

# 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

<b>Avant-propos</b> (Krzysztof MALAGA).....	3
Kwami Ossadzifo WONRYA, Honoré TENAKOUA, Braïma Luís SOARES CASSAMA <b>Commerce des services et inégalités des revenus en Afrique</b> .....	9
Dramane ABDOULAYE <b>Corruption, droits de propriété et croissance économique en Afrique subsaharienne</b> .....	32
Charlemagne B. IGUE, Yves ESSEHOU <b>Dynamique et déterminants de la productivité totale du travail dans les pays d’Afrique subsaharienne</b> .....	54
Owodon AFO-LOKO <b>Investissement Direct Étranger, transition énergétique et dégradation de l’environnement : évidence des pays d’Afrique subsaharienne</b> .....	84
Franck Mondesir TSASSA MBOUAYILA, Prudence Love Angèle MOUAKASSA <b>Politique monétaire et stabilité macroéconomique dans la Communauté Économique et Monétaire de l’Afrique Centrale</b> .....	102
Ousmane AMADOU <b>Dépenses totales de santé versus dépenses publiques de santé et résultats de santé en Afrique de l’Ouest</b> .....	128
Ousmane MARIKO, Mohamed NIARÉ <b>Analyse macro-économétrique du chômage dans les pays de l’UEMOA</b> .....	154
Georges Bertrand TAMOKWÉ PIAPTIE, Fayllonne Marina PIAME NJANPOU <b>Écart salarial femmes-hommes sur le marché du travail au Cameroun : Plafond de verre ou plancher collant ?</b> .....	174
Eric ALLARA NGABA, Michèle Estelle NDONOU TCHOUMDOP, Hamadoum TAMBOURA <b>Effet de l’autonomisation de la femme sur la violence conjugale au Tchad à partir de données EDS-MICS, 2014–2015</b> .....	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-Université 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 ( $\chi^2$ ), 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*

# ANALYSE DE LA DÉCOMPOSITION DES INÉGALITÉS DANS L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE AU TOGO

## Analysis of the breakdown of inequalities in the use of maternal health care in Togo

**Yaovi TOSSOU<sup>1</sup>**

Faculté des Sciences Économiques et de Gestion (FaSEG), Université de Lomé, Togo

Département d'Économie

tossouyaovi@yahoo.fr

<https://orcid.org/0000-0002-9244-9387>

### Abstract

**Purpose :** The overall objective of this research is to analyse inequality in the use of maternal health care in Togo.

**Design/methodology/approach :** Using the concentration index, the concentration curve, the decomposition of the concentration index and data from the 2013 Demographic and Health Survey (DHS III) in Togo.

**Findings :** The results reveal that age, level of education, woman's occupation and place of residence are the determinants of the use of maternal health services. The 15–20 and 31–49 age groups contributed little to inequalities in the need for health services, at –0.024 and –0.022 respectively among women.

**Originality/value :** These results suggest that it is necessary to encourage essential policies aimed at improving women's level of education and wealth index in order to reduce the risk of inequality in the use of maternal healthcare in Togo.

**Keywords :** access to care, inequality, maternal health, decomposition.

### Résumé

**Objectif :** L'objectif général de cette recherche est d'analyser l'inégalité dans l'utilisation des soins de santé maternelle au Togo.

---

<sup>1</sup> 01, BP : 1515, Lomé-Togo.

**Conception/méthodologie/approche :** 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 (EDS III) au Togo.

**Résultats :** 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.

**Originalité/valeur :** 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.

**Mots-clés :** accès aux soins, inégalité, santé maternelle, décomposition.

**JEL classification :** I12, I14, I24.

## Introduction

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, de grandes inégalités dans l'utilisation des services de santé intensifient les disparités dans les résultats en matière de la santé (WHO, 2017). L'inégalité en matière de santé est utilisée pour désigner les différences, les variations et les disparités dans les résultats obtenus par les individus en matière de santé (Kawachi et al., 2002). Conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (WHO), toutes les femmes doivent avoir accès aux services de santé tels que les visites prénatales, des accoucheuses qualifiées et des soins postnatals (WHO, 2018). La pauvreté et le manque de ressources en soins de santé sont les principaux facteurs qui empêchent les femmes de bénéficier des services aux soins de santé adéquats pendant leur grossesse et au moment de l'accouchement (WHO, 2018).

Par ailleurs, améliorer l'accès équitable et l'utilisation des services de santé est essentielle pour atteindre d'une manière efficace l'amélioration de l'état de santé. Selon le rapport ESD de 2013, il y a une amélioration considérable dans la lutte contre les mortalités maternelles et infantiles et dans la réduction du taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile au cours des deux dernières décennies. Cependant, de fortes disparités dans l'utilisation des services de santé persistent sur le plan socioéconomique et géographique. De plus, la couverture maladie universelle vise à garantir l'utilisation équitable des soins de santé pour ceux qui sont dans le besoin sans faire face aux risques financiers (WHO, 2010). Fournir un traitement égal à ceux qui ont les mêmes chances en soins de santé, peu importe leur contexte socio-économique (Culyer & Wagstaff, 1993 ; Wagstaff & Van Doorslaer, 2000), est devenu un objectif principal pour certains décideurs politiques qui s'efforcent d'améliorer le système de santé. Pour tenter d'assurer un accès équitable

aux services de santé, les décideurs politiques ont augmenté leurs dépenses de santé entre 2015 et 2018. Ces dépenses de santé publiques par personne ont été augmentées de 93% dans le monde et de 127% dans les pays à faible revenu avec ajustement de la parité de pouvoir d'achat (WHO, 2014).

Au Togo, comme dans la plupart des pays en développement où le niveau des revenus reste faible, les ressources accordées par l'État au secteur de la santé restent déterminantes pour le bien-être des populations. Malgré les efforts pour améliorer l'accès aux soins de santé au fil des ans, les inégalités en matière de soins de santé maternels restent un problème de santé publique. L'État togolais a mis en place de nombreuses politiques pour améliorer l'accès aux soins de santé maternelle y compris les soins de santé primaires (SSP), la santé maternelle et néonatale. La dégradation de la qualité de la santé à la suite de l'exode de professionnels de la santé qualifiés dans les pays voisins et à l'étranger a contribué aux inégalités en matière de santé. Durant plusieurs années, l'État togolais à travers sa politique de santé a pu augmenter la part du budget alloué au secteur de santé. Bien que des efforts aient été faits ces derniers temps pour une amélioration de la prise en charge de la santé des populations, ce secteur connaît des problèmes de financement et des offres de soins de santé aux populations.

On constate que la part des prévisions consacrées aux dépenses de santé a connu une baisse substantielle sur la période de 2009 à 2013. Les dépenses effectuées dans ce secteur qui constituent 25% des prévisions d'investissement public en 2009, chutent pour se retrouver à 8,5% en 2013 (EDST-III, 2013–2014). L'augmentation des frais d'utilisation dans le secteur de la santé au cours des années 90 est dû à l'écart grandissant entre les pauvres et les riches dans le pays. Il est donc impératif que les recherches se concentrent sur la mesure dans laquelle l'accès à la santé maternelle et les soins de santé restent inégales. La mise en œuvre des politiques va surtout permettre de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantojuvénile pour atteindre respectivement les cibles de 250 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, de 17 décès néonataux et de 59 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes en fin 2022. Ces cibles correspondent à une réduction annuelle de 7% pour ce qui concerne la mortalité maternelle et néonatale et de 5% pour la mortalité infanto-juvénile.

Malgré la part importante des dépenses nationales de santé dans le secteur public, celle-ci reste insuffisante, ce qui entraîne des disparités dans l'utilisation des systèmes de santé. Ce système permet une utilisation inéquitable des soins de santé. Cet article examine les inégalités dans l'utilisation des services de santé maternelle à l'aide de données d'enquêtes à domicile. Dans ce document, nous cherchons à explorer l'état de l'inégalité et les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle. Il fournit des informations utiles pour l'élaboration de programmes et de politiques d'intervention efficaces en matière de soins de santé au Togo.

L'objectif général de cet article est d'analyser l'inégalité dans l'utilisation des soins de santé maternelle au Togo en appliquant la méthode de décomposition de l'indice d'inégalité.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

- Mesurer les inégalités socio-économiques dans l'utilisation des services de soins de santé maternelle au Togo.
- Analyser les contributions des déterminants des inégalités de santé dans l'utilisation des soins maternels.

Sur le plan politique, ce document sert à attirer l'attention des décideurs sur les implications de politiques appropriées pour éviter une augmentation significative des taux de mortalité et de la non-utilisation des services de soins de santé. Ce document est structuré en trois parties. La première partie présente la revue de la littérature, une approche méthodologique, suivie de la présentation des variables. La deuxième partie est consacrée à l'analyse descriptive des variables, aux résultats obtenus et à la discussion des résultats. La troisième partie est consacrée à la conclusion et aux implications de politiques économiques.

## **1. Revue de la littérature : Application de la décomposition de l'indice d'inégalité**

La décomposition de l'indice d'inégalité, a été proposée par (Wagstaff et al., 2003) au Vietnam pour mesurer les inégalités dans la malnutrition des enfants et le changement de ces inégalités en fonction des changements des variables explicatives comme le niveau de l'éducation, le milieu de résidence, la situation matrimoniale, le revenu etc. Ils obtiennent que les inégalités soient expliquées par les dépenses de consommation via les caractéristiques inobservées des ménages. Dans les pays en développement, Lachaud (2003) a utilisé cette méthode pour une analyse comparative des causes de la malnutrition des enfants au Burkina Faso, au Cameroun et au Togo. Ils trouvent que l'inégalité, dans le retard de croissance, est plus élevée dans les villes avec des disparités entre les pays. Le niveau de vie des ménages, leur localisation spatiale et le niveau d'instruction de la mère sont les facteurs qui contribuent à l'aggravation de ces inégalités. Zere et al. (2011) ont décomposé les facteurs qui expliquent l'iniquité dans l'utilisation des accouchements médicalement assistés en Namibie. Leurs résultats montrent que les iniquités sont pro-riches. Les facteurs comme le statut de la femme et l'éducation de la mère sont les facteurs qui expliquent ces inégalités.

L'équité en matière de santé ne peut être atteinte que si les personnes bénéficiant du même niveau de soins de santé reçoivent le même traitement (Darling & Serdar

Atav, 2012). Il est donc important d'évaluer l'inégalité dans l'utilisation plutôt que dans l'accès aux soins de santé, puisque l'accès désigne simplement la possibilité de recevoir des soins de santé, tandis que l'utilisation signifie l'exercice de cette possibilité (Elwell-Sutton et al., 2017). Le concept d'inégalité des chances trouve son origine dans les travaux des philosophes économiques (Elwell-Sutton et al., 2017) et des économistes (Feng, 2012). À cet égard, la théorie rawlsienne constitue le point de départ de toutes les théories post-welfaristes de la justice. Elwell-Sutton et al. (2017), dans la théorie de la justice, s'oppose vigoureusement à l'utilitarisme classique prôné notamment par (Goli, 2014 ; Huang et al., 2007). Elwell-Sutton et al. (2017) prône donc un égalitarisme sélectif dans lequel la primauté est donnée aux plus défavorisés et non un égalitarisme radical.

Ainsi, l'égalité des chances renvoie à l'égalisation des différentes classes afin de permettre aux plus défavorisés d'avoir accès aux opportunités comme les plus débrouillards. Certaines études ont mis en évidence une association positive entre l'inégalité des revenus et la mortalité (Materia et al., 2005). La santé maternelle, néonatale et infantile peut être améliorée grâce à l'utilisation de services de santé maternelle tels que les visites prénatales, (Darling & Serdar Atav, 2012).

Plusieurs études récentes ont fourni une analyse de l'inégalité des chances entre les enfants et plus particulièrement en ce qui concerne l'accès à la santé. En effet, (Jusot et al., 2017) aborde la question des inégalités d'accès aux services de santé maternelle et infantile au Togo entre 1998 et 2013. Leurs résultats montrent une amélioration significative de la disponibilité et de l'accès à ces services de santé. Elle indique que le niveau d'éducation des parents, la région et le milieu de résidence contribuent davantage à l'inégalité des chances. Par ailleurs (Kakwani et al., 1997), étudient le degré d'inégalité des chances en matière de santé en Indonésie. Ils utilisent ensuite des méthodes paramétriques et non paramétriques pour quantifier le niveau d'inégalité des chances. Leurs résultats indiquent que les inégalités des chances en matière de santé sont plus importantes en Indonésie et que la principale source de ces inégalités est le statut vital des parents.

En revanche Kawachi et al. (2002) constate que l'approche des opportunités prend en compte les différences dans les corrélats de l'inégalité et les circonstances de vie des individus (caractéristiques individuelles, familiales et/ou géographiques indépendantes de la volonté de l'individu et susceptibles d'affecter l'accès) et les efforts (causes pour lesquelles les individus sont responsables). Cette différence guide l'approche par les opportunités, dont les résultats sont plus susceptibles d'éclairer la mise en œuvre de politiques ciblées visant à réduire les inégalités.

En outre, des études antérieures évaluant l'équité dans l'utilisation des soins de santé ont systématiquement constaté un biais en faveur des riches dans les visites chez le médecin, alors que les dépenses publiques sont censées couvrir la majorité des dépenses de santé Lachaud (2003), Lassi et al. (2013), et le même biais a été signalé par trois pays développés d'Asie Lassi et al. (2013). D'autres travaux menés

en Afrique ont également montré une inégalité persistante dans l'utilisation des soins de santé (Lauridsen et al., 2007). Dans les pays en développement, (Leung et al., 2009) ont mené une analyse comparative des causes de la malnutrition infantile au Burkina Faso, au Cameroun et au Togo. Ils ont constaté que les inégalités en matière de retard de croissance sont plus importantes dans les villes, avec des disparités entre les pays. Le niveau de vie des foyers, leur localisation spatiale et le niveau d'éducation des mères sont les facteurs qui contribuent à l'augmentation de ces inégalités. (Zere et al., 2011) a décomposé les facteurs qui expliquent l'inégalité dans le recours aux accouchements médicalement assistés en Namibie. Leurs résultats ont montré que les inégalités sont pro-riches. Des facteurs tels que le statut de la femme et l'éducation de la mère sont les facteurs qui expliquent ces inégalités.

Ainsi, plusieurs études ont montré que des interventions de soins de santé qualifiées peuvent réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale et en gérant les complications pendant la grossesse et l'accouchement Feng (2012) et Lassi et al. (2013). Cependant, l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays en développement, en particulier dans les zones rurales, n'était pas satisfaisante (Rahman et al., 2017). Une étude menée dans 54 pays à revenu intermédiaire a montré que la couverture globale de quatre visites prénatales ou plus n'était que de 49,5% (Barros et al., 2015).

## 2. Cadre méthodologique

### 2.1. Présentation du modèle

Nous avons construit une courbe de concentration pour illustrer l'inégalité d'utilisation des soins de santé par le type de prestataire utilisé. Une courbe de concentration située sous la ligne d'égalité signifie que l'utilisation des soins de santé est davantage concentrée parmi les plus riches (O'Donnell, Van Doorslaer, et Wagstaff 2006). Pour calibrer le degré et la signification statistique de l'inégalité, nous avons utilisé un indice de concentration qui indique les différences dans l'utilisation des soins de santé selon le niveau de richesse (O'Donnell et al., 2006). Dans cet article, c'est l'indice de concentration des valeurs réelles dans l'utilisation des soins de santé avec des fourchettes comprises entre  $-1$  et  $1$ . Nous avons utilisé l'indice de concentration (IC) pour mesurer les inégalités dans l'utilisation des services de santé maternelle. L'IC est une mesure qui quantifie le degré d'inégalité de la santé liée à l'économie. Il a été proposé par (Lauridsen et al., 2007) et a été calculée comme étant deux fois la surface comprise entre la diagonale et la courbe de concentration. L'indice de concentration C est calculé en utilisant la covariance entre l'utilisation des soins de santé et le rang fractionnaire de l'individu trié par l'indice de richesse :

$$C_i = \frac{2}{\bar{y}} COV_w(y_i, R_i) \quad (1)$$

où  $y_i$  est la variable binaire de savoir si l'individu a utilisé les soins publics, le fournisseur, de soins traditionnels,  $\bar{y}$  représente la moyenne d'utilisation réelle des soins de santé,  $R_i$  désigne le rang fractionnaire du  $i$ ème individu par l'indice de richesse, et  $COV_w$  est la covariance avec le poids de probabilité d'échantillonnage (Kakwani et al., 1997 ; Van Doorslaer & Masseria, 2004). L'intervalle de confiance de 95% pour l'indice de concentration et les valeurs P associées ont été obtenus par la méthode delta (Kakwani et al., 1997 ; Tang et al., 2009 ; Van Doorslaer et al., 2004). Si l'indice de concentration est significativement plus petit que 0, les individus pauvres sont plus susceptibles d'utiliser les soins de santé, alors qu'un C supérieur à 0 indique que l'utilisation est biaisée en faveur des plus riches (Kakwani et al., 1997 ; Van Doorslaer et al., 2004).

Plus, la valeur absolue de l'IC est grande, plus l'inégalité est grande. Une valeur 0 de CI indique l'absence d'inégalité dans l'utilisation des services de santé maternelle. Si l'IC > 0, cela signifie que l'utilisation des services de santé maternelle est favorable aux riches. Si l'IC < 0, cela suggère qu'il est favorable aux pauvres.

## 2.2. Méthode de décomposition de l'inégalité des soins de santé

Nous avons effectué une analyse de décomposition pour évaluer dans quelle mesure où chacun des facteurs de consommation contribue à l'utilisation de l'inégalité des soins de santé. Nous avons utilisé le modèle probit avec les effets partiels évalués au moyen par (O'Donnell et al., 2006), qui est exprimé comme :

$$y_i = \alpha + \sum_j \beta_j^m x_{ij} + \sum_k \gamma_k^m z_{ik} + \varepsilon_i \quad (2)$$

où  $i$  désigne l' $i$ ème individu,  $x_{ij}$  se réfère  $j$  facteur de besoin du  $i$ ème individu,  $z_{ik}$  est le  $k$  ième facteur de non besoin et de consommation ;  $\beta_j^m$  et  $\gamma_k^m$  sont les effets marginaux de  $dy/dx_j$  ; et  $dy/dz_k$ , de chaque besoin ( $x$ ) et un facteur de non besoin/consommation ( $z$ ) évalué à des moyennes d'échantillon ;  $\varepsilon_i$  est le terme d'erreur qui comprend l'approximation des erreurs (O'Donnell et al., 2006). Avec les coefficients estimés de l'équation (2), l'indice de concentration  $C$  pour  $y$  peut donc être exprimé par :

$$C = \sum_i (\beta_i^m \bar{x}_i / \mu) C_i + \sum_k (\gamma_k^m \bar{z}_k / \mu) C_k + GC / \mu \quad (3)$$

où  $\mu$  est la moyenne de  $y$  ;  $C_i$  et  $C_k$  sont l'indice de concentration de  $x_i$  et  $z_k$  respectivement, et calculés de manière similaire à l'équation (1) ; et  $GC_\varepsilon$  est l'indice de

concentration généralisé de du terme d'erreur (O'Donnell et al., 2006). Les produits sont la contribution d'un facteur de besoin  $j$  et un facteur de non-besoin et de consommation  $k$  de l'indice de concentration. Un indice de concentration a été estimé pour chacun des facteurs, ainsi que des contributions absolues et l'inégalité dans l'utilisation des soins de santé  $C$ . Une contribution positive (négative) indique que la variable donnée agit vers distribution favorable aux riches (pro-pauvres) des visites de soins de santé.

### **3. Sources et données**

Nous utilisons les données des Enquêtes Démographiques et de Santé du Togo de 2013 (EDST-III). Trois types de questionnaires ont été utilisés dans cette enquête. Premièrement, un questionnaire sur le foyer qui recueille des informations sur tous les membres du foyer ainsi que sur les caractéristiques du logement ; deuxièmement, un questionnaire individuel pour les femmes qui s'adresse à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans dans chaque foyer ; et troisièmement, un questionnaire pour les hommes basé sur un échantillon d'hommes âgés de 15 à 59 ans obtenu à partir d'un sous-échantillon de foyers. L'EDST-III comprend 9549 ménages interrogés, dont 9480 femmes âgées de 15 à 49 ans et 4476 hommes. Ces données sur le comportement des femmes âgées de 15 à 49 ans en matière de santé sont obtenues par le biais d'entretiens sur leurs caractéristiques socio-économiques. Nous avons utilisé les données secondaires (EDST-III, 2013–2014) car ces données nous a permis d'identifier les variables liées aux inégalités de soins de santé maternelle malgré qu'elles ne sont pas récentes.

### **4. Présentation des variables**

Le tableau 1 présente les variables utilisées dans l'analyse et les caractéristiques de l'échantillon. L'utilisation des soins de santé a été enregistrée comme toute visite ou consultation effectuée par les individus dans les centres de santé publics, privés et traditionnels.

#### **4.1. Définition des variables**

##### **4.1.1. La variable expliquée**

La variable expliquée dans cet article est le nombre de visites de soins prénatals effectuées par les femmes. Les indicateurs analysés sont bien définis dans le tableau 1. Cela nous permet d'identifier les femmes qui ont effectué des visites de soins

prénatals ou non. Ceci nous permet de définir une variable dichotomique indiquant la décision des femmes lors de ces consultations par la procédure suivante :  $CP_i = 1$  Si la femme a effectué les visites prénatales dans un établissement de santé.  $CP_i = 0$  Sinon.

#### 4.1.2. Variables explicatives

Les variables explicatives utilisées dans ce document comprennent des variables socio-économiques. Elles ont été sélectionnées sur la base de la littérature existante sur l'utilisation des soins de santé maternelle. Ces variables sont énumérées dans le tableau 1. Ces variables explicatives comprennent l'éducation de la femme, l'éducation du mari, le lieu de résidence, l'âge, l'âge<sup>2</sup>, l'indice de richesse. L'indice de richesse est un indice couramment utilisé pour mesurer le statut socio-économique des foyers. L'indice de richesse combine des informations sur un ensemble d'affirmations et de conditions de vie des ménages, telles que les revenus des ménages, la possession d'une télévision, d'un vélo ou d'une moto, et la disponibilité d'eau potable. L'indice de concentration (IC) est utilisé dans ce document pour mesurer les inégalités dans l'utilisation des services de santé maternelle. L'IC quantifie le degré d'inégalité lié à l'utilisation des services de santé au Togo.

#### 4.2. Analyse descriptive

Le tableau 1 présente les définitions et les statistiques sommaires des variables utilisées dans l'analyse. Le tableau 1 présente la valeur moyenne de chacune des variables utilisées dans l'analyse des variables socio-économiques. Par exemple, la valeur moyenne de l'écart entre les sexes dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur enregistrée parmi les personnes interrogées est respectivement de 0,3173 ; 0,2962 ; 0,0278. En outre, le nombre moyen du niveau d'éducation du mari précédent était de 0,266 ; 0,3577 et 0,0583 au niveau primaire, secondaire et tertiaire respectivement parmi les personnes interrogées. L'âge moyen des personnes interrogées est de 29 ans, tandis que le nombre moyen de femmes mariées est de 0,537. En outre, pour l'indice de richesse, en moyenne 0,1795 des femmes sont pauvres contre 0,186 pour les femmes riches. En outre, en ce qui concerne les filets sociaux de base, en moyenne 0,34 des foyers pauvres dépensent par habitant pour la consommation contre 0,29 pour les foyers non pauvres.

En outre, pour garantir l'égalité d'accès aux soins pour les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, il est essentiel de comprendre les facteurs qui constituent des obstacles. Par exemple, selon (Chen & Hou, 2002) ; les besoins non satisfaits en matière de soins de santé peuvent être classés en trois catégories : la disponibilité, l'acceptabilité et l'accessibilité, qui reposent sur une série de raisons complexes, notamment le choix personnel, les barrières financières, les

délais d'attente, le manque de services, le coût des soins et la distance. L'analyse des données du tableau 1 montre que le coût des soins est élevé de 0,042 et de 1,67 pour la distance entre l'établissement de soins et le domicile. De même, la valeur moyenne de l'accès aux soins est de 0,4219 avec un écart-type de 0,493. Au vu de cette analyse des besoins non satisfaits en matière de soins de santé, l'accessibilité

**Table 1. Description des variables**

Variabiles	Mesure des variables	Moyenne	Écart type
<b>Variable expliquée</b>			
Consultation prénatale	1 si la femme a effectué une consultation prénatale, 0 sinon	0,686	0,464
<b>Variables explicatives</b>			
Milieu de résidence			
Rural (réf)			
Urbain	1 si elle reside en milieu urbain, 0 sinon	0,378	0,4851
Césarienne	1 si elle a effectué la césarienne, 0 sinon	0,035	0,185
<b>Education du mari</b>			
Primaire	1 si le mari a un niveau primaire, 0 sinon	0,266	0,441
Secondaire	1 si le mari a un niveau secondaire, 0 sinon	0,3577	0,479
Supérieur	1 si le mari a un niveau supérieur, 0 sinon	0,0583	0,234
<b>Education de la femme</b>			
Primaire	1 si la femme a un niveau primaire, 0 sinon	0,3173	0,465
Secondaire	1 si la femme a un niveau secondaire, 0 sinon	0,2962	0,456
Supérieur	1 si la femme a un niveau supérieur, 0 sinon	0,0278	0,164
<b>Occupation de la femme</b>			
Agriculture	1 si la femme travaille dans l'agriculture, 0 sinon	0,225	0,4180
Commerce	1 si la femme travaille dans le commerce, 0 sinon	0,3165	0,4651
Industrie	1 si la femme travaille dans l'industrie, 0 sinon	0,009	0,094
Artisanat	1 si la femme travaille dans l'artisanat, 0 sinon	0,189	0,392
<b>Statut matrimoniale</b>			
Marié	1 si la femme est mariée, 0 sinon	0,537	0,498
Célibataire	1 si la femme est célibataire, 0 sinon	0,204	0,403
Age	Age de la femme	29,43	9,439
<b>Indice de richesse</b>			
Pauvre	1 si elle est pauvre, 0 sinon	0,1795	0,383
Moyen pauvre	1 si la femme est moins pauvre, 0 sinon	0,1793	0,383
Riche	1 si la femme est riche, 0 sinon	0,186	0,389
Très riche	1 si la femme est très riche, 0 sinon	0,214	0,410
Coût des soins élevé	1 si il y a un cout élevé, 0 sinon	0,042	0,20
Distance	1 si il y a problème d'accès aux soins, 0 sinon	1,67	0,47
Accès aux soins de santé	1 si la femme a un problème d'accès, 0 sinon	0,42	0,493

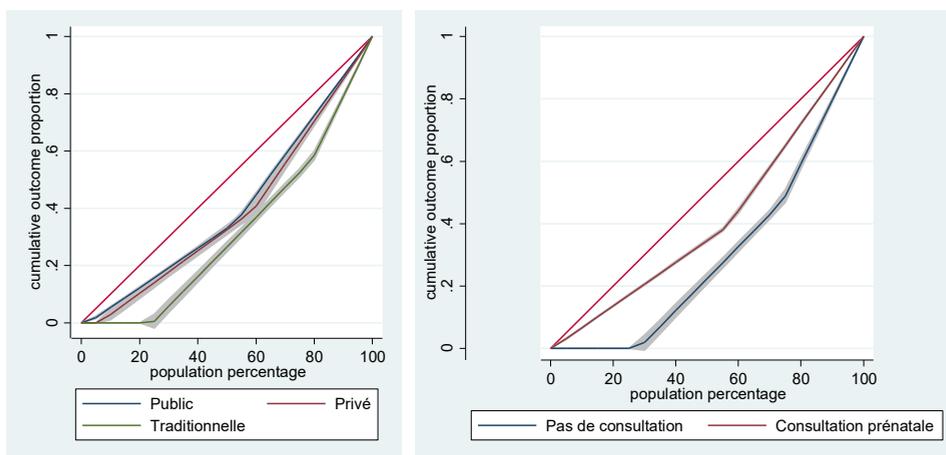
Source : auteur à partir des données (EDST-III, 2013–2014).

aux soins de santé peut être limitée pour un certain nombre de raisons, notamment le coût, la distance par rapport à l'établissement de soins de santé le plus proche, etc. Ainsi, ces besoins non satisfaits en matière de soins de santé peuvent conduire à une détérioration de la santé des femmes qui renoncent aux soins et peuvent accroître les inégalités en matière de santé si ces besoins non satisfaits sont concentrés chez les pauvres.

## 5. Résultats

### 5.1. Les courbes d'inégalité de soins de santé maternelle

La courbe de concentration de la figure 1 décrit l'évolution de la proportion cumulative de la santé par rapport à la proportion cumulative des individus d'une population classée par ordre croissant de leurs revenus. Lorsque le classement des individus est effectué en fonction de leurs niveaux de santé, l'on obtient alors la courbe de Lorenz. Si la courbe de Lorenz coïncide avec la diagonale, alors il n'existe pas d'inégalités de santé dans l'utilisation des soins maternelles. L'analyse nous montre que, les courbes se situent en dessous de la diagonale et s'en écartent d'autant plus que les inégalités constatées sont importantes. De plus, toutes les courbes se situent en dessous de la diagonale comme la figure 1, ce qui signifie que la répartition dans l'accès aux soins de santé maternelle favorise les individus les plus riches de la société, ce qui dénote de l'existence des inégalités sociales de santé. Comme dans le cas de la courbe de Lorenz, le degré d'inégalité est d'autant



**Figure 1. Inégalité d'accès aux soins de santé maternelle**

Source : auteur à partir des données (EDST-III, 2013–2014).

élevé que la courbe s'écarte de la diagonale. On remarque que les inégalités se font constatées chez les femmes ayant effectuées les consultations prénatales et l'accouchement a été fait plus dans les centres de santé public. C'est-à-dire que la courbe des femmes ayant accouchées dans un centre public est plus proche de la droite horizontale comparativement aux femmes qui ont accouchée dans le privé et à domicile. Cette figure 1 montre que la courbe de concentration était sous la ligne d'inégalité, ce qui indique que ces deux résultats sont concentrés parmi les riches.

### 5.2. Inégalité des indices de richesse et l'utilisation des services de santé maternelle

L'analyse de cette figure 2 montre l'utilisation des soins maternelle par rapport à l'indice de richesse au Togo. La tendance des inégalités dans l'utilisation des services de santé maternelle à travers cet indicateur montre que plus le statut socio-économique comme l'indice de richesse est bon, plus les services de santé maternelle ne sont utilisés. L'analyse de cet indice a encore renforcé l'observation d'inégalité dans l'utilisation des services de santé maternelle selon le lieu d'accouchement, le nombre de visite prénatale et les visites postnatales. Cette figure 2 nous permet de dire que les plus riches effectuent plus les visites prénatales et postnatales par

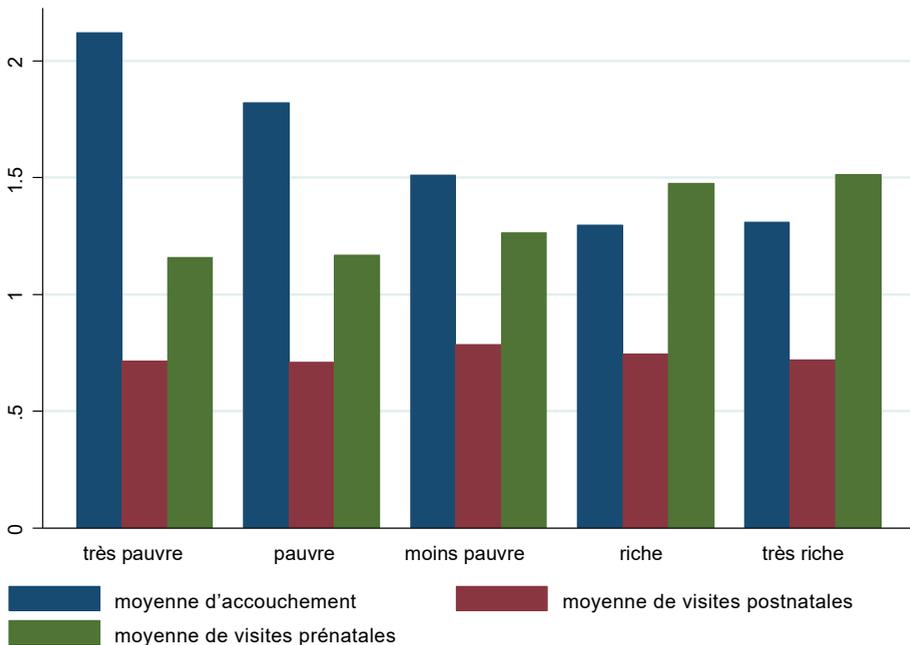


Figure 2. Inégalité de l'utilisation de soins de santé selon l'indice de richesse

Source : auteur à partir des données (EDST-III, 2013–2014).

rapports aux autres couches sociales. De plus, les pauvres accouchent plus que les riches d'où la fréquence est au-delà des 2% et sa diminue au fur et à mesure que l'indice de richesse est élevé.

### 5.3. Effet de l'analyse de décomposition et de contribution

L'inégalité économique dans les soins de santé découle de certains facteurs, de même que les inégalités en matière de santé maternelle (Goli et al., 2014). Par conséquent, les analyses de décomposition ont été réalisées pour identifier la contribution relative des facteurs socio-économiques d'inégalités dans l'utilisation des soins de santé maternelle. Les résultats de l'analyse de décomposition des inégalités sont sélectionnés pour la variable expliquée qui est la consultation prénatale.

L'analyse de décomposition clarifie comment chaque déterminant qui contribue à l'inégalité socioéconomique est liée à l'utilisation des services de santé maternelle. La contribution de chaque déterminant dépend : de son impact sur l'utilisation des services de santé maternelle ; et comment le déterminant est inégalement réparti. Les résultats de l'analyse de décomposition sont présentés comme suit :

L'effet marginal positif indique que le déterminant avait une association positive avec les résultats et avait une probabilité élevée de résultats comparés à la référence. La valeur absolue de la contribution signifie la mesure dans laquelle l'inégalité est attribuée à cette variable. La valeur positive de la contribution signifie que la variable contribue à l'inégalité en faveur des riches, c'est-à-dire les plus riches utilisent plus de services de santé maternelle que les pauvres et vice versa.

La variable nécessaire introduite dans le modèle est la variable âge. Elle indique que la contribution relative de ces deux groupes d'âge est négative. Ainsi, cette contribution par groupe d'âge montre des valeurs négatives pour les femmes qui se trouvent dans les groupes d'âge 15–20 ans et 31–49 ans. Le signe négatif de la contribution de ces groupes d'âge montre simplement que les femmes ayant des revenus plus faibles se trouvent dans ces groupes d'âge. Ces groupes d'âge affichent alors une faible contribution à l'inégalité des besoins de  $-0,024$  et  $-0,022$  pour les femmes respectivement. Cela s'explique par le fait que les femmes sont en âge de procréer et que leurs besoins en matière de soins de santé augmentent à cet âge. C'est l'un des déterminants qui a un impact élevé mais qui contribuera moins à l'indice de concentration qu'un indice à fort impact lié à l'inégalité des richesses. Les variables ayant été divisées en catégories, la contribution de chaque variable a été générée en additionnant les contributions des variables de chaque catégorie. Ainsi, les résultats sur la contribution des variables telles que le lieu de résidence, l'assurance maladie, le niveau d'éducation, les commerçants, les artisans selon ces catégories sont positifs. Cela signifie qu'elles contribuent davantage à l'inégalité.

Le tableau 2 montre clairement que la plupart des inégalités dans l'utilisation des services de santé maternelle peuvent être expliquées par des inégalités du niveau

**Tableau 2. Analyse de la décomposition des inégalités d'utilisation des soins de santé**

Variables	Moyenne	Probit model		Effet marginal	P >  Z	Indice de concentration	Contribution
		Coefficient	P >  Z				
Consultation prénatale	0,686					0,339	0,159
Age de la femme							
15-20	0,415	0,182*	0,085	0,058	0,085	-0,084	-0,024
31-49	0,391	0,29***	0,007	0,0913	0,006	-0,082	-0,022
Milieu de résidence							
Rural (ref)							
Urbain	0,378	1,016***	0,000	0,271	0,000	0,308	0,080
Couverture en assurance							
Pas assurance (ref)							
Assurance	0,044	0,216	0,184	0,064	0,149	0,350	0,0107
Education							
Aucun niveau (ref)							
Primaire	0,317	0,0085	0,864	0,0027	0,864	0,070	0,015
Secondaire	0,296	0,1081	0,126	0,034	0,117	0,258	0,052
Supérieur	0,027					0,409	0,0078
Occupation de femme							
Fonctionnaire (ref)							
Agriculture	0,225	-0,018	0,792	-0,005	0,793	-0,363	-0,056
Commerce	0,316	0,097	0,150	0,031	0,146	0,036	0,0079
Industrie	0,009	0,260	0,464	0,075	0,413	0,261	0,0016
Artisanat	0,189	0,147*	0,067	0,045	0,058	0,1739	0,0226
Occupation du mari							
Fonctionnaire (ref)							
Agriculture	0,459	0,214	0,253	0,068	0,252	-0,302	-0,095
Commerce	0,069		0,01	0,143	0,001	0,184	0,0088
Industrie	0,195	0,518***	0,007	0,144	0,002	0,372	0,0498
Artisanat	0,257	0,439**	0,02	0,129	0,011	0,2079	0,0366
Situation matrimoniale							
Veuf (ref)							
Marié	0,537	-0,083	0,11			-0,2056	-0,0757
Célibataire	0,257			-0,025	0,105	-0,029	-0,0041
Accès aux soins	0,421	0,126***	0,003	0,0403	0,003	-0,0328	-0,0094
Indice de richesse							
Très pauvre (ref)							
Pauvre	0,179	-0,104*	0,056	-0,0339	0,061	-0,122	-0,015
Moyens	0,179	0,028**	0,634	0,009	0,632	-0,0224	-0,0027
Riche	0,186	0,338***	0,002	0,098	0,001	0,233	0,0298
Très riche	0,214	0,621***	0,000	0,166	0,000	0,336	0,049

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

Source : élaboration propre.

de l'éducation de la femme, l'indice de richesse, l'assurance maladie. Parmi ces variables de contributions, le niveau de l'éducation, le milieu urbain et l'indice de richesse (riche et très riche) sont toutes positives et indiquant qu'elles constituent la plus grande contribution à l'inégalité de l'utilisation des services de santé maternelle. Toutes les contributions ont été positives, indiquant que la plupart des inégalités favorables aux riches sont affectés par l'éducation et la richesse. Donc, les femmes ayant un niveau d'enseignement primaire, secondaire et supérieur avaient une probabilité supérieure à la moyenne de l'utilisation des services de santé maternelle qui étaient concentrés d'une manière disproportionnée chez les femmes appartenant à des groupes socio-économiques.

Ce tableau 2 contient également des informations liées au coefficient de régression, à l'effet marginal et à l'indice de concentration de chaque facteur lié au risque des consultations prénatales, ainsi que les statistiques utilisées pour mesurer la significativité. D'une part, les femmes ayant des occupations dans par rapport à celle qui n'ont pas un emploi, les secteurs tant privés que public sont moins susceptibles de faire appel au service de soins prénatals qualifiés. Pour faciliter l'interprétation de la contribution de chaque variable explicative à l'inégalité des soins prénatals, il est important de voir d'abord la distribution de ces variables en fonction de leur indice de concentration. Une variable contribue à une inégalité si elle est inégalement répartie (ce qui est reflété par son indice de concentration) entre les pauvres et les riches. Le niveau d'instruction primaire, secondaire et supérieur de la femme est tous concentré parmi les individus ayant un statut élevé car ils présentent un indice de concentration positif respectif de 0,071, 0,258 et 0,409. Cela montre que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont un indice de concentration positif et plus élevé.

Comparativement, les femmes dont l'état civil se situe dans la catégorie des femmes mariées et célibataires ont toutes un indice de concentration négativement associé au statut socio-économique. Cela signifie qu'elles se situent relativement au bas de l'échelle des facteurs socio-économiques. Cela se traduit par un indice de concentration négatif de  $-0,2056$  pour les femmes mariées et de  $-0,029$  pour les femmes célibataires. La variable de l'indice de richesse présente différents indices de concentration pour cette variable catégorielle dans les estimations. Les femmes appartenant aux catégories moins pauvres (moyennes) et pauvres ont un indice de concentration négatif de  $-0,122$  et  $-0,0224$  respectivement. Cela indique que les femmes de cette catégorie sont vraiment moins bien loties économiquement en ce qui concerne l'utilisation des services de soins de santé maternelle, tandis que les femmes plus riches et plus aisées ont un indice de concentration positif ( $0,233$  pour les femmes riches et  $0,336$  pour les femmes très riches). Cela signifie qu'elles appartiennent à la catégorie des femmes dont le statut économique est élevé et favorable à l'utilisation des services de santé maternelle.

## 6. Discussion des résultats

Le présent document a mis en évidence un regroupement pro-riche qui favorise l'utilisation des soins de santé au Togo. Nos résultats sont conformes aux études précédentes sur l'utilisation des soins de santé en Chine (Leung et al., 2009) ; Elwell-Sutton et al., 2017) et sur les services des accouchements dans les centres de santé privés au Bangladesh et au Népal (Saito et al., 2016). La décomposition des facteurs socioéconomiques a montré que des facteurs tels que l'âge, le milieu de résidence, l'indice de richesse, l'occupation de la femme et l'assurance maladie agissent dans un sens favorable aux services de santé (Bonfrer & Gustafsson-Wright, 2017 ; Elwell-Sutton et al., 2017 ; Van Doorslaer et al., 2004).

Parmi les facteurs socioéconomiques, le niveau primaire, secondaire ou supérieure à un effet favorable aux pauvres sur l'utilisation des soins de santé. Ceci est en contradiction avec les conclusions d'études antérieures selon lesquelles l'enseignement secondaire, supérieur contribue de manière bénéfique à l'utilisation des soins de santé par les riches (Liu et al., 2002 ; Van Doorslaer & Masseria, 2004). Nos résultats sont toutefois cohérents avec ceux d'autres milieux à faible revenu, tels que les pays anglophones d'Afrique (Bonfrer et al., 2014). Le rôle de l'enseignement secondaire ou supérieur dans l'utilisation des soins de santé en faveur des pauvres peut être que les personnes éduquées soient capables d'identifier, de prendre des décisions et d'utiliser des services de santé (Navaneetham & Dharmalingam, 2002). De manière inattendue, notre analyse n'a révélé aucune preuve indiquant que les pauvres utilisaient davantage les services de santé publique et montraient qu'ils avaient encore moins de chances que les soins de santé soient utilisés après avoir ajusté les facteurs d'inégalité des besoins, malgré la fourniture de services de consultation gratuits dans les établissements publics.

La différence de résultats constatée entre l'indice de concentration et l'indice de concentration individuel s'explique par le fait que le premier indice ne tient pas compte des caractéristiques sociodémographiques des individus et que cette approche compare des moyennes entre les groupes. Ainsi, à travers ces résultats, les femmes les plus riches ont plus accès aux soins de santé maternelle que les femmes moins riches. Les indices de concentration confirment la présence de ce gradient social et indiquent une inégalité plus élevée pour l'accès à l'accouchement en milieu assisté que pour l'accès aux visites prénatales. Ce résultat est parfaitement en accord avec la littérature sur les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle qui met en évidence que le niveau de richesse, le niveau d'éducation de la femme qui constituent des principaux déterminants de l'accès aux soins maternels (Ahmed et al., 2010).

Pour assurer un accès équitable à l'utilisation des soins de santé prénatals, le programme d'assurance maladie à petite échelle permet à certaines femmes de

bénéficier d'un financement alternatif à ces soins de santé. Ce qui permet une mutualisation des risques maladie et favorise une utilisation des soins santé. Au Togo, par exemple, le gouvernement et les organisations non gouvernementales (ONG) mettent en œuvre des programmes visant à renforcer les services de santé maternelle et néonatale. Ces programmes comprennent la formation de sages-femmes, la construction de centres de santé mieux équipés, et la promotion de l'accès gratuit ou subventionné aux soins pour les femmes enceintes et les nourrissons. La sensibilisation accrue aux pratiques de soins prénataux et postnataux, ainsi que l'amélioration de l'accès aux services de santé reproductive, ont contribué à sauver des vies. La lutte pour améliorer la santé maternelle et néonatale au Togo est loin d'être terminée, mais les progrès réalisés jusqu'à présent sont encourageants.

Il est crucial de continuer à soutenir et à étendre ces initiatives pour garantir que chaque mère et chaque nouveau-né aient accès aux soins de santé dont ils ont besoin pour survivre et prospérer. De plus, les politiques mises en place et recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour réduire la mortalité maternelle visent à augmenter la proportion des femmes enceintes bénéficiant d'au moins quatre consultations prénatales durant leur grossesse, la proportion des accouchements en milieu assisté et à permettre à celles qui en ont besoin d'accéder à la césarienne. Par exemple, la réforme de l'assurance maladie urbaine en Chine a considérablement amélioré l'équité dans l'utilisation des services de soins ambulatoires (Liu et al., 2002). Pour accroître la couverture des soins maternels, les décideurs politiques ont mis en place des politiques visant à sensibiliser les femmes sur l'importance d'être suivies lors de la grossesse et à réduire le coût des soins maternels. Ce qui a favorisé une amélioration d'accès à l'utilisation des soins de santé maternel.

## 7. Limite

Cette étude présente certaines lacunes. La méthode d'échantillonnage utilisée pour la sélection des ménages était l'échantillonnage en grappes. Cette méthode peut conduire à des biais de sélection. En effet, le choix des ménages à enquêter ne se fait pas par simple sélection aléatoire. Ceci peut conduire à une surestimation ou une sous-estimation des inégalités de recours aux soins maternels si les ménages de la grappe partagent les mêmes facteurs de risque. Ce biais, s'il existe, n'a pas empêché la réalisation de l'étude car nos données sont comparables à celles des autres méthodes d'échantillonnage utilisées.

## Conclusion et recommandations

Cette étude a mis en évidence les inégalités en matière de soins prénatals et d'assistance professionnelle à un agent de santé au Togo. Les principaux résultats ont montré qu'une distribution des inégalités en matière de soins prénatals et d'accouchement selon l'EDS 2013 est liée à l'indice de richesse. La distribution des disparités pro-riches observées dans les soins de santé maternelle s'explique principalement par l'indice de richesse, l'éducation, la résidence, la couverture d'assurance maladie et l'accès à l'information. Les résultats ont suggéré que les décideurs en matière de santé publique au Togo peuvent se concentrer sur les femmes les plus vulnérables, en particulier celles issues de familles à faible revenu et vivant dans les zones rurales. Surtout, le fait que l'éducation maternelle et la richesse soient les principaux facteurs sous-jacents des inégalités en matière de soins de santé maternelle au Togo suggère la nécessité d'une approche multisectorielle pour remédier à ces disparités. Ces résultats soulignent la nécessité d'efforts soutenus pour réduire ces inégalités afin d'assurer une utilisation équitable des services de santé maternelle au Togo.

Notre étude comporte cependant quelques limites. La première limite correspond à l'absence de traitement de l'endogénéité. Néanmoins, l'objectif des méthodes de décomposition n'est pas de définir des relations causales, mais de mettre en lumière les facteurs qui contribuent positivement ou négativement aux inégalités. La seconde limite est relative à l'absence d'informations sur le motif (raison médicale ou meilleur confort pour les femmes) des césariennes pratiquées constitue également une limite. Enfin, cette étude n'a pu estimer l'évolution des inégalités dans le temps, ni faire une comparaison avant-après la mise en place du forfait selon un protocole quasi-expérimental.

## References

- Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *PLoS ONE*, 5(6), 11190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011190>
- Barros, A. J. D., Victora, C. G., Horta, B., Wehrmeister, F. C., Bassani, D. G., Silveira, M. F., Pozza dos Santos, L., Blumenberg, C., & Barros, F. C. (2019). Antenatal care and caesarean sections: Trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *International Journal of Epidemiology*, 48(1), 37–45. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy211>
- Bonfrer, I., & Gustafsson-Wright, E. (2017). Health shocks, coping strategies and foregone healthcare among agricultural households in Kenya. *Global Public Health*, 12(11), 1369–1390.

- Bonfrer, I., Van de Poel, E., & Van Doorslaer, E. (2014). The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. *Social Science & Medicine*, 123, 96–104.
- Chen, J., & Hou, F. (2002). Unmet needs for health care. *Health Reports*, 13(2), 23–34.
- Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431–657.
- Darling, R. D., & Serdar Atav, A. (2012). Risk factors for low birth weight in New York state counties. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 13(1), 17–26.
- EDST-III. (2013–2014). *Togo. Troisième enquête démographique et de santé*. ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR301/FR301.pdf>
- Elwell-Sutton, T., Fok, J., Albanese, F., Mathie, H., & Holland, R. (2017). Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *Journal of Public Health*, 39(1), 26–33.
- Feng, X. (2012). *Ethnic inequalities in social mobility at the neighbourhood scale: Evidence from the Office for National Statistics Longitudinal Study in England* [doctoral thesis]. University of St Andrews.
- Goli, S., Singh, L., Jain, K., & Pou, L. M. A. (2014). Socioeconomic determinants of health inequalities among the older population in India: A decomposition analysis. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29(4), 353–69.
- Huang, W. Y., Cai, Y. Z., Xing, J., Corke, H., & Sun, M. (2007). A potential antioxidant resource: Endophytic fungi from medicinal plants. *Economic Botany*, 61, 14–30.
- Jusot, F., Mage-Bertomeu, S., & Menendez, M. (2017). *Inequality of opportunity in health in Indonesia*. John Wiley & Sons.
- Kakwani, N., Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics*, 77(1), 87–103.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647–652.
- Lachaud, J. P. (2003). *Dynamique de pauvreté, inégalité et urbanisation au Burkina Faso*. Groupe d'Économie du Développement de l'Université Montesquieu Bordeaux IV.
- Lassi, Z. S., Majeed, A., Rashid, S., Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2013). The interconnections between maternal and newborn health-evidence and implications for policy. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(1), 3–53.
- Lauridsen, J., Christiansen, T., Gundgaard, J., Häkkinen, U. & Sintonen, H. (2007). Decomposition of health inequality by determinants and dimensions. *Health Economics*, 16(1), 97–102.
- Leung, K., Zhu, Y., & Ge, C. (2009). Compensation disparity between locals and expatriates: Moderating the effects of perceived injustice in foreign multinationals in China. *Journal of World Business*, 44(1), 85–93.
- Liu, G., Zhao, Z., Cai, R., Yamada, T., & Yamada T. (2002). Equity in health care access to: Assessing the urban health insurance reform in China. *Social Science and Medicine*, 55(10), 1779–1794
- Materia, E., Cacciani, L., Bugarini, G., Cesaroni, G., Davoli, M., Mirale, M. P., Vergine, L., Baglio, G., Simeone, G., & Perucci, C. A. (2005). Income inequality and mortality in Italy. *The European Journal of Public Health*, 15(4), 411–417.

- Navaneetham, K., & Dharmalingam, A. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1849–1869.
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., & Wagstaff, A. (2006). 17 decomposition of inequalities in health and health care. In A. M. Jones (Ed.), *The Elgar companion to health economics* (pp. 179–192). Edward Elgar Publishing.
- Rahman, M. A., Yunsheng, L., & Sultana, N. (2017). Analysis and prediction of rainfall trends over Bangladesh using Mann-Kendall, Spearman's rho tests and ARIMA model. *Meteorology and Atmospheric Physics*, 129(4), 409–424.
- Saito, E., Gilmour, S., Yoneoka, D., Gautam, G. S., Rahman, M. D., Shrestha, P. K., & Shibuya, K. (2016). Inequality and inequity in healthcare utilization in urban Nepal: A cross-sectional observational study. *Health Policy and Planning*, 31(7), 817–824.
- Tang, K. K., Petrie, D., & Prasada Rao, D. S. (2009). Measuring health inequality with realization of potential life years (RePLY). *Health Economics*, 18(S1), 55–75.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics* 13(7), 629–647.
- Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*. OECD Publishing.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *Journal of Human Resources*, 35(4), 716–733.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., & Watanabe, N. (2003). On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*, 112(1), 207–223.
- WHO (World Health Organization). (2010). *The world health report – health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization Publishing.
- WHO (World Health Organization). (2014). *The world health report – health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization Publishing
- WHO (World Health Organization). (2015). *State of inequality reproductive, maternal, newborn and child health*. Department of Health Statistics and Information Systems.
- WHO (World Health Organization). (2018). *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Zere, E., Oluwole, D., Kirigia, J. M., Mwikisa, C. N., & Mbeeli, Th. (2011). Inequities in skilled attendance at birth in Namibia: A decomposition analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 1–10.

**Alain REDSLOB**

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

Président de l'AIELF

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

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

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

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

**Prof. dr hab. Maciej ŻUKOWSKI**

Recteur de l'USEGP

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

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

**Dr Claudio RUFF ESCOBAR**

Recteur de l'Université Bernardo O'Higgins, Chili

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

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

Note aux lecteurs : Les textes à soumettre sont à adresser 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>

