquée afin d'atteindre l'objectif déclaré. Les résultats indiquent la tendance croissante parmi les académiciens quant à la recherche des possibilités de l'utilisation de ChatGPT dans l'éducation de la comptabilité et un grand intérêt parmi les praticiens lié à l'application des nouvelles technologies d'AI dans la comptabilité financière et l'audit (au sein des cabinets comptables), le reporting ESG et aussi la comptabilité de gestion. L'article contribue à la littérature croissante concernant l'utilisation de ChatGPT en comptabilité, constituant une synthèse des articles qui ont été publiés dans Scopus et Web of Sciences sur ce sujet depuis juin 2018.

Krzysztof Malaga

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ VERSUS DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET RÉSULTATS DE SANTÉ EN AFRIQUE DE L' OUEST

Total health expenditure versus public health expenditure and health outcomes in West Africa

Ousmane AMADOU¹

Université Abdou Moumouni de Niamey (UAM), Niger
Faculté des Sciences Économiques et de Gestion (FSEG), Département d'Économie
ousmadou70@yahoo.fr
<https://orcid.org/0000-0002-5212-887X>

Abstract

Purpose : The aim of this work is to establish a link between total health expenditure per capita, public health expenditure and two health outcomes, namely infant mortality and mortality of children under five.

Design/methodology/approach : This relationship is examined using data from 15 ECOWAS countries plus Mauritania between 1995 and 2014. Panel specifications ; in robust OLS and fixed effects were used for the need for robustness and to take into account country specificity.

Findings : The results show that health spending has a statistically significant effect on infant mortality and under-five mortality. The magnitude of our elasticity estimates is consistent with those reported in most studies.

Originality/value : Better still, apart from public health expenditure, access of the rural population to drinking water and the double benefit of this access on hygiene and sanitation also allows the reduction of infant and child mortality rates. These results have important implications for achieving the Sustainable Development Goals (SDGs).

Keywords : total health expenditure, infant mortality, infant and child mortality.

Résumé

Objectif : Le but de ce travail, est d'établir un lien entre les dépenses totales de santé par habitant, les dépenses publiques de santé et deux résultats pour la santé à savoir la morta-

¹ BP : 10 896, Niamey-Niger.

lité infantile et la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cette relation est examinée à l'aide des données de 15 pays de l'espace CEDEAO² plus la Mauritanie entre 1995 et 2014.

Conception/méthodologie/approche : Des spécifications en panel ; en MCO robuste et à effets fixes ont été utilisés pour le besoin de la robustesse et la prise en compte de la spécificité pays.

Résultats : Les résultats montrent que les dépenses de santé ont un effet statistiquement significatif sur la mortalité infantile et la mortalité des moins de cinq ans. La magnitude de nos estimations d'élasticité est en accord avec celles rapportées dans la plupart des études.

Originalité/valeur : Mieux, en dehors des dépenses publiques de santé, l'accès de la population rurale à l'eau potable et le double bienfait de cet accès sur l'hygiène et l'assainissement permet aussi la réduction des taux de mortalité infantile et infanto juvénile. Ces résultats ont des implications importantes pour la réalisation des Objectifs du Développement Durable (ODD).

Mots-clés : dépenses totales de santé, mortalité infantile, infanto juvénile.

JEL classification : I12, I15, I18.

Introduction

La Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) compte 15 pays plus la Mauritanie. Le passage de la CEDEAO des États à la CEDEAO des peuples nécessite une population en bonne santé d'où l'importance de s'intéresser au financement de la santé et les résultats de santé dans les pays de l'espace CEDEAO.

Les résultats de santé dans les pays de l'espace CEDEAO (taux de mortalité infantile et taux de mortalité des enfants de moins de cinq) sont disparates, mais sont en moyenne inférieurs à ceux des autres pays en voie de développement. De même les pays de cet espace font des efforts dans le financement de la santé, mais globalement, ce financement reste inférieur à celui des autres pays en voie de développement.

Les systèmes de santé en Afrique de l'Ouest font face à d'énormes déficits de financement. Comparées à une moyenne mondiale de 5,4% du PIB, les dépenses publiques actuelles s'élèvent en moyenne à 2,5% du PIB et sont bien en deçà de ce qui est nécessaire même pour fournir des soins de base. Alors que les dépenses consacrées aux soins de santé dans les pays à revenu élevé dépassaient 2000 USD par personne et par an, en Afrique, elles se situaient en moyenne entre 13 et 21 USD en 2001 (Commission for Africa, 2005). Commission on Macroeconomics and

² Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest : comprend : Le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée Bissau, le Libéria, le Mali, le Niger, le Nigéria, le Sénégal, la Sierra Leone, le Togo. Plus la Mauritanie.

Health (2001) a recommandé que les dépenses consacrées aux soins de santé en Afrique subsaharienne atteignent 34 USD par personne et par an d'ici 2007 et 38 USD d'ici 2015, ce qui représente environ 12% PNB. Il s'agit du minimum requis pour dispenser les traitements et soins de base nécessaires aux principales maladies transmissibles (VIH / sida, tuberculose et paludisme) et aux maladies de la petite enfance et de la mère. De même, certains plaident pour une augmentation massive des dépenses publiques de santé et autres du secteur social (Sachs, 2004).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la relation entre dépense de santé et résultats de santé. Dans l'ensemble ce débat a abouti à plusieurs types de conclusion. En effet, plusieurs auteurs tels que Messaili et Tlilane (2017) et Barenberg et al. (2017) ont trouvé une relation positive entre les deux variables. Ces derniers ont étudié l'impact des dépenses publiques de santé sur le taux de mortalité (TMI) et ont conclu qu'une augmentation de 1% des dépenses de santé entraîne une réduction du taux de mortalité infantile de neuf décès pour 1000 naissance vivantes. Cependant, certaines études comme celles de Yaqub et al. (2012) au Nigéria et MacKinnon et MacLaren (2012) en Sierra Léone ont abouti à une relation négative entre montrant que toute augmentation dépenses publiques entraîne une augmentation du taux de mortalité et une diminution de l'espérance de vie de la population.

Cette situation a amené d'autres chercheurs à explorer d'autres facteurs pouvant entraîner une amélioration de l'état de santé de la population en plus de l'augmentation des dépenses de santé. Ainsi, J. C. Berthélemy (2008) en analysant la relation entre santé développement et réduction de la pauvreté a conclu que l'augmentation des ressources dans le secteur de la santé n'est pas une condition suffisante pour améliorer les conditions de la santé et espérer sortir du sous-développement. Il recommande plutôt de mettre l'accent sur les réformes nécessaires pour améliorer l'efficacité des politiques de santé et leur équité comme une condition nécessaire.

Comme Bloom et Canning (2000 ; 2003) l'ont montré, des personnes en meilleure santé peuvent affecter l'économie de quatre manières : (a) ils pourraient être plus productifs au travail et gagner ainsi des revenus plus élevés ; b) ils peuvent passer plus de temps sur le marché du travail, car les personnes moins en bonne santé prennent des congés maladie ou prennent leur retraite plus tôt que prévu ; c) ils peuvent investir davantage dans leur propre éducation, ce qui accroîtra leur productivité ; et d) ils peuvent épargner davantage dans l'espoir d'une vie plus longue, par exemple pour la retraite, en augmentant les fonds disponibles pour investir dans l'économie.

La santé est en effet étroitement liée à la croissance économique et au développement durable. Il existe des preuves que l'investissement dans la santé présente des avantages substantiels pour l'économie. Selon l'OMS, l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 10% augmentera le taux de croissance économique de 0,35% par an. Par ailleurs, les problèmes de santé représentent un lourd fardeau financier. 50% de l'écart de croissance entre pays riches et pays pauvres est dû

à la mauvaise santé et à l'espérance de vie (Commission on Macroeconomics and Health, 2001).

Le 25 septembre 2015, en parallèle de l'Assemblée générale des Nations Unies, 193 dirigeants de la planète se sont engagés sur 17 objectifs mondiaux afin d'atteindre 3 objectifs d'ici 2030 : (1) Mettre fin à l'extrême pauvreté. (2) Lutter contre les inégalités et l'injustice. (3) Régler le problème du dérèglement climatique. Les Objectifs³ de Développement Durable (ODD) sont ces 17 objectifs mondiaux que les États membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) se sont engagés à atteindre au cours des prochaines années (2015–2030). L'objectif 3 consiste en l'accès à la santé : donner aux individus les moyens de mener une vie saine et aider au bien-être de tous à tous les âges. La deuxième cible de cet objectif dit que d'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néo-natale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus. Du fait de l'ambition de l'Agenda 2030, de son processus de construction et des compromis sous-jacents, la mise en œuvre et le suivi des ODD font débat, tant dans la communauté scientifique qu'entre les parties prenantes.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMU5), probabilité de décès entre la naissance et l'âge de cinq ans pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile (TMI), probabilité de mourir avant l'âge d'un an pour 1000 naissances vivantes sont utilisés depuis de nombreuses années pour mesurer le bien-être des enfants. La mortalité infantile est également considérée comme un indicateur sensible de la disponibilité, de l'utilisation et de l'efficacité des soins de santé, et elle est couramment utilisée pour comparer les systèmes de soins de santé (*The Tribune*, 2002), suivi et conception des programmes de population et de santé. Bien que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ait diminué (figure 1), dans les pays de la CEDEAO, les progrès en ce qui concerne les ODD liés à la mortalité infantile sont en retard par rapport à tous les autres objectifs.

À cet égard, le rôle des politiques publiques pour aider les pays à atteindre les ODD est crucial. Dans la plupart des pays, le secteur public joue un rôle prépondérant dans la fourniture des services de santé et d'éducation nécessaires au développement du capital humain. À ce titre, l'impact des dépenses sur les indicateurs sociaux susceptibles d'aider les pays à atteindre les ODD (via leurs effets bénéfiques sur la croissance économique) est d'un grand intérêt. Bien que les

³ (1) Pas de pauvreté. 2) Faim « zéro ». 3) Bonne santé et bien-être. 4) Éducation de qualité. 5) Égalité entre les sexes. 6) Eau propre et assainissement. 7) Énergie propre et d'un coût abordable. 8) Travail décent et croissance économique. 9) Industrie, innovation et infrastructure. 10) Inégalités réduites. 11) Villes et communautés durables. 12) Consommation et production responsables. 13) Mesures relatives à la lutte contre les changements climatiques. 14) Vie aquatique. 15) Vie terrestre. 16) Paix, justice et institutions efficaces. 17) Partenariats pour la réalisation des objectifs.

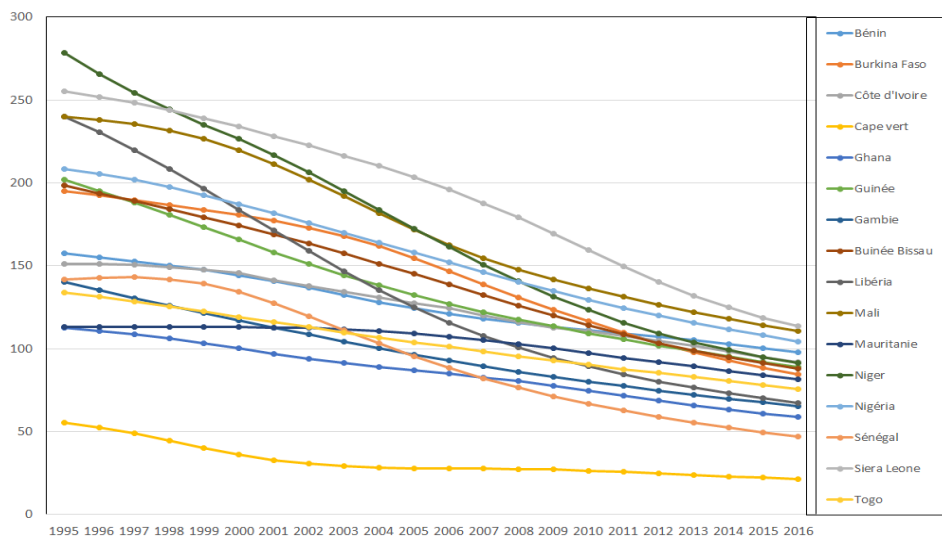


Figure 1. Tendence de la mortalité des enfants de moins de cinq dans l'espace CEDEAO

Source : (World Development Indicators, 2018).

externalités positives ou les défaillances du marché puissent justifier l'implication du secteur public dans ces domaines, cela n'indique pas en soi que l'augmentation des dépenses en soi est la plus efficace ou la seule intervention politique pour aider à atteindre les ODD. L'accent croissant mis sur les ODD a mis en évidence l'importance de réaliser des progrès tangibles dans les indicateurs du capital humain, mesurés sur la base d'indicateurs clés de la santé et de l'éducation.

La relation de cause à effet entre les dépenses de santé et les indicateurs en matière de santé continue d'attirer l'attention de nombreuses personnes. Cependant, malgré des décennies d'études intensives, il n'y a pas de consensus général sur l'efficacité des intrants de santé monétaire sur les résultats sanitaires. En particulier, les documents qui résument le débat sur les effets des dépenses de santé préconisent souvent des points de vue contradictoires.

D'un côté, si le coût croissant du système de santé en Afrique de l'ouest a été un sujet de discussion brûlant, relativement peu d'attention a été accordée à la relation entre les dépenses de santé et les résultats sanitaires dans cette région. Cela est surprenant car, avec les dépenses de santé sans cesse croissantes, il faut évaluer leur efficacité. Les dépenses passées en matière de santé ont-elles eu une incidence quelconque sur les résultats en matière de santé des enfants et des nourrissons dans l'espace CEDEAO ? Les augmentations des dépenses sont-elles nécessaires pour améliorer les résultats sanitaires des enfants et des nourrissons en Afrique de l'Ouest ? Ce sont des questions auxquelles on ne peut répondre qu'en étudiant la

relation entre les indicateurs de la mortalité infantile et les dépenses de santé dans l'espace CEDEAO.

L'objectif de cet article est donc d'examiner si les différences entre les ressources allouées à la santé (totales et publiques) peuvent expliquer les différences entre les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et ceux des nourrissons dans les pays de l'espace CEDEAO. Le document tente de mettre en lumière l'efficacité des dépenses de santé (totales et publiques) en examinant l'effet des dépenses totales et des dépenses publiques de santé par habitant sur les deux résultats en matière de santé. Cela nous aide à tirer des conclusions politiques pertinentes. À cette fin, un ensemble de données de panel régional a été constitué pour les tests économétriques, en utilisant les dépenses totales de santé par habitant et les dépenses (publiques) de santé des administrations publiques par habitant, pour la période 1995–2014 pour laquelle des données cohérentes et plus complètes sont disponibles.

Le reste de l'article est structuré comme suit. La section 1 présente quelques faits stylisés en terme de financement de la santé et des résultats de santé dans l'espace CEDEAO plus la Mauritanie. La section 2 présente la revue de la littérature existante et détaillée sur le lien entre dépenses de santé et résultats en matière de santé. La section 3 présente le cadre conceptuel, la démarche économétrique pour la vérification empirique ainsi que la source des données utilisées. La section 4 fournit les résultats empiriques. Enfin, la dernière section présente les principaux éléments de conclusion avec les implications de politiques économiques.

1. Quelques faits stylisés sur le financement de la santé et les résultats de santé dans l'espace CEDEAO et la Mauritanie

Il est important de présenter dans cette partie, les efforts de chaque pays de cet espace dans le financement des dépenses et santé d'une part et de l'autre les résultats de santé enregistrés. Mieux encore, on a essayé de présenter les pays en deux groupes à savoir le groupe (CEDEAO/UEMOA) et le groupe (CEDEAO/non UEMOA).

Le financement de la santé sera apprécié à travers les dépenses de santé par habitant et les résultats de santé à travers les taux de mortalité infantile et infanto juvénile.

1.1. Financement de la santé dans l'espace CEDEAO plus la Mauritanie

L'appréciation de l'effort du financement des dépenses de santé sera faite à travers deux groupes de pays. Le premier groupe sera constitué des pays francophones de l'espace UEMOA qu'on appellera CEDEAO/UEMOA. La particularité des pays

de ce groupe est qu'ils ont une monnaie commune le F CFA depuis plus de cinquante ans. En plus, ils ont une institution commune qui harmonise leur politique budgétaire : UEMOA. Le second groupe est constitué de tous les pays de l'espace CEDEAO non UEMOA ou non francophone qu'on appellera CEDEAO/non UEMOA. La variable qui sera analysée pour apprécier l'effort public de chaque pays dans le financement des dépenses de santé est les dépenses de santé par habitant en parité du pouvoir d'achat.

Les figures 2 et 3 présentent les dépenses de santé par habitants respectivement dans les pays de la CEDEAO/UEMOA et les pays de la CEDEAO/non UEMOA. Dans le premier groupe de pays, les dépenses de santé par habitant allaient d'un minimum de 31,09 USD en PPA au Burkina Faso en 1995 et un maximum de 187,01 USD en PPA en Côte d'Ivoire en 2014 (figure 2).

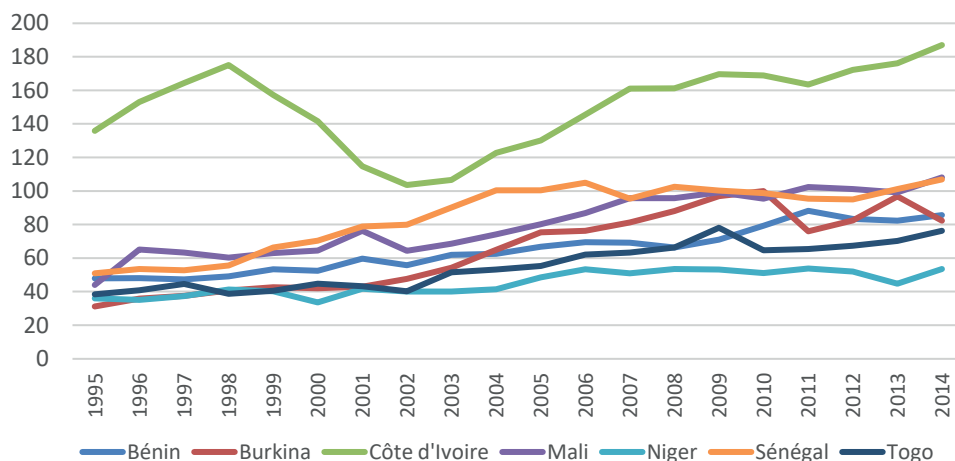


Figure 2. Évolution des dépenses de santé par habitant pour les pays de la CEDEAO/UEMOA

Source : (World Development Indicators, 2018).

Dans le deuxième groupe de pays, les dépenses de santé par habitant allaient d'un minimum de 13,68 USD en PPA au Libéria en 2003 et un maximum de 310,12 USD en PPA au Cap-Vert en 2014 (figure 3).

L'évolution des différentes courbes de dépense de santé par habitant sur cette figure est plutôt homogène en dehors de la Côte d'Ivoire qui a connu une importante baisse de 2000 à 2003. Dans cet intervalle le nombre est passé de 141,64 dollars US à 106,65 dollars US en 2003. Ceci est certainement dû aux troubles politiques qu'a connu ce pays à cette période. Ensuite, ce nombre va continuer sa progression pour atteindre 187,01 dollars US en 2014.

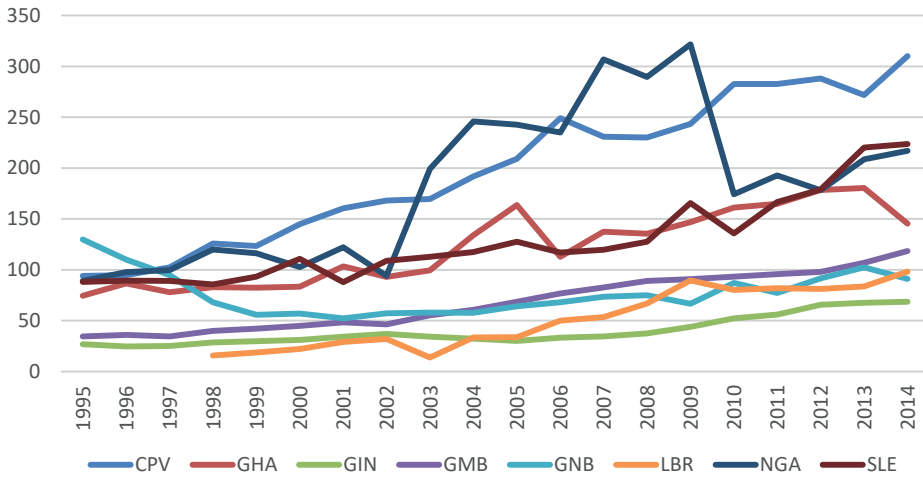


Figure 3. Évolution des dépenses de santé par habitant dans CEDEAO/non UEMOA

Source : (World Development Indicators, 2018).

Dans l'intervalle 1995 à 2014 la Côte d'Ivoire possède le niveau de dépense de santé par habitant le plus élevé tandis que de 1999 à 2014, le Niger a le niveau de dépense de santé par habitant le plus bas. En 1995, la moyenne du niveau de dépense de santé par habitant pour l'ensemble des pays de l'UEMOA est de 54,85 dollars US par habitant. Par contre en 2014, cette moyenne est de l'ordre de 99,96 dollars US.

On peut donc dire que cette moyenne a réellement progressé en deux décennies comme l'indique les trends de ces différentes figures. Mais est ce que cette hausse est nécessairement suffisante pour permettre l'atteindre l'objectifs 3 des OMD ?

L'évolution des différentes courbes de dépense de santé par habitant sur cette figure est plutôt hétérogène. On distingue un premier groupe de pays composé du Nigéria et du Cap-Vert avec la plus forte moyenne. Elle est de 91,51 dollars US en 1995 et cette moyenne atteint 263,49 dollars US en 2014. Le deuxième groupe ou groupe moyen est composé du Ghana et Sierra Leone. Leur moyenne en 1995 est de 81,32 dollars US et elle atteint 184,55 dollars US en 2014. Le troisième groupe de pays est composé de la Gambie, du Libéria, de la Guinée, et de la Guinée Bissau. La moyenne de leur dépense de santé par habitant est de 63,70 dollars US en 1995 et elle atteint 94,03 dollars US en 2014. En 1995, la moyenne du niveau de dépense de santé par habitant pour l'ensemble des pays de la CEDEAO (non UEMOA) est de 76,68 dollars US par habitant. Par contre en 2014, cette moyenne est de l'ordre de 159,02 dollars US.

On peut donc dire que cette moyenne a plus que doublée en deux décennies comme l'indique les trends de ces différentes figures. Mais est ce que cette hausse est nécessairement suffisante pour permettre l'atteindre l'objectifs 3 des OMD ?

1.2. Les résultats de santé dans l'espace CEDEAO plus la Mauritanie

La majorité des pays de l'espace CEDEAO appartient au groupe des pays à faible niveau de revenu. Le classement des dix derniers pays en matière de l'indice de développement humain est dominé par les pays de l'espace CEDEAO. La conséquence est que, beaucoup de pays de cet espace présentent de très mauvais indicateurs de santé de la population par rapport à la moyenne africaine ou par rapport aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ainsi par exemple, les taux de mortalité infantile en 2014 variaient de 15 pour 1000 naissances vivantes en Cap-Vert à 81,7 pour 1000 naissances vivantes en Sierra Leone (figure 4). Concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; les taux variaient de 21,4 à 113,5 pour 1000 naissances vivantes de Cap-Vert au Sierra Leone respectivement (figure 4).

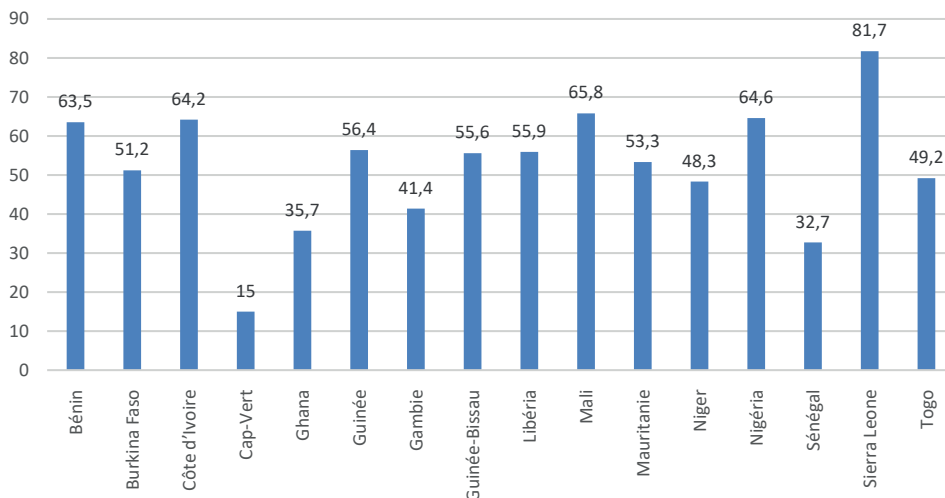


Figure 4. Taux de mortalité infantile des pays de l'espace CEDEAO

Source : (World Development Indicators, 2018).

Parmi les 17 objectifs mondiaux que les nations unies se sont engagés en 2015 à atteindre d'ici 2030, celui relatif à la santé retient comme deuxième cible ; la réduction de la mortalité infantile à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus.

En référence au figure 4, aucun pays de l'espace CEDEAO n'a encore atteint l'objectif de ramener la mortalité néo-natale à 12 pour 1000 naissances vivantes. Par contre le Cap-Vert et à moindre mesure le Sénégal et le Ghana sont en bonne voie.

En référence au figure 5, seul le Cap-Vert a pour l'instant atteint cet objectif de réduire la mortalité des enfants de cinq ans à 25 pour 1000 naissances vivantes.

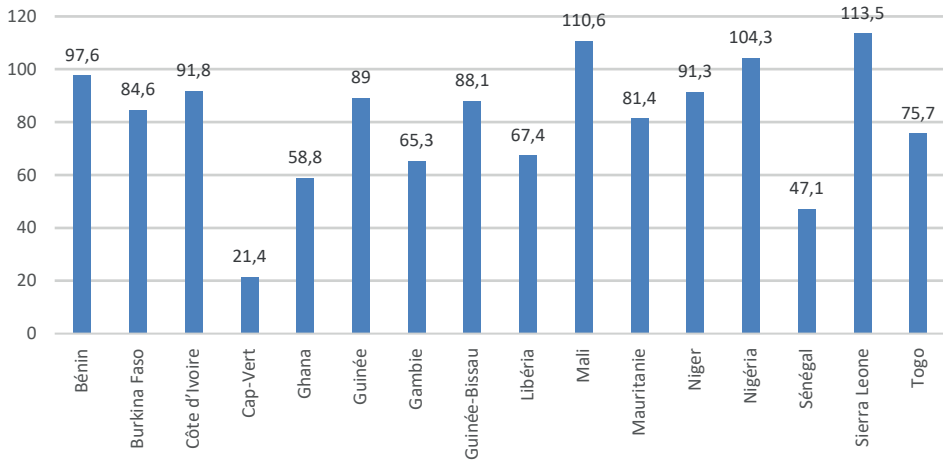


Figure 5. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans des pays espace CEDEAO

Source : (World Development Indicators, 2018).

Par contre le Sénégal et le Ghana sont en bonne voie. Ce succès semble en grande partie attribuable à la mise en œuvre de la gestion intégrée des maladies infantiles et souligne la nécessité de renforcer la cohérence des politiques et d'améliorer la coordination des donateurs dans le secteur de la santé. Dans l'ensemble, on constate que les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont en nets diminution pour tous les pays de l'espace CEDEAO.

2. Revue de littérature

Ces dernières années, une abondante littérature a tenté d'examiner le lien entre les dépenses de santé et les indicateurs de santé, en particulier en ce qui concerne la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la mortalité infantile. Les études disponibles à ce jour rapportent une gamme d'effets, allant de l'absence d'impact à l'impact limité, en passant par l'impact sur des interventions spécifiques uniquement.

Quelques études menées en Afrique subsaharienne, où les plus pauvres de la planète se concentrent sur les dépenses et les résultats en matière de soins de santé, ont également montré des résultats mitigés, à la fois avec des données nationales et internationales. Ssewanyana et Younger (2008) ont constaté qu'en Ouganda, l'augmentation des dépenses de santé, en particulier pour la vaccination, aurait un impact positif sur la mortalité infantile en Ouganda d'ici à 2015. Selon eux, l'augmentation du taux de vaccination à 100% aurait l'impact le plus important,

probablement le plus rentable, en réduisant la mortalité infantile de 16 décès pour 1000 naissances. Cependant, ils observent que, compte tenu du fort impact des services de santé de base sur les taux de mortalité infantile, la fourniture de services de santé publique a stagné dans les années 1990.

En utilisant les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS), Wang (2002) examine les déterminants des résultats pour la santé dans les pays à faible revenu, tant au niveau national que pour les zones rurales et urbaines séparément. Il constate qu'au niveau national les dépenses de santé publique réduisent considérablement la mortalité infantile. Une étude menée par Gottret et Schieber (2006) dans 81 pays et couvrant principalement les pays à revenu faible et intermédiaire révèle qu'une augmentation de 10% des dépenses de santé des administrations publiques a un impact plus important sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de la mortalité maternelle, qu'une augmentation de 10% en éducation, des routes et de l'assainissement. Les dépenses de santé des administrations publiques ont un impact aussi important que le revenu sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans, mais moins sur la mortalité infantile.

Selon la théorie économique de base, toute chose égale par ailleurs, et si les soins de santé sont un bien normal, une augmentation du revenu par habitant entraînera une augmentation de la demande de soins de santé. Le revenu augmente également la capacité des gouvernements et des autres acteurs d'offrir des soins de santé plus nombreux et de meilleure qualité et d'améliorer l'accès aux soins de santé grâce à de meilleures infrastructures. En outre, comme l'avaient rapporté Ricci et Zachariadis (2006), le nombre de médecins (pour 100 000 habitants), en tant qu'apport médical et en tant que vecteur de connaissances facilitant l'absorption des technologies médicales et l'adoption des meilleures pratiques devrait permettre de réduire les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nourrissons.

Beaucoup de travaux de recherche ont abouti sur un lien évident entre l'importance des dépenses publiques de santé et les résultats de santé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Dans leurs travaux, Bokhari et al. (2007) aboutissent à un lien évident entre les dépenses publiques de santé et le revenu par habitant d'un pays et deux résultats sanitaires : la mortalité des moins de cinq ans et la mortalité maternelle. À l'aide de techniques de variables instrumentales, ils ont estimé l'élasticité de ces résultats par rapport aux dépenses de santé et aux revenus du gouvernement tout en traitant les deux variables comme endogènes. Par conséquent, leurs estimations d'élasticité sont plus importantes que celles rapportées dans la littérature, qui peuvent être biaisées vers le haut. Ainsi, L'élasticité de la mortalité des moins de cinq ans par rapport aux dépenses publiques a une valeur moyenne de $-0,33$. Pour la mortalité maternelle, l'élasticité a une valeur moyenne de $-0,50$.

Bhalotra S (2007) dans son étude – « Dépenser ou économiser ? Dépenses publiques de santé et mortalité infantile en Inde ». En utilisant des spécifications

similaires à celles de la littérature existante, il a trouvé que les dépenses de santé de l'État ne sauvent aucune vie.

Cependant, en autorisant les effets retardés, en contrôlant de manière flexible les inobservables tendanciels et en limitant l'échantillon aux ménages ruraux, un effet significatif des dépenses de santé sur la mortalité infantile apparaît, l'élasticité à long terme étant d'environ $-0,24$.

Houweling et al. (2005) ont travaillé sur les « Déterminants de la mortalité des moins de 5 ans chez les pauvres et les riches : une analyse transnationale de 43 pays en développement ». Ils ont trouvé que des revenus nationaux plus élevés étaient associés à des taux de mortalité des moins de 5 ans plus faibles. Cette association était significativement plus faible pour les pauvres que pour les riches. La fragmentation ethnique était significativement plus fortement associée à une mortalité plus élevée des enfants de moins de 5 ans chez les pauvres par rapport aux riches. L'association entre les dépenses publiques de santé et la mortalité des enfants de moins de 5 ans était plus forte pour les pauvres. La fréquentation d'un accouchement qualifié et la couverture vaccinale chez les pauvres étaient significativement plus fortement liées aux dépenses publiques de santé que l'utilisation des soins de santé chez les riches.

Garcia et al. (2023) dans leur étude : « Quel est l'impact des dépenses publiques nationales et de leur allocation sur la mortalité néonatale et infantile ? Une analyse d'apprentissage automatique. Ils ont trouvé que la variation de 1% de la parité de pouvoir d'achat en \$ (PPA en \$) par habitant dans les dépenses publiques totales, les dépenses de santé et les autres secteurs était associée à une variation de $-0,635$, $-2,17$ $-0,632$ dans les taux de mortalité néonatale, respectivement la même variation des dépenses publiques dans les secteurs autres que la santé était associée à une variation de $-1,772$ sur les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ils ont conclu que les investissements publics impactent la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Nixon et Ulmann (2006) ont reconnu que les dépenses de santé ne sont qu'un des nombreux facteurs quantitatifs et qualitatifs qui contribuent aux résultats de santé, mais aussi la mesure de l'état de santé est un processus imparfait. Dans leurs travaux, ils ont examiné l'espérance de vie et la mortalité infantile en tant que « résultats » du système de soins de santé, et divers facteurs liés au mode de vie, à l'environnement et au travail en tant qu'« intrants ». À l'aide des analyses économétriques utilisant un modèle à effets fixes, ils ont construit un panel regroupant les 15 anciens membres de l'Union européenne sur la période 1980–1995. Leurs résultats ont montré que les augmentations des dépenses de santé sont associées de manière significative à de fortes améliorations de la mortalité infantile, mais seulement de manière marginale par rapport à l'espérance de vie.

Crémieux et al. (1999) ont conclu qu'une baisse des dépenses de santé est associée à une augmentation statistiquement significative de la mortalité infantile et à une diminution de l'espérance de vie au Canada. Ils confirment que cette relation

est indépendante de divers facteurs économiques, sociodémographiques, nutritionnels et de style de vie, ainsi que de la spécificité provinciale ou de la tendance temporelle. Dutton et al. (2018) dans leur étude au Canada ont conclu qu'une augmentation de 1% des dépenses sociales par dollar dépensé pour la santé était associée à une diminution de 0,1% de la mortalité potentiellement évitable. Ils ont conclu que les résultats de santé au niveau de la population pourraient bénéficier d'une réaffectation des fonds publics de la santé aux dépenses sociales, même si les dépenses publiques totales restaient inchangées.

Certains travaux de recherche ont porté sur la recherche d'une relation entre dépenses publiques de santé et la gouvernance en lien avec les résultats de santé ; Bingjie et Mendoza (2013). Ils ont constaté que les dépenses publiques de santé et la qualité de la gouvernance sont importantes pour la réduction des taux de mortalité infantile. Cependant, leurs résultats mitigés sur l'interaction de la gouvernance avec les dépenses publiques jettent un doute sur le caractère concluant des études empiriques précédentes. Azmat (2009) a écrit un article intitulé « financement des soins de santé et résultats sanitaires dans les pays insulaires du Pacifique ». En utilisant des données transversales de sept pays insulaires du Pacifique entre 1990–2002, il fournit des preuves empiriques évidentes entre les dépenses de santé publique par habitant et trois mesures des résultats sanitaires (taux de mortalité infantile, taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et le taux brut de mortalité). Les résultats de la procédure d'estimation à effets fixes, fournissent des preuves solides que les dépenses de santé par habitant sont un facteur important dans la détermination des résultats de santé. Ainsi, l'élasticité du taux de mortalité infantile par rapport aux dépenses de santé par habitant est de $-0,66$. Sur la base de cette élasticité, une augmentation de 10% des dépenses de santé par habitant signifie qu'un pays comme la Papouasie-Nouvelle-Guinée, avec un taux de mortalité infantile élevé, verrait une réduction de 3,6 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes, avec une réduction moyenne de 2,0 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes pour les pays insulaires du Pacifique.

3. Cadre conceptuel-spécification du modèle et analyse des données

Dans cette troisième section, on va présenter dans un premier paragraphe, le sous-bassement théorique qui a permis d'établir la relation entre dépenses de santé et résultats de santé. Le deuxième paragraphe présente le modèle de base servant à la vérification empirique entre dépenses totales de santé ; dépenses publiques de santé et les résultats de santé. Dans un troisième paragraphe, on va détailler les différentes sources de données ayant permis de constituer le panel utilisé dans cette étude.

3.1. Cadre conceptuel

Les fondements théoriques de la relation entre dépenses de santé et résultats de santé se trouvent dans les travaux théoriques de Grossman (1972). En effet, Grossman a conçu son modèle théorique initialement pour l'analyse de la fonction de production de santé au niveau micro-économique. Cependant, de nombreux travaux empiriques ont montré que le modèle peut être appliqué au niveau macro-économique sans que celui-ci perde sa pertinence Nixon et Ulmann (2006) et Fayissa et Gutema (2005).

Dans son modèle théorique, la fonction de production de santé décrit la relation entre les inputs et les outputs sur une période donnée. Les outputs représentent l'état de santé de la population (l'espérance de vie, la mortalité etc.) et de l'autre les inputs sont constitués de dépenses de santé, de l'éducation, la démographie, les variables environnementales, le style de vie etc. L'idée de base formulée par le modèle de Grossman est que la santé s'apparente à un bien durable, à un capital, dont l'agent dispose dès sa naissance et qu'il gère durant son cycle de vie. En ce sens, les dépenses de soins médicaux ont pour objectif d'accroître ce stock de capital- santé, ou d'éviter qu'il ne s'amenuise. Issue de la théorie du Capital Humain (Becker, 1965 ; Lancaster, 1966), l'approche de Grossman considère que la demande de soins médicaux dérive de la demande plus fondamentale de santé elle-même, laquelle produit directement de l'utilité.

Il faut surtout reconnaître à Grossman le mérite d'avoir séparé distinctement les deux concepts jadis très confondus à savoir les soins et la santé. Il considère la santé comme étant un capital qui s'accumule à travers les investissements favorables à la santé et qui se déprécie avec l'âge et les comportements à risque. Ainsi, les dépenses de soins ne sont considérées que comme l'un des inputs parmi d'autres, susceptible d'améliorer l'état de santé de l'individu. Ainsi, la fonction de production de santé se présente comme suit :

$$RS = f(X, SY, E)$$

où RS représente les résultats de santé de la population, X est un vecteur de variables socio-économiques, SY représente les variables du système de santé et E représente le vecteur de facteurs environnementaux. Il apparaît que dans une étude empirique, les variables retenues dans le vecteur X , SY , ou E sont fonction des conditions culturelles, de la démographie et donc des pays étudiés.

3.2. Le modèle

L'approche économétrique est basée sur des régressions de données de panel dans des équations pour la mortalité des moins de cinq ans et les taux de mortalité

infantile. Le Logiciel STATA 15.1 est utilisé dans l'estimation des différents modèles économétriques. La spécification est conforme à la littérature et permet d'identifier les canaux par lesquels les dépenses gouvernementales et les autres interventions publiques affectent ces résultats en matière de santé au fil du temps.

3.2.1. Équation des résultats de santé

Cette équation de base (sous forme logarithmique) examine l'impact direct des dépenses de santé sur les résultats en matière de santé, tel qu'indiqué par les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des taux de mortalité infantile.

$$RIS_{it} = \alpha_{1i} + \beta_1 \ln(DPS_{it}) + \beta_2 \ln(DPSPDTS_{it}) + \beta_3 \ln(TFDT_{it}) + \beta_4 \ln(PIBPHPPA_{it}) + \beta_5 \ln(PUEPPT_{it}) + \beta_6 \ln(PPRAAEP_{it}) + \beta_7 \ln(MEDEDECIN_{it}) + \beta_8 \ln(TAFA_{it}) + \mu_{it}$$

RIS_{it} = Résultat des indicateurs de santé (taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ou taux de mortalité infantile),

α_{1i} = Effet spécifique pays,

DPS_{it} = Dépense Totale de santé par habitant ou bien,

$DPSPDTS_{it}$ = dépense publique de santé en pourcentage des dépenses totales de santé,

$TFDF_{it}$ = Taux de fécondité des femmes,

$PIBPHPPA_{it}$ = Produit intérieur brut par habitant en parité du pouvoir d'achat,

$PUEPPT_{it}$ = Population urbaine en pourcentage de la population totale comme une mesure de l'urbanisation du pays,

$PPRAAEP_{it}$ = Pourcentage de la population rurale ayant accès à l'eau potable,

$MEDEDECIN_{it}$ = Nombre de médecin par millier d'habitants,

$TAFA_{it}$ = Taux d'alphabétisation des femmes adultes et μ_{it} = Les termes d'erreurs.

3.2.2. Les données

Il a été constitué un panel formé de l'ensemble des pays de l'espace CEDEAO de 1995 à 2014 plus la Mauritanie. Toutes les séries de données sont des données annuelles. Les données sur le PIB par habitant, les indicateurs de l'état de santé, les dépenses totales et les dépenses publiques en santé, l'éducation des femmes, le nombre de médecins et la population urbaine sont extraites des bases de données de la Banque mondiale sur les indicateurs de développement dans le monde. Dans cet article, les indicateurs de la santé infantile sont approximés par les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nourrissons ; et les données sur les dépenses de santé sont exprimées en dépenses de santé totales par habitant et en dépenses de santé publiques par habitant. Nous adoptons un modèle robuste de moindres carrés ordinaires (MCO, robuste) comme spécification de base et un estimateur à effets fixes pour contrôler l'erreur de mesure et l'autocorrélation.

Dans cette étude, deux indicateurs seront utilisés comme mesures de l'état de santé car ils sont les plus largement utilisés dans la littérature. Ces mesures sont le taux de mortalité infantile (TMI) et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMU5). Ces indicateurs sont systématiquement disponibles pour la plupart des pays africains pour la période 1995–2014. Les statistiques descriptives récapitulatives des variables utilisées dans les analyses empiriques sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Noms des variables et statistiques descriptives

Variable	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	317	129,9391	51,009	23,00
Taux de mortalité infantile	317	78,14069	26,8174	17,9
Dépense totale de santé par habitant	317	95,552	57,87	13,68
Dépense publique de santé par rapport aux dépenses totales de santé	317	40,218	15,989	9,597
Taux de fécondité des femmes	317	5,606	0,975	2,419
Produit Intérieur Brut par habitant en parité du pouvoir d'achat	317	1790,98	1174,98	462,304
Population urbaine en pourcentage de la population totale	317	38,804	10,603	15,131
Taux d'alphabétisation des femmes adultes	57	24,385	17,13	0
Nombre de médecins par milliers d'habitants	102	0,122	0,135	0,014

Source : calcul de l'auteur.

Il en ressort qu'en moyenne, la mortalité des enfants de moins de cinq ans s'élevait à 129 décès pour 1000 habitants, contre 78 décès pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité infantile. Les dépenses totales moyennes de santé par habitant s'élevaient à 95,55 dollars, tandis que les dépenses publiques moyennes de santé par habitant s'élevaient à 40,21 dollars. Ces statistiques confirment que les dépenses de santé dans l'espace CEDEAO et les résultats de santé sont dans l'ensemble inférieurs aux moyennes des pays en voie de développement.

4. Interprétation des résultats

Les résultats des équations estimées à l'aide du Logiciel STATA 15.1 pour les indicateurs de santé sont présentés dans les tableaux 2 (taux de mortalité des moins de cinq ans) et 3 (taux de mortalité infantile). Les résultats des autres spécifications (modèle à effets fixes) sont également indiqués dans les tableaux 4 et 5. Dans la plupart des cas, les coefficients sont statistiquement significatifs et toutes les équations sont bien ajustées. Les résultats les plus marquants du modèle sont les suivants : Avec les taux

de mortalité des enfants de moins de cinq ans qu'avec les taux de mortalité infantile dans l'espace CEDEAO, les dépenses totales de santé par habitant et les dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses totales de santé sont statistiquement significatives. Dans le cas des MCO robuste de base, une augmentation de 10% des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses totales de santé réduit le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 22% à 25% voire 28% selon les spécifications. De même, une augmentation de 10% des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses totales de santé réduit le taux de mortalité infantile de 28% à 33% voire 38% selon les spécifications. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Bokhari et al. (2007), Issa et Ouattara (2005), Baldacci et al. (2004) et Or (2000). Dans ce travail, ces résultats sont présentés dans les tableaux 2 et 3.

Tableau 2. Résultats de la régression sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : MCO robuste^a

Variable	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans					
Dépense totale de santé par habitant	0,45 (1,15)	0,07 (1,07)	0,19 (2,20)**			
Dépense publique de santé par rapport aux dépenses totales de santé				-0,25 (-9,63)***	-0,28 (-6,98)***	-0,22 (-4,06)***
Taux de fertilité des femmes	1,87 (23,17)***	1,74 (17,96)***	1,60 (7,39)***	1,69 (25,00)***	1,52 (17,33)***	1,54 (9,17)***
PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat	-0,11 (-3,14)***	-0,068 (-0,92)	-0,20 (-1,84)*	-0,014 (-0,78)	0,10 (2,00)**	0,02 (0,43)
Population urbaine en pourcentage de la population totale	0,42 (5,07)***	0,28 (2,38)**	0,41 (2,32)	0,26 (3,51)***	-0,08 (0,71)	0,19 (0,94)
Pourcentage de la population rurale ayant accès à l'eau potable	-0,62 (-9,28)***	-0,612 (-5,47)***	-0,54 (-3,17)***	-0,46 (-9,59)***	-0,33 (-3,24)***	-0,41 (-2,72)***
Nombre de médecin par millier d'habitants		-0,12 (-0,61)			-0,44 (-2,12)**	
Taux d'alphabétisation des femmes adultes			-0,17 (-1,64)			-0,104 (-0,99)
Constante	3,04 (7,54)***	3,28 (5,36)***	3,77 (3,69)	3,72 (10,86)***	3,47 (6,83)***	3,97 (4,23)***
R-carré	0,83	0,89	0,78	0,87	0,91	0,81
Nombre d'observations	240	80	44	240	80	44
F-Statistique	323,87***	200,54***	49,69***	427,60***	283,32***	72,77***

^a On a utilisé les erreurs types robustes, ajustées pour l'hétéroscédasticité. Les statistiques *T* sont indiquées entre parenthèses.

*** indique une signification statistique au niveau 1%, ** au niveau 5% * au niveau 10% à l'aide de tests bilatéraux.

Source : calcul de l'auteur.

Tableau 3. Résultats de la régression sur le taux de mortalité infantile : MCO robuste^a

Variable	Taux de mortalité infantile					
Dépense totale de santé par habitant	0,09 (2,19)**	0,117 (1,46)	0,26 (2,50)**			
Dépense publique de santé par rapport aux dépenses totales de santé				-0,33 (-10,84)***	-0,38 (-8,73)***	-0,28 (-4,19)***
Taux de fertilité des femmes	1,53 (16,68)***	1,42 (11,90)***	1,26 (4,71)***	1,30 (17,68)***	1,14 (10,99)***	1,18 (5,55)***
PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat	-0,201 (-5,57)***	-0,14 (-1,78)*	-0,281 (-2,41)**	-0,04 (-2,43)**	0,09 (1,67)*	0,018 (0,30)
Population urbaine en pourcentage de la population totale	0,63 (7,52)***	0,50 (3,99)***	0,65 (3,61)***	0,43 (5,84)	0,23 (1,94)*	0,38 (0,179)*
Pourcentage de la population rurale ayant accès à l'eau potable	-0,630 (-8,96)***	-0,68 (-5,69)***	-0,57 (-3,10)***	-0,44 (-8,99)***	-0,322 (-3,18)***	-0,41 (-2,53)**
Nombre de médecin par millier d'habitants		-0,09 (-0,41)			-0,507 (-2,25)**	
Taux d'alphabétisation des femmes adultes			-0,204 (-1,85)*			-0,11 (-1,08)
Constante	2,810 (5,92)***	3,201 (4,45)***	3,50 (3,01)***	3,68 (9,61)***	3,44 (6,18)***	3,73 (3,56)***
R-carré	0,74	0,80	0,67	0,82	0,87	0,72
Nombre d'observations	240	80	44	240	80	44
F-Statistique	275,19***	140,37***	24,26***	397,85***	266,49***	27,02***

^a On a utilisé les erreurs types robustes, ajustées pour l'hétéroscédasticité. Les statistiques *T* sont indiquées entre parenthèses.

*** indique une signification statistique au niveau 1%, ** au niveau 5% * au niveau 10% à l'aide de tests bilatéraux.

Source : calcul de l'auteur.

L'alphabétisation des femmes est importante pour les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des taux de mortalité infantile dans l'espace CE-DEAO. L'alphabétisation des femmes est corrélée de manière robuste et négative pour le taux de mortalité infantile et seulement corrélée de manière négative pour le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Filmer et Pritchett (1997) ; Zakir et Wunnava (1997) ; et Baldacci et al. (2004). En outre, il faut être conscient des synergies intersectorielles car l'alphabétisation des femmes est un facteur déterminant de la mortalité infanto-juvénile et doit donc être incluse dans toute analyse des options politiques susceptibles de contribuer à accélérer le déclin de la mortalité infantile. Les résultats des estimations des différents modèles avec effets fixes pays sont présentés dans les tableaux 4 et 5.

Tableau 4. Résultats de la régression sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : Effets fixes^a

Variable	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans					
Dépense totale de santé par habitant	-0,222 (-6,40) ^{***}	-0,08 (-1,51)	-0,043 (-0,24)			
Dépense publique de santé par rapport aux dépenses totales de santé				-0,172 (-5,32) ^{***}	-0,105 (-1,80) [*]	-0,189 (-1,51)
Taux de fertilité des femmes	0,583 (3,07) ^{***}	0,522 (1,67) [*]	0,97 (1,16)	0,974 (5,34) ^{***}	0,564 (1,83)	1,177 (1,53)
PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat	0,008 (0,10)	-0,209 (-1,24)	-0,407 (-1,26)	-0,02 (-0,33)	-0,259 (-1,67) [*]	-0,380 (-1,25)
Population urbaine en pourcentage de la population totale	-0,542 (-2,93) ^{***}	-0,585 (-1,79) [*]	-0,399 (-0,54)	-0,673 (-3,58) ^{***}	-0,586 (-1,81) [*]	-0,261 (-0,37)
Pourcentage de la population rurale ayant accès à l'eau potable	-0,634 (-6,38) ^{***}	-0,445 (-2,41) ^{**}	-0,321 (-0,87)	-0,665 (-6,50) ^{***}	-0,415 (-2,27) ^{**}	-0,328 (-0,94)
Nombre de médecin par millier d'habitants		0,627 (2,22) ^{**}			0,58 (2,07) ^{**}	
Taux d'alphabétisation des femmes adultes			-0,100 (-0,63)			-0,074 (-0,49)
Constante	9,07 (11,81) ^{***}	9,49 (1,14) ^{***}	9,25 (2,66) ^{***}	8,90 (11,33) ^{***}	9,72 (8,61)	8,65 (2,60) ^{**}
R-carré	0,78	0,79	0,78	0,77	0,80	0,80
Nombre d'observations	240	80	44	240	80	44
F-Statistique	157,05 ^{***}	38,25 ^{***}	13,53 ^{***}	147,24 ^{***}	39,01 ^{***}	15,26 ^{***}

^a Les statistiques *T* sont indiquées entre parenthèses.

^{***} indique une signification statistique au niveau 1%, ^{**} au niveau 5% ^{*} au niveau 10% à l'aide de tests bilatéraux.

Source : calcul de l'auteur.

On constate des effets positifs de l'urbanisation sur le cas de la mortalité infantile et celui de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cependant, Gupta et al. (1999) ont constaté des effets négatifs non négligeables de l'urbanisation sur la mortalité infantile, tandis que Baldacci et al. (2004) ont constaté un effet d'urbanisation mixte non significatif sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans. D'autre part, Filmer et Pritchett (1997) constatent un effet d'urbanisation positif non significatif pour la mortalité des enfants moins de cinq ans. Le faible effet de l'urbanisation pourrait être dû à l'augmentation rapide de la pauvreté urbaine, de sorte que les citadins pauvres perdent leurs avantages en matière de santé par rapport aux habitants des zones rurales (APHRC, 2002). Cependant, on constate un effet négatif et significativement robuste du pourcentage de la population rurale

Tableau 5. Résultats de la régression sur le taux de mortalité infantile : Effets fixes

Variable	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans					
Dépense totale de santé par habitant	-0,163 (-6,54) ^{***}	-0,074 (-1,80) [*]	-0,06 (-0,47)			
Dépense publique de santé par rapport aux dépenses totales de santé				-0,130 (-5,63) ^{***}	-0,087 (-2,12) ^{**}	-0,19 (-2,28) ^{**}
Taux de fertilité des femmes	0,634 (4,65) ^{***}	0,501 (2,25) ^{**}	1,05 (1,79) [*]	0,92 (7,05) ^{***}	0,537 (2,45) ^{**}	1,28 (2,51) ^{**}
PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat	0,007 (0,13)	-0,147 (-1,26)	-0,193 (-0,85)	-0,017 (-0,30)	-0,195 (-1,77) [*]	-0,171 (-0,85)
Population urbaine en pourcentage de la population totale	-0,476 (-3,58) ^{***}	-0,406 (-1,75) [*]	-0,382 (-0,74)	-0,571 (-4,25) ^{***}	-0,407 (-1,77) [*]	-0,254 (-0,54)
Pourcentage de la population rurale ayant accès à l'eau potable	-0,412 (-5,78) ^{***}	-0,372 (-2,83) ^{***}	-0,214 (-0,83)	-0,436 (-5,96)	-0,347 (-2,67) ^{***}	-0,224 (-0,96)
Nombre de médecin par millier d'habitants		0,421 (2,10) ^{**}			0,387 (1,93) [*]	
Taux d'alphabétisation des femmes adultes			-0,052 (-0,47)			-0,028 (-0,28)
Constante	7,15 (12,98) ^{***}	7,66 (9,4) ^{***}	6,492 (2,67) ^{***}	7,045 (12,54) ^{***}	7,86 (9,81) ^{***}	5,862 (2,65)
R-carré	0,81	0,83	0,81	0,80	0,83	0,85
Nombre d'observations	240	80	44	240	80	44
F-Statistique	192,98 ^{***}	47,79 ^{***}	16,60 ^{***}	182,95 ^{***}	48,96 ^{***}	21,15 ^{***}

^a Les statistiques *T* sont indiquées entre parenthèses.

^{***} indique une signification statistique au niveau 1%, ^{**} au niveau 5% ^{*} au niveau 10% à l'aide de tests bilatéraux.

Source : calcul de l'auteur.

ayant accès à l'eau potable sur la mortalité infantile et sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Le revenu par habitant en parité de pouvoir d'achat a également eu un effet négatif et robuste sur la mortalité infantile et sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Le revenu par habitant a généralement un effet faible sur les taux de mortalité, conformément à ceux de Ricci et Zachariadis (2006), mais contrairement à Amouzou et Hill (2004). Ce type de résultat a été expliqué par Cutler et al. (2006) par les effets négatifs de la croissance démographique sur le revenu par habitant. Comme Acemoglu et Johnson (2006) l'ont expliqué, l'amélioration des technologies de la santé et la réduction correspondante de la mortalité infantile réduisent le PIB par habitant, du moins temporairement, si les innovations en matière de santé entraînent une forte augmentation de la population – ce qui semble être le cas

dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest. Cependant, cela ne ressemble pas aux effets négatifs significatifs de Baldacci et al. (2004), Zakir et Wunnava (1997) et Pritchett et Summers (1996). En Inde, Das Gupta (1990) constate que le revenu par habitant n'est pas associé de manière significative à la mortalité infantile. L'effet généralement faible du revenu par habitant pourrait bien indiquer que les pays très pauvres sont moins touchés que les pays relativement riches.

Le nombre de médecins est déterminant pour la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de la mortalité infantile en Afrique. Dans ce travail, le nombre de médecins par milliers d'habitants est négativement et significativement corrélé (pour certaine spécification) avec le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. En effet, Robst et Graham (1997) et Robst (2001) ont constaté que davantage de médecins réduisent les taux de mortalité, principalement dans les zones rurales, alors que l'effet est faible dans les zones urbaines. Grubaugh et Santerre (1994) ont également constaté l'impact positif sur la santé – mesuré par les taux de mortalité infantile – de certains intrants sanitaires, tels que le nombre de médecins et de lits d'hôpitaux.

Enfin, le taux de fertilité des femmes est positivement et significativement corrélé avec le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ceci est la règle surtout dans les pays pauvres dont la majorité en Afrique de l'Ouest où l'indice synthétique de fécondité des femmes est très élevé car les chefs de famille désirent toujours avoir le plus d'enfants possible. Le plus souvent pour des raisons sociales et culturelles.

Conclusion et implication sur les politiques économiques

Bien que beaucoup préconisent des dépenses plus importantes pour les résultats en matière de santé, il existe peu de preuves empiriques de l'impact bénéfique de telles dépenses sur la mortalité infantile et infanto-juvénile. En utilisant des données de panel pour les pays de l'Afrique de l'Ouest, le présent document appuie la proposition selon laquelle les dépenses totales et les dépenses publiques en matière de santé ont une incidence sur ces résultats en matière de santé. Les résultats montrent donc que l'indicateur sélectionné (taux de mortalité infanto-juvénile) a une relation étroite et cohérente avec les niveaux des dépenses totales et des dépenses publiques dans l'espace CEDEAO.

En effet, le modèle présenté et estimé dans le présent travail s'améliore par rapport aux études précédentes au niveau macroéconomique en intégrant une palette plus riche de variables explicatives dans une stratégie d'estimation prenant explicitement en compte des facteurs non observables spécifiques à chaque pays. Ainsi, un certain nombre d'interventions politiques pourraient être efficaces pour amener les pays africains vers la réduction de cette mortalité. Par conséquent, les

résultats confirment l'opinion selon laquelle les dépenses de santé peuvent être plus efficaces dans la réalisation des ODD relatifs à la réduction de la mortalité infantile et juvénile en Afrique de l'Ouest.

Ainsi, des augmentations des dépenses suggérées par l'ampleur des coefficients estimés seraient très utiles pour amener les pays africains vers la cible des ODD pour la santé, bien que cela ne soit pas nécessairement suffisant pour la réaliser dans tous les pays. Il faut cependant faire attention en interprétant les preuves empiriques. Se concentrer sur les dépenses globales et les dépenses de santé publique en tant que déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de la mortalité infantile peut toutefois ne pas produire certains effets essentiels sur la composition. Par exemple, pour un même niveau de dépenses de santé publique, des allocations plus élevées aux soins de santé primaires par opposition aux soins de santé secondaires et tertiaires (ces derniers bénéficiant principalement aux élites urbaines) semblent effectivement efficaces pour améliorer les résultats en matière de santé des enfants, en particulier lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière satisfaisante paramètres de gouvernance (Filmer et al., 2000 ; Gupta et al., 1999). Un point connexe est que les dépenses de santé globales constitueront un piètre indicateur pour mesurer l'effet des ressources de santé sur les résultats en matière de santé si elles sont dépensées de manière inefficace pour commencer. Les indicateurs de ressources humaines, d'accès et de processus tels que le nombre de médecins ou de lits d'hôpitaux par habitant et les taux de vaccination se sont révélés être des déterminants importants et robustes, traduisant l'importance des dépenses de santé ciblées sur les résultats sanitaires tels que la mortalité infantile et infantile (Anand & Barnighausen, 2004 ; Hanmer et al., 2003). Ce sont précisément les mêmes indicateurs qui ont été identifiés comme représentant les contraintes liées à la mise en œuvre du système de santé pour renforcer les interventions de santé (Ranson et al., 2003). Cela souligne la nécessité de disposer d'informations plus nombreuses et de meilleure qualité sur le rapport coût-efficacité et l'efficacité générale des interventions de santé, cette dernière prenant en compte des facteurs plus généraux du système de santé susceptibles de rendre difficile l'obtention de gains de santé sur le terrain. Dans ce contexte pour éclairer les choix politiques, l'augmentation des dépenses de santé ne se traduira probablement pas par de meilleurs résultats pour la santé (Tandon, 2005). Savdeoff (2004) fait la même remarque.

Par rapport au coût élevé de l'augmentation des dépenses, les effets importants des dépenses de santé sur les résultats en matière de santé confirment également le rôle important des réformes visant à améliorer l'efficacité et le ciblage des dépenses de santé. Si les crédits budgétaires alloués à la santé doivent stimuler la croissance économique et promouvoir le bien-être des enfants et des nourrissons (en particulier des pauvres), les décideurs des pays africains doivent prêter attention aux dépenses absolues dans le secteur de la santé. Ces dépenses absolues - à la fois leur

taille et leur efficacité – constituent un moyen important de promouvoir l'équité et de faire avancer les réformes de la deuxième génération.

Cet article constate également que l'alphabétisation des femmes et le nombre de médecins sont déterminants pour la santé en Afrique de l'Ouest. Ainsi, les dépenses de santé ne suffiront pas à elles seules pour atteindre ces ODD relatifs à la mortalité infantile d'ici à 2030. Cela souligne l'importance du système de santé et d'autres facteurs autres que les dépenses pour faciliter la réalisation de ces ODD. Ainsi, d'autres implications politiques incluent l'amélioration du capital humain (en particulier l'éducation des femmes en général et l'éducation médicale pour la production de plus de médecins), la lutte contre l'exode des médecins formés en Afrique.

Les résultats des tableaux 2 et 3 (MCO robuste) présentent des effets positifs et significatifs de l'urbanisation sur le cas de la mortalité infantile et infanto juvénile. Ce résultat paradoxale de l'urbanisation pourrait être dû à l'augmentation rapide de la pauvreté urbaine, de sorte que les citoyens pauvres perdent leurs avantages en matière de santé par rapport aux habitants des zones rurales (APHRC, 2002). De ce fait, il revient à nos autorités de bien suivre et contrôler le développement de nos grands centres urbains de sorte que l'augmentation de la population va de pair avec les politiques de lutte contre la pauvreté en milieu urbain.

Par contre, les résultats des tableaux 4 et 5 (panel avec effets fixes) présentent des effets négatifs et significatifs sur les deux taux de mortalité. Ce résultat qui cadre avec l'hypothèse attendue implique que les grands centres urbains présentent des avantages non négligeables dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile. De ce fait, il revient à nos autorités de bien suivre et contrôler le développement de nos grands centres urbains de sorte que l'augmentation de la population va de pair avec le développement des infrastructures et la disponibilité des ressources humaines en matières de santé.

Il est apparu que la variable pourcentage de la population rurale ayant accès à l'eau potable a un effet négatif et significatif sur la réduction de la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ce résultat permet d'interpeller les autorités politiques dans l'espace CEDEAO de continuer à mettre les moyens nécessaires pour favoriser l'accès à l'eau potable à une grande partie de la population rurale. En effet, le double bienfait de cet accès sur l'hygiène et l'assainissement permet aussi la réduction des taux de mortalité infantile et infanto juvénile.

References

- Acemoglu, D., & Johnson, S. (2006). *Diseases and development: The effect of life expectancy on economic growth*. MIT Press.
- Amouzou, A., & Hill, K. (2004). Child mortality and socioeconomic status in sub-Saharan Africa. *African Population Studies*, 19(1), 1–11.
- Anand, S., & Barnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *Lancet*, 364, 1603–1609.
- APHRC (African Population and Health Research Center). (2002). *Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements*. APHRC.
- Azmat, G. (2009). Health care financing and health outcomes in Pacific Island countries. *Health Policy and Planning*, 24(1), 72–81. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn044>
- Baldacci, E., Cui, L., Clements, B., & Gupta, S. (2004). *Social spending, human capital, and growth in developing countries: Implications for achieving the MDGs*. IMF Working Paper, 2004/217. <https://doi.org/10.5089/9781451875140.001>
- Barenberg, A., Basu, D., & Soylu, C. (2017). The effect of public health expenditure on infant mortality: Evidence from a panel of Indian states, 1983–1984 to 2011–2012. *The Journal of Development Studies*, 53(10), 1765–1784.
- Becker, G. S. (1965). Theory of the allocation of time. *Economic Journal*, 75, 493–517.
- Berthélemy, J. C. (2008). Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté. *Comptes Rendus Biologies*, 331(12), 903–918. <https://doi.org/10.1016/j.crv.2008.08.004>
- Bhalotra, S. (2007). Spending to save? State health expenditure and infant mortality in India. *Health Economics*, 16(9), 911–928. <https://doi.org/10.1002/hec.1260>
- Bingjie, H., & Mendoza, R. U. (2013). Public health spending, governance and child health outcomes: Revisiting the links. *Journal of Human Development and Capabilities*, 14(2), 285–311.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287, 1207–1209.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2003). The health and poverty of nations: From theory to practice. *Journal of Human Development*, 4(1), 47–71.
- Bokhari, F. A., Gai, Y., & Gottret, P. (2007). Government health expenditures and health outcomes. *Health Economics*, 16(3), 257–273. <https://doi.org/10.1002/hec.1157>
- Commission for Africa. (2005, March). *Our common interest: Report of the Commission for Africa*. CFA.
- Commission on Macroeconomics and Health. (2001, December 20). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. WHO.
- Crémieux, P. Y., Ouellette, P., & Pilon, C. (1999). Health care spending as determinants of health outcomes. *Health Economics*, 8(7), 627–639.
- Cutler, D., Deaton, A., & Lleras-Muney, A. (2006, January). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*.
- Das Gupta, M. (1990). Death clustering, mothers' education and the determinants of child mortality in rural Punjab, India. *Population Studies*, 44, 489–505.

- Dutton, D. J., Forest, P. G., Kneebone, R. D., & Zwicker, J. D. (2018). Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: An observational longitudinal study. *Canadian Medical Association Journal*, 22, 190. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170132>
- Fayissa, B., & Gutema, P. (2005). Estimating a health production function for sub-Saharan Africa (SSA). *Applied Economics*, 37(2), 155–164. <https://doi.org/10.1080/00036840412331313521>
- Filmer, D., Hammer, J., & Pritchett, L. (2000). Weak links in the chain: A diagnosis of health policy in developing countries. *World Bank Research Observer*, 15(2), 199–224.
- Filmer, D., & Pritchett, L. (1997). *Child mortality and public spending on health: How much does money matter?* World Bank Policy Research Working Paper, 1864.
- Garcia, L. P., Schneider, I. J. C., de Oliveira, C., Traebert, E., & Traebert, J. (2023). What is the impact of national public expenditure and its allocation on neonatal and child mortality? A machine learning analysis. *BMC Public Health*, 23, 793. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15683-y>
- Gottret, P., & Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: A practitioner's guide*. World Bank Group.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Grubaugh, S. G., & Santerre, R. E. (1994). Comparing the performance of health care systems: An alternative approach. *Southern Economic Journal*, 60(4), 1030–1042.
- Gupta, S., Verhoeven, M., & Tiongson, E. (1999). *Does higher government spending buy better results in education and health care?* IMF Working Paper, 1999/21.
- Hanmer, L., Lensink, R., & White, H. (2003). Infant and child mortality in developing countries: Analyzing the data for robust determinants. *Journal of Development Studies*, 40(1), 101–118.
- Houweling, T. A., Caspar, A. E., Looman, W. N., & Mackenbach, J. P. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(6), 1257–1265. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi190>
- Issa, H., & Ouattara, B. (2005). *The effect of private and public health on infant mortality rates: Does the level of development matters?* Economics Department, University of Wales Swansea.
- Lancaster, K. (1966). A new approach to consumer demand theory. *Journal of Political Economy*, 74(2), 132–157.
- MacKinnon, J., & MacLaren, B. (2012). *Human resources for health challenges in fragile states: Evidence from Sierra Leone, South Sudan and Zimbabwe*. The North-South Institute.
- Messaili, M., & Tlilane, K. N. (2017). Dépenses publiques de santé et santé de la population en Algérie: Une analyse économétrique. *Santé Publique*, 29, 383–392. <https://doi.org/10.3917/spub.173.0383>
- Nixon, J., & Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes: Evidence and caveats for a causal link. *The European Journal of Health Economics*, 7, 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0336-8>

- Or, Z. (2000). Determinants of health outcomes in industrialised countries: A pooled, cross-country, time-series analysis. *OECD Economic Studies*, 30(1).
- Pritchett, L., & Summers, L. H. (1996). Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 31(4), 841–868.
- Ranson, M. K., Hanson, K., Oliviera-Cruz, V., & Mills, A. (2003). Constraints to expanding access to health interventions: An empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15, 15–39.
- Ricci, T. F., & Zachariadis M. (2006). Determinants of public health outcomes: A macro-economic perspective. *Computing in Economics and Finance*, 107.
- Robst, J. (2001). A note on the relationship between medical care resources and mortality. *Applied Economic Letters*, 8, 737–739.
- Robst, J., & Graham, G. G. (1997). Access to health care and current health status: Do physicians matter? *Applied Economic Letters*, 4, 45–48.
- Sachs, J. D. (2004). Health in the developing world: Achieving the millennium development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 947–949.
- Savdeoff, W. D. (2004). Find out what works to achieve the MDGs. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 950–951.
- Ssewanyana, S. & Younger, S. D. (2004). Infant mortality in Uganda: Determinants, trends and the millennium development goals. *Journal of African Economies*, 17(1), 34–61.
- Tandon, A. (2005). Attaining millennium development goals in health: Isn't economic growth enough? *ERD Policy Brief Series*, 35.
- The Tribune*. (2002, June 16). Reducing the infant mortality rate: A big challenge. Perspective feature on the Editorial Page.
- Wang, L. (2002). *Health outcomes in poor countries and policy options: Empirical findings from demographic and health surveys*. World Bank Policy Research Working Paper, 2831.
- World Development Indicators. (2018). DataBank.
- Yaqub, J. O., Ojapinwa, T. V., & Yussuff, R. O. (2012). Public health expenditure and health outcome in Nigeria: The impact of governance. *European Scientific Journal*, 8(13).
- Zakir, M., & Wunnava, P. V. (1997). Factors affecting infant mortality rates: Evidence from cross-sectional data. *Applied Economics Letters*, 6, 271–273.

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 via le système électronique <https://journals.ue.poznan.pl/rielf/user/register>

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

