

**Titre :** Caractéristiques des déterminants de la performance des systèmes de santé en Afrique subsaharienne : *analyse économétrique sur données du panel*

## Résumé

Cette étude élabore la revue de la littérature sur les déterminants de santé et les facteurs socioéconomiques qui permettent d'apprécier dans quelle mesure et par quels canaux leurs impacts peuvent agir sur la performance des systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne sur la période 2000 – 2014. Pour atteindre cet objectif, nous avons étudié d'abord les déterminants de santé et les facteurs socioéconomiques de façon successive. Le premier observe l'accès aux soins par les différents financements de santé et l'accès géographique par l'offre de soins. Le second analyse les causes socio-économiques de bonne ou mauvaise santé des individus aux niveaux micros puis macro, il s'agit bien la richesse moyenne de populations et l'éducation en santé. Ensuite, nous avons utilisé une méthode économétrique de données du panel dont l'analyse réalisée a indiqué que les déterminants de santé : les dépenses en santé privées (% PIB et par habitant), les dépenses en santé publiques (% PIB), les ressources extérieures en santé (% PIB et par habitant), les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont eu un effet statistiquement significatif. A contrario, les médecins et les infirmiers sages-femmes pour 1000 habitants ont été non significatifs. Ces résultats des estimations montrent que les facteurs santé et socioéconomiques sont potentiellement importants pour évaluer la performance des systèmes de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.

## Introduction

Les études empiriques sur la santé ont toujours été et continuent d'être au cœur du débat du développement sur le plan mondial et en particulier dans les pays d'Afrique subsaharienne. Les initiatives en faveur de la scolarisation, de l'accès à l'eau potable ont souvent structuré les contacts des populations africaines avec les organisations internationales œuvrant pour le développement. C'est ainsi la Banque mondiale, l'organisation mondiale de la santé, l'Unicef...sont devenues les principaux acteurs de la scène sanitaire internationale dont l'un des projets en faveur de l'amélioration de l'offre de soins, la réorganisation des systèmes de santé, pour une vision globale « *la santé pour tous d'ici l'an 2000* ». Ces organisations définissent la santé comme un état complet de bien être, physique et mental. Car l'obtention d'une meilleure santé doit être un droit fondamental de tout être humain quel que soit son

origine ou bien sa provenance. Or au moment où la grande partie du monde profite du développement et du progrès scientifique, la région africaine reste engluée dans son développement. Le rapport mondial de l'IDH (2008) montre ainsi que parmi les trente derniers pays enregistrés, le plus faible indice de développement humain dont 28 pays se trouvent dans la région africaine. L'espérance de vie moyenne est dans la quasi-totalité inférieure à 65 ans. En revanche, les pays à revenu élevé ladite espérance de vie avoisine à 80,6 ans et 59 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le taux d'analphabétisation, malgré tous les efforts fournis pour les restreindre, demeure élevé par rapport au taux moyen comme suite : 65,4 % au Burkina Faso, 74,0 % au Tchad, 68,0 % au Ghana, 66,9 % au Mali, 84,5 % au Niger, 57,2 % au Sénégal, 30,6 % au Maroc et 21,0 % en Tunisie selon la Banque mondiale (2010, 2012, 2013, 2014, 2015). Cette même source indique, toutes fois les pays ayant des structures socioéconomiques similaires aux pays africains, ont des taux d'analphabétisations moins élevés, par exemple le Panama (5,9 %), le Sri Lanka (8,8 %) et la Bolivie (7,5 %).

Le continent souffre également de la propagation des maladies et d'épidémies évitables et curables. La plus grande partie des décès prématurés et d'invalidités sont les causes des maladies transmissibles et parasitaires dont affectent beaucoup d'enfants dans les pays en développement. Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans passent de 6 pour mille dans les pays à revenu élevé à 80,6 % en moyenne dans les pays à revenu faible (Banque mondiale, 2013).

On s'aperçoit que les décès sont les conséquences d'une détérioration de l'état de santé de populations, du manque ou d'insuffisance de l'investissement en santé. En effet, la structure économique des pays à faible revenu leur présente un obstacle redoutable pour financer la santé de leurs populations, de ce fait 50,23 % des dépenses de santé sont privées contre 64,10 % des dépenses en santé publiques dans les pays à revenu élevé. Conjointement, les dépenses de santé par habitant dans les pays à revenu élevé sont de 4884,32 US \$ et celles des pays à faibles revenus de 36,44 US \$ dont 134 fois élevées. La Commission Macroéconomie et Santé estime que l'atteinte des objectifs de santé de base de l'objectif de millénaire pour le développement nécessiterait de 34 dollars par habitant et par an (Sachs, 2002). Même si les pays à faible revenu ont pu atteindre plus de 34 US \$ par habitant et par an, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle et les maladies infectieuses et parasitaires restent encore les taux les plus élevés dans les régions du monde particulièrement en Afrique subsaharienne avec un taux de mortalité infantile de moins de 5 ans de 88,2 pour 1000. De même, le nombre de médecin par habitant dans les pays à faible revenu est de 0,31 contre 3 dans les pays à revenu élevé. La densité de

médecins dans les pays à faible revenu est très inférieure à la norme de l’OMS (2006) soit 2,3 médecins pour 1000 habitants qui seraient même insuffisantes pour couvrir les besoins de soins de populations.

L’analyse fait apparaître avec évidence que le développement d’un pays dépend de ses ressources humaines de qualités (en bonne santé) produit par son système sanitaire performant. La performance de ce système est donc perçue en économie comme l’obtention des meilleurs résultats possibles, compte tenu des moyens utilisés. L’OMS (2000), a mis l’accent sur l’importance pour chaque système de santé dans les pays en développement de considérer comment ses ressources sont valorisées pour aboutir aux résultats obtenus. La politique de santé provient ainsi du désir d’accroître la confiance de la communauté, d’améliorer l’efficacité et l’accès aux soins de services de santé. Dans le souci d’améliorer la performance des systèmes de santé en Afrique subsaharienne, qui dépend entre autres les facteurs comme le financement de santé et les personnels médicaux selon l’OMS (2000). Ceux à leurs tours permettront de favoriser les indicateurs socio-économiques, il s’agit bien du taux d’alphabétisation et le revenu par habitant. De ce fait, au niveau macroéconomique, quelles sont les conséquences de ces différents facteurs (santé et socioéconomique) sur la performance des systèmes de santé en Afrique du sud au Sahara ? Autrement dit, il s’agit de montrer les facteurs qui expliquent la variation de la performance des systèmes de santé.

Pour bien élaborer notre étude, nous allons chercher à répondre à cette question tout en vérifiant les types d’estimations que nous allons pouvoir faire sur un panel pour lequel nous disposons l’espérance de vie à la naissance comme un indicateur de la performance des systèmes de santé. A cet effet, nous allons construire ce panel pour 36 pays en Afrique subsaharienne sur la période 2000 – 2014.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer d’abord l’ensemble de ce que le système de santé produit (l’exemple ici est l’espérance de vie à la naissance) ainsi que l’ensemble des ressources utilisées par les systèmes (le médecin par habitant, les dépenses en santé, etc.). Ces ressources et résultats sont mesurés de manière homogène pour un ensemble de zone (utilisées comme observations) et nous allons en déduire une relation statistique entre niveau de ressources et niveau de résultats. Cette relation statistique est une approximation de la fonction de production qui explique de combien va augmenter la production quand nous utilisons plus d’une certaine ressource en moyenne pour les pays considérés. Nous allons commenter les résultats obtenus sur notre échantillon suivant les différentes méthodes d’estimations de panels mises en

application. Puis nous allons conclure brièvement le calcul de l'effet à partir des données de la banque mondiale, de l'organisation mondiale de la santé et de l'Index Mundi.

## **Références**

AFRICA 21 – *Gouvernance du financement de la santé mondiale*, 2013, enjeux et perspectives africains

BARNAY Thomas, BEJEAN Sophie – *Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance*, 2009, volume 60, revue économique, pp. 233 - 237

BEJEAN Sophie, GADREAU Maryse – *Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé*, 1997, volume 81, revue d'économie industrielle, pp. 77 - 97.

DE KERVASDOUE Jean – *La crise de profession de santé*, 2003, DUNOD

DUKHAN Yohana – *Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement*, Thèse de Doctorat en science économique, sous la direction de Martine Audibert et Jacky Mathonnat Professeurs à l'université d'Auvergne, soutenue en 2010

GRIGNON Michel – *Les cadres d'analyses de la performance des systèmes de santé : forces et limites*, 2008, santé, société et solidarité, n°2, bilan des réformes des systèmes de santé, pp. 163 - 169

KORACHAIS Catherine – *Contribution de l'aide publique au développement à l'amélioration de la santé dans les pays en développement*, thèse de doctorat en science économique, sous la direction de Patrick Guillaumont et Jacky Mathonnat, Professeurs à l'université de Clermont Ferrand, soutenue publiquement le 09 avril 2010.

MATHONNAT Jacky – *Disponibilité des ressources financières pour la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne*, Agence Française de Développement, 2010