

IMPACT DU CAPITAL SANTE SUR LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE EN MAURITANIE

IMPACT OF HEALTH CAPITAL ON ECONOMIC GROWTH IN MAURITANIA.

Auteur 1 : Moulaye Ahmed LELLA.

Moulaye Ahmed LELLA, (ORCID : <https://orcid.org/0009-0000-7838-6706>, Doctorant en sciences économiques), Université de Nouakchott/ Faculté des sciences économiques et de gestion (FEG), affilié à l'Unité de Recherche Macroéconomie, Croissance et Développement (URMCD). Nouakchott, Mauritanie,

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : Moulaye Ahmed LELLA (2026) « IMPACT DU CAPITAL SANTE SUR LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE EN MAURITANIE », African Scientific Journal « Volume 03, Num 36 » pp: 0157 – 0172.



DOI : 10.5281/zenodo.20311366

Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Dans le cadre de la SCAPP (2016-2030) et d'autres cadre stratégiques antérieures la Mauritanie a mis en place plusieurs interventions visant à développer son système sanitaire. Cet article étudie la relation de courte période et de longue période entre le capital santé et la croissance économique en Mauritanie sur la période 1995-2024, à travers une approche ARDL (Auto-Regressive Distributed Lag). Les dépenses publiques dans le secteur de la santé sont utilisées comme variable explicative d'intérêt qui explique le capital santé, alors que le taux de la croissance du PIB est retenu comme variable à expliquer mesurant l'activité économique. Les résultats montrent une relation positive et statistiquement significative à courte période entre le capital santé et la croissance économique avec un temps de décalage de cet effet estimé à 3 ans. A long terme, l'estimation montre une relation négative et statistiquement significative du capital santé sur la croissance économique expliquée essentiellement par l'inefficacité des dépenses publiques en éducation formées majoritairement des dépenses de fonctionnement. La principale conclusion de cette étude est la mise en considération de l'efficacité et l'efficience dans l'exécution dépenses publiques en santé.

Mots clés : Capital humain, Capital santé, Croissance économique, Approche ARDL.

Abstract

Within the national framework of the SCAPP (2016–2030) and other earlier strategic frameworks, Mauritania has implemented several interventions to develop its health system. This study examines the short-run and long-run relationships between health capital and economic growth in Mauritania for the period 1995-2024 using an ARDL (Auto-Regressive Distributed Lag) approach. Public expenditures on the health sector are used as the explanatory variable of interest, explaining health capital, while the GDP growth rate is retained as the dependent variable measuring economic activity. The findings reveal a positive and statistically significant short-term relationship between health capital and economic growth, with an estimated lag of three years. In the long term, however, the estimation indicates a negative and statistically significant relationship between health capital and economic growth, attributable essentially to the inefficiency of public education expenditure, which consists mainly of operating expenses. The main conclusion of this study is the consideration of effectiveness and efficiency in the execution of public health expenditures.

Keywords : Human capital, Health capital, Economic growth, ARDL approach.

Introduction

Les débuts des années soixante ont marqué le point de départ des réformes structurelles globales en Mauritanie, le développement économique était au cœur de ces réformes. En effet, le pays a acheminé une trajectoire de réforme sous l'égide des institutions internationales (fonds monétaire international et Banque mondiale) adoptant ainsi des cadres stratégiques pour atteindre des objectifs de croissance économique soutenue et de prospérité partagée.

L'Agenda de l'ONU 2030 a identifié dix-sept objectifs de développement durable dits ODD, dont « Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous » défini comme ODD8, c'est dans ce processus international que la Mauritanie a adopté sa stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée, la SCAPP (2016-2030).

Cette stratégie s'articule autour de 3 leviers stratégiques, dont un levier dédié au développement du capital humain et à l'accès aux services de base (levier 2), l'atteinte de cet objectif stratégique constitue la finalité de plusieurs interventions et politiques économiques visant à développer le capital humain et améliorer l'accès aux services sociaux de base.

Le second levier de la SCAPP constitue alors une piste stratégique particulière visant à développer le capital humain à travers le relèvement de la qualité et de l'accès à l'éducation et à la santé et aux autres services sociaux de base ainsi que le renforcement de la protection sociale, moyennant quatre chantiers stratégiques :

- Le chantier stratégique de relèvement de la qualité de l'éducation et de la formation professionnelle ;
- Le chantier stratégique des conditions d'accès aux services de santé ;
- Le chantier stratégique de l'emploi pour tous et de la promotion de la jeunesse, de la culture et du sport ;
- Le chantier stratégique d'une meilleure résilience des couches les plus vulnérables.

La SCAPP vise les objectifs suivants : l'amélioration de l'accès, la qualité et la pertinence de l'éducation et de la formation professionnelle ; l'amélioration des conditions d'accès à des services de santé et de nutrition de qualité ; l'emploi productif et le travail décent pour tous ; la promotion de la jeunesse, la culture et les sports ; une forte inclusion sociale par un accès équitable à des services de base de qualité.

A l'horizon 2030, la « Mauritanie que nous voulons », disposera d'un capital humain de qualité, ce qui constitue un catalyseur pour le processus de développement du pays. Il consiste à élever le niveau d'éducation de la population, améliorer sa prise en charge sanitaire pour un mieux-

être et de lui permettre de se procurer des compétences, des capacités et aptitudes nécessaires pour s'insérer dans le marché du travail. L'atteinte de ces objectifs permettra de renforcer l'offre d'infrastructures et de services sociaux de base, d'assurer la protection sociale et l'autonomisation des femmes, la protection des couches vulnérables, l'accélération de l'atteinte des cibles des ODDs ainsi que de meilleures conditions pour un développement durable.

La valorisation du capital humain mauritanien constitue alors une orientation stratégique. Le présent article s'inscrit dans ce cadre global, et pour objectif d'apporter à ce domaine une analyse théorique et un essai de validation empirique de la relation de corrélation et de causalité entre le capital santé et la croissance économique, l'accent est mis sur la branche « santé » qui constitue à coter de l'éducation l'essentielle des dépenses publiques dans ce levier¹.

Le cadre spécifique de cette étude met l'accent sur le capital santé, en effet, la problématique étudiée dans ce papier est la suivante : existe-t-il une relation entre le capital santé et la croissance économique (en termes de corrélation), explicitement, quel est l'impact du capital santé sur la croissance économique (en termes de causalité) en Mauritanie sur la période 1995-2024 ?

L'hypothèse de recherche (H0) à reconfirmer ou à mettre en cause est celle déduite de la théorie du capital humain, en effet, le capital santé contribue positivement à la croissance économique des Etats. Par analogie, le capital santé a contribué positivement à la croissance économique en Mauritanie sur la période 1995-2024.

Ce papier sera organisé ainsi : d'abord, des faits stylisés sur le système sanitaire mauritanien (1), une revue de la littérature synthétique (cadre théorique et empirique) (2), ensuite la méthodologie de l'étude (3), puis l'estimation et l'interprétation des résultats (4) et enfin une conclusion.

1- Le système sanitaire mauritanien

Le système sanitaire mauritanien comprend 3 niveaux de soins : niveau central, niveau intermédiaire et niveau opérationnel et est composé de quatre branches : le secteur public, le secteur privé, la santé communautaire et la médecine traditionnelle.

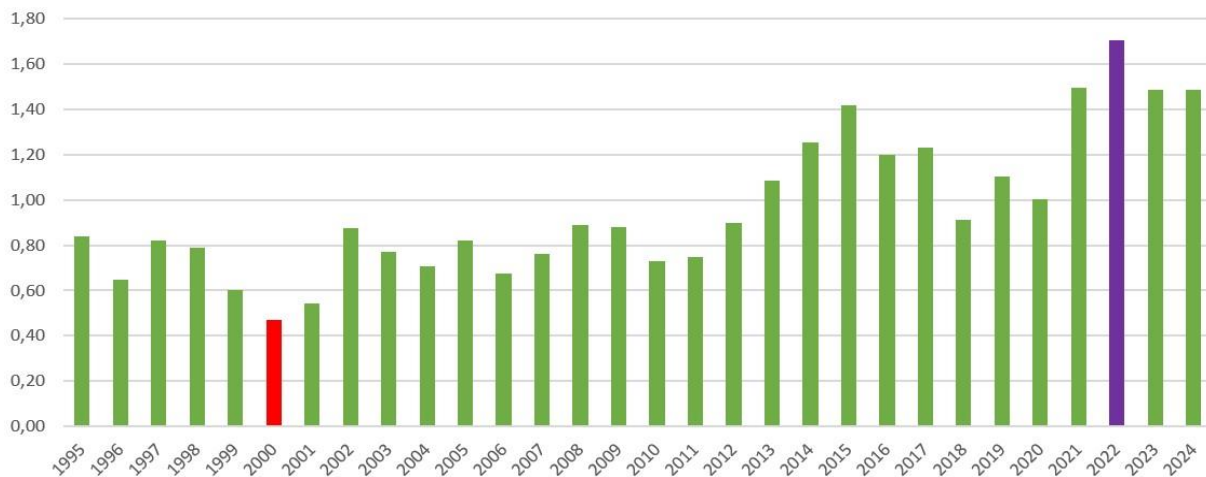
¹ Moulaye Ahmed LELLA. (2026). IMPACT DU CAPITAL ÉDUCATIF SUR LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE EN MAURITANIE. International Journal Of Applied Management And Economics, Vol 02(N°19) p61-p83. <https://doi.org/10.5281/zenodo.19139014>

Le plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2022-2030 constitue le dernier outil stratégique mis en œuvre pour le développement du secteur de la santé à l'horizon 2030. Les axes stratégiques de ce plan sont, globalement, les suivants :

- Axe 1 : Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- Axe 2 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles;
- Axe 3 : Sécurité sanitaire et préparation aux urgences de santé publique ;
- Axe 4 : Renforcement du système de santé pour la couverture sanitaire universelle.

Les dépenses publiques dans le secteur santé avoisine 5,8% du total des dépenses publiques² pour l'année 2024 affichant une légère progression par rapport à l'année 2023 avec une part de 5,3%, cependant cette part reste significativement inférieure à la norme internationale de 12%. Sur la période de l'étude, entre 1995 et 2024, les dépenses publiques dans le secteur de la santé représentent en moyenne 0,96% du PIB, la valeur maximale est de 1,71% du PIB enregistrée en 2022 alors que la valeur minimale est enregistrée en 2000 avec 0,47% du PIB. Le graphique ci-après montre l'évolution des dépenses publiques en santé, sur la période de l'étude.

Graphique 1 : Evolution des dépenses publiques en santé (%PIB) entre 1995-2024.



Source : Auteur.

Avant d'analyser statistiquement la relation entre le capital santé et la croissance économique nous allons présenter le cadre théorique et empirique de cette relation. En effet, la littérature développe un socle théorique riche et plusieurs études antérieures.

² Ministère des finances (2025), revue des dépenses courantes 2022-2024. Septembre 2025, Disponible sur : <https://finances.gov.mr/sites/default/files/2025-10/Rapport%20-%20REVUE%20DES%20D%C3%89PENSES%20COURANTES%202022-2024.pdf> ; page 25.

1- Revue de la littérature théorique et empirique

La relation entre le capital humain et la croissance économique a fait l'objet de nombreuses études théoriques et empiriques sur les décennies passées. Les premières études se sont focalisées sur l'éducation comme canal de transmission des compétences et aptitudes telles que **G. Becker (1964), J. Mincer (1974), R Lucas (1988), P. Romer (1990) et Mankiw, Romer et Weil (1992)**.

En effet, le cadre théorique de l'étude de la relation entre le capital santé est formé par la théorie du capital humain, le modèle de Solow et les théories de croissance endogène. Ces cadres théoriques affirment l'hypothèse de recherche selon laquelle le bien-être physique des personnes (capital santé) est un élément clé dans leur productivité laquelle agrégée représente l'activité économique dans un territoire déterminé.

Parmi les études qui ont mis l'accent sur le capital santé, l'étude **Bloom et Canning (2000)**, ces auteurs ont analysé l'impact de la mortalité infantile et de l'espérance de vie sur la croissance économique dans une série de pays en développement. Leur étude a montré que des améliorations en matière de santé publique et d'espérance de vie avaient un effet direct sur la productivité et la croissance économique. De plus, ils ont souligné que des investissements dans la santé publique permettaient d'accroître le capital humain, entraînant une augmentation de la productivité des travailleurs.

Bloom, Canning et Sevilla (2004), quant à eux, ils ont montré que l'amélioration de la santé publique (la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de l'espérance de vie et la lutte contre les maladies infectieuses) peut conduire à une augmentation significative de la productivité et de la croissance économique.

Une autre étude de **Bloom, Canning et Mansfield (2007)** a exploré le lien entre l'éducation, la santé et le développement économique dans ces pays, montrant que des investissements dans le capital humain (éducation, santé et protections sociales) doivent être complétés par des réformes institutionnelles et des politiques favorisant un environnement économique stable et propice à l'innovation.

En somme, ce cadre théorique et empirique constitue la base à partir de laquelle le présent article essaie de la valider ou la mettre en cause ses hypothèses de recherche ex-définies.

2- Méthodologie de l'étude

Dans le cadre de cet article nous évaluons la relation entre le capital santé et la croissance économique en Mauritanie sur la période entre 1995 et 2024 soit 30 ans. Nous présentons par

la suite les définitions des variables et les sources des données, la présentation du modèle et de l'approche retenue.

3.1. Définition des variables et sources des données

Le modèle retenu est composé de cinq variables, une variable dépendante et cinq variables explicatives :

- Variable dépendante ou Y : taux de croissance du PIB (TCPIB)
- Variables explicatives : les dépenses publiques en santé en pourcentage du PIB (DPS), l'inflation, les exportations des biens et services en pourcentage du PIB, et les investissements directs étrangers (IDE).

Le taux de croissance du PIB et les dépenses publiques en santé constituent les variables d'intérêt.

Le choix de ces variables s'est basé sur une multitude d'articles scientifiques et d'études similaires à notre étude notamment, **Ben Samoud, A. et Assi, D. (2020)**, **Abby A. (2021)** et **Elawady, S. I. and Ahmed, D. (2024)**. Les variables du modèle sont définies ainsi :

- Taux de croissance du produit intérieur brut: cette variable mesure l'évolution de l'activité économique d'un pays, C'est la variable à expliquer (Y) de l'étude.
- Dépenses publiques en santé, les dépenses totales (de fonctionnement et de l'investissement) réalisées dans le domaine de la santé publique, Un proxy pour le capital santé.
- Inflation, la hausse généralisée des niveaux des prix, retenue comme variable de contrôle macroéconomique,
- Investissements directs étrangers, IDE, Une variable de contrôle, permet de capter les flux internationaux (dons ou investissements) destinés au secteur de la santé dans le modèle.
- Exportation (X), Exportation des biens et services, Une variable de contrôle permettant de se renseigner sur le degré d'ouverture d'une économie.

Les données utilisées sont des données de fréquence annuelle et dont les sources sont : la Banque Mondiale (WDI), le ministère des finances de la Mauritanie (MF). Il est important de préciser que les données manquantes sur les dépenses publiques en santé ont été déterminées par interpolation à partir des budgets alloués à l'éducation, en effet, l'analyse des données a permis de remarquer que sur la période 1995-1999 et la 2000-2010 les moyennes sont identiques en ce qui concerne les dépenses sur l'éducation, à ce titre, nous avons pondéré les

données de l'éducation par la moyenne des DPS sur la période 2000-2010 pour déterminer les observations de 1995-1999.

Les données utilisées dans cet article sur les autres variables explicatives ont été collectées de la base des données ouvertes WDI de la banque mondiale.

3.2. Présentation du modèle et l'approche retenue

Nous analysons l'impact du capital santé sur la croissance économique à travers un modèle dont les variables sont celles définies ci-haut, ledit modèle peut-être formulé de façon linéaire selon l'équation ci-après :

$$Y_{it} (\text{TCPIB}) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{DPS}_{it} + \alpha_2 \text{INF}_{it} + \alpha_3 \text{IDE}_{it} + \alpha_4 X_{it} + e_t^3$$

La variable à expliquer est celle du taux de croissance du PIB et les variables explicatives sont respectivement le capital santé (dépenses publiques en santé), l'inflation, les investissements directs étrangers, et l'exportation des biens et services. $\alpha_0, 1, 2, 3, 4$ ce sont les coefficients (paramètres) à estimer, i pour la Mauritanie et e_t le terme d'erreur.

L'approche proposée par Pesaran et al (2001) est l'approche retenue pour l'analyse de la relation entre le capital santé et la croissance économique, il s'agit de l'approche ARDL (Auto regressive distributed lag). Ce choix s'explique par, d'abord, la nature des données traitées et ensuite l'utilisation de cette méthode par plusieurs études antérieures similaires notamment **Ben Samoud, A. et Assi, D. (2020)**, **Abby A. (2021)** et **Elawady, S. I. et Ahmed, D. (2024)**. En effet, les données traitées sont des séries temporelles s'étalant sur 30 ans (effet temps) pour la Mauritanie (individu traité). Les séries traitées ont été diagnostiquées et les résultats ont montré qu'elles sont stationnaires en niveau pour trois séries (TCPIB, INF et IDE) et en première différence pour deux séries (DPS et X), d'où la validité d'une approche ARDL.

L'approche ARDL permet de tester la relation de court terme et celle à long terme. Elle permet également d'atténuer considérablement le problème d'endogénéité, un problème très fréquent dans les modèles statiques (MCO,..), en tenant compte des effets causaux entre les séries à travers les valeurs décalées des variables dépendantes et indépendantes.

3- Estimation et interprétation des résultats

Une estimation ARDL passe, généralement, par les étapes suivantes : (i) tester la stationnarité des séries, (ii) déterminer le modèle optimal (p^* et q^*), (iii) estimer le modèle de court période, (iv) chercher une relation de cointégration (relation de LT), (v) estimer la relation de longue

³ Voir définition des variables (dans 3.1).

période si elle existe, et enfin, (vi) tester la robustesse des résultats. STATA 17 a été utilisé pour l'application d'une telle démarche.

4-1. Test de Dickey-Fuller Augmenté (ADF)

Le test de Dickey-Fuller Augmenté (ADF) est utilisé pour tester la stationnarité des séries (variables) du modèle, si la statistique calculée du test est supérieure à la statistique tabulée (aux seuils 1%, 5% et 10%) l'hypothèse H0 : série non stationnaire, est rejetée.

Tableau 1 : test ADF des variables en niveau

Variable	ADF_stat_ calculée	ADF_stat (seuil 5%)	Stationnarité
TCPIB	-4,018***	-2,992	En niveau
DPS	-1.095	-2,992	-
INF	-2,821*	-2,992	En niveau
IDE	-3,360**	-2,992	En niveau
X	-2,062	-2,992	-

*** significativité à 1%, ** significativité à 5% et * significativité à 10%.

Source : Auteur via STATA 17

Tableau 2 : test ADF des variables en première différence

Variable	ADF_stat_ calculée	ADF_stat (seuil 5%)	Stationnarité
D(DPS)	-3.930***	-2,992	En 1 ^{ère} différence
D(X)	-3,224**	-2,992	En 1 ^{ère} différence

*** significativité à 1%, ** significativité à 5% et * significativité à 10%.

Source : Auteur avec STATA 17.

Le tableau ci-haut récapitule les résultats du test de stationnarité des séries moyennant le test d'ADF. En somme, les séries TCPIB, INF et IDE sont stationnaires en niveau, alors que les séries DPS et X sont stationnaires en première différence.

4-2. Choix du modèle optimal

Pour le choix du modèle optimal plusieurs critères de sélection ont été employés, principalement, le FPE (final prediction error), AIC (Akaike information criterion), HQIC (Hannan-Quinn information criterion) et SBIC (Schwartz bayesian information criterion).

Tableau 3 : Choix du modèle optimal à estimer

Lag	FPE	AIC	HQIC	SBIC
0	35754.5	24.6736	24.7433	24.9156
1	3279.97	22.2426	22.6607	23.6943
2	9207.9	23.0336	23.8	25.695
3	15879.4	22.8406	23.9553	26.7117
4	0.899488*	10.9568*	12.4199*	16.0376*

Source : Auteur avec STATA 17.

Sur la base des critères de sélection, le modèle optimal est celui qui présente les valeurs minimales. Il s'agit dans notre cas du modèle avec 4 lags (décalages), c'est alors ce modèle qui sera estimé et analysé par la suite. L'estimation du modèle à quatre décalages est reproduite dans le tableau ci-après :

Tableau 4 : Estimation ARDL_ relation de court terme

Variable	Lag	Coefficient	P> t
TCPIB	L1	-.4373158	0.032**
	L2	-.5257663	0.029**
	L3	.4348661	0.048**
	L4	.8697713	0.016**
DPS	--	-.3718981	0.465
	L1	-22.43107	0.014**
	L2	24.90201	0.014**
	L3	14.61752	0.024**
	L4	-79.67212	0.016**
INF	--	-1.783052	0.024**
	L1	3.57565	0.010***
	L2	-3.320563	0.014**
	L3	-.9261149	0.028**
	L4	-4.708284	0.011**
IDE	--	-.654976	0.020**
	L1	.2238584	0.020**
	L2	.4081691	0.021**
	L3	-.3518261	0.034**

	L4	.7927784	0.012**
X	--	-.4426077	0.021**
	L1	1.405506	0.015**
	L2	.8850663	0.013**
	L3	-2.2223	0.011**
	L4	.7683836	0.013**
_cons	-	77.1669	0.014**

*** significativité à 1%, ** significativité à 5% et * significativité à 10%.

Source : Auteur avec STATA 17.

Les résultats montrent que les dépenses publiques en santé ont un impact négatif et statistiquement significatif sur le taux de croissance du PIB. Ce qui peut s'expliquer par la nature de ces dépenses, en effet, les grosses dépenses dans le secteur santé sont des interventions qui prendra du temps pour impacter le bien-être physique des citoyens (construction des hôpitaux, campagne de vaccination préventive, équipement sophistiqués, ... etc.).

En outre, nous constatons qu'avec le troisième décalage des dépenses publiques en santé ($DPS_{(-3)} = DPS_{(2021)}$), cette relation redevient positive et statistiquement significative contribuant à hauteur de 0,4% de la croissance du PIB. Ce résultat peut s'expliquer par le cycle économique de ces dépenses, que nous pouvons l'estimer, à trois ans, ce qui permet de constater que les dépenses publiques en santé prendront plus de temps que les dépenses publiques en éducation dont le cycle d'impact sur l'activité économique est estimé à deux an (Moulaye Ahmed L. (2026).

En somme, nous concluons sur un impact négatif direct du capital santé sur la croissance économique mais cet effet redevient positif et statistiquement significatif après trois années, cet impact à revérifier en estimant la relation de longue période.

Les variables de contrôle notamment l'inflation, l'exportation et les IDE ont des effets significatifs sur la croissance du PIB. Ces effets sont négatifs avec l'estimation du premier décalage et redevient globalement positif à partir du deuxième décalage. Ce résultat s'explique par les fluctuations de court période et les politiques de stabilisation macroéconomique de long terme.

La constante présente un coefficient positif et statistiquement significatif, ce qui s'explique par l'existence d'autres déterminants de la croissance économique à part ceux retenus dans le modèle. Autrement, même sans dépenses publiques en santé, sans inflation, sans investissements directs étrangers et sans exportation des biens et services, théoriquement, il y a

de la croissance économique, ce qui montre une bonne spécification du modèle. En effet, la croissance économique peut s'expliquer par de nombreuses autres variables, omises expressément dans ce modèle dans le but de capter l'effet causal direct de nos variables d'intérêt, ces variables omises pour un « modèle estimé » c'est-à-dire sans erreurs, sont captées par la constante.

Pour tester ces résultats à long terme, nous avons examiné le test de cointégration entre les séries et après l'estimation de la relation de long terme.

4-3. Test de cointegration_ Bound test

Le test de cointégration (Bound test) affiche une statistique Fisher (F-stat) de 1767,893 et une statistique Student (t Student) de -7,995. Pour F-stat, l'hypothèse H0 (pas de relation de cointégration) est rejetée si F-stat calculée est supérieure à la borne supérieure (I(1)), et pour la t-student, l'hypothèse H0 est rejetée si t-stat calculée est inférieure à la borne supérieure (en valeur absolue) I(1).

Tableau 5 : Test de cointegration_ Bound test

Bound test	I(0) à 5%	I(1) à 5%	F_stat calculée	t_stat calculée	Interprétation
F_stat	2,86	4,01	1767.893	-	Existence d'une relation de coïntégration
t_stat	-2,86	-3,99	-	-7.995	Existence d'une relation de coïntégration

Source : Auteur avec STATA 17.

Le test de Bound confirme l'existence d'une relation de cointégration entre les séries du modèle estimé, en effet, et avec d'autres termes, ce test valide l'existence d'une relation de long terme entre le capital santé (DPS) et la croissance économique (TCPIB).

L'estimation du modèle optimal avec l'option de correction des erreurs (ECM) a permis de conclure sur une relation de longue période entre les séries. Les résultats de telle estimation sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Estimation ARDL_ECM

Y(TCPIB)		Coefficient	p
LR estimation	DPS	-95.61251	0.090*
	INF	-10.8777	0.092*
	IDE	.6348351	0.033**
	X	.5984529	0.088*
Coef d'équilibre	-	-.6584447	0.079*

*** significativité à 1%, ** significativité à 5% et * significativité à 10%.

Source : Auteur via STATA 17.

A long terme, les dépenses publiques en santé affectent négativement et statistiquement valide la croissance économique en Mauritanie. Ce résultat permet de mettre en cause notre hypothèse de recherche (H0). Ce résultat est similaire au résultat trouvé dans le cadre d'une autre étude que nous avons menée sur les dépenses publiques dans le secteur d'éducation. En effet ce résultat peut s'expliquer par l'inefficacité des dépenses publiques dans le secteur de la santé, en effet, les dépenses de fonctionnement dominant majoritairement les dépenses publiques en santé, 51% du budget du secteur est absorbée uniquement par la masse salariale⁴.

4-4. Test de robustesse du modèle

Pour tester la robustesse du modèle les tests suivants ont été reconduits :

- Test de Skewness-Kurtosis (pour tester la normalité des erreurs) ;
- Test de Durbin Watson (pour tester l'autocorrélations des erreurs) ;
- Test de white (pour tester l'hétéroscédasticité des erreurs) ;
- Test de Cusum (pour tester la stabilité du modèle).

Les résultats des trois premiers tests sont repris dans le tableau suivants :

Tableau 7 : Tests de robustesse et de validation du modèle

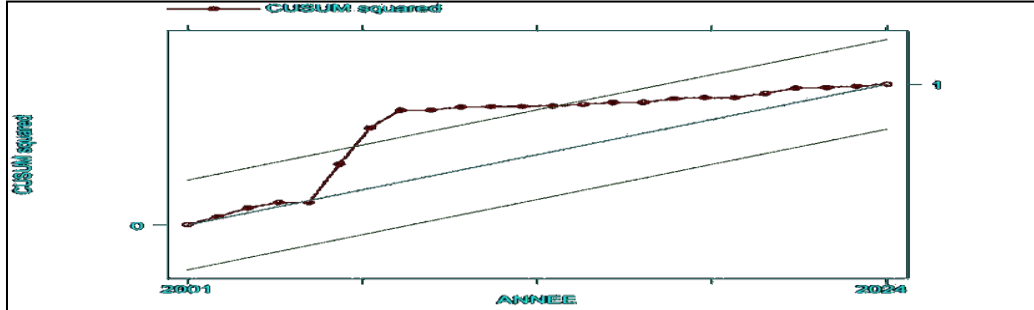
Test	t-stat (ou p)	Interprétation
Test de Skewness-Kurtosis	0.1143 (p)	Distribution normale des résidus
Test Durbin Watson	3.301748	Pas d'autocorrélation des résidus
Test de white	0.4076 (p)	Homoscédasticité des résidus

Source : Auteur avec STATA 17.

⁴ Ministère des finances (2025), revue des dépenses courantes 2022-2024. Septembre 2025, Disponible sur : <https://finances.gov.mr/sites/default/files/2025-10/Rapport%20-%20REVUE%20DES%20D%C3%89PENSES%20COURANTES%202022-2024.pdf> ; page 25.

Concernant le test de Cusum, le graphique ci-après montre que globalement notre modèle est stable malgré le décalage infime de quelques observations de la fourchette permise.

Graphique 2 : Test de stabilité du modèle



Source : Auteur avec STATA 17.

Conclusion

La présente étude a essayé d'analyser la relation entre le capital santé, mesuré par les dépenses publiques en santé et la croissance économique en Mauritanie sur la période 1995-2024, une étude similaire était réalisée sur les dépenses publiques en éducation.

Le fondement théorique de cette étude est la théorie du capital humain attribué aux auteurs Theodore Shultz et Gary Becker. La méthodologie utilisée est l'approche proposée par Pesaran et Al (2001), dit autoregressive distributed lag ou ARDL.

Les résultats montrent une relation positive et statistiquement significative à court terme entre le capital santé et la croissance économique avec un délai de décalage estimé à trois ans. A long terme, l'estimation montre une relation négative et statistiquement significative du capital santé sur la croissance économique due, essentiellement, à l'inefficacité à long terme des dépenses publiques en santé formées majoritairement des dépenses de fonctionnement. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans l'étude sur les dépenses publiques en éducation.

En conclusion, et sur la base des résultats de la présente étude, ces recommandations peuvent être envisagées :

- Dans moins de cinq années, la SCAPP (2016-2030) aboutira à ses fins palpables, d'où l'intérêt de repenser les objectifs des interventions de l'Etat, en effet, l'accent doit être mis sur la couverture, l'accès et la qualité des services de la santé publique ;
- Un assainissement des dépenses publiques en santé (DPS) paraît nécessaire pour dégager des espaces budgétaires qui peuvent être réorientés vers des interventions plus productives ;
- Les revues des stratégies (plans d'action) doivent être de fréquence biennale au lieu d'une fréquence quinquennale, surtout avec la mise en place de la gestion du budget en programmes (gestion axée sur les résultats) et la modernisation des systèmes de gestion des deniers publics, l'objectif est de surmonter les obstacles et les limites dans le délai opportun.

BIBLIOGRAPHIE

- Abby, A. (2021). Human capital, public investment and economic growth in the Philippines. *Tamansiswa Management Journal International*, '4'(1), 73-80.
- Aghion, P., & Howitt, P. (1992). A model of growth through creative destruction. *Econometrica*, '60', 323-351.
- Aghion, P., & Howitt, P. (1998). *Endogenous growth theory*. MIT Press.
- Aghion, P., Akcigit, U., Bergeaud, A., Blundell, R., & Hémous, D. (2019). Innovation and top income inequality. *The Review of Economic Studies*, '86'(1), 1–45. <https://doi.org/10.1093/restud/rdy027>
- Barro, R. J. (1991). Economic growth in a cross section of countries. *The Quarterly Journal of Economics*, '106'(2), 407-443.
- Barro, R. J., & Lee, J.-W. (2010). A new data set of educational attainment in the world, 1950–2010 (Working Paper No. 15902). National Bureau of Economic Research.
- Becker, G. (1964). *Human capital*. Columbia University Press.
- Benhabib, J., & Spiegel, M. (1994). The role of human capital in economic development: Evidence from aggregate cross-country data. *Journal of Monetary Economics*, '34', 143-179.
- Ben Samoud, A., & Assi, D. (2020). Contribution du capital humain à la croissance économique au Maroc : Une analyse économétrique à travers le modèle autorégressif à retards échelonnés. *Revue AME*, '3'(1), 463-480.
- Bills, M., Klenow, P. J., & Ruane, C. (2020). Misallocation or mismeasurement? (NBER Working Paper Series No. 26711). National Bureau of Economic Research.
- Cohen, D., & Soto, M. (2007). Growth and human capital: Good data, good results. *Journal of Economic Growth*, '12', 51–76. <https://doi.org/10.1007/s10887-007-9011-5>
- Elawady, S. I., & Ahmed, D. (2024). Impact of human capital development on economic growth: The case of the Saudi economy. *The Business and Management Review*, '15'(2), 28-40.
- Hanushek, E. A., & Woessmann, L. (2008). The role of cognitive skills in economic development. *Journal of Economic Literature*, '46'(3), 607-668.
- Krueger, A., & Lindahl, M. (2001). Education for growth: Why and for whom? *Journal of Economic Literature*, '39'(4), 1101–1136.
- Lucas, R. (1988). On the mechanisms of economic growth. *Journal of Monetary Economics*, '22'(1), 3-42.

- Mankiw, N. G., Romer, D., & Weil, D. N. (1992). A contribution to the empirics of economic growth. *Quarterly Journal of Economics*, '107'(2), 407-437.
- Mincer, J. (1974). *Schooling, experience and earnings*. Columbia University Press.
- Moulaye Ahmed, L. (2026). Impact du capital éducatif sur la croissance économique en Mauritanie. *International Journal of Applied Management and Economics*, '2'(19), 61-83. <https://doi.org/10.5281/zenodo.19139014>
- 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://www.jstor.org/stable/2678547>
- Pritchett, L. (2001). Where has all the education gone? *World Bank Economic Review*, '15'(3), 367-391.
- Romer, P. M. (1986). *Human capital and growth: Theory and evidence*. University of Chicago.
- Romer, P. M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of Political Economy*, '98'(5, Part 2), S71-S102.
- Smith, A. (1776). *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations* (G. Garnier, Trad.). Université Chicoutimi. (Ouvrage original publié en 1776).

Autres sources consultées :

- Politique nationale de la santé à l'horizon de 2030, disponible sur : https://clr.africanchildforum.org/policy%20per%20country/2018%20Update/Mauritania/mauritania_healthpolicyhorizon_2030_2017_fr.pdf#page=21.08
- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030, disponible sur : https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/MRT_Mauritania_Plan-National-De-D%C3%A9veloppement-Sanitaire_PNDS_2021-2030.pdf
- Ministère des finances (2025), revue des dépenses courantes 2022-2024. Disponible sur : <https://finances.gov.mr/sites/default/files/2025-10/Rapport%20-%20REVUE%20DES%20D%C3%89PENSES%20COURANTES%202022-2024.pdf>
- Revue des dépenses publiques de santé (rdps) 2005-2010, disponible sur : <https://documents1.worldbank.org/curated/en/792911468192864397/pdf/707810ESW0P1150uritania0PER0French.pdf>