



REPUBLIQUE DU BENIN

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

MEMOIRE DE LICENCE PROFESSIONNELLE

OPTION : Sciences Economiques

FILIERE : Economie Appliquée

THEME

**EFFET DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE
SUR LE NIVEAU DE LA PAUVRETE AU BENIN**

Réalisé et présenté par :

WANMANTOUN G. Idelphonse

AKPADO Aline E.

Sous la direction de :

Maître de Stage

DJONGON S.A. Sylvain

(Président du conseil d'administration
de l'ONG A.S.A.D)

Directeur de Mémoire

Pr ALINSATO Alastaire

(Enseignant à la FASEG)

ANNEE ACADEMIQUE : 2015-2016

AVERTISSEMENT

LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION DE
L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI N'ETTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS CE
MEMOIRE ; CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME
PROPRES A LEURS AUTEURS.

DEDICACE 1

Je dédie ce mémoire à :

- mon père WANMANTOUN KAKPO Ernest
- ma mère GOGOHUNGA Séraphine

WANMANTOUN Gbègnihin Idelphonse

DEDICACE 2

Je dédie ce mémoire à :

- ma mère GUEDENON Henriette
- mes frères et sœurs

AKPADO Aline Ehouédé

REMERCIEMENTS

Au terme de la rédaction de ce mémoire de fin de cycle, nous saisissons cette opportunité pour congratuler tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation. En effet nous exprimons nos sincères remerciements et profondes gratitude à l'endroit :

De notre Dieu Tout-puissant pour nous avoir accordé la vie et la santé afin d'être ce que nous sommes en qualité de licencié en Economie Appliquée ;

Des autorités académiques de l'UAC en l'occurrence celles de la FASEG pour leur encadrement Scientifique qu'ils nous ont réservés tout au long de ce cycle d'étude ;

De notre directeur de mémoire, Professeur Alastaire ALINSATO, pour avoir répondu favorablement à notre sollicitation ;

Du Monsieur Fidel SALIGA pour sa disponibilité permanente malgré ses occupations.

De tout le personnel de l'ONG ASAD ;

De notre maître de stage Monsieur Sylvain Sourou Amour DJONGON ;

Des agents de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique ; en l'occurrence les bibliothécaires de la salle de documentation ;

De toutes les familles WANMANTOUN et AKPADO, nos frères et sœurs ;

De tous les membres du jury.

LISTE DE TABLEAUX ET GRAPHIQUES

A/ LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Fiche signalétique des animations de l'ONG ASAD.....	15
Tableau 2 : Fiche signalétique des objectifs de l'ONG ASAD.....	16
Tableau 3 : Signes attendus des variables.....	32
Tableau 4 : Résultat des tests de stationnarité en niveau.....	42
Tableau 5 : Résultat d'estimation du modèle à correction d'erreur.....	45

B/ LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution des dépenses d'investissement en santé en milliard de franc.....	38
Graphique 2 : Evolution des indices du développement humain.....	39
Graphique 3 : Evolution des produits intérieur brut par habitant en milliards de franc.....	40
Graphique 4 : Evolution des dépenses de fonctionnement de en milliards de franc.....	41

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADF	:	Augmented Dickey – Fuller
ASAD	:	Actions pour la Solidarité l'Assistance et le Développement
BM	:	Banque Mondiale
DGAE	:	Direction Général des Affaires Economiques
DPS	:	Dépenses Publiques en Santé
FASEG	:	Faculté des Sciences Economiques et de Gestions
FCFA	:	Franc de la Communauté Francophones Africaine
IDH	:	Indice du Développement Humain
INSAE	:	Institut National de la Statistiques et de l'Analyse Economique
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
JB	:	Jarque Bera
MCE	:	Modèle à Correction d'Erreur
MCO	:	Moindres Carrés Ordinaires
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
NFS	:	Nouvel Formule Sanitaire
OCDE	:	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
ODD	:	Objectif de Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation No Gouvernemental
PIB	:	Produit Intérieur Brute
PNUD	:	Programme des Nations Unis pour le Développement

Effet des dépenses publiques de santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

SCRP : Stratégies de Croissance et Réduction de la Pauvreté

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquis

UAC : Université d'Abomey Calavi

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET LA PROBLEMATIQUE.....	2
Section 1 : Présentation et description du contexte de stage.....	2
Section 2 : Sujet de recherche comme centre d'intérêt du stage.....	11
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	17
Section 1 : Problématique, Objectifs général et hypothèses.....	17
Section 2 : Revue de littérature.....	20
CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS.....	31
Section 1 : Méthodologie de recherche.....	31
Section 2 : Présentation et analyse des résultats.....	38
CONCLUSION.....	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
ANNEXES.....	III

RESUME

Le présent travail analyse l'effet des dépenses publiques de santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin. Le modèle utilisé est la fonction de Cobb Douglas inclinant sur la méthodologie du modèle à correction d'erreur (MCE). Cette méthodologie consiste de régresser dans un premier temps l'Indicateur du Développement Humain (IDH) sur les dépenses d'investissement en matière de santé et le Produit Intérieur Brute par Habitant sur la période de 1980 à 2014 soit 35 observations. Dans un second temps, afin d'apprécier l'effet des dépenses de fonctionnement en santé elle a consisté à régresser l'Indicateur du Développement Humain sur les dépenses de fonctionnement en santé et le Produit Intérieur Brute par Habitant. Il ressort des estimations effectuées au seuil de 5% que les dépenses d'investissement de santé ont un effet positif et significatif sur l'IDH à court terme comme à long terme. De même, les dépenses de fonctionnement en santé ont un effet positif et significatif à long terme et à court terme sur l'Indicateur du Développement Humain.

Mots clés : la pauvreté ; dépenses publiques en santé ; dépenses de fonctionnement en santé, dépenses d'investissement en matière de santé.

ABSTRACT

This paper analyzes the effect of public health expenditure on the level of poverty in Benin. The model used is the Cobb Douglas function based on the error correction model (ERM) methodology. This methodology consists of initially regressing the Human Development Index (HDI) on investment expenditure and the gross domestic product per inhabitant over the period from 1980 to 2014, i.e. 35 observations. Secondly, in order to assess the specific effect of operating expenditures on health, it consisted of regressing the Human Development Index on Health Operating Expenditure and Gross Domestic Product per inhabitant. According to estimates made at the 5% threshold, public expenditure on health has a positive and significant effect on the HDI both in the short term and in the long term. Similarly, health operating expenditures have a positive and significant long-term and short-term effect on the Human Development Index.

Keywords: poverty; Public health expenditure; operating expenses.

INTRODUCTION

Depuis les années 90, l'attention accordée à la lutte contre la pauvreté s'est particulièrement intensifiée, tant au niveau de l'appréhension globale des enjeux au plan international qu'en ce qui concerne les stratégies et les programmes nationaux de développement. Le rapport de la Banque Mondiale(2012), nous révèle que 897 millions de personnes soit 12,81% de la population mondiale vivent sous le seuil d'extrême pauvreté, avec un revenu inférieur à 1,9 dollar américain par jour.

Compte tenu de son caractère multidimensionnel et multisectoriel, la pauvreté est aujourd'hui un problème crucial pour la communauté internationale. A ce titre, elle s'est engagée à travers la définition des Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) suivie des Objectifs du Développement Durable (ODD) à réduire le nombre de personnes vivant dans un état de pauvreté extrême. Toutefois, la pauvreté ne peut être réduite que si on s'y attaque sur tous les fronts. C'est dans ce contexte que l'interface entre pauvreté et santé revêt une importance primordiale.

Suivant les recommandations de la communauté internationale, l'engagement du Bénin va prendre une dimension plus sociale à la fin de la décennie 90. En effet, depuis 1999, le Bénin s'est engagé dans la mise en œuvre d'une stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) pour un développement humain durable. L'aboutissement de ce programme passe nécessairement par l'amélioration du capital humain et pour y parvenir, un accent particulier doit être mis sur l'accès à des services sociaux de base comme la santé. La santé pourtant considérée comme un facteur déterminant de l'amélioration du capital humain, n'est pas accessible à une bonne partie de la population, surtout dans le milieu rural. Le non accès aux services de santé augmente les risques d'appauvrissement des groupes vulnérables. Au regard des relations entre santé et pauvreté évoquées, nous travaillerons sur le thème « Effet des dépenses publiques de santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin ».

Cette étude tentera d'apporter sur le plan pratique un éclairage quant à l'importance de l'orientation et de la qualité des politiques de dépenses publiques au Bénin en matière de réduction de la pauvreté, eu égard aux considérations théoriques et spécifiques de l'économie béninoise. Pour y parvenir, à cet effet, le présent travail est organisé autour de trois chapitres : Le premier chapitre porte sur le cadre institutionnel du stage. Le second s'articule autour du cadre théorique de l'étude. Et enfin le dernier chapitre présente le cadre méthodologique et résultats.

CHAPITRE 1: CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE

Section 1 : Présentation et description du contexte de stage

La Direction Exécutive (D.E) est la structure technique de l'Organisation Non Gouvernementale, des Actions pour la Solidarité, l'Assistance et le Développement (ONG A.S.A.D), régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901 et le décret du 07 Août 1901,

Enregistrée sous le N° 4/145/PDZ – C/SG/STCCD – ASSOC du 25 Septembre 2009 ; publiée au Journal Officiel de la République du Bénin N° 24 du 15 Décembre 2009 et immatriculée à l'Identifiant Fiscal Unique (IFU) N° 6201502402502

Dans cette section nous allons présenter en premier lieu, l'historique, l'objectif et la structure organisationnelle de l'ONG ASAD et en second lieu, le déroulement du stage.

1-1 - Historique et objectifs de l'ONG ASAD

Suite à une analyse profonde du fonctionnement de notre société, nous constatons que le climat social, économique et culturel est en perpétuel dégradation. La pauvreté continue de sévir fortement chez les larges masses laborieuses que constituent les couches rurales. La paupérisation de ces couches est une réalité irréfutable qui suscite de profondes réflexions.

L'accès limité à l'éducation, l'analphabétisme, la misère, le manque de soins primaires et les maladies telles que les IST-VIH/SIDA et le paludisme constituent les principaux maux dont souffrent en général les sociétés africaines et en particulier la société béninoise.

La situation économique est très peu reluisante. Les populations manquent du minimum devant assurer leur plein épanouissement. Les cinq besoins fondamentaux de l'homme ne sont pas garantis à la majorité des populations béninoises.

Si le développement est la priorité de toutes les nations, il ne peut être atteint que lorsque le déséquilibre constaté de tous les temps ne soit toujours pas à la base de la répartition des ressources pouvant satisfaire les uns et les autres.

Ainsi apparait-il donc un devoir irréfutable pour l'Organisation Non Gouvernementale, Actions pour la Solidarité, l'Assistance et le Développement (ONG A.S.A.D-BENIN) de s'engager résolument autour des objectifs afin de mieux atteindre la finalité : la restauration de l'équilibre social et économique.

C'est pourquoi (A.S.A.D-BENIN) dans son plan d'action désire concourir au développement à la base, en s'attendant à la satisfaction des besoins essentiels des populations (alimentation, santé, éducation, micro-activité génératrice de revenu, environnement, etc.). Elle compense la faiblesse de l'action sociale et économique de l'Etat, développe la Solidarité Nationale et Internationale, mobilise des ressources internes et externes pour réduire la pauvreté au Bénin.

1-2 - Organes dirigeants de l'ONG A.S.A.D

L'ONG A.S.A.D est administrée par les organes suivants :

1-2-1- L'Assemblée Générale (AG)

C'est l'organe de délibération de l'association. Elle se compose de tous les membres de l'association. La loi de 1901 étant muette à son égard, son fonctionnement est régi par les statuts ou le règlement intérieur (périodicité, modalités de convocation, de vote ou de quorum, etc.). On distingue l'assemblée générale ordinaire et l'assemblée générale extraordinaire.

L'assemblée générale ordinaire se réunit à la date généralement fixée par les statuts pour débattre des questions qui lui sont dévolues : présentation et approbation des rapports moraux et financiers, vote du budget, élection du conseil d'administration, examen des actes de gestion importants (achats, ventes de biens, orientation des activités, montant des cotisations, ...), etc.

L'assemblée générale extraordinaire peut être convoquée par le conseil d'administration ou à la demande d'un certain nombre d'adhérents déterminé par les statuts. Elle intervient lorsque se présente un sujet particulièrement grave ou d'une urgence telle qu'on ne peut attendre l'assemblée générale ordinaire pour l'examiner.

L'AG a notamment compétence pour :

S'assurer de la bonne administration ;

Modifier les statuts et les Règles d'Ordre Intérieur ;

Modifier les sièges sociaux et lieu commun de l'ONG ;

Approuver le rapport des autres organes ;

Elire et révoquer les membres des autres organes ;

Décider de l'affectation de trop perçu annuelle ;

Créer de réserves et toutes structures qu'elle juge utile pour la réalisation de l'objet de l'ONG ;

Traiter toute relative à l'organisation et fonctionnement de l'ONG ;

C'est d'elle qu'émanent les décisions importantes.

L'AGO se réunit une fois par an dans les trois mois qui suivent la Clôture de l'exercice social de l'ONG ; et peut se réunir en AGE soit :

- A la demande de la majorité des membres du CA ;
- A la demande de la commission de surveillance (contrôle) ;
- A la demande de la tiers (1/3) des membres de l'ONG.

1-2-2- Le Conseil d'Administration (CA)

De manière non exhaustive, le conseil d'administration a la responsabilité de :

Définir les attentes de l'organisation, établir et sauvegarder sa vision, sa mission et ses valeurs ;

Développer sa stratégie (par exemple, un plan stratégique à long terme) ;

Créer et/ou approuver les politiques de l'organisation, confier le pouvoir. Sélectionner, gérer et soutenir le directeur général de l'organisation ;

Contrôler la performance, garantir la conformité avec le document constitutif (par exemple, la charte). Garantir la responsabilité et la conformité avec les lois et les réglementations ;

Assurer une supervision financière appropriée ;

Définir la politique de gestion des ressources de l'ONG ;

Assurer le respect des prescriptions légales réglementaires et statutaires ;

Promouvoir par toute mesure utile d'éducation économique et sociale des membres ;

Proposer des solutions pour un règlement des différents qui peuvent lui soumettre ses membres.

Mettre en application les décisions de l'AG.

Suspendre tout dirigeant et / ou agent pour faute grave notamment pour violation des prescriptions légales et statutaires,

Admettre de nouveaux membres conformément aux présents statuts et sur autorisation de l'AG.

1-2-3- Le Conseil de Gestion (CG)

Le groupe de gestion reçoit ses instructions du conseil et les met en application jour après jour et a pour responsabilité de :

Communiquer les attentes (mission, stratégie, politiques) à l'ensemble du personnel ;
Gérer les opérations quotidiennes et la mise en application des programmes pour répondre aux attentes ; et transmet les résultats au conseil. Une fois que l'équilibre entre les responsabilités du conseil et du groupe de gestion est établi et qu'il fonctionne bien, l'organisation est plus apte à répondre aux attentes des clients, bénéficiaires et autres parties prenantes ; établir des programmes de qualité qui soient réalisables et efficaces ; et se conformer aux lois, aux réglementations et aux autres exigences.

1-2-4- Le Comité de Contrôle ou Commissaires aux Comptes (CC)

Le commissaire procède à un audit des comptes annuels de l'association, ayant pour objectif de « certifier que les comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'association ».

Le commissaire aux comptes doit également vérifier la sincérité et la concordance avec les comptes annuels des informations données dans les documents remis ou adressés aux membres (analyses, suivi budgétaire, rapport moral, rapport financier, rapport de gestion du conseil d'administration, ...).

Au cours de notre stage, il est amené également à demander aux dirigeants la confirmation écrite de certaines déclarations (engagements éventuels vis-à-vis de tiers, contentieux en

cours, ...) et à procéder à certaines vérifications ou travaux spécifiques (conventions réglementées, ...).

Il est important de rappeler que l'établissement des comptes annuels incombe aux dirigeants de l'association et que cette responsabilité implique la tenue d'une comptabilité et un système de contrôle interne adéquats, la définition et l'application de politique d'arrêté des comptes et des mesures de sauvegarde des actifs.

Au-delà des contrôles classiques mis en œuvre, le commissaire aux comptes vérifie : le respect des contrats de partenariat avec les divers organismes publics ou privés, l'exhaustivité et la réalité des subventions comptabilisées, le respect des enregistrements des dettes et des créances acquises et notamment l'application du principe de séparation des exercices, l'absence d'erreurs significatives au niveau des charges liées au personnel (salaires, charges sociales), les conventions réglementées, les budgets.

Enfin, toute immixtion dans la gestion lui est interdite et il a l'obligation de révéler au procureur de la République les faits délictueux dont il pourrait avoir connaissance au cours de sa mission.

1-2-5- Présentation de la Direction Exécutive (DE)

Selon la décision N° 12/ASAD/AG/CA –C/10 du 05 Janvier 2010 portant procédures de gestion administratives, comptables et financières, les missions suivantes sont assignées à la D.E

Elle est chargée de mettre en œuvre la politique et les programmes de l'ONG selon les prescriptions du Conseil d'Administration (CA). Elle est animée par un Directeur dont la mission consiste à :

Elaborer la programmation opérationnelle (plan d'action) de l'ONG dans le respect des textes organiques ;

Assurer le bon fonctionnement des services techniques ;

Assurer une bonne circulation de l'information entre la Direction Exécutive et les différents acteurs des organes ;

Mettre en place et gérer le Secrétariat Administratif et Financier (SAF) d'une part, et le Service des programmes, de Suivi et Evaluation (SSE) d'autre part ;

Gérer l'espace de travail ;

Recruter et gérer le personnel de la Direction Exécutive ;

Préparer le budget et ordonnancer le budget de l'ONG ;

Adresser un Rapport d'Activité (R.A) mensuel et annuel au CA et le bilan d'activité ;

Les Assemblée Générales Ordinaires ;

Collaborer étroitement avec les organes et les partenaires ;

Coordonner les relations entre la D.E et les autres organes ;

Assister aux réunions du CA ;

Faire le marketing de l'ONG auprès des partenaires, et la mobilisation des fonds pour les activités de l'ONG ;

Veiller à la tenue à jour des registres et des livres comptables ;

Se soumettre au contrôle de la Commission de Contrôle (CC) et de tout autre partenaire ;

Veiller à la sauvegarde du patrimoine de l'ONG ;

Représenter l'ONG pour les missions techniques auprès des partenaires à l'intérieur comme à l'extérieur et sur autorisation du CA ;

1-2-6- Organisation de la Direction Exécutive

Pour accomplir ses missions d'organes de direction et d'exécution de la gestion quotidienne des activités de l'ONG, elle est en étroite relation avec les autres organes de l'ONG puis se dote des postes d'activités ci – après :

- Le Secrétariat administratif et financier (SAF)
- Le service des programmes et projet, et suivi – évaluation (SPPSE)

La fonction de « direction générale » correspond à la mise en œuvre de la fonction exécutive au sein de l'association, par délégation de pouvoir aux membres de la direction générale.

Le Directeur général assure la permanence de l'Administration de l'Association. Il prépare les travaux des différentes instances de l'Association (Conseil d'Administration, Assemblée Générale et Commissions ad hoc). Il est chargé de l'application et du suivi des décisions des instances statutaires de l'association. Il met en œuvre, anime et coordonne la politique de l'Association sous tous ses aspects techniques, administratifs et de gestion. Il anime et coordonne une équipe de directeurs. Il est responsable de la sécurité générale des personnes et des biens.

Il rend compte régulièrement de sa mission au Président de l'Association et au bureau. Il garantit la bonne application du présent règlement général de fonctionnement. Il veille à la diffusion du règlement général de fonctionnement qui devra être affiché dans chaque établissement et service de l'Organisation. Le Directeur Général est responsable devant le bureau, de manière permanente. A ce titre, il est responsable des actions qu'il développe et de celles de l'ensemble du personnel. Dans ses actes, il engage la responsabilité de l'Association.

Le Directeur général, par délégation du Président : représente l'Association dans les interventions et démarches nécessaires à son bon fonctionnement auprès des Collectivités, de l'Administration et de ses services, des Organismes de Contrôle. En conséquence, il assure la liaison avec l'ensemble des partenaires associés à l'action de l'Association au plan départemental, régional, national . Par délégation, le Directeur général est le représentant de l'Association vis-à-vis des Pouvoirs Publics et donne aux Directeurs d'Etablissements et de Services toutes les instructions et informations nécessaires pour que les liaisons correspondant à la marche de leur service soient assurées.

Prépare les documents nécessaires à la tenue et aux délibérations des Assemblées Générales et du Conseil d'Administration et réalise les procès-verbaux qui seront soumis à l'approbation de chacune de ces instances ;

Prépare les éléments destinées au rapport moral soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale lequel comprend les rapports d'activité des services ; est le représentant permanent du Président et du Conseil auprès des Etablissements et Services, chargé de l'exécution et du contrôle des décisions dudit Conseil d'Administration ;

Doit veillé à la bonne exécution avec les Directeurs des Etablissements et Services des projets pédagogique, éducatif et thérapeutique tels qu'ils ont été acceptés par le Conseil d'Administration ;

Travaille en étroite collaboration avec les Directeurs des Etablissements et Services. A cette fin est mis en place un Comité de Direction tel qui est l'intermédiaire habituel entre les Directeurs d'Etablissements et de Services et le Président ;

A un devoir d'alerte auprès du Président en cas de dysfonctionnement constaté dans un établissement ou service de l'association ;

Veille à ce que soit souscrit, pour toutes les activités développées par les services de l'Association, un contrat d'assurance garantissant :

La responsabilité civile de l'Association qui pourrait être recherchée du fait des adultes et des enfants, et le cas échéant des parents, des stagiaires, des personnes bénévoles qui apportent leur concours ; les accidents susceptibles de survenir à ces différentes personnes ; les risques dus à l'implantation (incendie, dégâts des eaux, vols, tempêtes...).

Rendre compte au Président des modalités d'organisation qu'il met en place pendant ses absences ;

1-2-7 - La gestion des relations structurelles

Depuis sa création, l'organisation a réalisé de très nombreuses missions humanitaires, de l'urgence à la reconstruction. Pour elle, l'engagement humanitaire est un devoir. Il s'agit de porter secours coûte que coûte à des personnes, familles et communautés dont la vie est en danger en répondant à leurs besoins vitaux : boire, manger, être abrité en respectant scrupuleusement leur dignité et leur identité. Il s'agit d'accompagner ces populations de l'urgence à la reconstruction pour leur permettre de retrouver leur autonomie après la crise. Pour y parvenir, il faut rechercher l'efficacité et dans ce but se doter des compétences, des outils, des méthodes et des organisations indispensables basés sur des valeurs, principes et pratiques humanitaires.

Dans ses fonctions, l'ONG porte le combat humanitaire auprès des décideurs, et dans les enceintes internationales, dans le but de contribuer à améliorer l'aide humanitaire. Elle

pilote le combat de l'association pour l'accès à l'eau potable et à l'assainissement contre l'eau insalubre qui est une cause majeure de mortalité dans le monde.

La gestion des relations structurelles de l'ONG concerne les rapports qui existent entre le CA, le CG, la CC et la DE

1-2-7-1- Relation entre le Conseil d'Administration (CA) et la Direction exécutive (DE)

Le CA est émanant de l'AG, tandis que la Direction exécutive est mise en place par le CA. Cependant, il existe des rapports de souplesse, des relations de collaboration verticales et horizontales.

En effet, la Direction Exécutive est responsable devant le CA.

Elle doit rendre compte périodiquement de toutes ses activités au CA, tous les mois, en précisant à chaque fois le niveau d'exécution de son plan d'action, et l'exécution du budget

Elle doit rendre compte au fur et à mesure de l'état d'évolution du partenariat avec l'Etat, les organismes et bailleurs de fonds, afin de bénéficier de l'appui du CA

Les directives du CA à la Direction Exécutive passe par le Directeur. Aucun membre du CA ne doit s'adresser directement au personnel de la Direction Exécutive. Cette disposition n'exclut nullement les relations interpersonnelles pouvant exister entre les individus, pourvu que leur nature n'influence négativement les rapports de travail.

Le Directeur Exécutif assiste à toutes les réunions du CA, et n'a qu'un avis consultatif, et non délibératoire.

Elle recrute le personnel essentiel sur avis consultatif du CA.

1-2-7-2- Relation entre le Conseil de Gestion (CG) et la Direction Exécutive (DE)

Le Conseil de Gestion est élu par le CA sur les deux tiers et est composé de neuf (09) pôles. Chaque pôle est administré par un Coordonnateur.

Les pôles de coordination sont :

- 1- Coordination Nationale des Programmes et de l'Organisation
- 2- Coordination de la Gestion des Projets et Suivi – évaluation des Activités

- 3- Coordination des Actions Sociales
- 4- Coordination des Activités de l'Education et de la Formation
- 5- Coordination à la Communication
- 6- Coordination des Activités Relatives à la Santé
- 7- Coordination Chargée de la Promotion de l'Agriculture et de l'Elevage
- 8- Coordination des Relations aux Plans National et International
- 9- Coordination des Activités Relatives à l'Environnement

La Direction Exécutive collabore avec tous les coordonnateurs et apporte son appui conseil à la performance des résultats attendus. Cependant, les coordonnateurs font passer leur demande par le CA.

1-2-7-3- Relation entre la Commission de Contrôle (CC) et la Direction Exécutive (DE)

La Direction Exécutive se soumet au contrôle de la CC, dans les aspects de la gestion de l'ONG. Elle doit fournir les informations et pièces justificatives afférentes à la gestion financière et comptable.

La Direction exécutive peut bénéficier de l'appui / conseil de la CC qui peut à son tour faire appel à une expertise extérieur sur sa demande et l'autorisation

Section 2 : Sujet de recherche comme centre d'intérêt du cadre de stage

2-1- Objectif de stage

L'objectif de notre stage est de compléter les connaissances théoriques reçues à la FASEG par la pratique en milieu professionnel. Le stage nous a permis également de pouvoir nous investir plus activement au sein d'une organisation et découvrir une autre culture, d'autres pratiques et approches du travail avec autrui, tout en cherchant à agir pour l'amélioration des conditions de vie, sans oublier notre propre épanouissement personnel.

2-1-1 Objectifs spécifiques du stage

- acquérir et élaborer de nouvelles méthodes d'intervention et des nouveaux outils Méthodologiques (pédagogiques en matière d'intervention) qui nous facilitera la tâche et nous permettront de les utiliser lors de nos différentes activités de terrain ;

-La rédaction d'un rapport de stage (produire un rapport de stage) avec les nouvelles méthodes et nouveaux outils de travail de façon détaillée, et permettre une restitution claire et précise du stage aux membres de ma structure. Ce rapport servira de base de travail dans la mise en place d'un projet de terrain.

-Permettre à notre Association de mettre en pratique les enseignements tirés du stage (des précédents ateliers d'auto formation et d'échanges d'expériences).

2-1-2- Résultats attendus

Le stage doit lier la théorie à la pratique :

-Faire la restitution des enseignements acquis de stage à mon retour en faveur de l'ensemble de ma structure mandatant de manière participative: (formation des membres, expo - interrogative, participative ou active, applicative)

- Mettre à la disposition de ma structure de nouvelles méthodes d'intervention et les nouveaux outils de travail élaborés avec le maître de stage,

-S'approprier (l'équipe) des nouveaux outils de travail et nouvelles méthodes d'intervention et participe à la mise en œuvre d'un futur projet de terrain visant à appliquer les enseignements tirés de stage (c'est-à-dire le stagiaire avec le concours de toute l'équipe de la structure), Le partage et la diffusion des expériences acquises pour améliorer ses prestations sur terrain.

- Appuyer l'acteur local à planifier dans le temps et l'espace des activités claires à réaliser en rapport avec le budget affecté, et à élargir ses futurs programmes ».

Ainsi, ce stage nous a permis de bénéficier deux niveau d'apprentissage :

Acquisition des connaissances en matière des dépenses publiques dans la santé,

Analyser leur effet sur le niveau de pauvreté de la population.

2-2 - Déroulement du stage

La structure d'accueil de notre stage est l'ONG A.S.A.D, précisément à la direction Exécutive. Ledit stage dans le but d'approfondir nos connaissances théoriques et pratiques acquises, s'est déroulé au Service des programmes et projet, et Suivi - évaluation.

2-2-1- Présentation des services parcourus :

Durant les trois mois de stage passés au sein de l'ONG ASAD BENIN, nous avons pris connaissance de la structure et du personnel administratif afin de nous familiariser avec tout ce qui se fait pour une intégration réussie.

A notre arrivée, nous avons eu un entretien avec le Directeur Exécutif qui nous a entretenus sur les modalités de déroulement du stage telles que le respect de la hiérarchie, la ponctualité, l'assiduité, le dévouement, et toutes autres conditions relatives au fonctionnement de l'ONG. Nous avons ensuite été mis en immersion dans les différents compartiments de la Direction Exécutive.

2-2-2- Difficultés rencontrées et suggestions

Dans la quête d'informations utiles à l'élaboration de ce travail, les difficultés n'ont pas manqué bien qu'elles soient partiellement résolues par le fruit de nos recherches. Comme l'a dit Saint-Exupéry «l'homme se découvre devant l'obstacle » car nous avons été confrontés à de diverses contraintes aussi bien internes qu'externes pour la recherche des informations. Il s'agit entre autre de :

- la difficulté d'obtenir une documentation récente et appropriée, aux problèmes des ONG dans certaines bibliothèques de la place.
- la difficulté d'obtenir des articles sur les dépenses publiques de santé car la bibliothèque de ASAD BENIN n'est pas trop constituée des livres d'ordre publique.
- le manque total du courant électrique qui a été un obstacle au service de la direction car le système étant automatisé, mais surmonté par le fait que l'ONG a un générateur ;
- long trajet et manque de bus qui causent quelques retards.

Il sied de pouvoir suggérer quelques recommandations qui peuvent aider les stagiaires à remplir convenablement leur mission de stage. Il s'agit de :

Mettre en place par l'ONG un chargé de stage à temps plein pour faire l'encadrement et le suivi des stagiaires et prévoir un séminaire préalable sur les attentes du stage, s'enquérir de la façon dont l'étudiant effectue le stage ;

Pour le problème du temps, que l'organisation change sa façon de programmer le stage pour permettre au stagiaire de rédiger son rapport conte tenu de la distance.

Au terme de notre de notre stage au sein de l'ONG ASAD, nous pouvons affirmer que ce stage nous a été bénéfique à bien d'égard.

Au cours de notre stage au sein de la dite organisation nous avons été appelé à confronter les notions théoriques acquises aux réalités professionnelles.

Nous avons été témoins de l'apport de l'organisation dans la redynamisation de l'économie en collectant les fonds auprès de ses membres sous forme d'épargne et la redistribution de ces derniers par des prêts aux membres en besoin des capitaux.

Ce manuel pourra servir de référence pour d'autres chercheurs intéressés par le domaine des dépenses publiques de santé.

Le projet qui a retenu notre attention est la branche Maladie de la Caisse Mutuelle de prévoyance Sociale, un programme Bénino-belge qui est une prise en charge de la population par l'Etat béninois sous tutelle du Ministère du Travail et de la Fonction Publique.

L'Etat supporte les soins à hauteur de 70%, qu'il verse au centre de santé conventionné

Tableau 1 : Fiche Signalétique de l'ONG A.S.A.D

FICHE SIGNALÉTIQUE	
Dénomination	Actions pour la Solidarité, l'Assistance et le Développement
Sigle	A.S.A.D
Siège	BOHICON
Pays	BENIN
Date De Création	05 Septembre 2009
N° D'enregistrement	4/145/PDZ – C/SG/STCCD
Date D'enregistrement	25 Septembre 2009
N° De Publication Au Journal Officiel	24
Date De Publication Au Journal Officiel	15 Décembre 2009
Page De Publication Au Journal Officiel	328
N° I Fu	62 01 50 24 02 502
Tel	(229) 95 86 89 46 / 97 32 00 49
Boîte Postale	01 BP 5054 Cotonou
E-mail	ongasad@yahoo.fr
Président Fondateur	Sylvain Sourou Amour DJONGON
Personnel	10

Source : Archives du secrétariat administratif et financier de l'ONG ASAD (2009).

Tableau 2 : Fiche signalétique des objectifs de l'ONG A.S.A.D

Objectifs	Compenser la faiblesse de l'action sociale et économique de l'Etat, développer la solidarité nationale et internationale, mobiliser des ressources internes et externes pour réduire la pauvreté au Bénin
Domaines D'intervention	<ul style="list-style-type: none"> -Œuvres sociales -Education et formation -santé -Agriculture et élevage -Environnement -Relations nationale et internationale
Organes Dirigeants	<ul style="list-style-type: none"> -Assemblée générale (AG) -Conseil d'Administration (CA) -Conseil de gestion (CG) -Commission de Contrôle (CC) -Direction Exécutive (DE)
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> -Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTFP) -PROMO SANTE POUR TOUS ONG -ONG VISION UNIVERSELLE -NFS TOGO

Source : Archives du secrétariat administratif et financier de l'ONG ASAD (2009)

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIRIQUE DE L'ETUDE

Section 1 : Problématique, Objectif général et hypothèses.

1.1. Problématique

Selon le (PNUD 2011), la pauvreté demeure, un sujet de préoccupation majeure au Bénin avec 35,1% de la population vivante en dessous du seuil de la pauvreté. La pauvreté se concentre de plus en plus dans les villes en liaison avec la forte urbanisation pas suffisamment accompagnée de la mise en œuvre d'un plan de gestion urbaine. Ainsi le taux de pauvreté absolue (faible revenu et mauvaise condition de vie) est passé entre 2007 à 2009 de 6,1% à 18,4% en zone urbaine alors qu'en milieu rural il est passé de 8,8% à 15%. Une étude sur l'évolution de la pauvreté et des inégalités au Bénin révèle que la pauvreté s'est accentuée au niveau national, passant de 33,3% en 2007 à 40,1% en 2015 .Selon le rapport sur l'IDH (PNUD 2011), il ressort que l'IDH du Bénin (0,434) se trouve en dessous de celui du niveau de l'Afrique subsaharienne. Toutefois l'IDH s'est inscrit sur une tendance haussière traduisant les efforts dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne les ménages qui sont entrés dans la pauvreté ou qui sont restés toujours pauvres, ce sont ceux vivant en milieu rural, ils sont généralement de grande taille et ayant un niveau de vie initial faible, dirigés par des hommes, en général âgés et travaillant dans le secteur primaire (Agriculture, Elevage et Pêche) pour compte propre ou en tant que manœuvre ou apprentis. Ces ménages ont connu une baisse du nombre d'actif occupés et ont subi les chocs biophysiques (inondations/sécheresses) entre 2006 et 2009. En somme, les variables sociodémographiques et socio-économiques qui influencent différemment la transition dans la pauvreté sont : le niveau de vie initial, le cycle de vie, le niveau d'instruction du chef de ménage, le sexe du chef de ménage, l'accès à l'emploi, la situation sur le marché du travail, la taille du ménage, le milieu de résidence, l'accessibilité économique aux biens sociaux (le logement, la santé, l'éducation et l'éducation et la communication) et l'exposition aux chocs biophysiques et sociaux. (INSAE, EMICoV, 2011).

Le gouvernement mis en place en Avril 2006 au Bénin a trouvé le secteur de la santé dans un état de putréfaction avancée bien qu'il est encore vivant. Après deux années de gouvernance, le secteur de la santé malgré les mesures de redressement prises en sa faveur, semble plongé de plus belle dans le coma. Visiblement, le secteur est malade de ses hommes et les grèves à n'en point finir avec ou sans service minimum en disent long.

Les spécialistes après les enquêtes ont découvert au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) du Bénin la mauvaise gestion administrative, financière, comptable et matérielle. Et c'est pareil dans les autres centres de santé publics du pays. A tout ceci s'est ajouté l'épineux problème des ressources humaines complètement démotivées. Conséquence, les patients, les partenaires au développement, les prestataires de service et certains dirigeants du Bénin ont perdu totalement l'espoir de voir ce secteur retrouver sa boussole et servir les populations dans la règle de l'art. Voyant le naufrage menacer le navire, plusieurs des acteurs du secteur ont pris l'option de rentrer dans le privé où ils sont bien payés mais souvent très chers aux clients surtout les plus démunis. (JOLOME NEWS BENIN, 2016)

Cependant, le secteur de la santé connaît un traitement assez difficile malgré les efforts manifestés des pouvoirs publics. Les organisations internationales (OMS, UNICEF) ont contribué à cette expansion des dépenses liée à la santé dans la période 2008 à 2014. Elles continuent d'apporter leurs contributions pour la santé des populations. La faiblesse des ressources au niveau de la santé s'explique par une politique peu développée des pouvoirs publics. Les annuaires statistiques du MSP révèlent que le taux d'utilisation des services de santé a progressé de 34% en 2002 à 45,9% en 2007 soit une augmentation de 11,9%.

Ainsi il devient préoccupant de s'interroger sur la possibilité d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD). Face à cette situation peu satisfaisante, les Etats se sont trouvés confronter à des problèmes de financement croissant auxquels s'ajoutent les problèmes récurrents d'accessibilité aux soins, d'équité, de qualité et des résultats de santé assez décevants. Il faut noter cependant que les décideurs de politique économique sont surtout intéressés de savoir qu'elle serait l'incidence d'une réforme des dépenses publiques. Plus spécifiquement, dans quelle proportion une hausse de ces dépenses améliore l'accès des populations défavorisées aux services de base. La méthode de l'incidence moyenne ne pourrait répondre à cette question que si on suppose que l'expansion des services publics bénéficiera aux catégories de population proportionnellement au gain actuel. Ceci n'est pas forcément le cas, et ce n'est généralement pas le cas dans la provision des services publics. En effet, les mesures d'expansion des services publics visent généralement à améliorer l'accès au niveau des groupes de population les plus défavorisés par la distribution actuelle. Et dans ce contexte, il est raisonnable de s'attendre à ce que ces groupes de populations bénéficient relativement plus de telles mesures que ceux qui sont les mieux favorisés.

De plus selon la Banque Mondiale en 2011 l'Indice de Gini du Bénin est de 0,4344. Aussi, le retard enregistré par rapport à des pays comparables reste important ; de même que

persistent des disparités d'accès entre les régions, les sexes et les groupes de ménages. La persistance des inégalités dans l'accès aux services de base (santé, éducation, accès à l'eau potable ...) va de pair avec la dégradation des conditions de vie des populations. Cependant les ressources mobilisées par le gouvernement au profit de la santé sont restées relativement faibles (Rapport MSP, 2010).

En dépit d'une croissance relativement stable et modérée qui a induit une amélioration du revenu par tête depuis près d'une décennie, le recul de la pauvreté au Bénin demeure incertain et les mesures prises sur ce front au cours des dix dernières années ne sont pas concluantes. Ce rapport apporte un éclairage sur l'évolution de la pauvreté, les mécanismes de corrélation entre croissance et réduction de la pauvreté, les liens entre les services assurés par l'État et l'impact des dépenses publiques sur les mesures de lutte contre la pauvreté. Tout d'abord, il permet de bien comprendre les caractéristiques et la dynamique de la pauvreté au Bénin pour se faire une idée plus claire de la situation selon les régions en procédant à une analyse ventilée par région, par secteur, par sexe et par groupe démographique. (INSAE, 2013).

Le coût de la santé ne cesse d'augmenter et apparaît de plus de plus difficile à maîtriser avec la généralisation de la protection sociale, l'évolution des techniques médicales et le vieillissement de la population. La maîtrise des dépenses de santé est ainsi devenue une question cruciale pour les pouvoirs publics.

Au regard de ces considérations, on se pose des questions à savoir : quel est l'effet des dépenses publiques de santé sur les conditions de vie de la population béninoise ? Quel est l'effet spécifique des dépenses d'investissement et de fonctionnement en santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin ? Les réponses à ces questions et les propositions de lutttes contre la pauvreté, fondent les motivations de notre étude.

1.2. Objectifs et Hypothèses

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail vise à Analyser l'effet des dépenses publiques de santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin.

De façon spécifique, il s'agit de :

- Déterminer l'effet des dépenses d'investissement de santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin ;
- Identifier l'effet des dépenses de fonctionnement en santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin.

Hypothèses

En vue d'atteindre ces objectifs nous avons émis deux hypothèses de recherches à savoir :

(H1) : Les dépenses d'investissement de santé ont une influence sur l'Indice du Développement Humain au Bénin.

(H2) : Les dépenses de fonctionnement en santé ont un effet positif sur l'Indice du Développement Humain au Bénin.

Section 2 : Clarification des concepts et Revue de littérature

2-1- Clarification des concepts

Dans ce paragraphe nous revenons de façon substantielle sur les dépenses publiques de l'Etat tout en essayant de définir les concepts de dépenses publiques de santé et de pauvreté. L'analyse des liens entre la santé et la pauvreté a fait l'objet de plusieurs travaux.

Les dépenses publiques de santé sont les dépenses effectuées par l'Etat dans le cadre du développement des services sociaux sanitaires en vue d'améliorer l'état de santé des populations. Il s'agit essentiellement des salaires versés aux agents de la santé, les dépenses qui ont servi à rémunérer la main d'œuvre, utilisé pour la construction et l'entretien des centres et établissements sociaux sanitaires, et les subventions que l'Etat accorde aux différents centres privés de santé pour les faire participer au développement.

Les dépenses de fonctionnement, servent à la bonne marche des services publics sans y apporter d'amélioration (dépenses courantes de personnel et d'entretien) ;

La santé est une dimension essentielle de bien être de la population et un facteur de sa productivité.

Elle se définit en opposition par rapport à la notion de mal-être, de maladie, de morbidité, de douleur et de déficience. Mais si l'on introduit une dimension sociale et psychologique, alors la santé s'opposerait également à l'incapacité, aux désavantages et aux handicaps. Dans le préambule de sa constitution, l'OMS définit la santé comme « l'état complet du bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition pousse la démedicalisation très loin en insistant sur l'aspect purement subjectif.

Quant à la pauvreté elle se définit comme « l'état de ne pas pouvoir atteindre un niveau de vie minimum » (Banque Mondiale, 2004). En dehors de cette définition limitative, la pauvreté est difficile à déterminer et donc à mesurer étant donné qu'elle un phénomène multidimensionnel qui ne peut pas facilement être réduire à quelque indicateurs qualitatifs. Cependant, deux principales approches sont souvent retenues pour appréhender la pauvreté afin de déterminer l'acte de séparation des pauvres et des non pauvres. Il s'agit de l'approche monétaire et de l'approche non monétaire de la pauvreté. La pauvreté monétaire se traduit par un état d'insuffisance de revenu qui ne permet pas de satisfaire les besoins fondamentaux de l'homme.

La pauvreté revêt trois aspects : monétaire ou financier, accessibilité et psychosociologique. La pauvreté peut être également perçue comme un sentiment d'insécurité de précarité, d'exclusion, de vulnérabilité et d'impuissance, tout comme aussi de mentalité.

Au plan monétaire ou financier, la pauvreté est l'état d'une personne ou d'une collectivité qui ne dispose pas de ressources suffisante pour satisfaire ses besoins primaires et vitaux. Au niveau de l'accessibilité, la pauvreté est une incapacité ou un manque d'accès de l'individu aux biens et services sociaux de base. Au niveau psychosociologique, la pauvreté est un état d'esprit, un sentiment d'exclusion, de frustration par rapport à la famille, au clan et à la communauté. Au niveau de la mentalité, la pauvreté est un état de comportement de l'individu qui a du mal à avoir l'autre progresser ou prospérer et, du coup, a tendance à le rétrograder. La pauvreté monétaire est plus répandue et prononcée en milieu rural.

La situation inverse est notée en ce qui concerne la pauvreté non monétaire. Au niveau régional, l'existence de fortes disparités est encore persistante en ce qui concerne les deux dimensions de la pauvreté. En outre, les résultats ont réaffirmé la forte corrélation de la pauvreté avec les différents attributs de la population tels que les formes d'emplois, les statuts socioprofessionnels, la composition du ménage, le niveau d'instruction, le sexe du chef de ménage. S'agissant en particulier du sexe et de la branche d'activité du chef de ménage, il ressort que les ménages dirigés par les femmes semblent moins connaître la pauvreté monétaire. Ce résultat pourrait être expliqué entre autres raisons, par le fait que les femmes chef de ménage se caractérisent généralement par leur autonomie économique suffisante qui résulterait en partie de leur situation matrimoniale, de la taille du ménage et leurs secteurs d'activités. En effet, pour 2011, par rapport à la situation matrimoniale, 38,9% des femmes chef de ménages sont soit des mariées, veuves (40,3%), divorcées ou séparées (18,08%) ou en union libre (3,76%). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que la perte d'un membre économiquement actif peut conduire à bouleverser la situation financière du ménage qui risque de se retrouver en état de pauvreté.

Sur le plan économique les causes de la pauvreté sont entre autre : des politiques publiques inadaptées, des difficultés financières de l'état, l'inefficacité de la dépense publique, la faiblesse de recouvrement de l'administration. La dégradation des infrastructures de base a accentué l'enclavement des régions et les disparités locales ont augmenté les coûts d'accès aux services sociaux de base. En matière de crédit, la politique reste inadaptée aux besoins de l'économie. La destruction du capital forestier, le vieillissement de la population agricole, l'exode rural, l'insuffisance de l'organisation du monde paysan, sont des facteurs qui entravent le développement de l'agriculture. A cela, s'ajoutent les causes naturelles, telles que les inondations, la sécheresse, les perturbations climatiques etc. La détérioration des termes de l'échange érodent les gains de devises et donc de ressources qui pourraient procurer le volume des exportations. Le niveau d'investissements qui n'excède pas 15% du PIB ne permet pas une croissance forte et durable, capable de créer suffisamment de richesse et de réduire sensiblement la pauvreté. La diminution de l'aide publique au développement, l'insuffisance des investissements directs étrangers vers l'Afrique et la faible capacité technologique des industries locales à transformer les matières premières en produits finis ou semi-finis font également partie des causes de la pauvreté.

Sur le plan démographique et socio- culturel, le fort taux de croissance démographique généralement supérieur aux de croissance économique est une cause très importante. A cela s'ajoute la non maîtrise des mouvements migratoires de la population qui crée une forte pression sur les infrastructures de base. Le poids de la famille élargie, le taux élevé de dépendance, la tradition défavorable à la scolarisation des filles, l'exclusion des femmes dans les droits de succession, constituent un frein à l'épanouissement individuel et communautaire.

La pauvreté se manifeste par : La faim, dénutrition et insécurité alimentaire ; Manque de moyen financier dans la tenue du foyer ; manque de soin de santé ; absence d'entraide communautaire ; analphabétisme ; déscolarisation ; habitation précaire et environnement malsain ; manque de vêtements décents ; inaccessibilité à l'eau potable et à l'électricité.

2-2- Revue de littérature

2-2-1- Revue théorique

On acceptait déjà au 18^e siècle le droit aux individus d'être assistés et à l'Etat, le devoir de prêter assistance aux populations dans le besoin. Les économistes classiques comme Smith et Ricardo ont rejeté la vision pessimiste de Malthus en la matière. Notons que les économistes classiques considéraient comme important d'améliorer le capital humain par de meilleurs soins de santé et un plus grand accès à l'éducation de base pour augmenter la productivité et favoriser l'émergence d'initiatives individuelles. Leurs hypothèses ont été confirmées par la suite dans de nombreuses études empiriques dans les pays en développement (Welch (1970), Schultz (1981), Jamieson et Lau (1982))

Becker (1978), dans son ouvrage célèbre « Humain Capital », considère le capital humain comme une ressource rare qu'il faille développer par l'économie de l'éducation et l'économie des pays. Il définit le capital humain comme un stock de ressources productives incorporés aux individus eux même, constitués d'éléments aussi diverses que le niveau de formation, d'expériences professionnelles et l'état de santé. Au sens restreint, ce concept renvoie à l'ensemble des connaissances et des savoirs faire techniques que les individus mettent en œuvre pour la production des biens et services. Se sont non seulement les qualifications mais aussi l'Etat de santé, la nutrition et l'hygiène. (OCDE, 2001).

Le capital humain peut être aussi défini comme étant l'ensemble des connaissances et compétences productifs.

Mauro(1998), estime que plusieurs facteurs sont à la base de l'inefficacité des dépenses publiques. Aussi, des travaux récents ont identifié la bonne gouvernance comme un facteur d'efficacité des dépenses publiques sociales sur les indicateurs sociaux et la croissance.

Leu et Hitiris (1986), la pauvreté et la santé sont directement liées par le simple fait qu'un mauvais état de santé une baisse de productivité, donc une baisse de revenu. A l'inverse un faible revenu entraîne une insuffisance de moyen pour les problèmes de santé. A partir des données internationales, plusieurs études ne sont pas parvenues à rendre compte d'une relation statistique positive entre le niveau des dépenses de santé et le niveau de l'état de santé moyen mesuré par des indicateurs de morbidité. On peut donc dire qu'évaluer les aspects distributifs des dépenses publics au niveau du bien-être constitue une préoccupation qui n'est pas nouvelle. Selon un groupe international d'économistes et d'experts de la santé de l'OMS(2002), offrir des soins de santé de bases aux populations pauvres du globe est à la fois réalisable sur le plan technique et rentable. Le résultat pourrait être spectaculaire : huit(8) millions de vie seraient sauvées chaque année.

Delavallade (2007), va plus loin en montrant que la corruption affecte en plus la composition des dépenses budgétaires. Les dépenses d'énergie, de défense, d'ordre et service public sont préférées à des dépenses de santé et d'éducation car les agents anticipent des captures de rentes plus importantes dans ces secteurs. La mauvaise gouvernance en plus de porter atteinte à l'exécution des dépenses publiques par le biais de fuites et de détournements introduit également des distorsions dans la phase de préparation, affectant ainsi l'allocation des dépenses et leur efficacité.

Castro (1999), a utilisé une approche pour étudier l'impact des dépenses d'éducation et de santé dans un échantillon de sept pays africains. Son travail montre que ces dépenses bénéficient peu aux pauvres comparativement au quintile le mieux aisé de la population. Pour ce auteur, la solution au problème ne se limite pas à un simple réajustement des dépenses publiques. Il est important de prendre en compte les contraintes qui empêchent les pauvres de tirer partie des subventions des services sociaux.

Guillaume (2007), pour sa part pense qu'il faut s'attendre à un fort développement des dépenses de santé dans les prochaines décennies et s'en réjouit même si cela pose de redoutable problème de financement. Il s'en réjouit parce que la santé est un bien inestimable. L'approche comporte cependant

de nombreuses limites. En effet l'analyse de l'incidence des avantages donne une vision incomplète de l'impact des dépenses publiques sur le bien-être.

Non seulement elle ne permet pas de cerner tous les aspects du bien-être, mais la fiabilité des inférences distributionnelles obtenues à partir de cette approche reste conditionnée par l'homogénéité de la participation des différents groupes de ménages aux programmes mis en oeuvre.

Lanjouw et Ravallion (1998), ont montré que les avantages tirés de l'éducation et des programmes de lutte contre la pauvreté profitent d'abord aux non pauvres. Toutes choses qu'ignorent, selon eux, les approches basées sur l'incidence des avantages.

Van de Walle (1996), a procédé à une revue critique des méthodes d'évaluation des dépenses publiques, il ressort de son étude qu'il existe de nombreuses approches pour évaluer l'impact des dépenses publiques, mais les méthodes les plus courantes de l'incidence des avantages est l'approche basée sur le comportement des ménages. Cette approche utilise généralement des techniques économiques pour explorer les effets des dépenses publiques sur les biens et services pour lesquelles on ne peut pas identifier des usagers spécifiques de même que l'impact sur d'autres dimensions de bien-être.

Depuis le début des années 1990, de nombreux modèles d'équilibre général ont été construits pour étudier les effets des politiques de stabilisation et d'ajustement structurel dans les pays en développement. Cependant, la méthode de désagrégation des ménages en catégories ou groupes socio-économique qu'impose la matrice de comptabilité sociale utilisée dans ces modèles revient en fait à baser l'analyse sur des ménages représentatifs. Cela constitue l'une des faiblesses de cette approche lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la pauvreté car, dans ce cas, elle réduit le champ de l'analyse à la seule comparaison intergroupe, la question essentielle de la comparaison intra-groupe étant considérée comme impossible (Patry, 2001).

C'est dans ce cadre que Décaluwé, Patry, Savard et Thorbecke (1999) ont construit un modèle d'équilibre général calculable (EGC) d'une économie de développement type incorporant la dimension de la pauvreté. Ce modèle se distingue par trois éléments. D'abord, il propose une fonction de distribution Bêta (réputée plus flexible que les fonctions log-normale et Pareto) pour caractériser la distribution des revenus dans chaque groupe de ménages. Ensuite, les distributions intra-groupes des revenus sont spécifiées dans le but de se conformer aux caractéristiques des groupes socio-économiques. Enfin, le modèle comporte une ligne de

pauvreté endogène déterminée sur la base d'un panier de consommation unique couvrant les besoins essentiels de la population.

Friedman (1992), dans son article paru dans la Revue Internationale des sciences sociales tente de modeler sa réflexion sur la pauvreté structurelle dans un modèle d'autonomisation axé sur l'économie familiale, « la famille à besoins de produire ses propres moyens de subsistance qui constituent la base du pouvoir social. Suivant l'analyse de la pauvreté structurelle, la pauvreté est le produit des données de l'ordre socio-économique qui tendent à entraîner un exode général des petits paysans arrachés de leur terre ». Selon cette approche, on voit que la pauvreté est le produit des rapports inégaux existant dans la société.

Selon Ravallion (1992), les grands philosophes utilitaristes des 17^{ème} et 18^{ème} siècles, tels Bentham, Mill Smith, dont les idées reposent sur les notions d'individualisme et de rationalité, ont inspiré une définition monétaire de la pauvreté. Selon eux, est considéré comme pauvre tout individu manquant des ressources nécessaires pour assumer les besoins de la famille, compte tenu des normes en vigueur dans la société comme les normes alimentaires, les normes vestimentaires, etc. Ainsi être pauvre, c'est ne pas pouvoir subvenir aux besoins de sa famille, ne pas disposer de capital suffisant pour assurer sa descendance. Cette vision de la pauvreté propose de fixer un seuil minimal correspondant aux normes nutritionnelles : il s'agit des ressources minimales permettant de se procurer les biens alimentaires dont les valeurs nutritionnelles couvrent les besoins journaliers individuels. En particulier, les planificateurs vont généralement privilégier une alimentation adéquate, un meilleur accès à l'éducation, aux soins de santé, aux logements, etc.

Il est assez évident que l'état de santé de la population peut exercer un effet sur l'efficacité productive de la main d'œuvre : mauvais, il entraînera plus d'arrêts de travail et une baisse de motivation et d'efficacité ; bon, il garantira une meilleure disponibilité et une plus grande concentration sur le travail. L'état de santé de la population peut à cet égard être assimilé à un facteur de production immatériel, comme l'éducation, susceptible d'élever le niveau de productivité.

En utilisant l'espérance de vie comme proxy de la mesure de l'état de santé des populations, et sur la base d'une estimation économétrique réalisée à l'aide d'un échantillon de pays développés et en développement sur les périodes 1940-1980 et 1960-2000, ils montrent que la santé et l'amélioration de l'état de santé ont une influence positive sur les

taux de croissance du PIB par habitant, y compris pour les seuls pays de l'OCDE entre 1940 et 1980. (Les Tribunes de la santé, 2012/3 n° 36).

Selon Malthus (1798), secourir les pauvres, c'est multiplier la pauvreté. En effet, pour lui, la réduction de la pauvreté est difficile puisque la population augmente de façon géométrique tandis que la progression des ressources suit un rythme arithmétique. Par conséquent, les lois sur les pauvres et l'assistance sont condamnées à un échec car elles favorisent la multiplication des plus pauvres. Il reconnaîtra plus tard que le progrès technique s'accompagne de revenus élevés. Sa stratégie de lutte est la limitation des naissances. Toute fois, il défend l'idée de l'école gratuite et obligatoire car les lumières apportées au peuple sont la meilleure façon de lutter contre la pauvreté.

Les économistes classiques considéraient comme important d'améliorer le capital humain par de meilleurs soins et un plus grand accès à l'éducation de base pour augmenter la productivité et favoriser l'émergence d'initiatives individuelles. Leurs hypothèses ont été confirmées par la suite dans de nouvelles études empiriques dans les pays en développement. (Welche, 1970).

Ricardo (1817), a pour sa part soutenu que le progrès techniques s'accompagne de salaires élevés et d'un déplacement de la main d'œuvre de l'agriculture vers d'autres secteurs de l'économie, permettant de ce fait l'amélioration des conditions de vie des populations pauvres. Pour Samuelson, les politiques de lutte contre la pauvreté s'articulent autour de deux points : l'état providence (pour assurer un niveau de vie minimum) et les programmes de garantie des revenus.

Smith (1716), a fait une importante contribution en expliquant la relation entre croissance et la pauvreté. Il prétend que celle-ci pourrait se résorber en adoptant des politiques appropriées et en favorisant la croissance économique. Il pense que l'économie moderne a besoin de division de travail, mais qu'elle risque de diminuer les opportunités d'emploi des travailleurs pauvres et s'aggraver la pauvreté. Pour éviter cela, il a suggéré à l'état de fournir des moyens permettant d'adapter la main d'œuvre au marché du travail (Aho et al, 1997).

Larivière et Martin (1997), ont montré qu'à partir de 1960, deux courants de pensée ont émergés. D'un côté, certains suggère de se focaliser sur l'augmentation des revenus et de laisser les personnes choisir l'allocation optimale de ressources selon leurs préférences personnelles.

De l'autre côté les défenseurs de l'approche des besoins essentiels privilégient la fourniture de services sociaux de base de la manière la plus large possible.

Barro(1990), a trouvé que les dépenses publiques de consommation en pourcentage du PIB (calculées en déduisant les dépenses de défense, de santé et d'éducation) étaient corrélées négativement à la croissance et la réduction de la pauvreté. De manière générale, les évidences empiriques de la nature de la relation entre les dépenses publiques et la croissance économiques sont controversées.

Smith considérait que de meilleurs soins permettent d'élever la capacité de travail et le niveau des salaires qui améliorerait la condition de vie des travailleurs. La plupart des débats sur la lutte contre la pauvreté mettent l'accent sur le capital humain et la croissance économique voire réduction de la pauvreté.

2-2-2- Revue empirique

Au Bénin, la pauvreté est mesurée par le niveau des dépenses des ménages en référence à un seuil de pauvreté (revenu annuel minimum par tête) qui passe de 227630F CFA en 1980 à 519463F CFA en 2014 (Banque Mondiale, 2015). Ainsi toute personne ne disposant pas de ce revenu annuellement est considérée comme monétairement pauvre. Quand la pauvreté non monétaire, elle est définie comme un ensemble de manques : impossibilité de vivre longtemps et en bonne santé, de s'instruire, d'avoir des conditions de vie décente, de participer à la vie de la collectivité, etc. Le rapport note une amélioration des conditions d'existence des ménages pauvres au Bénin entre 2006 et 2011. En effet, contrairement à la pauvreté monétaire qui a connu une évolution erratique avec encore un niveau relativement élevé, la pauvreté non monétaire focalisée sur les conditions d'existence a connu une tendance à la baisse continue et conséquente depuis 2006.

Après avoir enregistré une baisse de 2,3 points de pourcentage entre 2006 et 2009, l'incidence de la pauvreté monétaire a augmenté de 1 point de pourcentage entre 2009 et 2011. Il s'est établi à 36,2% en 2011 contre 35,2% en 2009 et 37,5 en 2006. Quant à la pauvreté non monétaire axée sur les conditions d'existence, elle a touché 29,5% des individus en 2011 contre 44,1% en 2006 soit une baisse de 14,6 points de pourcentage montrant ainsi l'amélioration des conditions de vie des ménages et par la même occasion, l'effort du

Gouvernement dans l'amélioration de l'accessibilité aux infrastructures de base (eau, santé et énergie électrique).

L'étude réalisée par David et al (2004), sur l'influence de la santé sur le PIB a montré que la détérioration de l'état de santé entraîne l'appauvrissement de la population et une plus forte détérioration de la santé, etc. (Cercle vicieux). Ce fut le cas de l'ex-URSS, où l'espérance de vie masculine a sensiblement diminué à la sortie du communisme ; et en Afrique subsaharienne où les taux d'infection du VIH sont élevés, le SIDA faisant accroître déjà considérablement les taux de mortalité des adultes. La variation moyenne des probabilités de mortalité est de 0,35% par an entre 1990 et 2000. Si l'on évalue prudemment la valeur d'une vie statistique (VVS) à 100 fois le PIB par habitant, cette variation de la mortalité en Afrique implique que le coût économique de l'épidémie équivaut à plus ou moins 15% du PIB du continent en 2000 (en supposant qu'environ 50% de la population est âgée de 15 à 60 ans et que 90% des personnes mortes du SIDA font partie de ce groupe d'âge). Cela correspond à une baisse du revenu de 1,7% par an de 1990 à 2000, chiffre nettement supérieur aux estimations actuelles de l'effet du SIDA sur le PIB .

Selon le rapport de l'OMS (2000), la forte corrélation entre pauvre et problème de santé est connu. Ainsi, les personnes vivant dans une pauvreté absolue ont 5 fois plus de risque de mourir avant l'âge de 5 ans et 2,5 fois plus le risque de mourir entre 15 et 59ans que celles appartenant à des groupes à revenu plus élevés. Le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la malnutrition frappent les pauvres de façon disproportionnée, les plongent souvent dans le dénuement. Dans ce rapport les chercheurs suggèrent que l'état de santé mesuré en terme d'espérance de vie, un indicateur de prévision de la croissance économique. L'OMS estime qu'un allongement de cinq années de l'espérance de vie peut améliorer le taux de croissance de 0,3% à 0,5% par an. Des populations en meilleure santé tendent à donner une productivité accrue de main d'œuvre, leur capacité mentale et physique étant plus développées.

PNUD (2002 à 2011), note aussi une morbidité élevée, une prédominance des affections endémo-épidémie en particulier le paludisme (44,5% des consultants en 2010) et les infections respiratoires aigus. En dépit des améliorations sur le plan social, la pauvreté persistait passant de 33,8% en 2002 à 35,1% en 2011.

La pauvreté au Bénin s'apparente principalement à un phénomène transitoire. En effet, 41,2% d'individus sont en situation de pauvreté temporaire (22,3% des individus entrant dans la pauvreté en 2009 et 18,9% sortant dans la pauvreté en 2009) contre 15,5% d'individus qui sont en situation de pauvreté permanente. Les ménages sortis de la pauvreté sont ceux qui

sont en général des ménages de niveau de vie initial élevé, qui vivent en milieu urbain, sont de taille réduite et dirigés par des femmes ou souvent des jeunes moins de 30 ans. Ce groupe se traduit par un meilleur statut dans l'emploi du chef de ménage (patron et cadre supérieur, employé ou ouvrier qualifié), exerçant une activité relevant du secteur secondaire ou tertiaire. (INSAE, 2013).

Pour Crémieux (2006), les états de santé moyenne (niveau d'éducation, densité de la population, niveau de pauvreté, comportement nutritif) sont mesurés par des taux de mortalité infantile et par un indicateur d'espérance de vie. Ils estiment qu'une réduction de 10% des dépenses de santé augmenterait de 4% à 5% le taux mortalité infantile et diminuerait l'espérance de vie de 3 à 6 mois.

Il ressort de ces analyses, qu'un bon état de santé peut avoir un impact bénéfique sur les revenus domestiques et sur la croissance économique d'un pays du moment où ils contribuent au renforcement du capital humain. Ainsi, passer d'un cercle vicieux à un cercle vertueux impose des investissements visant à améliorer et protéger la santé des pauvres.

Au terme de cette revue de littérature, il ressort des différents travaux de recherche réalisés par les auteurs cités ci-dessus en l'occurrence les classiques, Crémieux et al estiment qu'il existe un lien étroit entre les dépenses de santé et l'état de santé. On retient donc qu'un mauvais état de santé engendre la pauvreté et vice-versa.

CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE ET RESULTATS

Section 1 : Méthodologie de la Recherche

La méthodologie adoptée pour atteindre les objectifs est fixés sur une étude économétrique qui mettra en évidence l'effet des dépenses publiques dans la santé sur le niveau de pauvreté au bénin.

L'exposé de cette partie nous permettra de formuler le modèle d'analyse, de préciser la nature et les sources de données utilisées, de définir les variables et de présenter la méthode d'estimation.

1-1- Formulation du modèle

Tout modèle économétrique est constitué de deux types de variables : une variable expliquée ou variable endogène ou variable dépendante et une variable explicative ou variable exogène ou variable indépendante. Ce modèle ce traduit par une fonction de type Cobb-Douglas, et elle permet une lecture directe d'élasticités et des rendements d'échelle favorisant ainsi une discussion aisée de la relation entre les différentes variables

$$Y_t = A_0 \prod_{i=1}^k X_{ti}^{\alpha_i} \quad (1)$$

Où Y_t représente l'Indicateur du Développement Humain (IDH) à la date t ; A_0 la production globale des facteurs ; X_t les variables explicatives ; α_i les paramètres ; K le nombre de variables explicatives et $i = \{1, 2, \dots, k\}$

En linéarisant l'équation (1), on trouve :

$$\text{Log}(Y_t) = \text{Log}A_0 + \sum_{i=1}^k \alpha_i \text{Log}(X_{it}) \quad (2)$$

En posant $\alpha_0 = \text{Log} A_0$; $Y_t = \text{Log}(Y_t)$; $X_{it} = \text{Log}(X_{it})$, l'équation devient :

$$Y_t = \alpha_0 + \sum_{i=1}^k \alpha_i X_i \quad (3)$$

Dans l'équation (3), Y représente la variable à expliquer, α_0 est le terme constant et les X_i sont les variables explicatives.

En considérant ces différentes variables de l'équation (3), le modèle économétrique spécifié estimé dans le cadre du présent travail s'énonce comme suit :

$$\text{Log}(\text{IDH}_t) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{Log}(\text{DI}) + \alpha_2 \text{Log}(\text{PIB}/\text{H}) + \varepsilon_t \quad (\text{H1})$$

$$\text{Log}(\text{IDH}_t) = \beta_0 + \beta_1 \text{Log}(\text{DF}) + \beta_2 \text{Log}(\text{PIB}/\text{H}) + \varepsilon_t \quad (\text{H2})$$

Avec α_1 , α_2 , α_3 ; β_1 ; β_2 ; β_3 les élasticités de l'IDH par rapport aux dépenses d'investissement en santé (DI), au produit intérieur brut par habitant (PIB/H) et aux dépenses de fonctionnement en santé (DF); ε_t représente le terme d'erreur.

Tableau 3 : Signes attendus des variables

Variabes	Définition des variables	Signes attendus
DI	Dépenses d'Investissement en Santé	+
PIB/H	Produit Intérieur Brut par Habitant	+
DF	Dépenses de Fonctionnement en santé	+

Source : réalisé par les auteurs, 2016

1-1-1-Choix et justification des variables

Dans le cadre de notre analyse la variable à expliquer est l'Indice du Développement Humain (IDH) et les variables explicatives sont entre autre : Dépenses d'investissement en santé (DI), le Produit Intérieur Brut par Habitant (PIB/H), les Dépenses de Fonctionnement dans le secteur de la santé (DF).

La variable à expliquer IDH est un indice statistique créé par le PNUD. Il permet de voir la qualité et le niveau de vie d'un pays. Il est calculé en fonction du PIB/t, de l'espérance de vie et le niveau d'éducation. Il est compris entre 0 et 1 et est mise à jour chaque année. le pays est dit développé si l'IDH est au dessus de 0,8.

Il est dit en voie de développement si l'IDH est compris entre 0,6 et 0,8. Enfin, si l'IDH est en dessous de 0,5 le pays est défini comme très pauvre. S'il est sans contester un meilleur indicateur du niveau de développement d'un pays que le PIB/t.

L'IDH n'est ce pendant pas exempt de faiblesse, du simple fait qu'il inclut le PIB/t, réputé peu faible. Il faudrait prendre en compte l'avantage du critère qualitatif, notamment les inégalités sociales pour tendre vers un indicateur parfait.

Les variables explicatives : sont des variables qui nous permettrons d'étudier la variable à expliquer. Il s'agit de :

Les dépenses d'investissement en matière de santé : Encore appelé dépense en capital, ces dépenses prennent généralement la forme de dotations de l'Etat au capital des entreprises publiques favorisant la réalisation d'infrastructures sanitaires

Le produit intérieur brut par tête : il est un indicateur peu efficace de mesure de pauvreté, mais donne le niveau de revenu par tête.

Les dépenses de fonctionnement : Selon Melchior (2008) les dépenses de fonctionnement représentent les dépenses les plus traditionnelles des personnes publiques. Il distingue à cet effet les dépenses de fonctionnement courants d'un service public (dépenses d'entretien du matériel) et les dépenses de personnel relatives aux traitements des agents de l'Etat qui sont les plus importants.

✓ Sources des données de l'étude

Les données retenues vont de 1980 à 2014. Cette période fournit 35 observations annuelles permettant d'assurer une bonne solidité du modèle des tests économétriques. Ces statistiques proviennent des sources suivantes : le site de la Banque Mondiale (Pen Word Table) ; le Ministère de l'Economie et des Finances à travers ses structures comme la DGAE, la Direction de la Préparation du Budget DPB, le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de Prospective et de la Programmation DPP, le site du PNUD, le site de OCDE, Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les annuaires statistiques de l'INSAE.

1-1-2- Test de fiabilité des séries

Les données dont nous disposons pour l'analyse étant des séries temporelles et s'étendent sur la période de 1980 à 2014 soit 35 observations. Pour vérifier la validité des hypothèses émises, l'étude utilise l'outil économétrique pour tester les relations entre les variables. A cet effet, la méthode d'estimation retenue pour les relations spécifiées plus haut se fait en six étapes.

1-1-2-1- Test de stationnarité de Dickey-Fuller Augmenté

Par définition, une série temporelle est dite stationnaire si sa moyenne et sa variance sont constantes dans le temps et si la valeur de la covariance entre deux périodes de ce temps ne dépend que de la distance ou écart entre ces deux périodes et non pas un moment auquel la covariance est calculée. Une telle série temporelle est qualifiée de faiblement stationnaire.

Cette définition se traduit comme suit pour une série Y_t .

◆ Moyenne

$E(Y_{t+m}) = \mu$; la moyenne est constante et indépendante du temps

◆ Variance

$V(Y_t) = E(Y_t - \mu)^2 = \sigma^2$; la variance est finie et indépendante du temps

◆ Covariance

$Cov(Y_t, Y_{t+k}) = E[(Y_t - \mu)(Y_{t+k} - \mu)] = Y_k$; la covariance est indépendante du temps.

L'alternative d'hypothèse qui se présente à l'issue du test se présente comme suit :

H_0 : Il y a présence de racine unitaire (série non stationnaire) ;

H_1 : Il y a absence de racine unitaire (série stationnaire).

- Si ADF Test statistic > critical value alors on accepte H_0 : la série étudiée est donc non stationnaire.
- Si ADF Test statistic \leq critical value alors on accepte H_1 : la série étudiée est donc stationnaire.

Si les séries ne sont pas stationnaires, mais toutes intégrées du même ordre, nous allons procéder à un test de cointégration et recourir à une représentation du modèle à correction d'erreur qui fournit des relations entre variables à court et long terme. Tous les tests d'ADF sont effectués au seuil de 5%.

1-1-2-2 –Test de cointégration de Johansen et Modèle à Correction d'Erreur

Le concept de cointégration fournit un cadre théorique de référence pour étudier les situations d'équilibres et de déséquilibre qui prévalaient respectivement à long terme et à court terme. Si les variables cointégrées, elles admettent une spécification dynamique du type correction d'erreur, qui transforme le problème initial de régression sur les variables non stationnaire. La cointégration permet d'identifier la relation véritable entre deux variables en recherchant l'existence d'un vecteur de cointégration et en éliminant son effet, le cas échéant.

Deux séries Y_t et X_t sont dites cointégrées si les deux conditions suivantes sont vérifiées : Les deux séries sont affectées d'une tendance stochastique de même ordre d'intégration d : $Y_t \rightarrow I(d)$ et $X_t \rightarrow I(d)$.

Une combinaison linéaire de ces séries permet de se ramener à une série d'ordre d'intégrations inférieures :

Deux tests de cointégration sont généralement utilisés : le test d'Engle et Granger (1987) et celui de Johansen (1988). Dans le présent travail nous utiliserons celui de Johansen.

$$Y_t = \alpha_0 + \alpha_1 X_t + \varepsilon_t$$

Pour que la relation de cointégration soit acceptée, il faut que le résidu de la régression de Y sur X soit stationnaire. Il suffit donc de procéder à un test de stationnarité sur le résidu (ADF). Si le résidu est stationnaire, alors il est possible de faire des estimations avec le modèle à correction d'erreur

1-1-2-3-Test de normalité de Jarque Bera

Il est utile de vérifier dans un travail de recherche, la normalité des erreurs surtout pour le calcul des intervalles de confiance et aussi pour effectuer les tests de student sur les paramètres. Le test de Jarque et Bera (1984) fondé sur la notion de Skewness (asymétrie) et de Kurtois (aplatissement), permet de vérifier la normalité d'une distribution statistique.

L'alternative d'hypothèse qui se présente à l'issue du test est la suivante :

H_0 : La distribution est normale ;

H_1 : La distribution n'est pas normale.

La règle de décision est la :

On accepte l'hypothèse de normalité si $JB < 5,99$ ou de manière équivalente probabilité $> 5\%$.

On rejette l'hypothèse de normalité si $JB \geq 5,99$ ou probabilité $\leq 5\%$.

1-1-2-4- Test de Significativité

Les variables explicatives retenues dans le cadre de l'étude peuvent être non significatives dans l'explication de la variable dépendante du modèle.

Ainsi à partir du modèle de long terme estimé par les MCO, la significativité de chacune des variables explicatives est déterminée par la lecture des probabilités critiques qui seront inférieures à 5% ou les « t – Statistic » qui seront supérieurs à 1,96. Quant à la significativité globale du modèle, elle est déterminée à travers la valeur Prob (F – Statistic) qui doit être inférieure à 5%.

1-1-2-5-Test d'hétéroscédasticité des erreurs

Le test que nous utiliserons ici, pour détecter tout risque d'hétéroscédasticité des résidus est celui de White. Le modèle est dit « hétéroscédastique » lorsque les variances des erreurs des variables ne sont pas constantes. L'hypothèse nulle d'homoscédasticité (non hétéroscédasticité) des résidus est acceptée si la probabilité associée à la statistique calculée est supérieure à 5%.

1-1-2-6-Test d'autocorrélation des erreurs

Pour vérifier l'autocorrélation des erreurs, nous utiliserons le test de Breusch- Godfrey (BG). Les erreurs sont auto corrélées si elles dépendent de leurs valeurs passées. L'hypothèse de non autocorrélation des erreurs est acceptée si la probabilité associée au test est supérieure à 5% ou de manière équivalente $nR^2 < Khi\text{-deux lu}$.

1-2- Validité du modèle

Elle comporte deux sous étapes. La première relative à l'aspect économique permet de voir si les signes des paramètres estimés sont conformes à la théorie économique. La seconde est celle relative à la qualité statistique et économétrique de l'ajustement ; dans ce cas, plusieurs tests sont effectués notamment : le test de significativité des coefficients des variables et celui de la significativité globale du modèle, le test de normalité des erreurs, test d'auto corrélation et d'homoscédasticité des erreurs. Pour se prononcer sur la qualité globale de l'ajustement il est impérieux de faire recours à la statistique de Fisher qui permet de voir si l'ensemble des séries explicatives a une influence sur la série expliquée. La réponse à cette problématique est facilitée par la comparaison de la F-statistique estimée à celle lue dans la table statistique de Fisher. Le test d'hypothèse est formulé de la manière suivante :

H_0 : tous les coefficients du modèle sont nuls.

H_1 : il existe au moins un coefficient non nul.

Cependant on peut prendre une décision par rapport aux probabilités du rejet fournies par les logiciels STATA. Ainsi, si la probabilité associée à la F-statistique est inférieure à 5% ; alors on rejette l'hypothèse nulle de nullité de tous les coefficients du modèle. Dans ce cas, le modèle est globalement significatif. Le coefficient de détermination R^2 (Adjusted R-squared) est également utilisé pour juger du pouvoir explicatif du modèle.

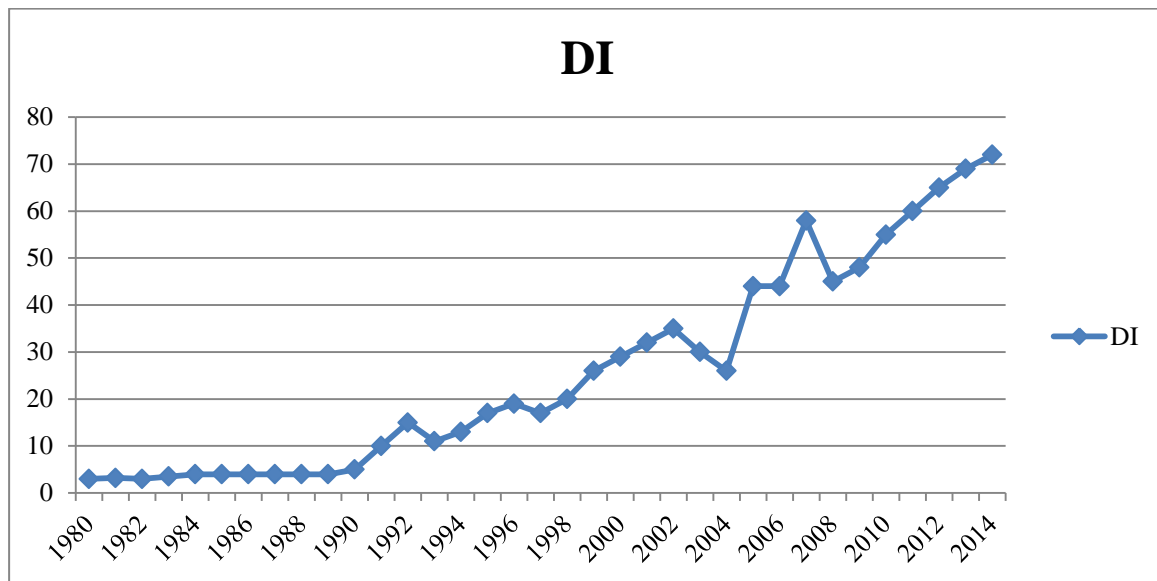
La qualité individuelle des estimateurs se fait à l'aide du test de Student. En effet, il est question pour tester l'hypothèse nulle de nullité d'un coefficient de calculer et de comparer la t-statistique estimée à celle lue dans la table statistique de Student.

Section 2 : Présentation et analyse des résultats

Ici, nous présentons l'évolution de quelques variables utilisées dans notre modèle d'une part et l'analyse des résultats tests statistiques d'autre part.

2.1 Présentation de l'évolution de quelques variables

Graphique 1 : Evolution des dépenses d'investissement en santé en milliards de franc.

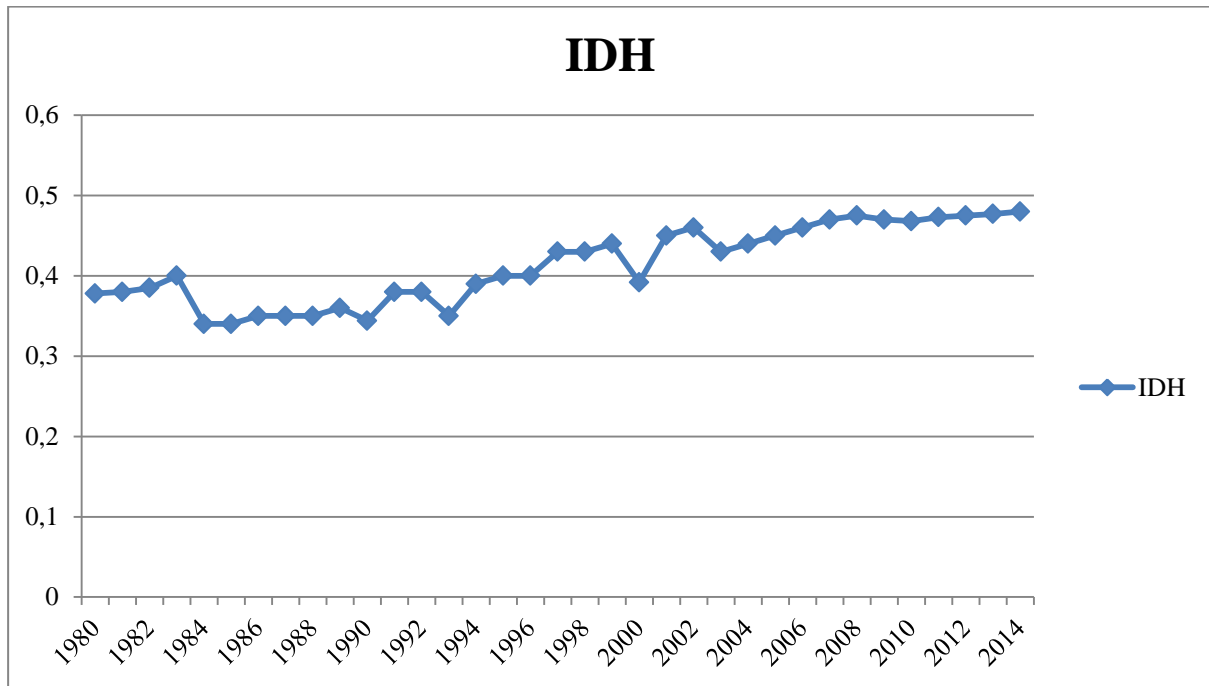


Source : réalisé par les acteurs à partir des données recueillies sur les sites (BM et OMS,2015)

Les dépenses d'investissement en matière de santé sont restées stables de 1980 à 1990. Ceci est justifié par le faible niveau d'accroissement des richesses (PIB). Ces dépenses augmentent de 1992 à 2002 avec quelques trébuchements par endroit. En effet on est passé de 9,165 milliards en 1992 à 35,6 milliards en 2002. Cette augmentation est suivie d'une chute en 2003 pour atteindre 28,2 milliards avant d'évoluer en dents de scie jusqu'à atteindre 59 milliards en 2007. Ensuite on observe une augmentation entre 2008 et 2014 car on a assisté aux financements de certaines campagnes dans le but de l'éradication de certaines maladies telles que le paludisme, la poliomyélite, la rougeole etc. par des organisations internationales (OMS, UNICEF) ont contribué à cette expansion des dépenses liée à la santé dans cette période et continue d'apporter leurs contributions pour la santé des populations.

Une telle accélération du financement dans le domaine de la santé va permettre d'avoir une population toujours en bonne santé et conduit à la valorisation des ressources humaines puis à une espérance de vie assez élevée.

Graphique 2: Evolution des indices du développement humain



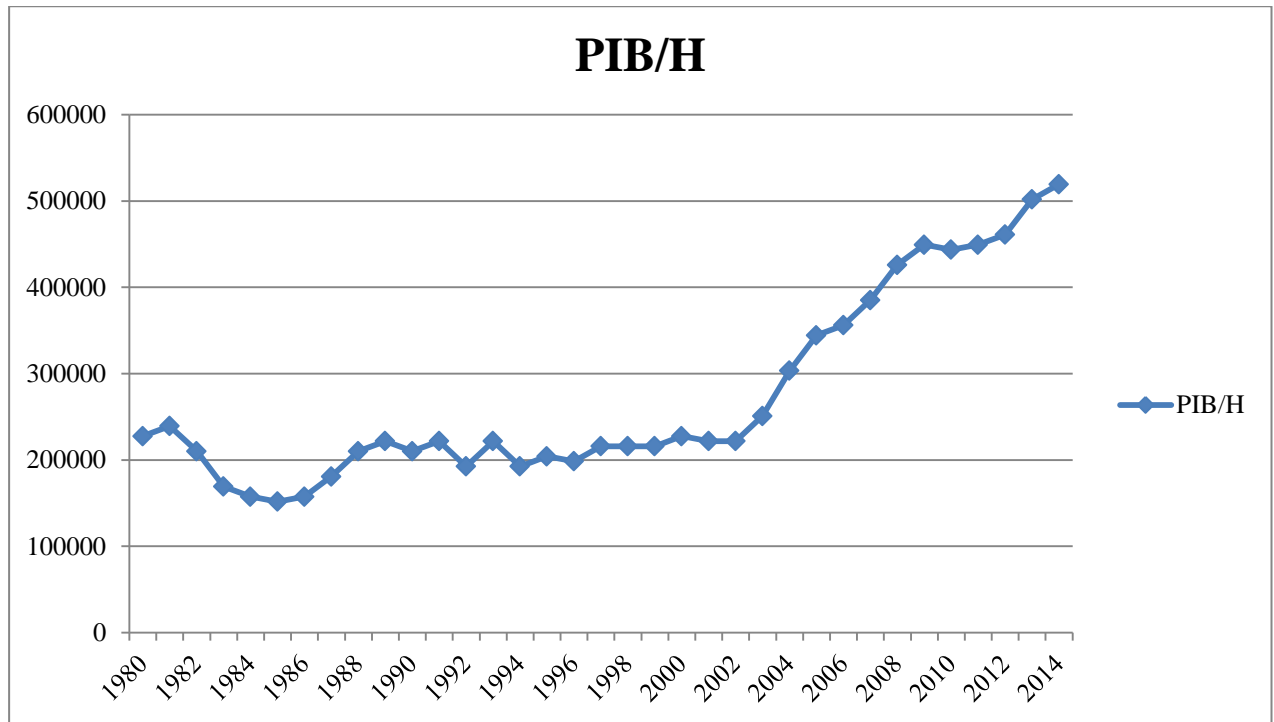
Source : réalisé par les acteurs à partir des données recueillies auprès du (PNUD, 2015)

De cette courbe, on peut noter trois grandes phases de l'évolution de l'IDH. On observe une progression de façon continue de 0,378 en 1980 pour atteindre 0,46 en 2002 avec quelques trébuchements par endroit. Il subit une chute notable de 2003 à 2004. L'indice du développement humain a connu une légère augmentation de 2004 à 2014. Malgré cette hausse, ce seuil est en dessous de 0,5.

De façon générale, le graphique montre que le Bénin reste très loin du niveau référentiel maximal de l'IDH sur toute la période de l'étude. Selon le PNUD (2015), le Bénin est donc compté parmi les pays très pauvres. Ce niveau faible de l'IDH pourrait être dû au faible niveau du PIB réel par habitant. Ce dernier est dû à l'insuffisance du dynamisme de la productivité du tissu économique du pays.

Graphique 3 : Evolution des produits intérieur brut par habitant en milliard de franc.

La création d'une richesse nationale suffisante constitue un préalable à une réduction significatif de la pauvreté dans un pays. Ce graphique décrit l'évolution du produit intérieur brut par habitant.

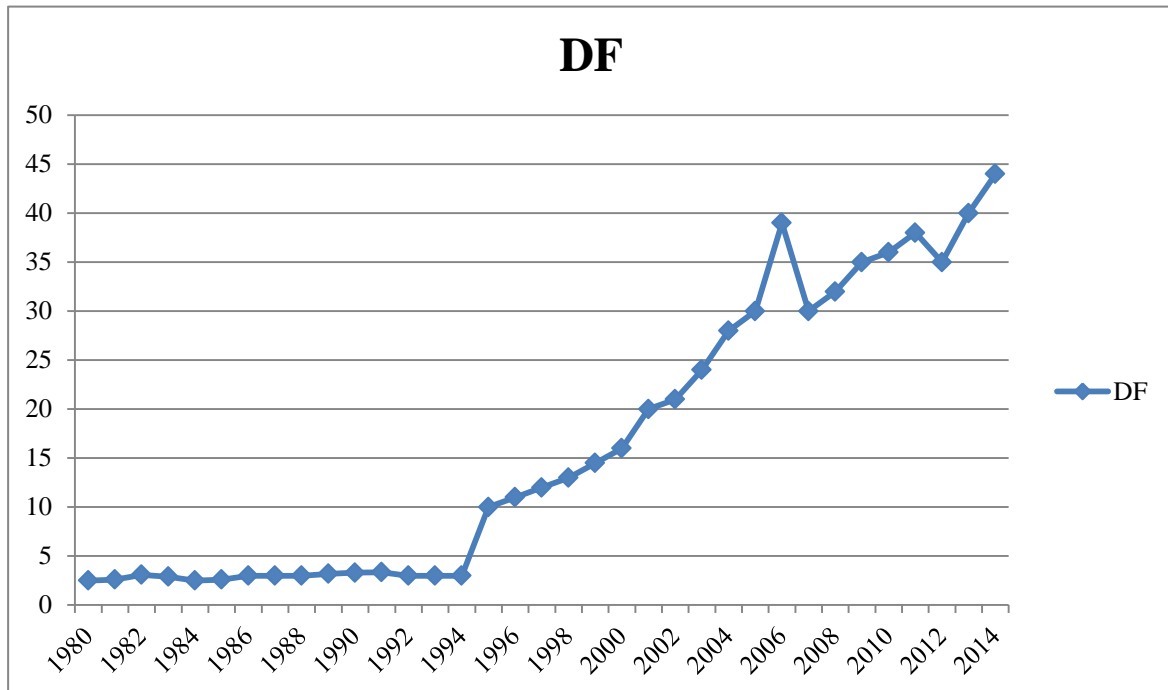


Source : réalisé par les acteurs à partir des données de la Banque Mondiale(2015)

Ce graphique peut être analysé selon trois phases. De 1980 à 1986 on note une décroissance du PIB/h allant (227630FCFA) en 1980 à (157590 FCFA) en 1986. Cette décroissance du PIB/H peut s'expliquer par le faible niveau d'exploitation. La seconde phase est caractérisée par une très légère croissance du PIB/H suivie de quelques trébuchements par endroit de 1987 jusqu'an 2002. On est passé de (180936 FCFA) en 1987 à (221793 FCFA) en 2002.

Après cette légère croissance, elle reprend son évolution normale pour aller à (385220 FCFA) en 2007. Enfin il connaît une augmentation considérable entre 2008 à 2014 (426076 FCA à 519 463 FCFA).

Graphique 4: Evolution des dépenses de fonctionnement de 1980 à 2014 en milliards de FCFA



Source : Réalisé par les acteurs à partir des données recueillies à l'INSAE et au (BM,2015)

Ce graphique présente trois phases. La première part de 1980 à 1994. On observe une progression lente marquée par de légères baisses. On est passé de 1,432 milliards en 1980 à 1,926904 milliards en 1994. Le niveau des dépenses est resté en dessous de 5 milliards sur cette période. La seconde part de 1994 à 2013.

Elle débute par une progression lente sûrement héritée des années précédentes, puis marque un grand saut de 1995 à 2006 en passant de 1,926904 milliards à 37,954 milliards avant de chuter en 2007 pour atteindre 30,2 milliards. Enfin il connaît une augmentation pour atteindre 44,5 milliards en 2014.

2 : Analyse des résultats des estimations économétriques, vérification des hypothèses et suggestions.

2-1-Analyse des résultats des estimations économétriques

2-1-1 Test de racine unitaire (voir annexes 1, 2, 3, 4)

Pour tester la stationnarité des variables du modèle, des estimations ont été faites avec le test de racine unitaire (ADF). Les résultats sont consignés dans le tableau ci-dessus et les détails aux tests figurent aux annexes.

Tableau 4 : Résultat des tests de stationnarité en niveau

Variables	Statistiques ADF	Valeurs Critiques 5%	Résultats	Ordre d'intégration
LogIDH	-1.137	-2.975	Non Stationnaire	En niveau
LogDI	-0.700	-2.975	Non Stationnaire	En niveau
LogPIB_H	0.620	-2.975	Non Stationnaire	En niveau
LogDF	-0.415	-2.975	Non Stationnaire	En niveau

Source : réalisé par les acteurs, 2016

Le test de Dickey-Fuller effectué sur les séries comme l'indique le tableau ci-dessus nous montre qu'au seuil de 5% les valeurs statistiques de l'ADF sont supérieures aux valeurs critiques. Donc les séries sont non stationnaires en niveau. Les quatre séries sont intégrées de même ordre (en niveau). On peut envisager l'étude de la cointégration.

2-1-2- Test de cointégration de Johansen des variables

Johansen tests for cointegration

Trend: constant Number of obs = 33
 Sample: 1982 - 2014 Lags = 2

maximum		5%			
rank	parms	LL	eigenvalue	trace statistic	critical value
0	20	102.89984	.	52.4171	47.21
1	27	120.7609	0.66125	16.6950*	29.68
2	32	125.64404	0.25617	6.9287	15.41
3	35	129.09034	0.18850	0.0361	3.76
4	36	129.1084	0.00109		

La présence d'une étoile sur la statistique de Trace avec Lags 2, montre qu'il existe une seule relation de cointégration entre les variables du modèle (sur la base du maximum de vraisemblance) autorisant la construction d'un modèle à correction d'erreur. Si les variables issues du test sont cointégrées, il faudra estimer un modèle de long terme et un modèle à correction d'erreur afin d'éliminer l'effet du vecteur de cointégration.

2-1-3- Estimation du modèle à correction d'erreur en deux étapes d'Engel et Granger

Il consiste à estimer le modèle de long terme après le test de cointégration de Johansen. Ensuite on retarde le résidu du modèle d'une période. Mais, il est important de faire le test de stationnarité sur le résidu. Ce test est la condition suffisante d'utilisation du MCE.

2-1-3-1- Estimation par les MCO du modèle de long terme

Linear regression Number of obs = 35
F(3, 31) = 101.30
Prob > F = 0.0000
R-squared = 0.8779
Root MSE = .04345

logidh	Robust		t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	Coef.	Std. Err.				
logdps	.0144997	.0224548	0.65	0.523	-.0312972	.0602966
logpib_h	.0501545	.0341294	1.47	0.152	-.0194527	.1197618
logdf	.0718888	.022182	3.24	0.003	.0266483	.1171292
_cons	-1.719543	.3997392	-4.30	0.000	-2.534816	-.9042694

2-1-3-2- Interprétation des résultats du modèle de long terme

La probabilité attaché à la statistique de Fischer Prob = 0.0000 est inférieure à 5%. D'où le modèle est globalement significatif ; la variation de l'IDH est expliquée à 87% ($R^2 = 0.8779$) par les variables explicatives du modèle et témoigne une bonne qualité d'ajustement du modèle. Par ailleurs, les variables telles que DPS, PIB/H et DF sont significativement différents de zéro au seuil de 5%. Toute chose étant égale par ailleurs, toute augmentation de 1% de chacune des variables DPS, PIB/H et DF entraîne une augmentation respective de 0.015%, de 0.051% et de 0.072% de l'IDH.

2-1-4- Test de racine unitaire sur le résidu en niveau (ADF)

Dickey-Fuller test for unit root Number of obs = 34

Test Statistic	Interpolated Dickey-Fuller			
	1% Critical Value	5% Critical Value	10% Critical Value	
Z(t)	-5.263	-3.689	-2.975	-2.619

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0000

Le résidu est stationnaire au seuil de 5% en niveau. Alors nous pouvons estimer un modèle à correction d'erreurs (MCE) qui intègre les variables en différence et en niveau.

2-1-5- Estimation du modèle dynamique de court terme

Linear regression Number of obs = 34
F(4, 29) = 8.38
Prob > F = 0.0001
R-squared = 0.5847
Root MSE = .03872

dlogidh	Robust		t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	Coef.	Std. Err.				
dlogdps	.0218224	.0271447	0.80	0.428	-.0336948	.0773396
dlogpib_h	-.157906	.0758074	-2.08	0.046	-.3129496	-.0028625
dlogdf	.0696819	.0178774	3.90	0.001	.0331185	.1062453
res	-.9790051	.2092316	-4.68	0.000	-1.406932	-.5510785
_cons	.0031865	.0085371	0.37	0.712	-.0142739	.020647

2-1-5-1- Interprétation des résultats du modèle dynamique de court terme

Dans le modèle de court terme, on s'intéresse exclusivement au coefficient de correction d'erreur. Ici, le coefficient associé au terme d'erreur retardé (-0.9790051) est négatif et significativement différent de zéro au seuil de 1%. Il existe bien un mécanisme à correction d'erreur.

Tableau 5 : Résultat d'estimation du modèle à correction d'erreur

Variables	Elasticités à court terme	Elasticité à long terme
Log DI	0.0218224	0.0144997
Log PIB_H	-0.157906	0.0501545
Log DF	0.0696819	0.0718888
res : -0.9790051		R-squared = 0.8779

Source : réalisé par les acteurs, 2016

2-2- Interprétation des résultats

Il ressort du tableau du modèle à correction d'erreur que toutes les variables sont significatives au seuil de 5%. Ainsi les variables (DI, PIB et le DF) expliquent à (87,79%) la variable IDH comme l'indique la valeur du R^2 .

Nous pouvons faire les interprétations suivantes :

Une augmentation de 1% des dépenses d'investissement en santé entraîne une augmentation à long terme de 0.0144997% de l'IDH.

Une augmentation de 1% du PIB/H a donc pour effet une augmentation de 0.0501545% de l'IDH.

Une augmentation de 1% des dépenses de fonctionnement contribue à une augmentation à long terme de 0.0718888 % de l'IDH.

Les résultats obtenus selon les estimations du modèle de long terme sont ceux attendus puisque les signes de tous les coefficients sont positifs par la théorie économique.

- L'élasticité des dépenses d'investissement de santé est égale à 0.0144997. Ainsi toutes choses égales par ailleurs, une augmentation de 1% des dépenses d'investissement de santé contribuera à diminuer à long terme de 0.0144997 l'indice de développement humain.

On retient des résultats de ces estimations que l'interaction entre l'IDH et les ressources affectées par l'Etat dans le secteur de la santé correspond au signe attendu. Ce qui signifie qu'il existe un effet sensible sur l'amélioration de la condition de vie des pauvres. Une augmentation par exemple du 10 milliards de francs rend sensible la contribution à l'amélioration de la proportion des pauvres. Les raisons de cette significativité peuvent être de deux ordres : la nature de ressources affectées au secteur et l'effet revenu. Ce résultat est conforme au travail effectué par Rosine DOSSOU-GBETE et Eli NOUMONVI en 2010 sur l'impact des dépenses publiques de santé sur la pauvreté au Bénin. L'élasticité des dépenses de fonctionnement en santé par rapport à l'IDH quant à elle est de 0.0718888 en conséquence une augmentation de 1% du PIB/H aura donc pour effet une augmentation de 0.0718888 de l'IDH

2-2-1- Test d'homoscédasticité (Voir annexe 5)

La probabilité de test a donné 0.3121 qui est supérieur à 5%, il y a donc homoscédasticité. Le terme d'erreur de la spécification a une variable qui n'est pas constante ; par conséquent il y a absence de biais.

2-2-2- Test de normalité des erreurs (Annexe 7)

Cette hypothèse de normalité des erreurs se rapporte à l'idée que les erreurs doivent être distribuées de manière aléatoire. L'étude de la normalité des erreurs nous conduit à accepter l'hypothèse de normalité des erreurs car la probabilité issue du test donne $0,409426 > 0,05$. Les résidus sont donc distribués de façon aléatoire.

2-2-4- Test de stabilité global des résidus (Annexe 8)

Pour étudier la stabilité du modèle, on applique le test de Cusum qui permet de détecter les instabilités structurelles. Ici la courbe ne coupe pas le corridor, alors le modèle est structurellement stable. Les résidus du modèle de long terme sont stationnaires en niveau ce qui permet d'estimer le modèle à correction d'erreur qui suit.

Le coefficient du résidu décalé d'une période est significativement différent de 0 et négatif ; par conséquent le modèle à correction d'erreur est validé. Il s'en suit qu'à court terme la production nationale est à 58,47% des dépenses publiques en santé sur l'IDH. Le modèle est donc de bonne qualité.

2-2-3- Test d'autocorrélation de Breusch Godfrey (Annexe 6)

Indique une absence d'autocorrélation des erreurs ($0.2594 > 0,05$)

2-3- Vérification des hypothèses et suggestions

2-3-1- Vérification des hypothèses

Hypothèse 1 : A l'issue de notre analyse, nous constatons que l'élasticité des dépenses d'investissement en santé est positive, ainsi les dépenses d'investissement de santé influencent positivement le niveau de la pauvreté au Bénin. L'hypothèse est alors vérifiée.

Hypothèse 2 : L'analyse faite nous permet de conclure que les dépenses de fonctionnement en santé ont un effet positif sur l'IDH au Bénin. Alors elles permettent d'identifier le niveau de la pauvreté béninoise. Cette hypothèse est donc vérifiée.

2-3-2- Suggestions

Les résultats issus de l'analyse nous révèlent que les dépenses publiques en santé ont une influence sur le niveau de pauvreté au Bénin. Cela nous amène à faire quelques propositions de politiques économiques à l'endroit de l'Etat béninois pouvant servir de point d'appui pour réduire la pauvreté au Bénin. Pour cela, l'état doit :

Mettre en place un organe de contrôle qui sera chargé de veiller judicieusement à l'utilisation rationnelle de fond investis dans la santé,

Promouvoir l'accès à la santé pour tous en augmentant les dépenses publiques en matière de santé,

Construire des infrastructures de base en santé pour favoriser l'accès aux soins de santé aux plus démunis,

Contrôler les méthodes de gestions pouvant venir en aide aux secteurs de la santé,

Subventionner les services de santé pour la population,

Fournir l'aide de façon à tenir compte des chocs économiques et un cadre de référence pour mesurer les résultats,

Augmenter le personnel de santé et procéder périodiquement à leur renforcement de capacité,

Mise en place des systèmes de suivi et d'évaluation de l'aide à la santé,

Augmenter le suivi des plans de réduction de la pauvreté tels que : Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté(DSRP) et la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté(SCRIP), généré par le cadre de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés(PPTE).

CONCLUSION

Dans le but d'analyser l'effet des dépenses publiques sur le niveau de la pauvreté au Bénin, nous avons choisi de justifier le niveau de pauvreté par plusieurs variables tels que : les dépenses publiques en santé, le revenu intérieur brut par habitant, puis les dépenses de fonctionnement. Ce qui a motivé le choix de ces variables est l'Etat béninois depuis quelques années investit beaucoup plus dans le domaine social. Il convient donc d'analyser l'effet des efforts du gouvernement sur la réduction de la pauvreté au Bénin et comparer ces résultats à la théorie économique.

L'approche retenue dans la présente étude pour faire notre analyse s'inspire du modèle de Cobb Douglas. Pour estimer les coefficients des variables du modèle nous avons utilisé la méthode des moindres carrés ordinaires grâce au logiciel STATA. Les résultats issus des différents tests effectués après analyse montrent que les dépenses publiques en santé à un effet positive sur l'indice du développement humain ; ce à quoi on s'attendait. De ce fait, notre première hypothèse est vérifiée puis la deuxième aussi car les dépenses de fonctionnement ont un effet positif sur l'IDH.

Pour parvenir à l'objectif d'amélioration des conditions de vie des populations et de réduction de la pauvreté, des recommandations des politiques économiques et sociales ont été suggérées. Des efforts énormes doivent être consentis pour accroître les dépenses orientées vers les secteurs sociaux de base. La mise à disposition de moyens matériels et immatériels aux populations serait un moyen de circonscrire la pauvreté et de les associer aux processus de production nationale. La gestion des ressources ne pourrait que maximiser les gains dans la lutte contre la pauvreté.

Ce présent travail n'a pas la prétention d'avoir cerné tous le contour des dépenses publiques de santé dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Il a été exécuté dans le but de participer à la grande mobilisation mondiale contre le nouveau fléau qu'est la pauvreté. Beaucoup de question non abordées ici restent ouvertes telles que volonté et la stabilité politique qui font actuellement défaut au pays. Il s'agit là des facteurs plus ou moins exogènes à la société et à l'économie qui ont besoin aujourd'hui d'une plus grande organisation et d'une gestion plus transparente et plus efficace dans la lutte contre la pauvreté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aboua (2009), « Incidences des dépenses publiques dans la réduction de la pauvreté au Bénin », Health economics N° 8 pp 627-639

Ahou et al (1997), « manuel d'analyse de la pauvreté : application au Bénin » PNUD/Université nationale du Bénin.

Banque mondiale (2004), « pour une plus grande efficacité des dépenses publiques, 20 décembre 2004 » : rapport N°29656-BEN.

Barro(1990), « Dépenses publiques, croissance et réduction de la pauvreté » : Newspaper.

Becker(1978), « Humain capital », Actualité scientifique.

Bentham (1853), « Individualisme et rationalité » : philosophie utilitariste »

Castro (1999), « Impact des dépenses d'éducation et de sante dans un échantillon de sept pays africains » : Mémoire online.

Crémieux (2008), « Etat de sante moyenne, niveau d'éducation, densité de la population et niveau de pauvreté » : Mémoire online.

Delavallade (2007), « Allocation des dépenses et leurs efficacités » : Newspaper.

Diallo(2007), « Dépenses sociales inégalité et pauvreté, Application au cas de la Côte d'Ivoire » : Mémoire Online.

Diallo et Djossou (2007), « analyse des effets des dépenses d'éducation sur la croissance économique au Bénin » Mémoire online.

Document de stratégie de réduction de la pauvreté 2003- 2007, sept 2002

Eli et Rosine(2010), « Impact des dépenses publiques de santé sur la pauvreté au Bénin » : Mémoire online.

Friedman(1992), « Autonomisation de l'économie familiale » : Revue internationale de science sociale.

Guillaume(2007), «Développement des dépenses de santé dans les prochaines décennies », Le cercle des économistes, 1ere édition Paris, France.

- Jamieson et Lau(1982), «Education and production », Journal of political economy, 78(1):35.
- Larivière et Martin (1997), « Cadre d'analyse économique de la pauvreté et des conditions de vie des ménages » : Mémoire online.
- Lanjouw et Ravallion (1992), « Revue de littérature sur l'incidence des dépenses publiques » : Newspaper.
- Leu et Hitiris (1996), « Liaison pauvreté, santé et productivité » : Mémoire online.
- Malthus(1798), « Essai sur le principe de la population » : Pamphlet the Crisis.
- Melchior (2008), « La nation de dépenses publiques », le site des sciences économiques et sociales Ministère de l'économie et des finances (2010), statistique des finances publiques, Direction de la prévision, Cotonou, Bénin.
- Ministère de l'économie et des finances (2009), « stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté » : Cotonou, Bénin.
- Ministère de la santé publique (2007), annuaire de la statistique sanitaire (1998-2007), SNIGS-MPS, Cotonou, Bénin.
- Mauro(1998), « Inefficacité des dépenses publiques » : Mémoire online.
- Nestor (2008), « Identification et des causes structurelles et déterminantes de la pauvreté au Bénin » : Mémoire online.
- Patry (2001), « Modèle d'équilibre générale pour étudier les effet des politiques de stabilisation d'ajustement structurel dans les pays en développement » : Newspaper.
- Programme des Nations Unies pour le développement (2002), « Rapport sur le développement humain au Bénin » : PNUD, Cotonou, Bénin.
- Programme des Nation Unies le développement (2006), Rapport sur le développement humain au Bénin, PNUD, Cotonou, Bénin.
- Programme des Nations Unies pour le développement (2007), Rapport sur le développement humain au Bénin, PNUD, Cotonou, Bénin.
- Ricardo(1817), « Progrès techniques et condition de vie des populations » : Newspaper.
- Schultz (1981), « Education and production », Journal of political economy, 78(1) : 35-4.

Smith(1716), « Croissance et pauvreté » : Document d'économie.

Van de Walle (1996), « Public spending and the poor : what we know, what we need to know», World Bank policy research working paper N° : 1476

Welche (1970), «Education and production », Journal of political economy, 78(1) : 35-3.

BASES DE DONNEES ANNUELLES

année	DI	DF	IDH	PIB/H
1980	3	2,5	0,378	227630
1981	3,2	2,6	0,38	239303
1982	3	3,1	0,385	210120
1983	3,5	2,9	0,4	169263
1984	4	2,5	0,34	157590
1985	4	2,6	0,34	151753
1986	4	3	0,35	157590
1987	4	3	0,35	180936
1988	4	3	0,35	210120
1989	4	3,2	0,36	221793
1990	5	3,3	0,344	210120
1991	10	3,35	0,38	221793
1992	15	3	0,38	192610
1993	11	3	0,35	221793
1994	13	3	0,39	192610
1995	17	10	0,4	204283
1996	19	11	0,4	198446
1997	17	12	0,43	215956
1998	20	13	0,43	215956
1999	26	14,5	0,44	215956

Effet des dépenses publiques de santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin

2000	29	16	0,392	227630
2001	32	20	0,45	221793
2002	35	21	0,46	221793
2003	30	24	0,43	250976
2004	26	28	0,44	303506
2005	44	30	0,45	344363
2006	44	39	0,46	356036
2007	58	30	0,47	385220
2008	45	32	0,475	426076
2009	48	35	0,47	449423
2010	55	36	0,468	443586
2011	60	38	0,473	449423
2012	65	35	0,475	461096
2013	69	40	0,477	501953
2014	72	44	0,48	519463

BASE DE DONNEES LINEARISEES

année	Log IDH	Log DI	Log PIB_H	Log DF
1980	-0.9728610833625494	1.09861228866811	12.33547678274143	0.9162
1981	-0.9675840262617056	1.163150809805681	12.38548581038287	0.9555
1982	-0.9545119446943529	1.09861228866811	12.2554340750679	1.1314
1983	-0.916290731874155	1.252762968495368	12.0392089972783	1.0647
1984	-1.07880966137193	1.386294361119891	11.96775200261612	0.9162
1985	-1.07880966137193	1.386294361119891	11.93000947808383	0.9555
1986	-1.049822124498678	1.386294361119891	11.96775200261612	1.0986
1987	-1.049822124498678	1.386294361119891	12.10589865655965	1.0986
1988	-1.049822124498678	1.386294361119891	12.2554340750679	1.0986
1989	-1.021651247531981	1.386294361119891	12.30949979343645	1.1631
1990	-1.067113621608739	1.6094379124341	12.2554340750679	1.1939
1991	-0.9675840262617056	2.302585092994046	12.30949979343645	1.2089
1992	-0.9675840262617056	2.70805020110221	12.16842269807827	1.0986
1993	-1.049822124498678	2.397895272798371	12.30949979343645	1.0986
1994	-0.941608539858445	2.564949357461537	12.16842269807827	1.0986
1995	-0.916290731874155	2.833213344056216	12.22726156637922	2.3025
1996	-0.916290731874155	2.94443897916644	12.19827230179744	2.3978
1997	-0.843970070294529	2.833213344056216	12.28282996221218	2.4849
1998	-0.843970070294529	2.995732273553991	12.28282996221218	2.5649

Effet des dépenses publiques de santé sur le niveau de la pauvreté au Bénin

1999	-0.8209805520698303	3.258096538021482	12.28282996221218	2.6741
2000	-0.9364934391916745	3.367295829986474	12.33547678274143	2.7725
2001	-0.7985076962177716	3.465735902799726	12.30949979343645	2.9957
2002	-0.7765287894989962	3.555348061489414	12.30949979343645	3.0445
2003	-0.843970070294529	3.401197381662156	12.43311259601239	3.1780
2004	-0.8209805520698303	3.258096538021482	12.62315665864378	3.3322
2005	-0.7985076962177716	3.784189633918261	12.74945161254716	3.4011
2006	-0.7765287894989962	3.784189633918261	12.78278712831703	3.6635
2007	-0.7550225842780329	4.060443010546419	12.86156987863822	3.4011
2008	-0.7444404749474959	3.806662489770319	12.96237301309532	3.4666
2009	-0.7550225842780329	3.871201010907891	13.01571981677399	3.5553
2010	-0.7592869830644903	4.007333185232471	13.00264697399639	3.5835
2011	-0.7486598904901	4.094344562222101	13.01571981677399	3.6375
2012	-0.7444404749474959	4.174387269895637	13.04136154324934	3.5553
2013	-0.7402387880937959	4.234106504597259	13.12626176879272	3.6888
2014	-0.7339691750802004	4.276666119016055	13.16055086465583	3.7841

Annexe 5 :

Test d'homoscédasticité des erreurs (Test de white)

LM test for autoregressive conditional heteroskedasticity (ARCH)

lags (p)	chi2	df	Prob > chi2
1	1.022	1	0.3121

H0: no ARCH effects vs. H1: ARCH(p) disturbance

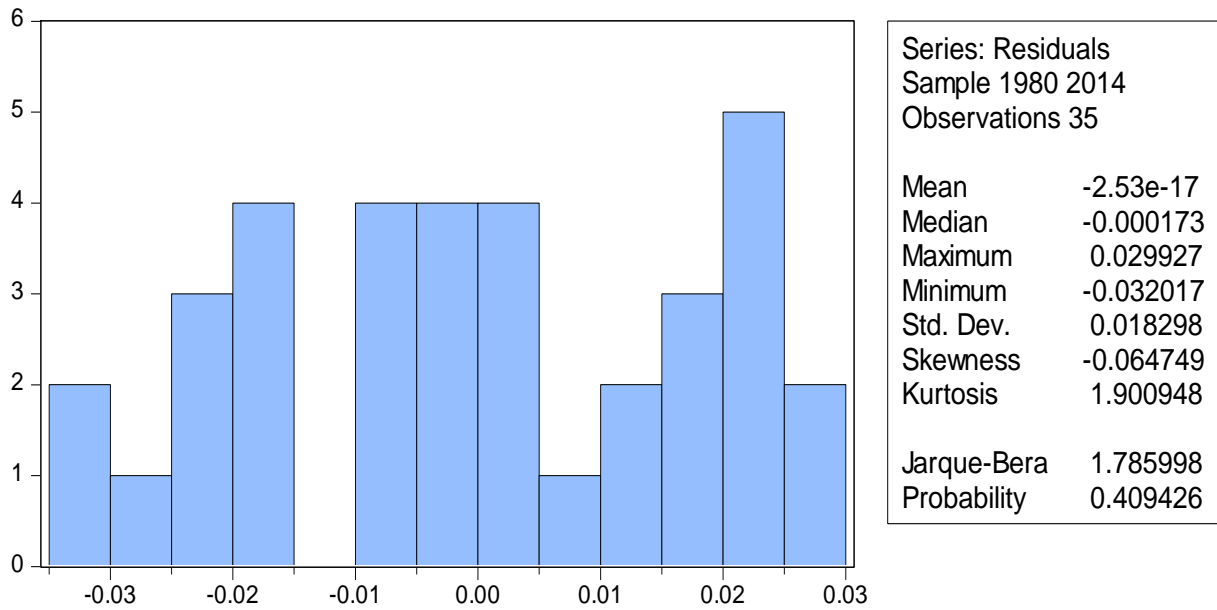
Annexe 6 :

Test d'autocorrélation des erreurs (Godfrey)

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:

F-statistic	1.413990	Prob. F(2,29)	0.2594
Obs*R-squared	3.109821	Prob. Chi-Square(2)	0.2112

Annexe 7 : **Test de normalité des erreurs**



Annexe 8 : **Test de stabilité globale des résidus**

