

Santé des enfants et Offre de travail des femmes en RD Congo

Par

Kamala Kaghoma Christian (kagomax@gmail.com, Université Catholique de Bukavu, RDC)

Kalemasi Mosengo Cédric (cedrickalemasi@gmail.com, Université de Kinshasa, RDC)

1. Introduction

Depuis les travaux pionniers de Becker (1964) et les prolongements de Grossman (1972), plusieurs auteurs se sont penchés sur la relation entre état de santé et un certain nombre de réalisations socioéconomiques (Bartel et Taubman, 1979 ; Parsons, 1980 ; Zamo-Akono et Tsafack, 2009 ; Deolalikar, 1998 ; Audibert et Etard, 2003 ; Kedir, 2009). Considérée comme l'une des composantes du capital humain, la santé améliore la productivité des individus et partant le bien-être de la collectivité.

Ces effets bénéfiques de la santé sur la société seront à l'origine de plusieurs politiques visant essentiellement à améliorer le niveau de santé des enfants. Dans ce cadre, les conférences d'Alma Ata en 1978, de Lusaka en 1985, l'initiative de Bamako (1987) et le sommet mondial pour l'enfance en 1990 s'étaient fixés comme objectif la « santé pour tous » en 2001. Bien que les indicateurs de résultats concernant certains programmes de lutte contre certaines maladies qui affectent la santé des enfants aient été améliorés en Afrique Subsaharienne (sur la période 1990 à 2010, une importante réduction du taux de mortalité infantile qui est passé de 88 à 57%), l'impact sur l'équité, l'accès aux soins et la structure sanitaire est resté limité (OMS, 2012).

Afin d'améliorer ces résultats, la communauté internationale a mis un accent particulier sur la santé dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). En effet trois objectifs sur huit et huit cibles sur dix-huit dans le cadre des OMD sont directement liés à la santé. Cependant, le problème de santé des enfants reste une caractéristique remarquable des pays en développement et l'un des sérieux problèmes auxquels ils font face. On note parmi les 26 pays ayant des taux de mortalités les plus élevés (plus de 100 décès pour 1000 naissances vivants en 2010 dans les pays en développement), 24 pays se trouvaient en Afrique subsaharienne (UNICEF, 2012). Si la santé des enfants reste un problème pour l'Afrique subsaharienne, l'amélioration des conditions de celle-ci devrait être une priorité dans les politiques de développement (Barthelemy, 2008). Aussi, des analyses plus poussées s'avèrent justifiées dans tous les pays y compris la République Démocratique du Congo (RDC).

2. Revue de la littérature

La majorité des recherches en économie menées sur la santé de l'enfant s'inscrivent dans le cadre de la théorie du capital humain et l'un des thèmes les plus évoqués dans la littérature est celui du lien

entre le statut socio-économique du ménage et l'état de santé. Selon Scott (2002), ce facteur joue un rôle déterminant en matière de santé. De même, Choi (2003) trouve une forte corrélation entre le niveau de vie de ménage et la santé de l'enfant. En utilisant les données d'une coupe transversale, Fay et al (2005) trouvent que les enfants de ménage à faible revenu ont plus de problème de santé que les enfants de ménage riche. Easterly (1992) trouve un rapport positif et robuste entre le niveau de revenu et le statut alimentaire des enfants au Zimbabwe. D'autres études, se sont intéressées à la relation entre les caractéristiques de la mère et la santé de l'enfant, notamment le niveau d'instruction de celle-ci sur la santé de son enfant. Thomas et al (1991), Gritra (2007) ont trouvé une forte influence de l'éducation de la mère sur la santé de l'enfant. Rutstein (2000) et Wang (2003) mettent en relation l'âge de la mère et la santé de l'enfant. Ils trouvent que le taux de mortalité infantile diminue avec l'âge et le poids de la mère.

Cependant, bien qu'il soit concevable du point de vue strictement théorique que l'état de santé de l'enfant soit l'un des déterminants de la décision de participation de la mère au marché du travail, ce facteur ne fait pas objet d'une analyse spéciale. A l'exception d'une poignée de travaux menés pour la plupart aux Etats-Unis d'Amérique et qui attestent une relation négative entre l'état de santé de l'enfant et le comportement d'offre de travail de la mère (Salkever, 1980 ; Hill, 1995 ; Norberg, 1998 ; Powers, 1999 et 2003 ; Corman et al, 2004), il est rare de trouver les travaux associant explicitement l'état de santé de l'enfant et l'offre de travail de la mère.

En effet, les travaux de Salkever (1980, 1982, et 2003) sont considérés comme l'un des premiers à analyser l'influence de la santé de l'enfant sur le travail de la mère. En utilisant les données issues de la *Survey of Income and Education*, ses conclusions attestent que pour les femmes chef des ménages, la santé de l'enfant a un effet négatif et significatif sur la probabilité leur probabilité à exercer un emploi. Cependant, si cet auteur peut établir une relation négative entre santé de l'enfant et participation de la mère au marché du travail, l'on peut noter que ses résultats ne révèlent aucune relation entre le nombre d'heures de travail de la mère et le niveau de santé de l'enfant. Norberg (1998) pour sa part s'intéresse à l'effet de la masse corporelle de l'enfant dans la catégorie des sous-poids ; la durée d'hospitalisation de l'enfant après la naissance ainsi que l'effet d'un handicap physique sur le retour de la femme sur le marché du travail. En faisant recours aux données de la *National Longitudinal Survey of Youth (NLSY)*, l'auteur trouve que les problèmes liés à l'état de santé de l'enfant lors sa naissance affectent négativement et significativement le retour de la mère au marché du travail après l'accouchement. D'autres études dans la même lignée font état de trois situations dans lesquelles peuvent se retrouver les femmes. Si certaines peuvent expérimenter à cause de l'état de santé de l'enfant, un passage d'un emploi à temps plein à celui à temps partiel (Newel et Joshi, 1986 ; Perry, 1998), d'autres par contre pourraient soit connaître une période de transition dans leur carrière en passant en un emploi inférieur en termes de qualité, de responsabilité ou parfois de rémunération,

jusqu'au moment où l'enfant soit en bonne santé et (Dex et al, 1996), soit tout simplement perdre leur emploi (Desai et Waite, 1991 ; Wetzeb, 1999). Si les conclusions de travaux évoqués jusqu'ici suggèrent qu'un mauvais état de santé de l'enfant affecte négativement la décision de participation de la mère au marché du travail ainsi que le temps que celle-ci peut consacrer à ses activités, ils ne renseignent cependant suffisamment pas sur le cas spécifique des pays d'Afrique Subsaharienne et de la RDC. A quelques exceptions près, l'étude menée par Mbu et Nkwelle (2013) sur le milieu rural du Cameroun, montre à travers les évidences statistiques adoptant l'approche de Chi-deux, un mauvais état de santé de l'enfant affecte négativement le temps que la mère consacre à ses activités, notamment dans le secteur agricole et par conséquent cela agit aussi négativement sur le revenu du ménage.

Ainsi, analyser les effets de la santé de l'enfant sur le comportement d'offre de travail de la mère est nécessaire pour évaluer l'efficacité des politiques orientées vers la prévention et l'éradication des maladies. De plus, étant donné que les programmes sociaux servent de médiateur à la relation entre état de santé et marché du travail, une meilleure compréhension de cette relation est importante à l'évaluation de l'efficacité de la pertinence desdits programmes.

Aussi, l'objectif de cette étude est d'évaluer les effets de la santé de l'enfant sur la participation de la mère au marché du travail d'une part et d'autre part, analyser les effets de la santé de l'enfant sur le revenu de l'activité de la mère.

3. Méthodologie et données

La santé est une notion très complexe du fait qu'elle sous-entend plusieurs dimensions et pour cette même raison, sa mesure reste encore une problématique à controverse où chaque aspect abordé par les chercheurs, lève le voile sur l'ampleur de la question (Mwabu, 2001 ; Audibert, 2009). En effet, Il existe plusieurs mesures pour apprécier l'état de santé de l'enfant. Cependant, il n'est pas aisé de concilier ces différentes mesures afin de trouver un indice unique synthétisant l'état de santé de l'enfant. Ceci pour plusieurs raisons, notamment la nature des données et l'hétérogénéité des états de santé. Deux types de mesures sont globalement utilisés à savoir les mesures subjectives et les mesures objectives. Les mesures subjectives consistent à demander à la mère l'état de santé de son enfant. L'utilisation de ces mesures présente des limites et se prête à de nombreuses critiques à cause de son manque d'objectivité. Tandis que les mesures objectives résultent des appréciations cliniques sur les caractéristiques physiques et psychologiques de l'enfant. Tel est par exemple le cas des mesures anthropométriques (Strauss et Thomas, 1995 ; Lee et al. 1997). Trois indicateurs anthropométriques sont généralement construits à savoir : le poids sur âge ; la taille sur âge et le poids sur taille. Il est plus préférable d'utiliser les mesures objectives quoi qu'ayant également des limites surtout dans les pays en développements où les données ne sont pas toujours adaptées aux problèmes posés. L'utilisation des données anthropométriques comme mesure de santé a plusieurs avantages. La taille

et le poids de l'individu sont des données qui peuvent être facilement mesurés avec un degré élevé de précision. En outre, ces données sont spécifiques à chaque individu et offrent la possibilité de l'étude des écarts entre les ménages. Ils existent plusieurs indicateurs anthropométriques, les trois plus utilisés sont : la malnutrition aiguë (poids pour âge : WAP), la malnutrition chronique (taille pour âge : HAZ) et la malnutrition générale (poids pour taille : WHZ) (OMS, 1995).

Dans le cadre de cette étude, ces trois indicateurs anthropométriques sont retenus pour capter l'état de santé de l'enfant. Par ailleurs, pour ce qui concerne le travail de la mère, il est capté par la participation ou non au marché de travail ou selon que la mère exerce ou non un emploi. En plus, les évidences statistiques font usage du test d'indépendance des variables (test de Chi-deux) grâce aux données issues de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC, 2013). Aussi, la démarche statistique conduirait donc à vérifier les deux hypothèses suivantes :

- Hypothèse nulle (H_0) : il n'existe pas de relation significative entre l'état de santé de l'enfant et l'offre de travail de la mère ;
- Hypothèse alternative (H_1) : il existe une relation significative entre l'état de santé de l'enfant et l'offre de travail de la mère.

Il devra donc ressortir en plus des différences de niveaux de santé des enfants observés dans les différents ménages, qu'un mauvais état de santé de l'enfant affecte négativement et significativement la participation de la mère au marché du travail.

Bibliographie préliminaire

Audibert, M. (2009), "Issues and Challenges of Measurement of Health: Implications for Economic Research", Prepared for the African Economic Research Consortium "Health, Economic Growth and Poverty Reduction in Africa" Framework Papers Review Workshop.

Bartel A. and Taubman P. (1979), "Health and labour market success the role of various diseases", *Review of Economics and Statistics*, 61 (1), 1-8.

Becker, G.S (1964), *Human Capital*, Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research, New York.

Corman H, Reichman N and Noonan K (2004): *Mothers' Labour Supply in Fragile Families: The Role of Child Health*, in: National Poverty Center Working Paper, University of Michigan.

Easterly (1992): *Long-term Poverty and Child Development in the United States: Results from the NLSY* ». *Children and Youth Services Review* (17), nos 1-2, p.127-155.

Grossman, M.(1972), « On the concept of Health Capital and the demand for Health », the journal of political Economy, vol.80, n°2, March-April, pp. 223-235.

Hill, M.A. (1983), "Female labour force participation in developing and developed countries: Consideration of the informal sector", *The Review of Economics and Statistics*, vol. 65, n°3, 459-468.

Mbu, D,et Nkwelle, K. (2013), Child Health and Maternal Labour Supply: A Chi Square Approach. *International Journal of Economics, Finance and Management*, VOL. 2, NO. 2

Mwabu, G. (2001), "Health Status in Africa: A Regional Profile", *The South African Journal of Economics*, 69 (2), 319-335.

Norberg K (1998): *The Effects of Daycare Reconsidered*, NBER Working Paper 6769.

Powers, E. T. (1999): *Child Disability and Maternal Labor Force Participation: Evidence from the 1992 School Enrollment Supplement to the Current Population Survey*, Institute of Government and Public Affairs Working Paper, University of Illinois.

Powers, Elizabeth T., (2003), "Children's Health and Maternal Work Activity: Estimates under Alternative Disability Definitions." *The Journal of Human Resources*, Vol. 38, No. 3 (Summer,2003), pp. 522-556.

Salkever, D. S. (1980): *Effects of Children's Healthon Maternal Hours of Work: A Preliminary Analysis*, in: *Southern Economic Journal* (57: 156-166).

Salkever, D. S. (1982a): *Children's Health Problems and Maternal Work Status*, in: *Journal of Human Resources* (17, 1: 94-109).

Tsafack Nanfosso R and Zamo-Akono C M (2009): *Fertility, Health and Female Labour Force Participation in Urban Cameroon 2009*. *International Business Research Journal*, www.ccsenet.org/ibr.