

**FINANCIARISATION DE LA SANTE ET VULNERABILISATION
ECONOMIQUE DES MENAGES AU MALI : Une lecture systémique des
inégalités**

**FINANCIALIZATION OF HEALTHCARE AND ECONOMIC
VULNERABILITY OF HOUSEHOLDS IN MALI: A Systemic Reading of
Inequalities**

TANGARA Tahirou

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Économiques et de Gestion de Bamako (FSEGB)
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB) - Mali

SISSOKO Etienne Fakaba

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Économiques et de Gestion de Bamako (FSEGB)
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB) - Mali
Centre de Recherche et d'Analyses Politiques, Économiques et Sociales (CRAPES ML)

SACKO Mariama

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Économiques et de Gestion de Bamako (FSEGB)
Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB) - Mali

Date de soumission : 30/08/2025

Date d'acceptation : 08/10/2025

Pour citer cet article :

TANGARA. T. & al. (2025). « FINANCIARISATION DE LA SANTE ET VULNERABILISATION ECONOMIQUE DES MENAGES AU MALI : Une lecture systémique des inégalités. », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 6 : Numéro 10 » pp : 798- 822.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



Résumé

Cette étude analyse l'impact de la financiarisation du système de santé sur la vulnérabilité économique des ménages au Mali, dans un contexte de désengagement progressif de l'État et de transfert des charges vers les individus. En combinant une modélisation économétrique sur la période 1990–2022 (ARDL) et une enquête qualitative auprès de 50 acteurs du système sanitaire (patients, professionnels, gestionnaires), elle met au jour une dissymétrie structurelle : les dépenses publiques de santé soutiennent la croissance via le renforcement du capital humain, tandis que la hausse des dépenses privées contraint les capacités de consommation et d'investissement des ménages, aggravant les inégalités d'accès aux soins. Les témoignages révèlent des stratégies de contournement, des arbitrages budgétaires destructeurs, et une perte de confiance dans les institutions publiques. Loin d'être résiduelle, cette financiarisation modifie les logiques de protection sociale et affaiblit les conditions d'une croissance inclusive. L'article plaide pour une reconfiguration du financement de la santé fondée sur la solidarité redistributive, la régulation publique des coûts et l'élargissement effectif de la couverture sanitaire universelle.

Mots-clés : santé, financiarisation, inégalités sociales, vulnérabilité économique, Mali.

JEL : I15, I18, H51, O55, D63

Abstract :

This study investigates the impact of healthcare financialization on household economic vulnerability in Mali, amid a gradual withdrawal of the state and a shifting of health costs to individuals. Using a mixed-methods approach combining econometric modeling (ARDL, 1990–2022) and qualitative fieldwork with 50 stakeholders (patients, health professionals, administrators), it reveals a structural asymmetry: while public health spending fosters growth through human capital enhancement, the rise in private out-of-pocket expenses constrains household consumption and investment, exacerbating inequalities in healthcare access. The interviews expose avoidance strategies, harmful budgetary trade-offs, and growing distrust in public institutions. Far from being incidental, the financialization of the health system reshapes social protection mechanisms and undermines the foundations of inclusive growth. The article calls for a reconfiguration of health financing anchored in redistributive solidarity, state regulation of healthcare costs, and the effective expansion of universal health coverage.

Keywords: health, financialization, social inequality, economic vulnerability, Mali.

JEL codes: I15, I18, H51, O55, D63

Introduction

Au Mali, la santé tend à devenir un privilège, révélant un paradoxe structurel : alors même qu'elle est reconnue comme un déterminant majeur du développement humain et de la croissance économique, son accès demeure profondément inégalitaire. Ce paradoxe reflète une transformation plus large du rôle de l'État, marquée par une délégation croissante des fonctions sociales aux mécanismes de marché. Dans un contexte de crise multidimensionnelle — politique, sécuritaire, budgétaire —, cette reconfiguration prend la forme d'une financiarisation progressive du système de santé, entendue comme le déplacement de la responsabilité publique vers des formes de paiement direct, d'endettement individuel et de marchandisation des soins (Fine, 2010 ; Lemoine, 2015).

Depuis les années 1990, les réformes néolibérales et les ajustements structurels ont érodé les capacités budgétaires de l'État malien. En matière de santé, cela s'est traduit par une réduction des subventions publiques, un recours accru aux bailleurs de fonds et une montée en puissance du secteur privé. Alors que la Déclaration d'Abuja engageait les États africains à consacrer au moins 15 % de leur budget à la santé, le Mali n'en allouait qu'environ 7 % en 2022 (Banque mondiale, 2023). Parallèlement, la part des dépenses de santé supportée directement par les ménages a atteint 44,7 %, contre une moyenne recommandée de 20 % selon l'OMS (WHO, 2022). Ce basculement du financement – de l'impôt vers la poche des individus – soulève une question centrale : **dans quelle mesure ce transfert des charges sanitaires vers les ménages affecte-t-il la croissance économique et accentue-t-il la vulnérabilité des populations maliennes ?**

La théorie du capital humain (Becker, 1964) et les modèles de croissance endogène (Lucas, 1988 ; Romer, 1986) soulignent le rôle central des investissements en santé dans l'accumulation de compétences, l'allongement de la durée de vie active et la productivité du travail. Plusieurs travaux empiriques, notamment en Afrique subsaharienne, ont confirmé un lien positif entre dépenses publiques de santé et croissance du PIB par tête (Aboubacar & Xu, 2017 ; Bloom, Canning, & Sevilla, 2004). Toutefois, ces analyses négligent souvent la nature différenciée des canaux de financement. Dans un pays à faible couverture sociale comme le Mali, l'augmentation des dépenses privées n'a pas les mêmes effets économiques que l'investissement public : en l'absence de mécanismes de redistribution, elle engendre des arbitrages budgétaires défavorables (renoncements aux soins, vente d'actifs, réduction des dépenses éducatives), générant ainsi un appauvrissement latent (Jehu-Appiah et al., 2011 ; Marmot & Wilkinson, 2006).

C'est précisément ce phénomène que désigne la financiarisation du social : une logique dans laquelle les risques de la vie — maladie, vieillesse, maternité — sont individualisés, tandis que les institutions publiques reculent au profit de dispositifs marchands souvent exclusifs (Fine, 2010 ; Streeck & Thelen, 2005). Cette dynamique produit ce que Razavi (2011) nomme une vulnérabilité cumulative, où les ménages, confrontés à des revenus instables, à l'inflation et à l'insécurité, doivent arbitrer entre besoins vitaux concurrents dans un cadre institutionnel désengagé.

Pour analyser cette dynamique, cette étude mobilise une approche méthodologique mixte, articulant :

1. une modélisation économétrique (ARDL) sur la période 1990–2022, afin d'évaluer les effets différenciés des dépenses publiques et privées de santé sur la croissance du PIB par tête ;
2. une enquête qualitative conduite auprès de 50 acteurs du système de santé (patients, professionnels, gestionnaires, responsables associatifs), destinée à documenter les trajectoires de vulnérabilisation économique liées à la santé, les stratégies d'adaptation, ainsi que les perceptions du désengagement étatique.

L'hypothèse centrale qui guide cette recherche est la suivante : dans un contexte institutionnel fragile, la montée des dépenses privées de santé constitue un frein structurel à la croissance inclusive, en raison de ses effets régressifs sur la consommation, l'épargne, l'investissement domestique et la légitimité des institutions publiques. À l'inverse, une politique de financement redistributive, fondée sur l'extension de la couverture publique, peut renforcer à la fois l'efficacité macroéconomique et la cohésion sociale.

Cette recherche s'inscrit dans une perspective institutionnaliste critique, selon laquelle les effets économiques des politiques sociales ne peuvent être dissociés des régimes de gouvernance, des structures d'inégalités et des représentations sociales de la justice (Acemoglu & Robinson, 2012 ; Kaufmann, Kraay, & Mastruzzi, 2011). En croisant les dimensions macroéconomiques et sociales, elle ambitionne de combler un vide dans la littérature sur les effets systémiques de la financiarisation dans les pays à revenu faible, tout en nourrissant les débats contemporains sur la régulation publique du secteur de la santé au service d'un développement équitable.

1. Cadre théorique et analytique

1.1. La santé comme bien public sous tension

L'analyse des effets économiques de la santé repose historiquement sur la théorie du capital humain (Becker, 1964), selon laquelle l'éducation et la santé constituent des formes

d'investissement productif. En améliorant l'état sanitaire d'une population, les dépenses de santé prolongent la vie active, réduisent l'absentéisme et stimulent la croissance. Les modèles de croissance endogène (Romer, 1986 ; Lucas, 1988) prolongent cette logique en insistant sur le rôle du capital humain dans l'accumulation des rendements croissants et l'innovation technique.

De nombreuses études empiriques en Afrique subsaharienne valident cette hypothèse, en montrant une corrélation positive entre dépenses publiques de santé et PIB par tête (Bloom, Canning, & Sevilla, 2004 ; Aboubacar & Xu, 2017). Cependant, ces travaux reposent souvent sur des modélisations agrégées qui postulent une efficacité uniforme de la dépense, sans tenir compte des inégalités institutionnelles, sociales et territoriales.

Cette approche présente au moins trois limites :

- elle suppose que toute dépense produit automatiquement du capital humain, sans considérer la fragmentation des systèmes et la qualité des services (Sen, 2002) ;
- elle adopte une lecture productiviste, réduisant la santé à un simple intrant économique au détriment de ses dimensions sociales et politiques (Farmer, 2003) ;
- elle ignore les effets différenciés du financement : lorsque les ménages supportent une part croissante des coûts, les bénéfices deviennent régressifs et pèsent surtout sur les plus pauvres (Deaton, 2013 ; Eze, Lawani, Agu, & Acharya, 2022).

Dans le cas malien, où les paiements directs représentent près de la moitié des dépenses de santé, il est nécessaire de dépasser une lecture strictement agrégée. L'enjeu est d'interroger les effets distributifs de la dépense sanitaire et les dynamiques de désaffiliation sociale qu'elle produit.

1.2. Financiarisation, néolibéralisme et reconfiguration du social

La financiarisation désigne le processus par lequel les logiques de marché et les mécanismes individualisés de gestion du risque s'imposent dans des secteurs historiquement fondés sur la solidarité collective (Fine, 2010). Appliquée à la santé, elle se traduit par trois dynamiques :

1. Le recul du financement public au profit des paiements directs ou assurantiels ;
2. La mise en concurrence des structures de soins via des quasi-marchés ;
3. L'individualisation de la relation aux soins, conçus comme des biens de consommation.

Cette transformation correspond à ce que Streeck et Thelen (2005) décrivent comme une reconfiguration discrète des régimes sociaux, opérée par l'érosion progressive des institutions. Elle s'exprime dans la sous-budgétisation chronique, la fragmentation des dispositifs de couverture et la délégation implicite aux acteurs privés ou communautaires.

Au Mali, ces tendances sont visibles dans la montée des hôpitaux privés, la logique tarifaire croissante des CSCOM, et l'expansion des officines pharmaceutiques comme premier recours, y compris en milieu rural (Sissoko, 2024). Les innovations mutualistes récentes, censées préparer la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), révèlent à la fois des potentialités et de fortes limites liées au manque de soutien étatique (Touré et al., 2023 ; Boivin et al., 2025). La santé devient ainsi un espace gouverné par la solvabilité financière plus que par le droit, entraînant une fragilisation du contrat social : les citoyens sont transformés en clients, et les soignants en prestataires soumis à des logiques de rentabilité.

1.3. Vulnérabilités structurelles et inégalités sociales de santé

La financiarisation génère une production différenciée de vulnérabilités, selon les positions sociales, territoriales et genrées des individus. Razavi (2011) définit la vulnérabilité structurelle comme l'exposition inégale aux risques en fonction de l'insertion socio-économique, des rapports de genre et de la protection institutionnelle.

Au Mali, les ménages pauvres, surtout en zones rurales et périurbaines, subissent une double contrainte : faibles revenus et accès limité à des soins abordables. Les données disponibles montrent que les dépenses de santé représentent une charge critique, conduisant à l'endettement, à la vente de biens productifs ou au renoncement à l'éducation et à l'alimentation (UNICEF, 2022 ; OCHA, 2023 ; Ngepah & Ndzignat Mouteyica, 2024).

Les femmes sont particulièrement affectées : garantes de la santé domestique et souvent exclues de l'emploi formel, elles subissent à la fois un non-recours accru et une faible couverture assurantielle (Kabeer, 2010). Dans plusieurs contextes ouest-africains, la santé reproductive est considérée comme une dépense secondaire, exposant les femmes à une mortalité maternelle et néonatale évitable (Dauda & Balogun, 2024).

Ce cumul de contraintes engendre ce que Standing (2002) appelle une logique d'arbitrage destructeur : se soigner, c'est sacrifier d'autres besoins essentiels ; renoncer aux soins, c'est risquer l'irréversible. Ces arbitrages, bien que microéconomiques, produisent des effets macroéconomiques délétères : affaiblissement du capital humain, réduction de la productivité et érosion de la confiance envers l'État.

2. Méthodologie de la recherche

Cette étude mobilise une approche méthodologique mixte combinant une analyse économétrique à long terme et une enquête qualitative exploratoire. L'objectif est de saisir, dans une même dynamique analytique, les effets macroéconomiques des dépenses de santé sur la croissance et les mécanismes sociaux à travers lesquels le mode de financement sanitaire

influence la vulnérabilité économique des ménages maliens. Ce croisement d'approches répond à la nécessité de dépasser les modèles explicatifs purement agrégés, en intégrant les dimensions institutionnelles, sociales et subjectives qui modulent l'efficacité économique réelle des politiques de santé (Sen, 2002 ; Deaton, 2013 ; Razavi, 2011).

2.1. Approche quantitative : modélisation ARDL et données de séries temporelles

2.1.1. Justification du modèle ARDL

Le modèle ARDL (Autoregressive Distributed Lag), proposé par Pesaran, Shin et Smith (2001), est privilégié pour analyser les relations dynamiques entre les dépenses de santé et la croissance économique au Mali sur la période 1990–2022. Ce modèle présente plusieurs avantages méthodologiques décisifs :

- Il permet l'inclusion de variables ayant des ordres d'intégration mixtes ($I(0)$ et $I(1)$), contrairement au test de cointégration de Johansen (1991) qui requiert des variables intégrées d'ordre identique.
- Il distingue clairement les effets de court terme et de long terme à travers un mécanisme de correction d'erreur (ECM).
- Il corrige les problèmes d'endogénéité potentielle et d'autocorrélation, courants dans les séries temporelles macroéconomiques (Nkoro & Uko, 2016).

Le contexte économique malien, marqué par une forte instabilité exogène (crises politiques, chocs climatiques, sanctions régionales), justifie l'adoption d'un modèle capable de capter à la fois les ajustements rapides et les tendances structurelles à long terme.

2.1.2. Données, variables et sources

L'étude repose sur des données annuelles couvrant la période 1990–2022, extraites des bases suivantes :

- Banque mondiale (2023) : pour le PIB par habitant, l'espérance de vie, les dépenses de santé et d'éducation.
- INSTAT-Mali (2023) : pour les dépenses de santé des ménages issues des enquêtes ELIM et EMOP.

Tableau 1 : Variables retenues et hypothèses

Variable	Définition	Source	Signe attendu
PIB	Taux de croissance annuelle du PIB par habitant (%)	Banque mondiale	— (dépendante)
DEP_SANTE	Dépenses publiques de santé (% du PIB)	Banque mondiale	+
DCM_SANTE	Dépenses de santé supportées par les ménages (%)	INSTAT-Mali	—

ESP_VIE	Espérance de vie à la naissance (années)	Banque mondiale	+
DEP_EDU	Dépenses publiques d'éducation (% du PIB)	Banque mondiale	+ / 0
TMN	Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	Banque mondiale	–

Source : Auteurs, 2025

L'hypothèse principale est que les dépenses publiques de santé contribuent positivement à la croissance via l'amélioration du capital humain, tandis qu'un financement privé excessif limite la consommation et accroît la vulnérabilité des ménages (Bloom et al., 2004 ; Barro, 1990 ; Strauss & Thomas, 1998).

2.1.3. Tests économétriques préalables

Trois batteries de tests ont été conduites avant estimation :

- **Stationnarité des séries** : par les tests de Dickey-Fuller augmenté (ADF) et Phillips-Perron (PP).
- **Cointégration** : par la procédure Bound Test (Pesaran et al., 2001) pour vérifier l'existence d'une relation de long terme.
- **Robustesse du modèle** : test de normalité (Jarque-Bera), test d'hétéroscédasticité (Breusch-Pagan-Godfrey), test de stabilité des coefficients (CUSUM).

Tableau 2 : Tests de robustesse du modèle ARDL

Test appliqué	Statistique	Valeur critique ou interprétation	p-value	Conclusion
Test de normalité (Jarque-Bera)	JB = 0,6608	JB < 5,99 ($\alpha = 5\%$)	0,7186	Erreurs normalement distribuées
Hétéroscédasticité (Breusch-Pagan-Godfrey)	F = 0,5074	Faible, non significatif	0,8956	Homoscédasticité confirmée
CUSUM (test de stabilité)	Courbe dans les bandes	Intervalle à 5 % respecté	—	Stabilité des coefficients vérifiée
CUSUMSQ (stabilité structurelle)	Pas de rupture observée	Toutes les valeurs dans l'enveloppe	—	Aucun changement structurel détecté

Source : Auteurs, 2025

Lecture : Les tests de robustesse confirment la qualité statistique du modèle. Les résidus suivent une loi normale, l'hypothèse d'homoscédasticité est respectée, et les tests de stabilité (CUSUM et CUSUMSQ) indiquent l'absence de rupture structurelle dans la relation estimée. Ces résultats renforcent la validité des coefficients obtenus et la fiabilité des interprétations économiques associées.

2.2. Approche qualitative : enquête empirique et analyse documentaire

2.2.1. Objectifs et posture épistémologique

La dimension qualitative vise à explorer les dynamiques sociales invisibilisées par les indicateurs macroéconomiques : arbitrages budgétaires, stratégies de renoncement aux soins, perceptions de l'État, formes d'adaptation locale. Elle permet également de qualifier les effets distributifs des modes de financement, notamment au prisme du genre, de la localisation géographique et du statut socioéconomique (Razavi, 2011 ; Farmer, 2003).

2.2.2. Échantillon et terrain

Une enquête qualitative a été conduite auprès de 50 personnes, sélectionnées par échantillonnage raisonné pour refléter la diversité des profils affectés par la financiarisation du système de santé.

Tableau 3 : Profil de l'échantillon qualitatif par catégorie d'acteurs, nombre et représentativité sociale

Code	Catégorie d'acteurs	Nombre ciblé	Profil représentatif
MR	Ménages ruraux	15	Agriculteurs, femmes âgées, chefs de ménage sans emploi formel
MU	Ménages urbains précaires	15	Vendeuses, jeunes sans emploi, familles mono-parentales
PS	Professionnels de santé	10	Infirmiers, sages-femmes, médecins généralistes en CSCOM
AS	Administrateurs sanitaires	5	Directeurs de CSCOM, chefs de services de district
OA	Acteurs associatifs / ONG	5	Responsables d'ONG santé, mutuelles communautaires

Source : Auteurs, 2025

Les entretiens ont été menés entre janvier et avril 2025, en présentiel ou par téléphone selon les contraintes de sécurité et d'accessibilité, sur la base d'un guide d'entretien semi-directif structuré autour de cinq axes : accès aux soins, financement, arbitrages, perception de l'État, et stratégies d'adaptation (voir annexe 1).

2.2.3. Traitement des données

Les données ont été retranscrites puis analysées selon une approche thématique en trois phases (Miles, Huberman & Saldaña, 2014) :

1. **Codage ouvert** par mots-clés (ex. : renoncement, sacrifice, confiance, endettement)
2. **Catégorisation** par profils et territoires
3. **Mise en relation** avec les résultats du modèle quantitatif pour croisement analytique

L'anonymat a été garanti par des codes d'identification (ex. : MR15, PU07), et la saturation des discours a été atteinte au-delà de 40 entretiens.

2.2.4. Analyse documentaire secondaire

L'enquête de terrain est complétée par une analyse documentaire structurée, afin d'inscrire les récits individuels dans les dynamiques institutionnelles et budgétaires. Les sources mobilisées incluent :

- OMS (2022) : *Health System Profile – Mali*
- UNICEF (2022) : *Rapport sur la santé maternelle et infantile*
- OCHA (2023) : *Aperçu humanitaire du Mali*
- Banque mondiale (2023) et FMI (2024) : *Notes économiques sur les dépenses sociales*

Cette triangulation permet d'identifier les dissonances entre les discours institutionnels (efficacité, ciblage) et les réalités de terrain (inégalités, désengagement, arbitrages privés).

2.2.5. Articulation des deux volets méthodologiques

Le dispositif méthodologique repose sur une logique de complémentarité analytique. Le modèle ARDL identifie les effets structurels des dépenses de santé (publiques et privées) sur la croissance. L'enquête qualitative en précise les mécanismes, perceptions et conséquences sociales différenciées, en particulier les arbitrages destructeurs induits par les paiements directs. Ce croisement répond aux appels à une approche intégrée du développement humain, combinant évaluation statistique et compréhension contextuelle des déterminants de la vulnérabilité (Sen, 2002 ; Standing, 2002 ; Razavi, 2011).

2.3. Hypothèses de recherche

Quatre hypothèses, ancrées dans la littérature théorique et empirique, structurent l'analyse de l'effondrement silencieux au Mali.

- **H1.** Le chômage des jeunes serait positivement corrélé à la fragilité étatique, révélant l'incapacité structurelle de l'État à intégrer sa population active dans un marché organisé (Rotberg, 2003 ; Fukuyama, 2004), constat déjà formulé pour l'Afrique subsaharienne (Urdal, 2006 ; ILO, 2022).
- **H2.** L'expansion de l'emploi informel favoriserait une pauvreté durable malgré la croissance du PIB par habitant, l'informalité agissant comme mécanisme de régulation qui bloque l'accumulation et la mobilité sociale (Paugam, 2005 ; Charmes, 2012).
- **H3.** La détérioration du capital humain amplifierait la reproduction structurelle de la vulnérabilité par non-conversion des acquis éducatifs en opportunités, à rebours des postulats de Becker (1964) et Sen (1999), tendance documentée dans plusieurs pays africains (Pritchett, 2001 ; UNESCO, 2023).

- **H4.** Les chocs politico-institutionnels post-2020 — coup d'État, retrait des partenaires, recentrage militaire — constitueraient un point d'inflexion aggravant l'effondrement silencieux, en renforçant le retrait fonctionnel de l'État sous rhétorique souverainiste (Hibou, 2011 ; Bayart, 2006 ; International Crisis Group, 2023 ; Mendive, 2020).

3. Résultats et analyses croisées

Cette section présente les résultats combinés de l'analyse économétrique et de l'enquête qualitative. L'objectif est double : d'une part, identifier les relations statistiques robustes entre dépenses de santé et croissance économique ; d'autre part, contextualiser ces dynamiques à partir des trajectoires concrètes vécues par les acteurs du système de santé. L'approche intégrée permet de mettre en lumière des effets structurels invisibles à l'analyse strictement agrégée, tout en confrontant les indicateurs aux réalités vécues.

3.1. Résultats économétriques : asymétries dans les effets du financement sanitaire

Le modèle ARDL estimé sur la période 1990–2022 met en évidence des relations différenciées entre les composantes du financement de la santé et la croissance économique, avec des effets contrastés selon l'horizon temporel.

- **Dépenses publiques de santé** : L'effet estimé est positif et significatif à long terme (coefficient = +2,698 ; $p < 0,01$) et à court terme (+1,671 ; $p < 0,001$). Ce résultat valide l'hypothèse selon laquelle l'investissement public en santé améliore la productivité globale par l'accumulation de capital humain (Becker, 1964 ; Bloom et al., 2004).
- **Dépenses privées des ménages (DCM_SANTE)** : L'effet est négatif et fortement significatif sur le PIB, avec un coefficient de -11,73 à long terme ($p < 0,01$) et de -2,07 à court terme ($p < 0,01$). Ces valeurs soulignent l'effet récessif d'un financement direct des soins en contexte de faible protection sociale (Strauss & Thomas, 1998 ; Fine, 2010).
- **Espérance de vie à la naissance** : Corrélée positivement au PIB (court terme : +5,69 ; $p < 0,01$), cette variable agit comme proxy de la qualité sanitaire globale et de la résilience humaine dans l'économie (Lucas, 1988 ; Romer, 1986).
- **Mortalité néonatale** : Relation négative significative (coefficient = -7,24 ; $p < 0,05$), reflétant l'effet délétère des défaillances du système de santé maternel et infantile sur les perspectives démographiques et productives.

Le modèle présente un bon ajustement global (R^2 ajusté = 0,92) et une vitesse de correction rapide des déséquilibres de court terme (coefficient ECM = -1,41 ; $p < 0,01$), indiquant une forte sensibilité de la croissance aux chocs liés aux dépenses de santé.

Tableau 4 : Résultats du modèle ARDL - Relations de long terme (long-run coefficients)

Variable	Coefficient	Erreur standard	t-Statistic	p-value
DEP_SANTE (publiques)	+2,6989	0,8061	3,3482	0,0101
DCM_SANTE (privées)	-11,7314	3,3419	-3,5104	0,0080
ESP_VIE	-0,3232	1,2321	-0,2623	0,7997
DEP_EDU	-3,1334	1,1267	-2,7812	0,0239
TMN (mortalité néonatale)	+1,1306	0,5022	2,2512	0,0545
Constante	+33,1057	86,3667	0,3833	0,7115

Source : Auteurs, 2025

Tableau 5 : Relations de court terme (ECM regression)

Variable	Coefficient	Erreur standard	t-Statistic	p-value
D(DEP_SANTE)	+1,6711	0,2687	6,2186	0,0003
D(DCM_SANTE)	-2,0666	0,6526	-3,1666	0,0133
D(ESP_VIE)	+5,6976	1,1030	5,1658	0,0009
D(ESP_VIE)(-1)	+10,0040	1,1296	8,8566	0,0000
D(TMN)	-7,2414	2,7921	-2,5936	0,0319
D(TMN)(-3)	+25,9236	3,0255	8,5683	0,0000
CointEq(-1) (ECM term)	-1,4068	0,0966	-14,5636	0,0000

Source : Auteurs, 2025

3.1.1. Statistiques du modèle ARDL final

- R^2 ajusté = **0,9210**
- Durbin-Watson stat = **2,33**
- Akaike info criterion = **3,71**
- F-stat (Bound test) = **17,314** → Cointégration confirmée

À long terme, une augmentation d'un point de pourcentage des dépenses publiques de santé entraîne une hausse de 2,7 % du PIB par habitant, tandis que la même hausse des dépenses privées génère une chute de 11,7 %. À court terme, les effets restent significatifs dans le même sens. Le terme de correction d'erreur (ECM) est fortement négatif et significatif, indiquant une vitesse d'ajustement rapide vers l'équilibre. Ces résultats valident l'hypothèse selon laquelle la structure du financement de la santé – plus que son niveau global – conditionne son efficacité économique.

En somme, les dépenses publiques génèrent un effet multiplicateur, tandis que les dépenses privées jouent un rôle de déflateur économique, signalant une inadéquation structurelle dans le mode de financement du système de santé.

3.2. Témoignages de terrain : matérialité des arbitrages et désaffiliation sociale

Les entretiens menés auprès de 50 personnes révèlent une série de récits convergents autour de la précarisation induite par les dépenses de santé. Ces récits, loin d'être anecdotiques, traduisent des formes incarnées de la financiarisation du social (Fine, 2010), dans lesquelles les individus internalisent la prise en charge sanitaire comme un risque économique privé, assumé en l'absence de garantie institutionnelle.

- Verbatim 1 – Renoncement silencieux face à l'obstacle financier (MR03)

« À chaque fois on me demande de l'argent pour le carnet, les analyses, même le savon. Je n'ai pas 5 000 francs. Je reste à la maison, je prie. »

Ce témoignage révèle une vulnérabilité cumulative (Razavi, 2011), dans laquelle le coût marginal d'un accès au soin basique suffit à disqualifier une femme enceinte des circuits biomédicaux formels. La prière, ici, se substitue à l'État, dans un contexte d'effacement institutionnel.

- Verbatim 2 – Fatigue professionnelle et sous-équipement (PS04)

« On est deux pour couvrir six villages. [...] Si ça continue, je quitte. Ce n'est plus un métier, c'est un piège. »

Ce propos souligne un double effet de la financiarisation : non seulement les patients sont exposés à des coûts directs dissuasifs, mais les soignants eux-mêmes évoluent dans un environnement de désengagement systémique, minés par l'épuisement et la perte de sens. Le soin devient un effort moral, non plus garanti par un appareil public, mais maintenu par un sens du devoir individuel.

- Verbatim 3 – Désépargne contrainte et déstabilisation économique (MR12)

« J'ai vendu une chèvre, puis deux moutons. Maintenant on a plus rien. »

Ce cas illustre un mécanisme de désaccumulation productive : pour accéder à un soin vital, le ménage détruit son capital économique. Ce type d'arbitrage fragilise non seulement la résilience immédiate, mais affaiblit structurellement la capacité d'autonomie économique, reproduisant ainsi le cycle de précarité.

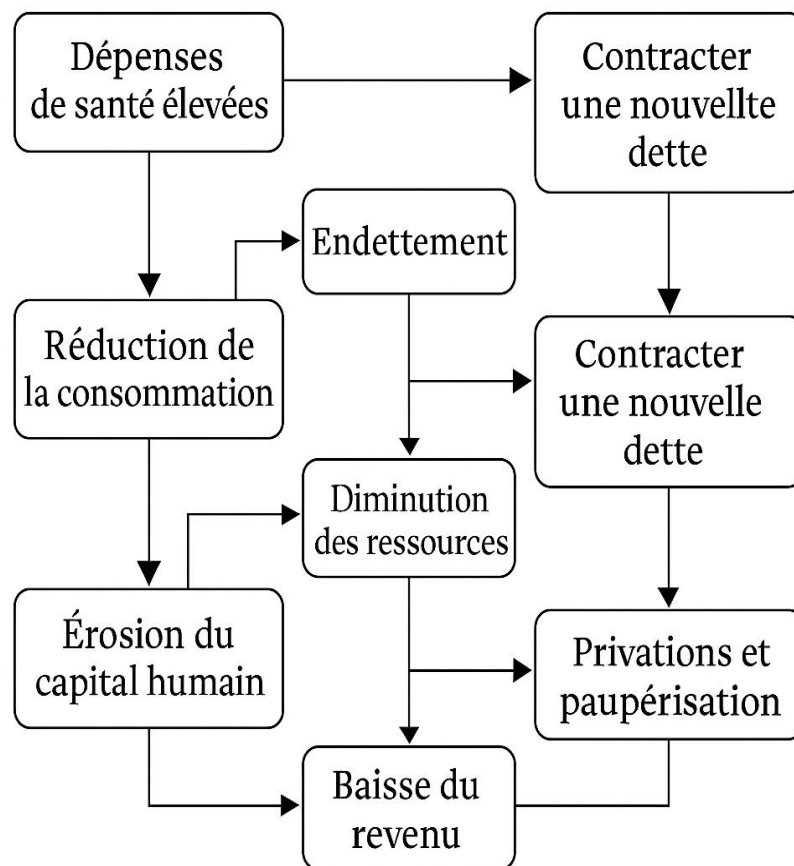
- Verbatim 4 – Rupture de trajectoire et désaffiliation (MU07)

« J'étais en deuxième année à l'INFSS, mais sans bourse, j'ai arrêté. [...] C'est la santé elle-même qui nous rend malades. »

L'exclusion du système sanitaire déborde ici la sphère des soins. Elle devient structurelle, générationnelle, symbolique. Le désengagement de l'État est perçu comme une trahison silencieuse, nourrissant une logique de désaffiliation sociale et civique.

Ces témoignages ne relèvent pas de cas-limites : ils traduisent une normalisation de l'exclusion et une inversion du droit. Se soigner devient un privilège conditionné à la solvabilité, et non une garantie publique. La financiarisation du système n'est donc pas seulement une logique budgétaire : c'est un processus politique de sélection sociale, dans lequel la vulnérabilité est institutionnalisée.

Figure 1 : Cartographie des mécanismes de précarisation induits par les dépenses privées de santé



Source : Élaboration de l'auteur à partir des résultats quantitatifs (ARDL) et qualitatifs (entretiens n=50).

Lecture : chaque flèche représente un enchaînement causal observé dans les trajectoires des ménages précaires face à des dépenses de santé non prises en charge.

La figure 1 met en évidence l'engrenage cumulatif par lequel les dépenses privées de santé précipitent les ménages maliens dans une spirale de vulnérabilité économique. Chaque étape du processus – de l'événement sanitaire initial au renoncement aux soins, à l'endettement, puis à la perte d'actifs – amplifie la précarité, affaiblit le capital humain et compromet la résilience future. Cette dynamique circulaire illustre que le financement direct de la santé par les ménages ne constitue pas seulement un obstacle à l'accès aux soins, mais un facteur structurel de reproduction de la pauvreté.

Tableau 6 : Typologie des formes de désaffiliation sanitaire selon les profils sociaux

Profil socio-économique	Forme de désaffiliation	Mécanisme déclencheur	Conséquence économique et sociale
Femme rurale sans revenu	Renoncement complet aux soins	Incapacité à payer les frais minimums (analyses, transport)	Accouchement sans suivi, risque vital accru, invisibilité sociale
Éleveur semi-sédentaire	Désépargne forcée	Soins d'urgence (césarienne, paludisme grave)	Vente de bétail, perte de capacité productive, appauvrissement
Jeune urbain sans emploi	Rupture de trajectoire scolaire	Absence de bourse, coût de formation en santé	Sortie du système éducatif, informalité, démotivation civique
Infirmier en zone enclavée	Usure professionnelle	Manque de moyens, surcharge de travail	Intention de départ, perte de qualité des soins, désertion

Source : Élaboration de l'auteur à partir des entretiens qualitatifs (n=50).

***Lecture :** ce tableau identifie des mécanismes d'exclusion différenciés selon la position socioéconomique, mettant en lumière la segmentation fonctionnelle du système de santé.*

3.3. Analyse croisée : convergences, tensions et dynamiques invisibles

L'articulation des deux volets de l'analyse révèle une concordance forte entre la trajectoire macroéconomique observée et les vécus sociaux rapportés. Trois tensions majeures émergent.

3.3.1. De la rationalité économique à la violence sociale

L'effet négatif des dépenses privées sur la croissance n'est pas un artefact statistique : il est porté par des choix forcés, qui sacrifient l'alimentation, l'éducation ou l'épargne productive. La santé devient un poste à risque, dont le coût compromet l'ensemble de la reproduction sociale.

3.3.2. Invisibilisation des inégalités structurelles

Les indicateurs macro masquent des fractures territoriales (rural/urbain), sociales (genre, pauvreté), et institutionnelles (accès différencié aux infrastructures). Le système apparaît comme formellement national, mais fonctionnellement dual, segmenté entre zones d'accumulation (privé urbain) et zones d'abandon.

3.3.3. Recul de la promesse républicaine et rupture du pacte civique

Le désengagement de l'État est ressenti comme un abandon. Ce vide institutionnel ne produit pas simplement de l'inefficacité, mais alimente un sentiment d'illégitimité du système public, contribuant à l'érosion de la citoyenneté sociale (Streeck & Thelen, 2005).

En définitive, la convergence entre les résultats quantitatifs et les récits qualitatifs montre que la structure actuelle de financement du système de santé au Mali produit de la croissance inégalitaire, fragilise les fondations sociales de l'économie, et altère la légitimité de l'État. Ces

constats appellent une relecture critique des modèles de développement fondés sur l'investissement « socialement neutre », en soulignant l'importance des conditions politiques, distributives et institutionnelles de l'efficacité économique.

Tableau 7 : Synthèse croisée des effets mesurés et vécus du financement de la santé

Indicateur	Effet sur le PIB (ARDL)	Évidence qualitative (verbatim)	Effet perçu par les ménages
Dépenses publiques de santé	+2,698 (long terme, $p < 0,01$) +1,671 (court terme, $p < 0,001$)	Infirmiers ruraux évoquant le manque de dotation mais reconnaissance des services gratuits ou subventionnés (Cas 2)	Efficace, mais inégalement réparti et limité
Dépenses privées des ménages	-11,731 (long terme, $p < 0,01$) -2,066 (court terme, $p < 0,01$)	Vente de bétail pour soins d'urgence (Cas 3), renoncement à l'hospitalisation (Cas 1)	Désastreux, vécu comme une injustice structurelle
Espérance de vie à la naissance	+5,697 (court terme, $p < 0,01$)	Corrélé au suivi régulier, inaccessible pour les plus pauvres	Effet indirect, non maîtrisé par les individus
Mortalité néonatale (TMN)	-7,241 (court terme, $p < 0,05$)	Accouchements sans suivi, mortalité infantile non médicalisée (Cas 1)	Tragédie silencieuse, peu politisée

Source : Auteurs, 2025

4. Discussions

Les résultats empiriques de cette étude confirment que le mode de financement du système de santé est un déterminant majeur non seulement de la performance économique du Mali, mais aussi de la production et de la distribution de la vulnérabilité. Loin de se limiter à un effet sectoriel, la privatisation rampante du financement sanitaire produit des effets systémiques : elle affaiblit le capital humain, désorganise la consommation des ménages, et génère une défiance profonde envers l'État. Cette section propose une discussion critique structurée autour de trois axes : les enseignements analytiques, les tensions avec la littérature existante, et les implications institutionnelles.

4.1. Le financement de la santé comme ligne de fracture économique

Le principal résultat de cette étude est clair : la croissance n'est pas affectée par la santé en tant que telle, mais par la manière dont elle est financée. Le contraste entre l'effet positif des dépenses publiques et l'effet négatif des dépenses privées est non seulement statistiquement robuste, mais socialement explicable.

Derrière les agrégats se jouent des arbitrages quotidiens : sacrifier un repas pour acheter des médicaments, vendre une chèvre pour financer une césarienne, ou renoncer à un accouchement surveillé faute de 5 000 francs CFA. Ces choix, documentés dans les récits de terrain, ne sont

pas des défaillances individuelles mais les effets attendus d'un système désinstitutionnalisé, où l'accès au soin dépend du portefeuille.

Ce résultat invalide l'illusion d'une neutralité du financement. Il démontre que la financiarisation du système de santé agit comme un multiplicateur d'inégalités économiques et sociales (Fine, 2010 ; Razavi, 2011), et que les gains potentiels en productivité sont annulés par les effets régressifs induits par l'endettement sanitaire, la désépargne et l'auto-exclusion.

4.2. Une lecture critique de la littérature dominante

L'étude confirme certaines analyses classiques fondées sur la théorie du capital humain (Becker, 1964 ; Lucas, 1988), mais elle en déplace radicalement le centre de gravité. Là où ces modèles postulent une relation positive entre santé et croissance, notre approche montre que cette relation est conditionnée par les rapports de pouvoir, la capacité redistributive de l'État, et l'accès effectif aux droits sociaux.

Contrairement à une partie de la littérature macroéconomique sur la santé dans les pays à faible revenu — souvent technocratique, centrée sur les dépenses « efficaces » —, cette étude met en évidence que la dépense privée n'est pas un substitut imparfait à la dépense publique : elle est un mécanisme de précarisation active (Farmer, 2003 ; Deaton, 2013). Plus encore, elle délégitime les discours institutionnels sur la résilience, en montrant que celle-ci s'apparente dans de nombreux cas à un processus de survie désespérée, et non à une capacité structurelle. Enfin, les résultats interrogent aussi certaines politiques sanitaires qui, sous couvert de ciblage et d'efficacité, produisent en réalité une stratification de l'accès à la santé : urbain contre rural, salarié contre informel, assuré contre non-couvert. Le mythe de la croissance inclusive est ici déconstruit par les récits de renoncement, d'humiliation et de fatigue institutionnelle.

4.3. Institutions, fiscalité et désaffiliation sociale : une crise silencieuse

Le transfert des charges sanitaires vers les individus n'est pas seulement un choix budgétaire. Il signe une crise politique de la redistribution. Loin de renforcer l'autonomie des ménages, la logique actuelle les expose à une triple disqualification : économique (ils s'appauvrissent), institutionnelle (ils renoncent aux droits), et symbolique (ils cessent d'attendre quoi que ce soit de l'État).

Ce constat renvoie à une mutation plus large du rôle de l'État malien, pris entre pression fiscale, dépendance à l'aide extérieure, et priorité sécuritaire. Dans ce contexte, la santé devient une variable d'ajustement invisible, reléguée derrière les urgences diplomatiques et militaires. Pourtant, c'est dans ce champ que se joue la qualité du lien social et la légitimité de l'action publique.

La perception d'un désengagement progressif alimente une défiance généralisée. Les ménages ne voient plus l'État comme protecteur, mais comme absent ou extractif. Cela affaiblit le consentement à l'impôt, favorise le recours aux circuits informels, et délégitime la sphère publique.

La financiarisation sanitaire est donc un symptôme d'un effondrement silencieux du contrat social. Elle matérialise la dislocation d'un principe fondamental : la garantie de soins de base comme droit inaliénable. Or, c'est précisément cette garantie qui fonde le pacte républicain et la cohésion d'une société.

Tableau 8 : Validation des hypothèses de recherche

Hypothèse	Contenu de l'hypothèse	Résultats empiriques	Validation	Commentaire analytique
H1	Les dépenses de santé ont un effet positif sur la croissance économique	Dépenses publiques : effet positif à court et long terme (ARDL)	✓ Confirmée	L'impact positif passe par le capital humain et la productivité, mais dépend de la nature publique et redistributive de la dépense.
H2	Les dépenses publiques ont un effet plus significatif que les dépenses privées	Dépenses privées : effet fortement négatif (-11,73) ; publiques : +2,69	✓ Confirmée	Le mode de financement détermine l'efficacité : les dépenses privées génèrent précarisation et contraction de la consommation.
H3	L'espérance de vie a un effet positif sur la croissance	Court terme : effet significatif (+5,69) ; long terme : non significatif	✓ Partiellement confirmée	L'effet existe à court terme via la productivité, mais dépend de la qualité et la continuité des services de santé.
H4	L'impact des dépenses de santé varie selon les secteurs d'activité	Non testé économétriquement ; effets différenciés repérés qualitativement (éducation, agriculture, emploi)	⚠ Partiellement observée	Les données qualitatives suggèrent des effets sectoriels différenciés, nécessitant une analyse empirique plus ciblée.

Source : Auteurs, 2025

Lecture : Trois des quatre hypothèses sont confirmées empiriquement. L'hypothèse H2 est la plus solidement validée, soulignant que le régime de financement est plus structurant que la dépense globale elle-même. L'hypothèse H4 ouvre un champ de recherche secondaire

important, notamment pour des analyses sectorielles croisées (santé-éducation, santé-agriculture, santé-emploi).

5. Recommandations politiques

Les résultats de cette recherche confirment que le système de financement de la santé au Mali est structurellement inégalitaire, économiquement inefficace et socialement délégitimant. L'enjeu n'est pas de corriger à la marge un dysfonctionnement, mais de refonder une architecture institutionnelle où la santé n'est plus un privilège conditionné par la solvabilité, mais un droit garanti par la redistribution.

Afin d'assurer une mise en œuvre progressive et réaliste, les recommandations sont hiérarchisées en trois horizons temporels :

Court terme (1–3 ans) : Garantir l'accès immédiat aux soins essentiels

- **Constitutionnaliser le droit à la santé** : inscrire l'accès gratuit aux soins de base (maternité, urgences, maladies chroniques) dans la Constitution et adopter une loi organique rendant ce droit juridiquement opposable.
- **Supprimer les paiements directs dans les structures publiques de premier niveau** : abolir tous les frais d'accès (carnet, dossier, soins de base), introduire un financement par capitation publique via le futur régime d'assurance maladie universelle (AMU), et sanctionner tout paiement illicite.
- **Renforcer la présence de personnel de santé** : organiser des concours de titularisation et stabiliser les primes selon des critères transparents.

Moyen terme (3–5 ans) : Construire une couverture redistributive et inclusive

- **Mettre en place une Assurance maladie universelle (AMU) obligatoire et redistributive** :
 - Financement via une fiscalité affectée (TVA de luxe, redevances minières),
 - Cotisations proportionnelles selon revenus,
 - Subventions croisées pour les populations précaires.
- **Unifier les régimes existants** (mutuelles, CMSS, gratuité partielle) dans un système public unique.
- **Territorialiser équitablement les budgets sanitaires** : allocation selon des critères de pauvreté, d'accessibilité et de ratio soignants/population, création d'un Fonds national d'égalisation sanitaire financé par les ressources extractives et l'aide extérieure.

Long terme (5–10 ans) : Consolider un système équitable et régulé

- **Imposer un plancher budgétaire de 15 % du budget national pour la santé :** obligation inscrite dans la loi de finances avec audits indépendants réguliers.
- **Créer une Autorité nationale de régulation sanitaire indépendante :** composée de représentants de la société civile, de syndicats et d'experts, avec pouvoir de suspension des budgets en cas de non-respect des critères d'équité, de transparence ou d'efficacité.
- **Institutionnaliser la formation continue et la régulation des carrières sanitaires :** rendre obligatoire la formation continue financée par l'AMU et réinscrire durablement le personnel de santé dans le service public.

Tableau 9 : Recommandations politiques pour une refondation équitable du financement de la santé au Mali

Horizon temporel	Axe stratégique	Recommandations clés	Mesures concrètes
Court terme (1–3 ans)	Réformes de rupture	Constitutionnaliser le droit aux soins essentiels	Inscription constitutionnelle + loi organique + opposabilité juridique
	Transition immédiate	Supprimer les paiements directs dans les structures de premier niveau	Abolition des frais de dossier/carnet ; financement par capitation publique via AMU
	Ressources humaines	Réintégrer et stabiliser le personnel de santé	Concours de titularisation, grilles de primes transparentes
Moyen terme (3–5 ans)	Réformes systémiques	Mettre en place une AMU obligatoire et redistributive	Fiscalité affectée, cotisations proportionnelles, subventions croisées
	Territorialisation	Réduire les inégalités régionales	Fonds d'égalisation sanitaire, allocation selon pauvreté/accessibilité
Long terme (5–10 ans)	Consolidation budgétaire	Imposer un plancher de 15 % du budget national pour la santé	Seuil légal, audits publics indépendants
	Gouvernance	Créer une Autorité nationale de régulation sanitaire	Organe indépendant avec pouvoir de contrôle et sanction
	Professionnalisation	Institutionnaliser la formation continue	Financement via AMU, intégration durable des soignants au service public

Source : Auteurs, 2025

Ces propositions appellent à une transformation structurelle du système de santé malien. À court terme, il s'agit de garantir un accès immédiat aux soins vitaux et de rétablir la confiance des citoyens. À moyen terme, la mise en place d'une couverture universelle redistributive doit

corriger les asymétries de financement. À long terme, la consolidation budgétaire et institutionnelle doit ancrer la santé dans le contrat social républicain.

Refonder le financement de la santé sur des bases juridiques, fiscales et territoriales équitables constitue désormais une condition incontournable de toute croissance inclusive et de toute légitimité publique.

Ces recommandations appellent à une transformation structurelle du système de santé malien. Il ne s'agit pas seulement d'améliorer l'existant, mais de rompre avec un modèle de santé financiarisé et sélectif, au profit d'un régime redistributif, institutionnalisé et soutenable. Refonder le financement de la santé sur des bases juridiques, fiscales et territoriales équitables constitue désormais une condition non négociable de toute croissance inclusive et de toute légitimité publique...

Conclusion générale

Cette étude démontre que la structure du financement sanitaire au Mali, plus que son volume global, constitue un déterminant central de la vulnérabilité économique. En combinant un modèle économétrique ARDL sur trois décennies avec une enquête qualitative multi-acteurs, l'analyse révèle une asymétrie systémique : les soins financés par l'impôt soutiennent la croissance et renforcent le capital humain, tandis que ceux payés directement par les ménages produisent pauvreté, désaccumulation et désaffiliation sociale.

L'innovation principale de ce travail réside dans le déplacement de la focale : plutôt que de mesurer l'impact brut des dépenses de santé, il s'agit d'interroger la distribution du risque sanitaire dans un contexte marqué par l'austérité silencieuse et le retrait progressif de l'État. Ce choix analytique met en lumière les effets distributifs différenciés des dépenses et souligne que l'injustice économique est inscrite dans la manière dont le système est financé.

Les résultats sont sans équivoque : les dépenses publiques produisent un effet multiplicateur sur le PIB et sur la cohésion sociale ; les dépenses privées, majoritaires, contractent la consommation, affaiblissent le capital humain et accentuent les inégalités. Ces dynamiques s'incarnent dans les récits de renoncement, d'endettement et de désengagement social, traduisant le passage d'un modèle solidaire à une économie de survie, où l'accès aux soins devient un marqueur de solvabilité.

Sur le plan scientifique, ce travail contribue à déplacer le débat au-delà du paradigme productiviste dominant. Il montre que l'efficacité des dépenses sociales ne peut être comprise indépendamment des structures de gouvernance, des dispositifs redistributifs et des fractures

territoriales. L'étude plaide ainsi pour la réintégration de la santé dans l'économie politique du développement, au-delà de sa réduction à un simple intrant technique.

Toutefois, ce travail admet certaines limites :

- La qualité inégale des séries temporelles disponibles,
- L'absence de désagrégation sectorielle et territoriale dans la partie quantitative,
- La portée exploratoire du corpus qualitatif, qui ne permet pas de prétendre à une représentativité exhaustive.

Ces limites n'invalident pas le constat central : ce n'est pas le niveau des dépenses qui affaiblit le système, mais bien leur mode de distribution.

Les recherches futures devront approfondir trois axes :

1. Analyser les effets sectoriels différenciés (santé-éducation, santé-agriculture, santé-emploi) pour éclairer les interactions systémiques ;
2. Cartographier les inégalités territoriales et de genre dans l'accès aux soins, afin de documenter la fracture sociale et géographique ;
3. Explorer les interfaces entre financement de la santé et légitimation politique, afin de comprendre comment le désengagement sanitaire affecte la confiance citoyenne et la stabilité institutionnelle.

En définitive, une conclusion s'impose : tant que l'État n'assumera pas la prise en charge du risque sanitaire comme une responsabilité régaliennne, la croissance restera excluante et la cohésion sociale fictive. La santé ne doit pas être considérée comme une charge budgétaire, mais comme une dette sociale à honorer, condition de toute croissance inclusive et de toute légitimité publique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Aboubacar, B., & Xu, D. (2017). L'impact des dépenses de santé sur la croissance économique en Afrique subsaharienne. *Theoretical Economics Letters*, 7(3), 615–622. <https://doi.org/10.4236/ojbm.2017.53039>
- [2] Acemoglu, D., & Robinson, J. A. (2012). *Why nations fail: The origins of power, prosperity, and poverty*. Crown Publishing.
- [3] Baldé, A. (2004). L'influence de la santé sur la croissance économique : Le cas du Sénégal. *Revue Africaine de Développement Économique*, 12(1), 78–92.
- [4] Banque mondiale. (2023). *Indicateurs du développement dans le monde : Mali*. <https://www.banquemondiale.org>
- [5] Barro, R. J. (1990). Government spending in a simple model of endogenous growth. *Journal of Political Economy*, 98(5), S103–S125. <https://doi.org/10.1086/261726>
- [6] Becker, G. S. (1964). *Human capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to education*. University of Chicago Press.
- [7] Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*, 32(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
- [8] Boivin, P., Ravalihasy, A., Diarra, D., Sissoko, F., Diabaté, S., Diarra, Y., Touré, L., & Ridde, V. (2025). Acceptability of innovative department community-based health insurance in central Mali: A mixed methods study. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(1), 156–173. <https://doi.org/10.1002/hpm.3857>
- [9] Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Fayard.
- [10] Dauda, R. S., & Balogun, F. A. (2024). Drivers of healthcare expenditure growth in West Africa: A panel data investigation. *International Journal of Health Planning and Management*, 39(2), 461–476. <https://doi.org/10.1002/hpm.3735>
- [11] Deaton, A. (2013). *The great escape: Health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton University Press.
- [12] Eze, P., Lawani, L. O., Agu, U. J., & Acharya, Y. (2022). Catastrophic health expenditure in sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(5), 337–351. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287673>
- [13] Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- [14] Fine, B. (2010). *Theories of social capital: Researchers behaving badly*. Pluto Press.

- [15] Jehu-Appiah, C., Aryeetey, G., Spaan, E., De Hoop, T., Agyepong, I., & Baltussen, R. (2011). Equity aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana. *Social Science & Medicine*, 72(2), 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.025>
- [16] Johansen, S. (1991). Estimation and hypothesis testing of cointegration vectors in Gaussian vector autoregressive models. *Econometrica*, 59(6), 1551–1580. <https://doi.org/10.2307/2938278>
- [17] Kabeer, N. (2010). Can the MDGs provide a pathway to social justice? The challenge of intersecting inequalities. *Institute of Development Studies*.
- [18] Kaufmann, D., Kraay, A., & Mastruzzi, M. (2011). The Worldwide Governance Indicators: Methodology and analytical issues. *Hague Journal on the Rule of Law*, 3(2), 220–246. <https://doi.org/10.1017/S1876404511200046>
- [19] Lucas, R. E. (1988). On the mechanics of economic development. *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3–42. [https://doi.org/10.1016/0304-3932\(88\)90168-7](https://doi.org/10.1016/0304-3932(88)90168-7)
- [20] Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- [21] Ngepah, N., & Ndzigat Mouteyica, A. E. (2024). Trends in household out-of-pocket health expenditures and their underlying determinants: Explaining variations within African regional economic communities from countries panel data. *Globalization and Health*, 20(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01032-0>
- [22] Nkoro, E., & Uko, A. K. (2016). Autoregressive Distributed Lag (ARDL) cointegration technique: Application and interpretation. *Journal of Statistical and Econometric Methods*, 5(4), 63–91.
- [23] OCHA. (2023). *Aperçu des besoins humanitaires au Mali*. <https://www.unocha.org>
- [24] Pesaran, M. H., Shin, Y., & Smith, R. J. (2001). Bounds testing approaches to the analysis of level relationships. *Journal of Applied Econometrics*, 16(3), 289–326. <https://doi.org/10.1002/jae.616>
- [25] Razavi, S. (2011). Engendering the political economy of development. In N. Visvanathan et al. (Eds.), *The women, gender and development reader* (2nd ed., pp. 162–170). Zed Books.
- [26] Romer, P. M. (1986). Increasing returns and long-run growth. *Journal of Political Economy*, 94(5), 1002–1037. <https://doi.org/10.1086/261420>
- [27] Sen, A. (2002). Health: Perception versus observation. *BMJ*, 324(7342), 860–861. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.860>

- [28] Sissoko, E. F. (2024). *Au-delà de la crise : Évaluer l'accès aux soins de santé dans les zones de conflit au centre du Mali*. L'Harmattan.
- [29] Standing, G. (2002). *Beyond the new paternalism: Basic security as equality*. Verso.
- [30] Streeck, W., & Thelen, K. (2005). *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press.
- [31] Strauss, J., & Thomas, D. (1998). Health, nutrition, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 36(2), 766–817.
- [32] Touré, L., Boivin, P., Diarra, Y., Diabaté, S., & Ridde, V. (2023). Innovations in mutuality: Challenges and learnings for the universal health insurance plan in Mali. *BMJ Global Health*, 7(Suppl 9), e011055. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011055>
- [33] UNICEF. (2022). *Rapport sur la situation des enfants et des soins de santé au Mali*. <https://www.unicef.org>
- [34] Wamai, R. G. (2013). The Kenya health system: Analysis of the situation and enduring challenges. *International Journal of Health Planning and Management*, 28(3), 234–260. <https://doi.org/10.1002/hpm.2154>
- [35] World Health Organization. (2022). *Mali Health System Profile*. <https://www.who.int>