

**AVERTISSEMENT**

*La Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (F.A.S.E.G) de l'Université d'Abomey- Calavi n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*



**Dédicace 1**

Je dédie ce mémoire :

- ✓ A mon père Louis WOLOU
- ✓ A ma très chère mère Elisabeth sika HOUEGNON

Timothée WOLOU



**Dédicace 2**

Je dédie ce mémoire :

- ✓ A mon père Olivier TOHAN
- ✓ A ma mère Joséphine HINDAN

Pierrot TOHAN

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos profondes gratitudee à tous ceux qui, au prix de lourds sacrifices ont contribué à la réalisation de cette œuvre :

- ✓ A notre maître de mémoire Yves SOGLO pour leur grande disponibilité et contribution pour la rédaction de ce mémoire malgré leurs multiples occupations ;
- ✓ Aux autorités de l'UAC
- ✓ Au professeur Charlemagne IGUE, doyen de la FASEG pour ses sages conseils ;
- ✓ A tout le corps administratif et professionnel de la FASEG pour tous les efforts consentis pour assurer notre formation ;
- ✓ Au professeur Fulbert Géro AMOUSSOUGA
- ✓ Au professeur Alastair ALINSATO
- ✓ Au Docteur Aimée SOGLO
- ✓ Au Docteur Honorat SATOGUINA
- ✓ Au Docteur Jude EGGOH
- ✓ Au Docteur Bathelémy SENOU
- ✓ A monsieur Kenneth KPONOU
- ✓ A monsieur Justin CLOHOUNTO
- ✓ A monsieur Emmanuel YAÏ
- ✓ A monsieur Marius GUEZO
- ✓ A monsieur Jacques ZINSOU
- ✓ A tous ceux qui de quelque manière que ce soit ont contribué à la réalisation de ce travail, qu'ils trouvent ici l'aboutissement de tous leurs efforts.

**LISTE DES SIGLES ET  
ACRONYMES**

ADF : Dickey-Fuller Augmenté

ADF<sub>C</sub> : Dickey-Fuller Augmenté calculé

ADF<sub>L</sub> : Dickey-Fuller Augmenté lu

ADI : Africa Développement Indicators

APD : Aide Publique au Développement

BM : Banque Mondiale

CAD : Comité d'Aide au Développement

DE : Dépenses d'Education

DF : Dépenses de Fonctionnement

DFE : Dépenses de Fonctionnement de l'Etat

DI : Dépenses d'Investissement

DS : Dépenses de Santé

DGAE : Direction Générale des Affaires Economiques

DPB : Direction de la Préparation du Budget

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective

DSRP : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté

FASEG : Faculté des Sciences Economiques et de la Gestion

FCFA : Franc de la Communauté Francophone Africaine

IDH : Indicateur de Développement Humain

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique

## *Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin*

---

IPH : Indicateur de Pauvreté Humaine

JB : Jarque-Bera

MCE : Modèle à Correction d'Erreurs

MCO : Moindres Carrés Ordinaires

MEF : Ministère de l'Economie et des Finances

MSP : Ministère de la Santé Publique

OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PIB<sub>R</sub> : Produit Intérieur Brut réel

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

PROB : Probabilité

SCRP : Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté

SRP : Stratégie de Réduction de la Pauvreté

SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaire

SSP : Soins de Santé Primaire

UAC : Université d'Abomey-Calavi

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau1	:	Matrice	de	corrélation	entre	les	variables.....	33		
Tableau2 :		Synthèse	des	résultats	des	tests	de	stationnarité	.....	34
Tableau3 :		Synthèse	des	résultats	d'estimations	de	long	terme.....	..	35
Tableau4 :		Synthèse des résultats d'estimation de court terme.....						37		
Tableau	5	:		Coefficients		des	variables.....	38		

**LISTE DES  
GRAPHIQUES**

Graphique1 : Evolution des dépenses publiques de santé de 1984 à 2014.....27

Graphique2 : Evolution des dépenses publiques en éducation de 1984 à 2014.....29

Graphique3 : Evolution du revenu par tête de 1984 à 2014.....30

Graphique4 : Evolution de l'aide publique de développement de 1984 à 2014.....31

Graphique5 : Evolution de l'indice de développement humain de 1984 à 2014.....32

**SOMMAIRE**

Introduction.....	1
Chapitre 1 : Cadre théorique et institutionnel de l'étude.....	3
Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	3
Section 2 : Cadre institutionnel de l'étude.....	19
Chapitre 2 : Présentations et analyse de résultats.....	27
Section 1 : Présentation des résultats.....	27
Section 2 : Analyse des résultats et vérification des hypothèses .....	38
Conclusion.....	42
Références bibliographiques.....	43
Annexes.....	a
Table des matières.....	j

**RESUME**

Le lien entre pauvreté et santé est complexe et représente un concept dont la définition est influencée par des éléments symboliques. Le présent travail a pour objectif d'analyser l'effet des dépenses publiques de santé sur la pauvreté au Bénin. L'étude couvre la période allant de 1984 à 2014, soit 31 observations. De façon particulière, nous avons montré que l'augmentation des dépenses publiques de santé réduit le niveau de la pauvreté et démontré que le niveau de pauvreté varie moins vite que la variation des dépenses publiques de santé au Bénin. A cet effet, l'approche méthodologique utilisée a consisté à régresser l'indicateur de développement humain (IDH) sur les dépenses publique de santé, les dépenses publiques en éducation, le revenu par tête, l'aide publique au développement. Il ressort des estimations effectuées au seuil de 5% que les dépenses publiques de santé ont un impact positif et significatif sur l'IDH à long terme comme à court terme. Il en est de même pour les dépenses publiques en éducation, le revenu par tête et l'aide publique au développement.



## **Introduction**

La lutte contre la pauvreté s'inscrit comme l'un des principaux objectifs des politiques et des stratégies de développement des grandes institutions internationales, en l'occurrence la Banque mondiale, le FMI, l'OCDE, le PNUD, etc. Compte tenu de son caractère multidimensionnel et multisectoriel, la pauvreté est aujourd'hui un phénomène crucial pour la communauté internationale. A ce titre, elle s'est engagée à travers la définition des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à réduire le nombre de personnes vivant dans un état de pauvreté extrême. C'est pourquoi 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 de développement. Elle 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.

De ce fait, il a été largement admis que l'investissement dans le domaine de santé est un des moteurs intervenant dans la réduction de la pauvreté. Les dépenses publiques consacrées à la santé, autrement dit aux soins de la population sont un sujet de préoccupation majeure pour les gouvernements et les acteurs politiques, tant au niveau national qu'international. On observe, dans la plupart des pays une augmentation de la richesse nationale consacrée au service de santé (DGTPE, France, 2008).

Situé en Afrique de l'Ouest et membre de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africain (UEMOA), le Bénin fait partie du groupe des Pays les Moins Avancés (PMA). Il a opté pour le volet social de la santé pour tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la déclaration d'Alma Ata faite en 1978 dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Mais les résultats de sa mise en œuvre sont mitigés. Sur 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.

## *Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin*

---

La santé pourtant considéré 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 le risque d'appauvrissement des groupes vulnérables. Au regard de la relation santé et pauvreté ci-dessus évoquée, nous nous proposons de travailler sur le thème « *dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin* ».

Le présent travail s'inscrit dans le cadre de notre mémoire de fin formation en Licence professionnelle de sciences économiques à la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion à l'Université d'Abomey-Calavi (FASEG/UAC).

Le document est organisé en deux chapitres. Le premier chapitre présente le cadre théorique et institutionnel de l'étude et le deuxième porte sur la présentation et l'analyse de résultats.

## **Chapitre 1** : cadre théorique et institutionnel de l'étude

### **SECTION1** : cadre théorique et méthodologique de l'étude.

#### **Paragraphe1** : Problématique, Objectifs et Hypothèses

##### **A. Problématique**

La pauvreté est un thème récurrent au sein des organisations internationales de développement. Depuis plusieurs décennies, trois régions concentrent l'essentiel de la pauvreté mondiale, avec un taux pratiquement 95 %: l'Asie de l'Est/Pacifique, l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne. Pour autant, la composition de la pauvreté y a considérablement évolué (Banque Mondiale). En 1990, l'Asie de l'Est représentait la moitié des pauvres, contre quelque 15 % en Afrique subsaharienne ; en 2015, la situation se serait pratiquement inversée, l'Afrique subsaharienne concentrant la moitié des pauvres du monde, contre environ 12 % en Asie de l'Est (Banque Mondiale). Compte tenu de son caractère multidimensionnel et multisectoriel, la pauvreté est aujourd'hui un problème crucial pour la communauté internationale. En effet, Le premier des objectifs du Millénaire pour le développement est de réduire l'extrême pauvreté et la faim afin que chaque personne puisse, où qu'elle habite dans le monde, satisfaire ses besoins essentiels: nutrition, santé, logement, éducation.

Malgré une apparition relativement nouvelle dans le champ de l'éthique, les chercheurs en santé s'intéressent au concept de la qualité de vie depuis des années. Toutefois, la notion de qualité de vie liée à la santé demeure une thématique très large à définir. Ainsi un survol historique des théories passées et actuelles s'impose et mérite un regard panoramique. À ce niveau, Ware (1970) et Bergner et al (1975) avec le Sickness Impact Profile (SIP) figurent comme les précurseurs d'une théorisation du concept de qualité de vie établissant les bases d'un modèle indicateur et prédictif. Ces modèles furent suivis par l'Indice de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN) validé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 1988, et deux années plus tard, Sen et Ul Haq (1990) poursuivent des recherches effectuées dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et proposent l'Indice de Développement Humain (IDH) comme indicateur statistique composite de la qualité de vie.

Au lendemain de son indépendance, le Bénin s'est engagé dans un vaste programme économique afin de rendre sa croissance économique durable et de combattre la pauvreté.

Selon la Banque Mondiale, avec un taux de pauvreté à l'échelle nationale de 37,5 % en 2006, 35 % en 2009 et 36 % en 2011, le Bénin reste un pays profondément pauvre. De plus suivant le rapport de 2015 du Programme des Nations Unies pour le Développement au Bénin, le pays n'a connu aucun développement réel. Le Bénin est classé au 166ème sur 188 pays et occupe la 32ème place en Afrique sur 53 pays, avec un taux de pauvreté 40,1% (2015) et un indicateur de développement humain 0,480 (2014). L'aboutissement de ce programme passe nécessairement par l'amélioration du capital humain car, comme l'a souligné Behrman (1989), la quantité et la qualité de main d'œuvre augmentent à mesure que l'état de santé s'améliore, ce qui profite à la production de différents secteurs de l'économie. Pour y parvenir, un accent particulier doit être mis sur l'accès à des services sociaux de base (santé et éducation).

Dans ce contexte la protection et l'amélioration de la santé sont reconnues comme les principaux pour l'éradication de la pauvreté et le développement humain. Ainsi la notion de dépense publique a été étudiée par les auteurs comme van de Walle (1996), Meerman (1979) et Selowsky (1979). Nous avons aussi Angus Deaton qui a obtenu le prix Nobel (2015) pour ses travaux sur « la consommation, la pauvreté et le bien-être ». Il ressort des différents travaux de recherche des auteurs comme Guillaume (2007), Ieu (1986), Hitis et Posnett (1992), Crémieux et Al (1999) qu'il existe un lien entre les dépenses de santé et l'état de santé moyen des populations. On retient donc qu'un mauvais état de santé engendre la pauvreté et la pauvreté engendre un mauvais état de santé.

Pour améliorer le secteur de la santé le Bénin a adhéré au Partenariat International pour la Santé et Initiatives associées (International Health Partnership, IHP+) en 2009. Le gouvernement béninois (à travers le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances) a signé le 12 novembre 2010 son Compact national avec cinq PTF (Partenaires Techniques et Financiers) : l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque Mondiale et la Belgique. Le Compact scelle l'engagement des parties signataires à s'aligner sur le PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) 2009-2018 qui est devenu la référence commune. Selon la Banque Mondiale le Projet de renforcement de la performance du système de santé (44 millions de dollars), lancé en septembre 2011 dans l'objectif d'élargir la couverture des services pour la santé maternelle, néonatale et infantile, cherche également à renforcer les capacités du ministère de la Santé. Toujours en cours d'exécution, cette opération enregistre des progrès réguliers, avec un taux de décaissement du financement de 70 % en mars 2016. Son volet principal appuie une stratégie de financement aux résultats déployée dans huit des

34 districts sanitaires du pays. La plupart des indicateurs ont dépassé leur cible tandis que les autres sont sur la bonne voie.

Dès lors il est préoccupant de s'interroger sur la possibilité d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement. Face à cette situation peu satisfaisante, les Etats se sont trouvés rapidement à des problèmes de financement croissants auxquels s'ajoutaient les problèmes récurrents d'accessibilité aux soins, d'équité, de qualité et des résultats de santé assez décevants. Au regard de ces considérations, on se pose des questions à savoir :

Quel est l'effet des dépenses publiques de santé sur la pauvreté ? Autrement dit est ce que l'augmentation des dépenses publiques de santé réduit le niveau de pauvreté au Bénin ? Quelle est la proportion de la variation du niveau de pauvreté qui est expliquée par les dépenses publiques de santé au Bénin ?

### **B. Objectifs et hypothèses**

Pour fournir des éléments de réponses à ces différentes préoccupations ci-dessus citées, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

#### **L'objectif général**

L'objectif principal de notre recherche est d'étudier l'effet des dépenses publiques de santé sur la pauvreté au Bénin. Pour faire une analyse fiable l'objectif principal est décliné en deux objectifs spécifiques.

➤ 1<sup>ère</sup> objectif spécifique :

Montrer que l'augmentation des dépenses publiques de santé réduit le niveau de la pauvreté.

➤ 2<sup>ème</sup> objectif spécifique :

Démontrer que le niveau de pauvreté varie moins vite que la variation des dépenses publiques de santé au Bénin.

#### **Hypothèses**

➤ 1<sup>ère</sup> hypothèse :

L'augmentation des dépenses publiques de santé réduit le niveau de pauvreté au Bénin.

➤ 2<sup>ème</sup> hypothèse :

Le niveau de pauvreté varie dans une proportion moindre que celle des dépenses publiques de santé au Bénin.

## **Paragraphe 2** : Revue de littérature et méthodologie de recherche

### **A. La revue de littérature**

L'analyse de lien entre la santé et la pauvreté a fait l'objet de plusieurs travaux. Ces travaux concernent bien la relation qui existe entre la santé et la pauvreté. Dans ce paragraphe nous revenons de façon substantielle sur celle-ci tout en essayant de définir les concepts de pauvreté et de santé.

#### ➤ **Approche conceptuelle**

Qu'est-ce que la pauvreté ? Apporter une réponse consensuelle à cette question est loin d'être évident. Ravallion (1996), World Bank (2000) et Asselin (2002), analystes de la pauvreté, reconnaissent qu'il n'existe pas de définition universelle et absolue de la pauvreté. Comme tout objet d'étude, la pauvreté n'est pas un phénomène homogène prenant un visage identique en tout lieu et être pauvre en France ne signifie pas la même chose qu'être pauvre au Bénin, et être pauvre aujourd'hui n'a pas la même signification qu'il y a un siècle. Cependant, offrir une définition de la pauvreté n'est pas simplement une question de lieu ou d'époque. En effet, la pauvreté peut être définie comme l'état d'une personne qui est privée des ressources nécessaires pour vivre dans son environnement, ou « *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 est un phénomène multidimensionnel qui ne peut pas facilement être réduite. Les débats sur la pauvreté tendent à être conduits en termes de privations matérielles, mesurées par le niveau de revenu, de consommation ou de dépense.

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.

L'approche monétaire de la pauvreté est l'approche la plus généralement utilisée. Selon Ravallion (1994), cette approche place la conceptualisation du bien-être dans l'espace

de l'utilité dont la satisfaction définit le niveau de bien-être. La pauvreté monétaire se traduit par un état d'insuffisance de revenu qui ne permet pas de satisfaire les besoins fondamentaux de l'homme. Au Bénin, elle est mesurée par le niveau de dépense des ménages en référence à un seuil de pauvreté (revenu annuel minimum par tête) qui est passé de 82224 FCFA en 2006 à 147313 FCFA en 2010 (SCRP 2007,2011). Ainsi, toute personne ne disposant pas de ce revenu annuel est considérée comme monétairement pauvre.

La pauvreté non monétaire 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. ces déficits se mesurent par l'indicateur de pauvreté humaine (IPH). C'est un indice composite calculé comme une moyenne pondérée de trois éléments : d'une part la probabilité de décéder avant 40 ans, d'autre part le taux d'alphabétisme des adultes et enfin la moyenne arithmétique du pourcentage de la population privée d'eaux potable et du pourcentage d'enfants moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale.

Quant à la santé, elle est une dimension essentielle du bien-être de la population et un facteur clé de sa productivité. Elle se définit en opposition par rapport aux notions 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, au désavantage et au handicap.

Dans le préambule de sa constitution, l'OMS définit la santé comme « *état de complet le bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition pousse la démedicalisation très loin en insistant sur l'aspect purement subjectif. René Dubos (1969) complète la définition de l'OMS en insistant sur l'aspect adaptatif de la santé qui selon lui est un « *État physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* ». Il présente la santé comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être.

Les dépenses publiques correspondent à l'ensemble des dépenses réalisées par les administrations publiques. Elles correspondent aussi aux dépenses effectuées par l'Etat, par les collectivités territoriales (communes, départements et régions) et par les organismes de Sécurité sociale. Elles englobent : les dépenses de fonctionnement des services publics (salaires des fonctionnaires, entretien des bâtiments), la fourniture de services publics (comme

l'hospitalisation ou l'enseignement à titre gratuit) et les prestations en numéraire (subventions aux entreprises, allocations chômage et pensions de retraite).

### ➤ **Approche théorique**

Pour Alain DEMURGER, au Moyen Âge, la définition de la pauvreté ne peut s'inscrire uniquement en terme monétaire, car le pauvre est celui qui est faible. Le pauvre n'a pas les moyens de subsister seul, et, pendant tout le Moyen Âge, le pauvre est l'orphelin, le vieux, l'estropié, le lépreux. L'irruption de l'argent comme instrument de mesure de la richesse a fait évoluer la définition de la pauvreté. La Banque mondiale décrit la pauvreté comme suit : La pauvreté, c'est la faim, c'est être sans abri, c'est être malade et ne pas pouvoir voir un médecin, c'est ne pas avoir de travail, s'inquiéter de l'avenir et vivre au jour le jour. Les premières mesures de la pauvreté furent introduites par Both (1969) et Rowntree (1901) vers la fin du siècle. Selon l'approche « welfariste », un individu est pauvre si elle n'atteint pas un certain niveau d'utilité permettant d'atteindre un certain niveau de vie. D'après la théorie du consommateur, les choix (ou les préférences) d'un consommateur portent sur les paniers de consommations qui sont une liste « complète » de biens et services qu'il peut acquérir.

Contrairement à l'approche monétaire qui place le bien-être dans l'espace d'utilité (ou des préférences), l'approche non « welfariste » place le bien-être dans l'espace de liberté et des accomplissements dans lequel on peut trouver par exemple la possibilité de se nourrir, ou de se vêtir de manière adéquate, l'accès aux services de santé, etc. selon les normes propres à chaque société. Cette approche va de la privation absolue de biens axée sur la nutrition et ou sur d'autres besoins fondamentaux à la privation relative de biens, comme dans TOWNSEND (1979). Elle dispose de deux catégories que sont l'approche par les capacités de SEN (1985) et l'approche par les besoins de base. L'élargissement du concept de pauvreté se poursuit avec l'approche par les capacités (Sen, 1985). Elle procède tout d'abord d'une critique de l'approche par les besoins essentiels. Sen considère en effet que ces derniers occultent la

diversité des individus et qu'assimiler les biens à leur usage suppose que ces biens suffisent, en eux-mêmes, à garantir les avantages correspondants au plus grand nombre.

Des études ont été menées par plusieurs auteurs dans le but d'explicitier les déterminants des dépenses de la santé. L'augmentation des dépenses de la santé est liée à plusieurs facteurs dont les facteurs démographiques, les facteurs économiques, les facteurs socio - culturels, les facteurs politiques, les facteurs organisationnels. Albouy, Bretin, Carnot et Deprez (2009) stipulent que la variation globale de la population a un effet sur les dépenses de la santé. Une population qui s'accroît va consommer plus de soins. Ce facteur peut être mis à part en s'intéressant à la dépense de soins par tête. Sen (2005) pense que le revenu par tête a une influence significative sur les dépenses de santé.

Parsons (1964) a proposé une analyse de la santé en tant que fonction sociale, la définissant comme un état qui permet d'accomplir de façon optimale des tâches (socialement) valorisées. La théorie fonctionnaliste de Parsons a servi de matrice théorique pour des approches de la santé individuelle considérée en tant que capacité à jouer un rôle social, performance, fonctionnement, activité et capacité, entre autres. Par la suite, ces approches ont été condensées dans une conception de la santé considérée comme un bien-être social, socialement vécu. La rhétorique contemporaine autour de la « qualité de vie » est l'héritière de cette conception.

### **Santé et pauvreté : quels liens ?**

Le débat sur la relation entre pauvreté et santé n'est pas nouveau. Généralement, c'est dans les pays les plus pauvres que les taux de mortalité sont les plus élevés alors que les populations en bonne santé sont plus productives sur le plan économique. Les lignes de causalité entre santé et pauvreté vont dans deux sens et la meilleure image de décrire cette relation est celle du cercle vicieux ou vertueux.

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 ; Jamison et Lau, 1982).

Mullahy, Robert et Wolfe (2001) en arrivent à une conclusion semblable : « Un grand nombre d'analyses et d'études empiriques utilisant diverses mesures du revenu et de la santé

et portant sur divers échantillons démontrent, à différents points dans le temps, un lien très étroit entre le revenu et la morbidité ».

Selon le rapport de l'OMS (2000), les chercheurs suggèrent que l'état de santé, mesuré en termes d'Espérance de vie, est un indicateur important de la croissance économique. L'OMS estime qu'un allongement de 5 années de l'Espérance de vie peut améliorer le taux de croissance économique de 0,3 à 0,5% par an. Des populations en meilleure santé tendent à donner une productivité accrue de main d'œuvre, leurs capacités physique et mentales étant plus développées.

La recherche sur la pauvreté et la santé se heurte à un important problème : un mauvais état de santé peut limiter la capacité de travail rémunéré d'un individu, avec pour résultat la diminution de son revenu et ce, même s'il a des antécédents de richesse. Dans ce cas, les chercheurs parlent de *causalité inverse*, de *santé sélective*. L'essence même de ce problème est que si nous savons qu'un mauvais état de santé est souvent accompagné d'un faible revenu, nous ne pouvons distinguer «la cause de l'effet ». Or, toutes les études passées en revue par Benzeval et Judge étaient longitudinales (elles suivaient les individus sur une période de temps plutôt que de simplement observer les relations à un seul point dans le temps), et la plupart tentaient de neutraliser la possibilité que la maladie soit à l'origine du faible revenu plutôt que l'inverse. Elles sont toutes arrivées à la conclusion que le risque de *causalité inverse* n'est pas important, car dans la plupart des cas, c'est la pauvreté qui *agit* sur la santé.

De nombreuses études réalisées au Canada suggèrent également l'existence d'un lien important entre le revenu et l'état de santé des enfants. Ainsi, en examinant des ensembles de données provenant du Canada et des États-Unis, et en utilisant une vaste gamme de mesures et de résultats de pauvreté, Curtis et Phipps (2000) constatent l'existence d'une importante association négative entre pauvreté et état de santé des enfants dans 69 régressions sur 80. Pour sa part, Ross (2000) remarque que pour 31 indicateurs utilisés dans l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et l'enquête nationale sur la santé de la population, les résultats de santé des enfants empiraient à mesure que le revenu familial diminuait.

Il ressort de ces analyses, qu'une bonne santé peut avoir un impact bénéfique sur les revenus domestiques et sur la croissance économique d'un pays du moment où elle contribue au renforcement du capital humain. Dès lors, passer d'un cercle vicieux à un cercle vertueux impose de l'investissement visant à améliorer et à protéger la santé des pauvres.

La pauvreté et la santé sont donc directement liées par le simple fait qu'un mauvais état de santé entraîne une baisse de productivité, donc une baisse de revenu. A l'inverse un faible revenu entraîne une insuffisance de moyen pour résoudre les problèmes de santé. Les pauvres se trouvent dans un cercle vicieux où la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé engendre la pauvreté.

### ➤ **Revue empirique**

A partir de 1960, deux courants de pensée ont émergés. D'un côté, certains suggèrent de se focaliser sur l'augmentation des revenus et de laisser les personnes choisir l'allocation optimale des ressources selon leurs préférences personnelles. De l'autre côté, les défenseurs de l'approche des besoins essentiels privilégient la fourniture de service sociale de base de la manière la plus large possible (Larivière et Martin, 1997).

Ware (1970) et Bergner et al (1975) avec le Sickness Impact Profile (SIP) figurent comme les précurseurs d'une théorisation du concept de qualité de vie établissant les bases d'un modèle indicateur et prédictif. Ces modèles furent suivis par l'Indice de Santé Perceptuelle de Nottingham (ISPN) validé par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 1988, et deux années plus tard, Sen et Ul Haq (1990) poursuivent des recherches effectuées dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et proposent l'Indice de Développement Humain (IDH) comme indicateur statistique composite de la qualité de vie.

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 sur la pauvreté mais les méthodes les plus courantes sont les méthodes d'incidence des avantages (*benefit incidence analysis*) et approche basée sur le comportement des ménages (*behavioral approach*). L'approche basée sur l'analyse de l'incidence des avantages des dépenses publiques a été fortement influencée par les études Meerman (1979) et de Selowsky (1979) qui constituent respectivement une application à la Malaisie et à la Colombie. Cette approche a été largement suivie de nombreuses décisions

gouvernementales relatives à la répartition des ressources budgétaires dans les pays en développement ont été basées sur des recommandations formulées sur la base de cette méthode. Dans la majorité des cas, ces études conduisent à la conclusion que les dépenses allouées aux secteurs sociaux de base (éducation primaire et soins de santé primaire) ont connu une croissance progressive contrairement à celles qui sont destinées à l'enseignement supérieur et au secteur tertiaire de la santé. La grande audience dont a pu bénéficier cette méthode s'explique en grande partie par sa simplicité et la diversité des présentations des résultats en vue de montrer le caractère progressif (ou régressif) des diverses composantes des dépenses publiques.

D'après une étude de l'OMS contenue dans l'article de l'ONU (2002), investir dans la santé est rentable pour le développement. Dans son analyse, l'OMS déclare que c'est la pauvreté qui est la principale cause de maladies dans les pays pauvres et que les maladies dans certaines régions à faibles revenus, notamment l'Afrique subsaharienne, constituent un obstacle considérable à la croissance économique. Un groupe international d'économistes et d'experts de la santé a demandé que les dépenses mondiales de santé consacrées aux pays en développement soient considérablement augmentées. Réalisés par la Commission sur la macroéconomie et la santé des individus, ces travaux de recherche ont montré que les répercussions économiques des problèmes de santé sur les individus et la société sont bien plus graves qu'on ne l'avait estimé auparavant. Selon la commission (2002), offrir des soins de santé de base aux populations pauvres du globe est à la fois réalisable sur le plan technique et rentable. Le résultat pourrait être spectaculaire : 8 millions de vies seraient sauvées chaque année, et le développement serait alimenté par des centaines de milliards de dollars de nouvelles activités économiques chaque année.

A partir des données internationales, plusieurs études, comme celle de Leu (1982) puis celle de Hitiris et Posnett (1992), 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 mortalité. Or, d'après Crémieux et al (1999), les difficultés rencontrées dans ces deux études proviennent essentiellement de l'hétérogénéité inhérente à la comparaison internationale. En effet, ces trois auteurs étudient toujours la même question empirique mais se restreignent aux différentes provinces du Canada, cette restriction permettant d'éliminer en grande partie le biais statistique généré par l'hétérogénéité de la comparaison internationale. En intégrant dans leur régression d'autres variables explicatives de l'état de santé moyen (niveau d'éducation, densité de la population, niveau de pauvreté,

comportement nutritif), ils établissent un lien très net entre le niveau des dépenses de santé dans chaque province et l'état de santé moyen des résidents de ces provinces. Les états de santé moyenne sont mesurés par des taux de mortalité infantile et par un indicateur d'espérance de vie. Crémieux et al estiment qu'une réduction de 10% des dépenses de santé augmenterait de 4% à 5% le taux de mortalité infantile et diminuerait l'espérance de vie de 3 à 6 mois.

Khaleghian et Gupta (2005), à partir d'une étude élaborée sur 70 pays, ont montré que les dépenses publiques de santé jouent un rôle très important pour les plus pauvres dans les pays à faibles revenus que dans les pays à revenus élevés tout en précisant que les rendements des dépenses de santé étaient plus élevés dans les pays à revenu élevé. De leur côté, Harttgen et Misselhorn (2006) ont montrés que l'accès aux infrastructures de santé réduit de façon importante la mortalité infantile et que les facteurs socio-économiques représentent les principaux déterminants des productions obtenues dans le secteur de la santé (Nolte & McKee, 2004; ST LEGER, 2001).

Bokhari, Gai, et Gottret (2007) ont fournis également d'importants résultats à partir d'une investigation empirique sur la relation pouvant exister entre le revenu par habitant et la mortalité infanto-juvénile et maternelle. Ces auteurs ont montrés que bien que dans les pays en développement, la croissance économique représente l'un des principaux déterminants de la production de soins de santé, les dépenses de santé sont également un important facteur. Enfin, en utilisant les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), Wang et al (2002) examinent les déterminants de la santé dans les pays à faible revenu, tant au niveau national, qu'aux niveaux des zones rurales et urbaines. Il constate que les dépenses publiques de santé au niveau national réduisent de façon significative la mortalité infantile.

Selon Guillaume (2007), il faut s'attendre à un fort développement des dépenses de santé et s'en réjouir même si cela pose de redoutables problèmes de financement. S'en réjouir d'abord parce que la santé est un bien inestimable mais aussi parce que le secteur de la santé, replacé dans l'ensemble de l'économie et dans la perspective de la mondialisation, est au cœur des nouvelles orientations d'un développement qualitatif et durable. C'est un moteur de croissance stratégique compte tenu des emplois qui sont liés à ce secteur de services. Lorsque des modifications dans les dépenses publiques sont permises, l'incidence de ces dernières sur les ménages n'est généralement traitée que de manière superficielle.

Sewanyana et Younger (2008) ont constaté qu'en Ouganda, l'augmentation des dépenses de santé, en particulier dans la vaccination, aura un impact positif sur la mortalité

infantile en 2015. Selon ces auteurs, l'augmentation du taux de vaccination de 100% aurait un impact beaucoup plus élevé et probablement plus rentable dans la réduction de la mortalité infantile.

Baldacci et al. (2003), Gupta, Verhoeven, et Tiongson (2002) ont constatés à partir des investigations empiriques que les dépenses sociales jouent un rôle considérable sur les productions des secteurs sanitaire et éducatif. Ces études ont montrés que les dépenses d'éducation ont plus d'effet sur les indicateurs de développement humain que les dépenses de santé. Cette relation positive entre les dépenses sociales et les indicateurs de développement humain a été également vérifié par les études de Anand et Ravallion (1993), Hojman (1996), Bidani and Ravallion (1997). Ces auteurs ont montré en effet que les dépenses publiques de santé ont un impact positif sur l'état de santé des populations pauvres.

Donfouet et Mahieu (2012) ont résumé les études qui portent sur le lien entre la mutuelle de santé et le capital social et trouvent que l'absence de couverture en assurance maladie par les pauvres dans les pays en développement entrave l'accès aux soins de santé adéquats. Leur résumé a aussi révélé qu'un niveau plus élevé de capital social influence la décision de souscrire à l'assurance maladie par les ménages et par conséquent augmente la demande de l'assurance maladie à base communautaire.

De tout ce qui précède, il serait pertinent de chercher à vérifier dans le contexte béninois si les dépenses publiques de santé exercent une influence significative sur la pauvreté.

### **B. Cadre méthodologique**

Notre analyse est faite sur la base des régressions économétriques. A cet effet nous présentons dans un premier temps le modèle d'analyse et dans un second temps les différentes étapes de la méthode d'estimation

#### **➤ Modèle d'analyse**

Afin d'évaluer l'effet des dépenses publiques de santé sur la pauvreté, nous allons élaborer un modèle. Ce modèle sera construit à partir de certaines variables sur la base des différents travaux similaires effectués dans d'autres pays. Pour y parvenir, il sera d'abord mis en exergue une présentation théorique du modèle et ensuite la spécification économétrique.

#### **🇸🇵🇸 Modèle de base**

Pour formuler notre modèle d'analyse, nous partons du modèle économétrique utilisé par Jeanneney et Kpodar (2008). Dans ce modèle, ils estiment l'effet du développement financier et de la croissance économique sur la pauvreté. Le modèle se présente comme suit :

$$Pv_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Log } PIB_{it} + \beta_2 DF_{it} + \beta_3 IF_{it} + A'X_{it} + u_i + \varepsilon_{it}$$

Où  $Pv$  est l'indicateur de pauvreté,  $PIB$  le produit intérieur brut par habitant,  $DF$  le niveau de développement financier,  $IF$  représente le niveau d'instabilité financière,  $X_{it}$  un vecteur de variables de contrôle, à savoir : le taux d'inflation, l'ouverture commerciale, l'ouverture financière, etc. ;  $u_i$  un effet spécifique à chaque pays inobservé,  $\varepsilon_{it}$  le terme d'erreur,  $i$  la dimension individuelle du panel (le pays),  $t$  la dimension temporelle.

Le modèle nécessite donc l'utilisation de données de panel. Nous par contre, nous prenons en compte une seule dimension : la période qui nécessite l'utilisation de données en série temporelle, l'étude portant seulement sur le Bénin. Nous introduisons par la suite quelque modification au niveau des variables.

### Présentations des variables

Plusieurs indicateurs nous permettent d'apprécier le niveau de la pauvreté à savoir l'indice de développement humain, l'indicateur de pauvreté humaine, le seuil de pauvreté. Dans le souci de capter l'effet des dépenses publiques de santé sur la pauvreté, nous retenons comme variable à expliquer l'indice de développement humain qui est un outil synthétique de mesure de développement humain c'est-à-dire l'accès à l'éducation mesuré par le taux d'alphabétisation des adultes et le taux de scolarisation des enfants, l'accès à la santé mesuré par l'espérance de vie, et le niveau de vie

- ✓ Nous avons choisir comme variable à expliquer **l'indice de développement humain (IDH)** car il nous rend compte de la qualité de vie de la population. Il retient trois dimensions considérées indispensables dans tout processus de développement : la capacité à bénéficier d'une vie longue et saine (santé), la capacité d'accès à l'éducation et aux connaissances (éducation) et la capacité d'accéder aux ressources matérielles indispensables pour atteindre un niveau de vie décent (niveau de vie). Chacune de ces dimensions est appréhendée par un indicateur, deux dans le cas de l'éducation : l'espérance de vie à la naissance ; le taux d'alphabétisation des adultes et le taux brut de scolarisation ; le produit intérieur brut. Ces indicateurs sont normalisés et ramenés à des indices dimensionnels compris entre 0 et 1. Ils sont ensuite agrégés à l'aide d'une simple moyenne arithmétique.  $IDH = (\text{Espérance de vie à la naissance} + \text{Niveau d'instruction} + \text{revenu par tête}) / 3$  (PNUD 1990)

- ✓ Comme variable explicatives d'intérêt, nous retenons **les dépenses publiques de santé** en ce qu'elles constituent une condition indispensable à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité de soins de santé. Cette amélioration pourra donc permettre de renforcer le capital humain et de ce fait, contribue à un accroissement de la production d'où une augmentation du revenu.

Ensuite, nous retenons, comme variables explicatives de contrôle, les dépenses publiques en éducation, le revenu par tête et l'aide publique au développement.

- ✓ Le choix des **dépenses publiques en éducation** se justifie par le fait que le secteur éducatif joue un rôle stratégique dans le développement. Il est le mécanisme privilégié de transmission des valeurs sociale et de développement des compétences qui permet aux individus de trouver les moyens et la motivation, de construire un pays où il est bon de vivre. C'est un élément essentiel du capital humain.
- ✓ **Le revenu par tête** est le rapport entre le revenu global du pays et le nombre d'habitants de ce pays. Il est la statistique la plus fréquemment utilisée pour comparer le bien-être économique entre plusieurs pays. Il mesure la valeur des biens et des services qui sont échangés sur le marché. Une bonne performance pour cet indicateur, que ce soit sur le plan de sa croissance ou de son niveau, ne garantit pas une qualité de vie élevée. Néanmoins, un pays qui ne génère pas suffisamment de revenus pour ses citoyens est entravé dans ce qu'il peut faire au chapitre environnemental et social.
- ✓ **L'aide publique au développement** représente le soutien extérieur au pays dont la capacité de financement est faible. Elle devrait avoir un effet positif sur les dépenses sociales.

### Spécification économétrique

Il ressort de notre étude deux hypothèses qui seront présentés par le même modèle. Ainsi la vérification de nos hypothèses est faite par le modèle suivant :

$$IDH_t = \alpha_0 + \alpha_1 DPS_t + \alpha_2 DPE_t + \alpha_3 R/t_t + \alpha_4 APD_t + \varepsilon_t$$

Dans le but de pouvoir mesurer directement les élasticités de l'IDH par rapport à chacune des variables explicatives, nous retiendrons une forme logarithmique de l'IDH. Le modèle finale devient :

$$\log(IDH_t) = \alpha_0 + \alpha_1 \log(DPS_t) + \alpha_2 \log(DPE_t) + \alpha_3 \log(R/t_t) + \alpha_4 \log(APD_t) + \varepsilon_t$$

Où l'IDH représente l'indicateur de développement humain, DPS les dépenses publiques de santé, DPE les dépenses publiques d'éducation, R/t le revenu par tête, APD l'aide publique au développement,  $\ln$  le logarithme népérien et  $\varepsilon$  le terme d'erreur de spécification du modèle,  $t$  indique la période et  $\alpha_i$  ( $i$  compris entre 0 et 4) paramètres inconnus à estimer.

### Procédure d'estimation

Nous présentons à ce niveau, les différents tests économétriques (test de diagnostic et test de validation du modèle) de notre méthode d'analyse. Afin de vérifier la validité des hypothèses émises, nous nous proposons d'utiliser le logiciel économétrique Stata pour tester les relations entre les variables. A cet effet, pour nos estimations nous allons utiliser la méthode en deux étapes de Engel Granger.

#### ✓ Test de stationnarité de Dickey-Fuller augmenté

Une série chronologique est stationnaire si son espérance mathématique et sa variance restent inchangés dans le temps. En d'autre terme la série stationnaire ne comporte ni saisonnalité, ni tendance. Dickey et Fuller (1979-1981) ont mis au point un test permettant non seulement de détecter l'existence d'une tendance mais aussi de déterminer la stationnarité d'une série.

Le test de racine unitaire indique l'ordre d'intégration des séries. Il en découle donc qu'une série est intégrée d'ordre 1 s'il convient de la différencier une fois avant de la rendre stationnaire. Il est important de préciser que le choix porté sur le Dickey-Fuller augmenté se justifie par le fait qu'il tient compte du nombre de retard. C'est le test qui tient compte de l'hypothèse qu'il n'y a aucune raison pour que, a priori l'erreur soit corrélée. Le test de stationnarité permet de rechercher la présence ou non de racine unitaire. Les hypothèses du test sont :

$H_0$  : présence de racine unitaire (série non stationnaire); contre l'hypothèse alternative

$H_1$  : absence de racine unitaire (série stationnaire)

La règle de décision est la suivante :

Si la statistique de Dickey-Fuller augmenté est supérieure à la valeur critique de Mackinnon au seuil de 5%, alors l'hypothèse  $H_0$  est acceptée. Il y a présence de racine unitaire, la série

est donc non stationnaire. Si la statistique de Dickey-Fuller augmenté est inférieure à la valeur critique de Mackinnon au seuil de 5%, alors l'hypothèse H1 est acceptée. Il y a absence de racine unitaire, la série est donc stationnaire.

Les tests sont appliqués en niveau, puis en différence au cas où il y aurait présence de racine unitaire à ce premier stade. Si les séries sont stationnaires, et toutes intégrées du même ordre, nous allons procéder à un test de cointégration et recourir à une représentation à correction d'erreur, qui fournit des relations entre les variables à court et long terme.

- ✓ Test de cointégration de Johansen et les Modèle à Correction d'Erreur (MCE)

L'analyse de la cointégration permet d'appréhender clairement la relation entre deux variables. Les séries X et Y sont cointégrées si et seulement si ces séries sont affectées d'une tendance stochastique (moyen, variable) de même ordre d'intégration et une combinaison linéaire de ces séries permet de revenir à une série d'ordre d'intégration inférieur. L'alternative d'hypothèses qui se présente à l'issue du test est la suivante :

H0 : pas de cointégration

H1 : existence de cointégration

La règle de décision est la suivante :

L'hypothèse H0 est acceptée si la valeur du maximum de la vraisemblance est supérieure à la valeur critique au seuil de 5% (likelihood ratio > critical value 5%). L'hypothèse H1 est acceptée si la valeur du maximum de la vraisemblance est inférieure à la valeur critique au seuil de 5% (likelihood ratio < critical value 5%). La présence d'étoile sur la statistique de trace montre qu'il existe une relation de cointégration dans les séries. D'où on peut utiliser le modèle à correction d'erreur. La statistique est automatiquement fourni par le logiciel stata ou Eviews.

Le modèle à correction d'erreur (MCE) a pour objectif de retirer la liaison commune de cointégration d'une part et d'autre part, de rechercher la liaison réelle entre les variables. Autour de la relation de long terme, le MCE permet d'intégrer la fluctuation de court terme. Le résidu qui doit être négatif, rend compte d'une force de rappel vers l'équilibre de long terme.

### ✓ 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 doivent être inférieures à 5%. Quant à la significativité globale du modèle, elle est déterminée à partir de la statistique de Fischer (probabilité < 5%).

### ✓ Test d'hétéroscédasticité de ARCH

Le test d'hétéroscédasticité est utilisé dans la mesure où il permet de détecter et de corriger l'hétéroscédasticité des erreurs. Plusieurs tests existent pour la détection de l'hétéroscédasticité mais nous retenons celui de white. Le test de white est fondé sur une relation significative entre le carré au sein d'une équation de régression. L'alternative d'hypothèse qui se présente à l'issue du test est la suivante :

H0 : les erreurs sont homoscedastiques

H1 : les erreurs sont hétéroscédastiques

La règle de décision est la suivante :

L'hypothèse H0 est acceptée si la probabilité est supérieure à 5%

L'hypothèse H1 est acceptée si la probabilité est inférieure à 5%

## **SECTION 2 : Cadre institutionnel de l'étude**

Nous avons reçu comme structure d'accueil la DGAE, qui est une direction sous tutelle du Ministère de l'Economie, des Finances et des Programmes de Dénationalisation (MEFPD). Elle est située à Cotonou dans le même bloc que la Direction Générale des Impôts.

### **Paragraphe 1** : Missions, attributions et organisation de la DGAE

#### **A. Missions et attributions de la DGAE**

Conformément aux dispositions de l'article 56 du Décret n°2005-110 du 11 mars 2005 portant Attributions, Organisation et Fonctionnement du Ministère des Finances et de l'Economie, la Direction Générale Economiques (DGE) l'actuelle Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE) du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) est chargée :

- ✓ de proposer des mesures de politiques économiques et financières à court, moyen et long terme au Gouvernement, d'évaluer leurs effets sur les principales variables macro-économiques et monétaires et de suivre leur mise en œuvre ;
- ✓ d'élaborer des informations prévisionnelles sur l'évolution économique et financière du Bénin ;
- ✓ d'assurer le contrôle de l'Etat sur les opérations d'assurances, sur la promotion du marché national d'assurances et de veiller à la sauvegarde des intérêts des assurés et bénéficiaires de contrat d'assurances ;
- ✓ de proposer et suivre l'exécution de la politique d'intégration économique régionale du Gouvernement et de veiller à la mise en œuvre des mécanismes de la surveillance multilatérale des politiques économiques dans le cadre de l'intégration régionale ;
- ✓ de préparer et conduire en collaboration avec les structures concernées les programmes de suivi, de restructuration ou de privatisation des entreprises semi-publiques ou publiques, de même que les programmes de promotion des investissements privés ;
- ✓ de suivre la gestion des entreprises publiques, semi-publiques ou entités assimilées.

### **B. Organisation de la DGAE**

La Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE) comprend la Direction de la Prévision et de la Conjoncture (DPC), la Direction des Assurances (DA), la Direction de la Gestion et du Contrôle du Portefeuille de l'Etat (DGCPE), la Direction de l'Intégration Régionale (DIR), la Direction de la Promotion Économique (DPE) ; outre ces Directions, il est rattaché à la Direction Générale des Affaires Économiques, le secrétariat permanent du Comité National et Politique Economique (CNPE). La Direction dispose également d'un Secrétariat Particulier (SP), d'un Service Administratif et Financier (SAF), d'un Service Informatique (SI) et d'un Service chargé de la Coordination des Réformes Economiques (SCRE).

#### ➤ **Direction de la Prévision et de la Conjoncture (DPC)**

La Direction de la Prévision et de la Conjoncture (DPC) a pour mission :

- ✓ de proposer et de mettre en œuvre une stratégie économique nationale ;

- ✓ de faire le diagnostic régulier de l'économie et d'en déterminer les implications à court, moyen et long termes sur les agrégats macro-économiques et monétaires ;
- ✓ de participer à l'élaboration, à l'analyse et à la prévision des agrégats macro-économiques et monétaires ;
- ✓ d'établir les prévisions financières et les objectifs budgétaires compatibles avec les contraintes économiques ;
- ✓ d'alerter les autorités sur les impacts économiques liés aux modifications brutales de l'environnement sous régional, régional et international ;
- ✓ de suivre l'élaboration, l'analyse et la projection de la balance des paiements ;
- ✓ de procéder à des études et recherches sectorielles et macro-économiques permettant une meilleure connaissance de l'économie nationale en liaison avec les autres départements ministériels ou institutions.

La Direction de la Prévision et de la Conjoncture comprend trois services notamment le Service de la Programmation Economique et Financière (SPEF), le Service du Suivi Budgétaire et de l'Analyse Conjoncturelle (SSBAC) et le Service des Etudes et Statistiques (SES). Outre ces services, la Direction dispose d'un Secrétariat Administratif et d'un Bureau des Affaires Administratives et Financières.

### ➤ **Direction des Assurances (DA)**

La Direction des Assurances a pour mission, l'examen des différentes questions d'assurances. A ce titre, elle est chargée :

- ✓ de la conception, de la surveillance, de l'application et de la réglementation nationale en matière d'assurances ;
- ✓ de l'étude et de la proposition au Gouvernement de toutes mesures susceptibles d'assurer et de parfaire la promotion du marché national des assurances ;
- ✓ du suivi du déroulement du règlement à l'amiable des litiges nés sur le marché entre assureurs et/ou intermédiaires d'une part, et entre assureurs, assurés et bénéficiaires des contrats d'autre part, qui lui sont soumis ;
- ✓ de la représentation de l'Etat au sein des organismes internationaux de coopération en matière d'assurances ;

- ✓ de la gestion du Centre Professionnel de Formation en Assurances (CPFA) du Bénin;
- ✓ de la mise en œuvre de la tutelle du Ministre chargé des Finances sur le secteur des assurances en exerçant le contrôle d'Etat sur les compagnies d'assurances, sur les intermédiaires et autres experts opérant sur le territoire national en vue :
- ✓ de sauvegarder les intérêts des assurés – souscripteurs et bénéficiaires de contrats d'assurances et de capitalisation notamment en veillant au caractère licite des contrats d'assurances et à la bonne tenue de la comptabilité des opérations d'assurances ;
- ✓ de protéger l'épargne publique en veillant à la stricte application des placements de valeur certaine ;
- ✓ d'inciter le secteur des assurances à accroître sa participation au développement par l'augmentation de ses investissements dans les secteurs prioritaires.

La Direction des Assurances comprend trois Services notamment le Service de la Réglementation et des Agréments (SRA) ; le Service de la Coopération, des Etudes, des Statistiques et de la Formation (SCESF) ; le Service de Contrôle (SC). Outre ces services, la Direction dispose d'un Secrétariat Administratif et d'un Comptable.

➤ **Direction de la Gestion et du Contrôle du portefeuille de l'Etat (DGCPE)**

La Direction de la Gestion et du Contrôle du portefeuille de l'Etat (DGCPE) est chargée :

- ✓ d'apprécier l'efficacité de la gestion des entreprises publiques et semi-publiques par rapport aux normes de gestion arrêtées à l'échelon national ou international ;
- ✓ de formuler toutes propositions ou recommandations de nature à améliorer la gestion administrative, financière et comptable des Sociétés d'Etat de Offices ;
- ✓ d'instituer en rapport avec les ministères et Autorités de tutelle des Entreprises Publiques et Semi- Publiques, un système d'information et de documentation sur la gestion desdites Entreprises ;
- ✓ de faire procéder par les Ministères et Autorités de tutelle aux redressements et corrections découlant des résultats de contrôle de gestion ;
- ✓ d'assurer une assistance aux Entreprises Publiques pour le compte de l'Etat et du Gouvernement ;

- ✓ de préparer et d'assurer l'exécution du programme de privatisation, en collaboration avec la Commission Technique de Dénationalisation ;
- ✓ d'examiner toutes autres questions en rapport avec la vie des Entreprises Publiques et Semi-publiques et faire des propositions au Ministre des Finances et de l'Economie.

La Direction de la Gestion et du Contrôle du portefeuille de l'Etat (DGCPE) comprend trois Services notamment le Services des Etudes et de la Réglementation (SER) ; le Service de l'Audit (SA) ; et le Service du Contrôle de Gestion (SCG). Outre ces services, la Direction dispose d'un Secrétariat Administratif et d'un Bureau des Affaires Administratives et Financières.

### ➤ **Présentation de la Direction de l'Intégration Régionale (DIR)**

La Direction de l'Intégration Régionale est chargée :

- ✓ de la proposition et de l'exécution de la stratégie du Gouvernement en matière d'intégration régionale ;
- ✓ des fonctions d'antenne nationale de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et de tous les autres organismes d'intégration régionale d'une part, et de celles de courroie de transmission entre leurs organes exécutifs et les Administrations de la République du Bénin d'autre part ;
- ✓ de la réflexion sur les voies et moyens pour accélérer le processus d'intégration économique ;
- ✓ de la définition et de la mise en œuvre des actions requises en vue de tirer les avantages liés à l'appartenance du Bénin aux organismes d'intégration économique régionale ;
- ✓ de l'analyse des répercussions des activités des différents secteurs de la vie économique sur les actions, projets et programmes communautaires et vice-versa ;
- ✓ de l'animation, avec les autres structures chargées des questions d'intégration, de la Commission Nationale d'Intégration Economique dont elle assure le Secrétariat Permanent.

La Direction de l'Intégration Régionale comprend trois Services notamment le Service des Politiques Sectorielles (SPS) ; le Service des Echanges Commerciaux (SEC) ; le Service des

Affaires Administratives, Financières, Politiques et Juridiques (SAFPJ). Outre ces services, la Direction dispose d'un Secrétariat Administratif et d'un Comptable.

➤ **Direction de la Promotion Economique (DPE)**

La Direction de la Promotion Economique est chargée :

- ✓ d'analyser l'évolution de l'environnement des entreprises sur le territoire national et proposer des solutions y relatives ;
- ✓ de procéder à l'étude des doléances formulées par les opérateurs économiques à l'endroit du Ministre des Finances et de l'Economie et de formuler des propositions à lui soumettre ;
- ✓ de contribuer à la diffusion des décisions et actions ayant des implications sur l'activité des entreprises ;
- ✓ d'appeler l'attention du Ministre des Finances et de l'Economie sur les faits susceptibles de perturber l'activité économique ou de ralentir l'investissement privé ;
- ✓ d'étudier le contenu des Accords que le Bénin pourrait être amené à signer dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) et des conventions ACP-UE et participer au suivi de leur mise en application en collaboration avec les ministères concernés.

**Paragraphe 2** : Déroulement du stage à la Direction de la Prévision et de la Conjoncture (DPC)

**A. Présentation de la Direction de la Prévision et de la Conjoncture (DPC)**

Notre stage s'est effectué dans l'une des directions de la DGAE, précisément dans la Direction de la Prévision et de la Conjoncture (DPC). La DPC comprend trois services notamment le Service de la Programmation Economique et Financière (SPEF), le Service du Suivi Budgétaire et de l'Analyse Conjoncturelle (SSBAC) et le Service des Etudes et Statistiques (SES). Outre ces services, la Direction dispose d'un Secrétariat Administratif et d'un Bureau des Affaires Administratives et Financières.

➤ **Service de la Programmation Economique et Financière (SPEF)**

## *Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin*

---

Il est chargé des projections économiques à court et moyen termes. Il participe à l'élaboration du budget de l'Etat, à la préparation des Programmes Economiques et Financiers et aux travaux de la Commission chargée d'établir la balance des paiements. Pour ce faire, il assure les tâches suivantes :

- ✓ la projection périodique et l'analyse des principaux agrégats économiques, financiers et monétaires ;
- ✓ la simulation des mesures proposées pour la Loi de Finances ;
- ✓ l'élaboration, en collaboration avec les structures concernées, de la balance des paiements ;
- ✓ la réalisation en collaboration avec les structures concernées, de scénarios pour la préparation des négociations des Programmes Economiques et Financiers.

➤ Service du Suivi Budgétaire et de l'Analyse Conjoncturelle (SSBAC)

Il est chargé d'une part, du suivi de l'activité économique aussi bien nationale qu'internationale et du suivi de l'exécution du budget d'autre part. A ce titre, il réalise les principales tâches suivantes :

- ✓ l'élaboration périodique du Tableau des Opérations Financières de l'Etat (TOFE) et du Tableau des Opérations de Trésorerie de l'Etat (TOTE), en collaboration avec les Administrations concernées, notamment la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP), la Direction Générale du Budget (DGB) et la Cellule de Suivi des Programmes Economiques et Financiers (CSPEF) ;
- ✓ l'évaluation des mesures budgétaires en cours d'exécution ;
- ✓ l'élaboration périodique du Tableau de Bord Economique et Financier ;
- ✓ la réalisation de Notes de Conjoncture mettant en exergue les désajustements prévisibles à court terme ;
- ✓ la rédaction de notes d'information en matière économique et leurs impacts ;
- ✓ l'analyse de l'environnement économique sous-régional et international.

➤ Service des Etudes et Statistiques

Il est chargé de la Centralisation des statistiques économiques et financières, et de l'amélioration de la connaissance du fonctionnement de l'économie nationale. A ce titre, il s'occupe de :

- ✓ la réalisation d'études en vue d'apprécier l'impact des mesures financières sur l'économie ;
- ✓ la réalisation d'études sectorielles intéressées ;
- ✓ la réalisation de travaux de modélisation ;
- ✓ la collecte périodique de statistiques financières ;
- ✓ la gestion d'une banque de données économiques et financières ;
- ✓ la coordination de l'activité statistique au sein du Ministère de l'Economie et des Finances.

➤ Secrétariat Administratif

Il est chargé de:

- ✓ l'enregistrement du courrier qu'il soumet à l'appréciation du Directeur ;
- ✓ la ventilation du courrier, conformément aux instructions du Directeur ;
- ✓ la réception et de l'envoi des messages ;
- ✓ l'expédition du courrier ;
- ✓ la réception et de l'information des visiteurs ;
- ✓ la présentation du courrier au visa ou à la signature du Directeur de la Prévision et de la Conjoncture et de toutes autres tâches à lui confiées par le Directeur.

➤ Bureau des Affaires Administratives et Financières

Il est chargé, sous la supervision directe du Directeur de la Prévision et de la Conjoncture de :

- ✓ centraliser les besoins matériels de tous les services ;
- ✓ coordonner la gestion des moyens matériels de la Direction et de les répartir judicieusement entre les différents services ;
- ✓ assurer la gestion des stocks de matériels et de fournitures.

Le Bureau des Affaires Administratives et Financières travaillent en étroite collaboration avec le Service Administratif et Financier de la Direction Générale des Affaires Economique.

### **B. Déroulement du stage**

La DGAE nous a accordé trois mois de stage du 23 mai au 02 septembre 2015. Durant cette période, plusieurs formations et entretiens ont été organisés à notre profit. Il s'agit notamment des entretiens avec le personnel administratif et des conférences périodiques portant sur des sujets d'ordre économique et d'actualité. Ce cadre de travail nous a permis de mener des recherches sur les dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin.

**Chapitre 2** : Présentations et analyse de résultats

**Section 1** : Présentation des résultats

**Paragraphe 1** : situation des dépenses publiques de santé et de la pauvreté au Bénin

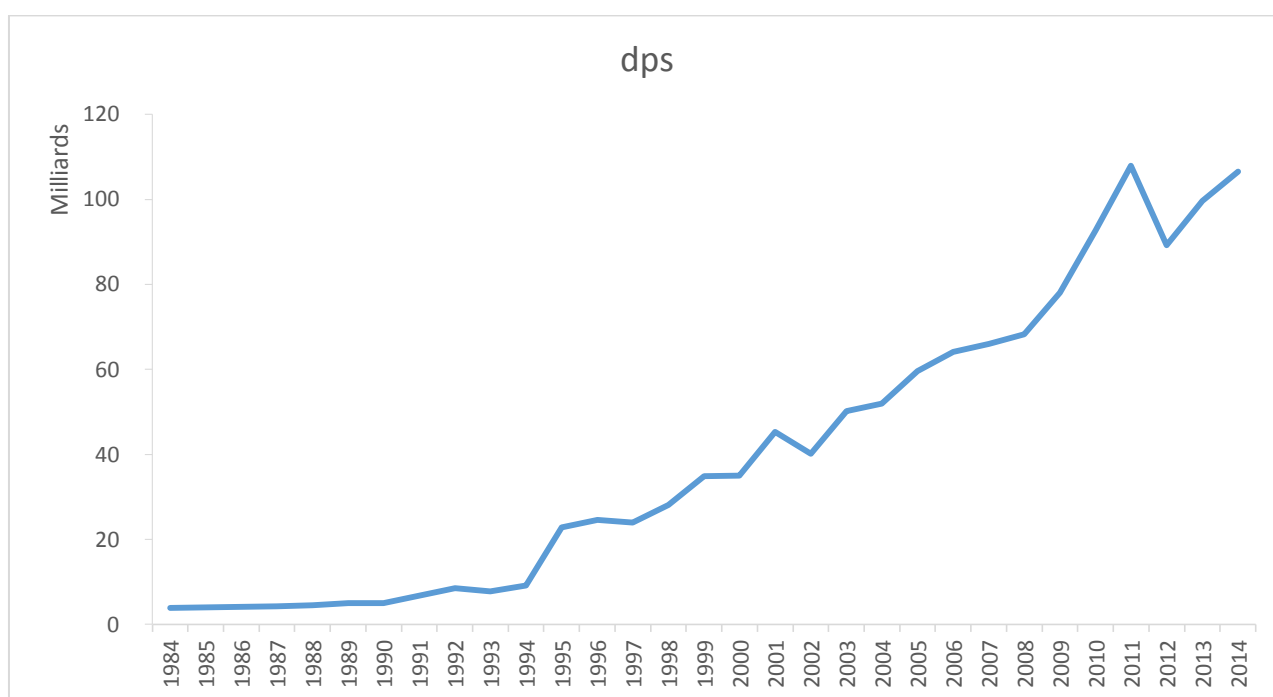
#### **Les dépenses publiques de santé**

Dans un bref aperçu sur les comptes nationaux de la santé établis par le Ministère de la santé publique à travers la Direction de la Prospective et de Programmation, on note que les

## *Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin*

dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur les activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la populations et des individus pendant une période prédéterminée. Elles comprennent les dépenses consolidées directes et indirectes y compris les dépenses en capital des différents échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extrabudgétaire ; on y inclue aussi les dotations destinées à l'amélioration de l'état de santé de la population et/ou à dispenser des biens, des services et des soins médicaux à la population.

**Graphique 1:** Evolution des dépenses publiques de santé de 1984 à 2014 en milliards de FCFA



**Source :** Réalisé par les auteurs à partir des données recueillies à la DGAE et la banque mondiale.

De ce graphe, il ressort que les dépenses publiques de santé sont restées presque stables de 1984 à 1994. Ce quasi stabilité pourrait se justifier par le faible niveau d'accroissement de la richesse nationale. La part des dépenses de l'Etat consacrée au secteur de santé a connu une augmentation significative au cours de la période 1994 à 2011 avec quelques baisses par endroits. En effet, on passe de 9,165030554 milliards en 1994 à 107,998 milliards en 2011. Cette augmentation est suivie d'une chute en 2012 pour atteindre 89,26565 milliards avant de connaître une évolution pour atteindre 106,576 milliards en 2014. Ces augmentations sont en

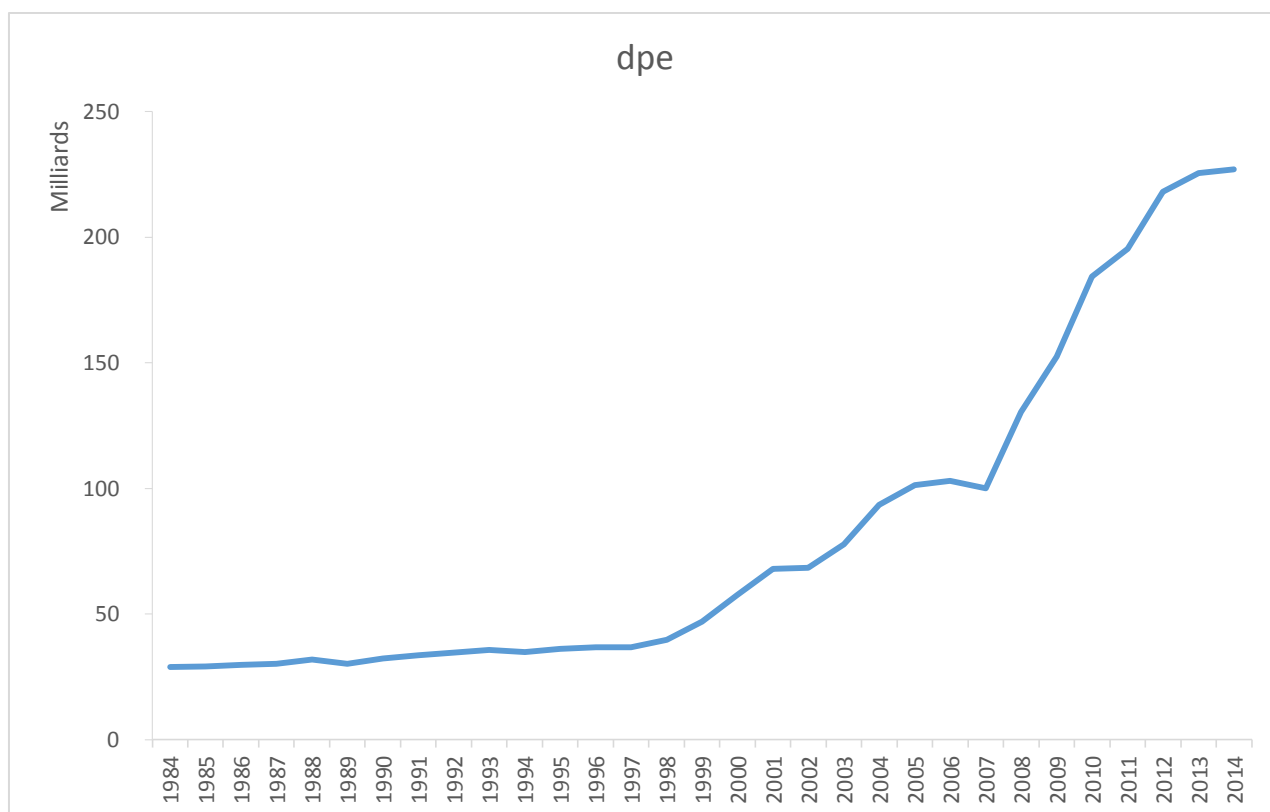
grande partie imputables à l'importance accordée aux secteurs sociaux dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

Globalement, l'analyse du graphique exprime une situation où la part accordée aux dépenses publiques de santé augmente au fil du temps. Cette importance relative peut s'exprimer d'une part par la taille des effectifs des agents utilisés dans ces secteurs et d'autre part par la construction d'infrastructures sanitaires en vue de ; faciliter l'accès aux soins de santé.

### **Les dépenses publiques en éducation**

L'éducation est une condition du décollage économique tout comme la santé du moment où elle entre dans le processus de la formation du capital humain. Comme la santé, elle joue un rôle important dans l'accélération de la croissance économique et la réduction de la pauvreté. C'est pour cette raison que le gouvernement a fait de l'enseignement primaire sa priorité dont l'objectif est d'assurer une éducation primaire pour tous à l'horizon 2015 conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le graphique présente l'évolution de ces dépenses.

**Graphique 2** : Evolution des dépenses en éducation de 1984 à 2014 en milliards de FCFA



**Source** : Réalisé par les auteurs à partir des données recueillies à la DGAE et la banque mondiale.

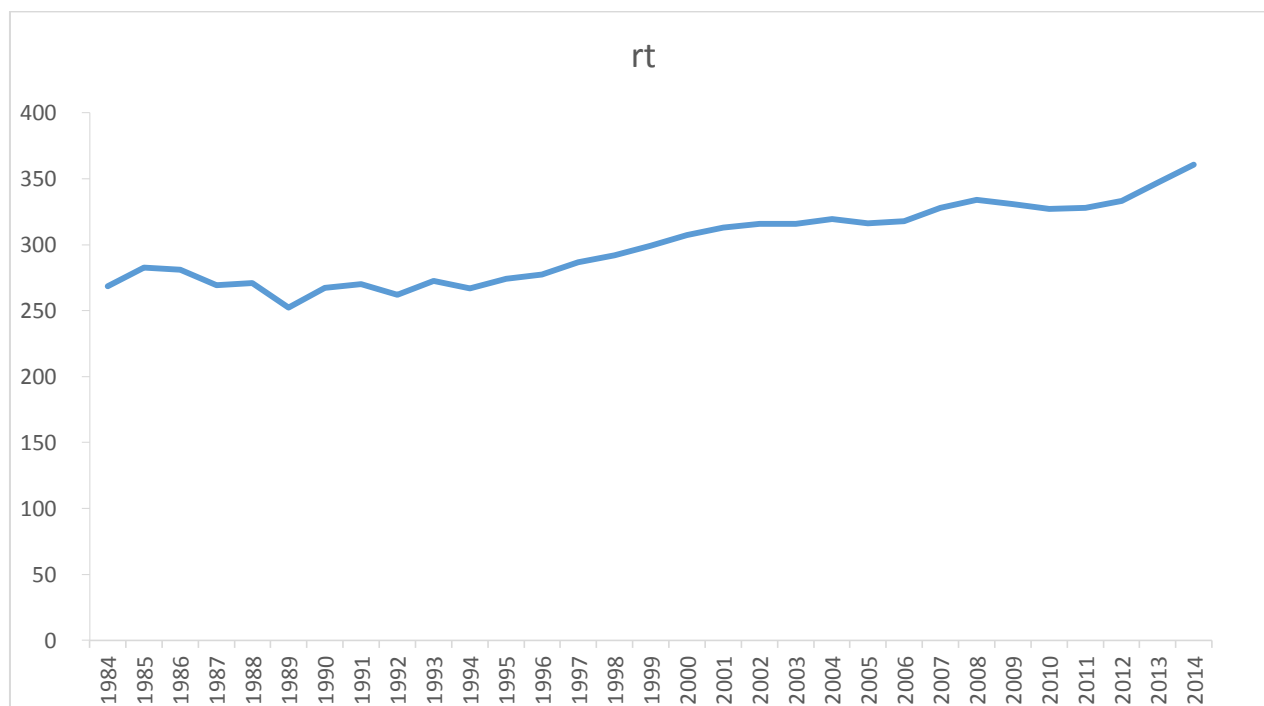
De 1984 à 1998 les dépenses en éducation ont connus une stabilité. On passe de 39,80 milliards en 1998 à 227,033 milliards en 2014. On note des légères baisses par endroits, comme en 2006, avec son niveau de 102,955 milliards s'est retrouvé à 100,077 milliards en 2007 avant d'atteindre son niveau le plus élevé en 2014. Ce saut observé s'explique par la décision du gouvernement de rendre beaucoup plus accessible l'enseignement primaire à tous et d'améliorer la qualité de la formation.

### Le revenu par tête

## Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin

Le revenu par tête (ou RNB par habitant), est défini comme le revenu national brut (RNB) pour une année, divisé par le nombre total d'habitants. Le revenu par tête est souvent utilisé comme indicateur de richesse, surtout entre différents pays.

**Graphique 3** : Evolution du revenu par tête de 1984 à 2014 en milliers de FCFA



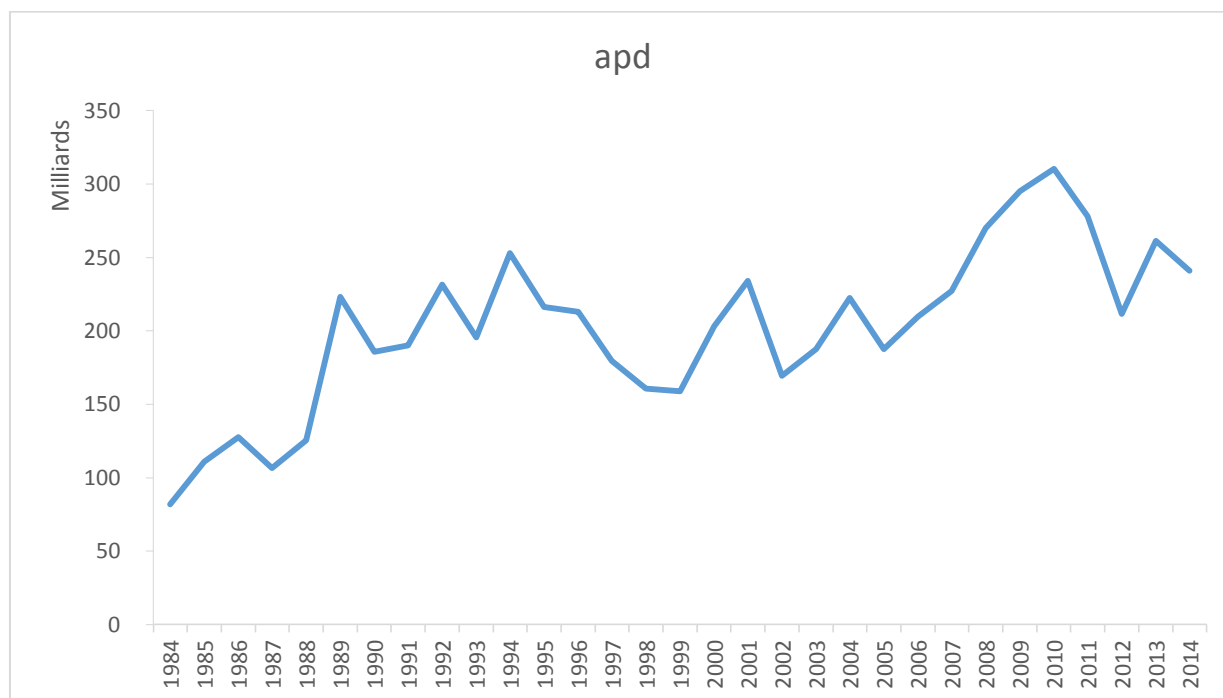
**Source** : Réalisé par les auteurs à partir des données de la banque mondiale.

Le graphique ci-dessus retrace l'évolution du revenu par tête au Bénin dans le temps. En effet, le revenu qui était à 268,285 mille en 1984 passe à 252,262 mille en 1989, donc une légère chute. On note ensuite qu'à partir de 1989 il a connu une faible croissance jusqu'à atteindre le niveau le plus élevé 360,621 en 2014. Cette croissance peut s'expliquer par un léger développement du secteur productif entraînant une augmentation du PIB qui permet la distribution du revenu.

## Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin

L'assistance technique et financière du développement se présente comme l'un des moyens les plus efficaces par lequel le Bénin poursuit son développement. Le graphique présente l'évolution de l'aide au développement.

**Graphique 4 :** Evolution de l'aide publique au développement de 1984 à 2014 en milliards de FCFA



**Source :** Réalisé par les auteurs à partir des données de la banque mondiale.

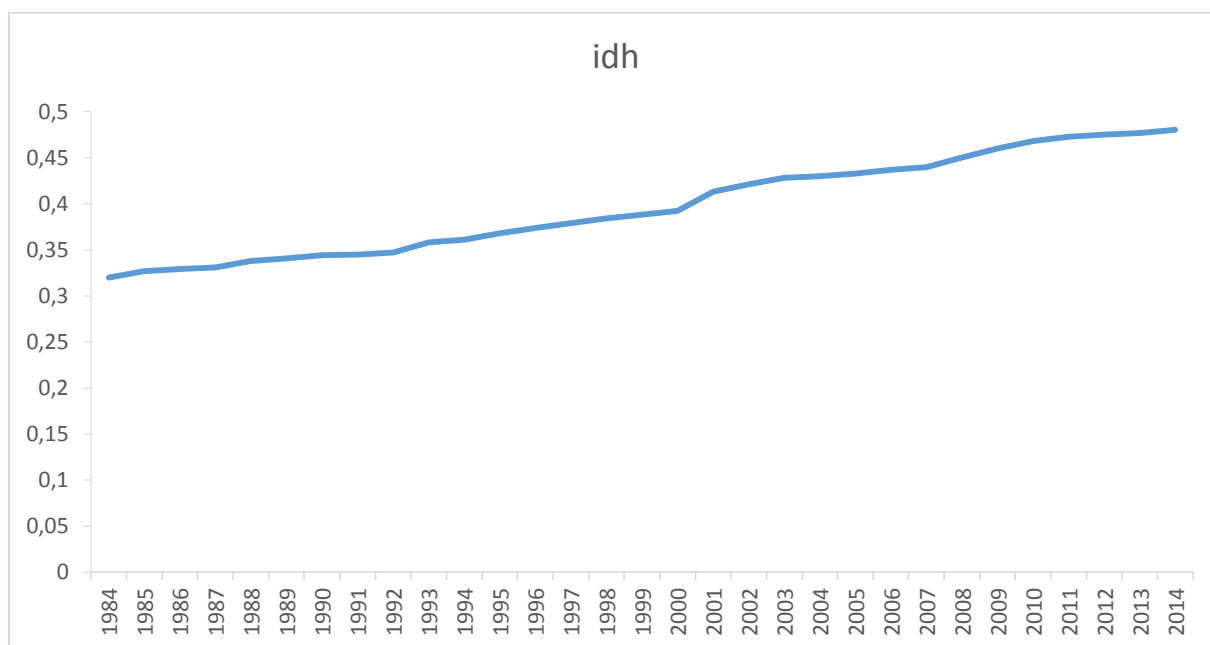
Le graphique ci-dessus retrace l'évolution de l'aide publique au développement au Bénin dans le temps. D'abord sur toute la période de 1984 à 2014, l'APD a connu des variations sous forme de dent de scie. En effet l'ADP au Bénin a connu des fluctuations entre 1984 et 1994 qui passent de 82,051 milliards en 1984 à 252,9213 milliards en 1994. On note également une chute de 1994 en 1999 (158,82944 milliards). Elle a réalisé une remonté notable en 2000 pour se retrouver à 234,201 milliards en 2001. La faiblesse des crédits octroyés peut s'expliquer d'une part par la faible capacité d'absorption des crédits par l'Etat et d'autre part par la moindre coopération entretenue avec quelques partenaires bilatéraux mais aussi multilatéraux. En fin le bond noté en 2001 atteste du retour de la confiance des partenaires soutenue par la mise en œuvre du premier Programme d'Ajustement Structurel (PAS). Le volume de l'ADP a connu une augmentation pour atteindre son niveau le plus élevé qui est de 310,562 milliards en 2010 malgré les baisses observés par endroits. Après 2010, on observe

une baisse jusqu'en 2012 pour atteindre 211,7653 milliards. Enfin Il s'est retrouvé à 241,164 milliards en 2014.

### L'indice de développement humain

L'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 produit intérieur brut par tête, l'espérance de vie et le niveau d'éducation. L'IDH est compris entre 0 et 1 et est mis 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 0,6 le pays est défini comme très pauvre. S'il est sans contexte un meilleur indicateur du niveau de développement d'un pays que le PIB par habitant, l'IDH n'est cependant pas exempt de faiblesse, du simple fait qu'il inclut le PIB par habitant, réputé peu faible. Il faudrait prendre en compte d'avantage des critères qualitatifs, notamment les inégalités sociales, pour tendre vers un indicateur parfait.

**Graphique 5** : Evolution de l'IDH de 1984 à 2014



**Source** : Réalisé par les auteurs à partir des données collectées auprès du PNUD.

Le graphique ci-dessus nous renseigne sur l'évolution de l'indice de développement humain au Bénin sur la période allant de 1984 à 2014. On constate à l'aide de ce graphique que l'IDH au Bénin a connu une augmentation significative depuis les années 1984. En effet on est passé de 0,32 en 1984 à 0,480 en 2014 avec une moyenne de 0,397.

De façon générale, le graphe montre que le Bénin reste très loin du niveau référentiel maximal de l'IDH (1) sur toute la période de l'étude. Il n'attient aucunement la moitié 0,5. Selon le PNUD le Bénin est donc compté parmi les pays très pauvres. Ce niveau faible de l'IDH pourrait être dû au faible niveau du revenu par habitant. Ce dernier est dû à l'insuffisance du dynamisme et de la productivité du tissu économique du pays.

### **Corrélation entre les variables**

**Tableau1** : Matrice de corrélations entre les variables

	ln_idh	ln_dps	ln_dpe	ln_rt	ln_apd
ln_idh	1	0.9742	0.9654	0.9411	0.7044
ln_dps	0.9742	1	0.9006	0.9124	0.6861
ln_dpe	0.9654	0.9006	1	0.9372	0.6408
ln_r/t	0.9411	0.9124	0.9372	1	0.5010
ln_apd	0.7044	0.6861	0.6408	0.5010	1

**Source** : Réalisé par les auteurs à partir du logiciel Stata (annexe1)

Il ressort de l'analyse du tableau n°1 qu'il existe une très forte corrélation entre la variable expliquée (IDH) et les variables explicatives. Les variables DPS, DPE, R/t et APD sont positivement en corrélation avec IDH. L'indice de développement humain augmente avec les dépenses publiques de santé, les dépenses publiques en éducation, le revenu par tête et l'aide publique au développement. Ces résultats viennent confirmer l'allure des différents graphes précédents. Quant aux variables explicatives, elles sont toutes fortement corrélées entre elles. Cette forte corrélation entre les dépenses publiques de santé, les dépenses publiques en éducation, le revenu par tête et l'aide publique au développement, révèle qu'il y a un fort degré de liaisons entre ces variables explicatives. L'augmentation d'une de ces variables entraîne l'augmentation d'une autre entre eux.

## **Paragraphe 2** : Présentation des résultats d'estimations

Nous présentons dans cette partie du document les différents résultats de nos estimations et qui feront l'objet d'analyse et de discussion.

### ➤ **Etude de la stationnarité des séries**

Il est important de vérifier la stationnarité des variables avant de passer aux estimations. A cet effet, nous avons procédé au test de Dickey-Fuller Augmenté dont les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

**Tableau2** : Synthèse des résultats des tests de stationnarité.

Variables	Stationnarité en niveau		Stationnarité en différence première	
	Probabilités p-value attachée à la statistique de Mackinnon	Décisions	Probabilités p-value attachée à la statistique de Mackinnon	Décisions
ln_idh	0.8966	Non Stationnaire	0.0001	Stationnaire
ln_dps	0.8031	Non stationnaire	0.0000	Stationnaire
ln_dpe	0.9978	Non stationnaire	0.0043	Stationnaire
ln_r/t	0.9677	Non stationnaire	0.0000	Stationnaire
ln_apd	0.0208	Stationnaire	-	-

**Source:** Réalisé par les auteurs à partir du logiciel stata. (Annexe 2-3)

Il résulte de ce tableau que la probabilité de la série ln\_apd est inférieure à 5% pour le test de stationnarité en niveau, elle est donc stationnaires en niveau. Quant aux séries ln\_idh, ln\_dps, ln\_dpe et ln\_rt, leurs probabilités sont supérieures à 5% ; elles ne sont pas stationnaires en niveau. L'objectif est de rendre stationnaire les variables afin de ne pas avoir une régression fallacieuse. Nous passons de ce fait au test de Dickey-Fuller augmenté en différence première. Les résultats de ce test sont présentés aussi dans le tableau 3. Les probabilités p-value attaché à la statistique de Mackinnon des séries ln\_idh, ln\_dps, ln\_dpe, ln\_rt et ln\_apd sont inférieures à 5%, d'où elles sont stationnaires en différence première.

Nous pouvons alors soupçonner l'existence d'une possible relation de cointégration des variables.

### ➤ Résultats du test de cointégration

Ce résultat révèle l'existence d'une relation de cointégration entre les variables du modèle car il y a présence d'une étoile sur la statistique de trace avec le lags 3 (annexe 4). Par conséquent un MCE est faisable. Pour le Modèle à Correction d'Erreur, nous avons la méthode en deux étapes de Engle Granger et celle en une étape de Hendry. Pour nos estimations nous allons utiliser la méthode en deux étapes de Engle Granger. La première étape va consister à estimer par les Moindre Carrée Ordinaire la relation de long terme et la seconde étape va consister à estimer par les Moindres Carrés Ordinaires la relation de court terme.

### ➤ Estimation du modèle de long terme

 Modèle initial

$$\log(\text{IDH}_t) = \alpha_0 + \alpha_1 \log(\text{DPS}_t) + \alpha_2 \log(\text{DPE}_t) + \alpha_3 \log(\text{R}/t_t) + \alpha_4 \log(\text{APD}_t) + \varepsilon_t$$

L'estimation du modèle de long terme se présente dans le tableau suivant.

**Tableau 3** : Synthèse des résultats d'estimation de long terme

Variable expliquée : ln_idh				
Variables	Coefficients	Robust Std. Error	t	Probabilités
ln_dps	0,0541146	0,0056448	9,59	0,000
ln_dpe	0,0745467	0,0108122	6,89	0,000
ln_r/t	0,1148128	0,0905867	1,27	0.216
ln_apd	0,0300886	0,0121224	2,48	0.020
_cons	-0,638134	0,7545286	-0,85	0.405
R <sup>2</sup>	0,9918			
Prob > F	0,0000			

**Source:** Réalisé par les auteurs à partir du logiciel Stata. (Annexe 5)

Après l'estimation par la méthode des moindres carrés ordinaires, nous procédons aux différents tests de validation et de vérification de la significativité des variables explicatives.

### **Le test de validation du modèle de long terme**

La probabilité attachée à la statistique de Fischer (prob = 0,0000) est inférieure à 1%. D'où le modèle est globalement significatif ; le modèle est bon ; la variation de l'IDH est expliquée à 99% ( $R^2=0,9918$ ) par les variables explicatives du modèle et témoigne une bonne qualité d'ajustement du modèle. Le test ARCH révèle que les erreurs sont homoscédastiques car la probabilité attachée à cette statistique (0,4104) est supérieure à 5%.

### **La significativité des variables explicatives du modèle de l'IDH**

Les données du tableau 4 montrent que les probabilités rattachées aux séries  $\ln\_dps$ ,  $\ln\_dpe$ ,  $\ln\_apd$ , sont inférieures à 5%. La probabilité rattachée à la série  $\ln\_r/t$  quant à elle est supérieure à 5%. Il ressort de cet analyse que les variables DPS, DPE et APD sont significatives, tandis que la variable R/t n'est pas significative

De ce fait, nous avons procédé la récupération du résidu du modèle de long terme. Le résidu récupéré nous avons passé au test de stationnarité sur le résidu.

### **Test de stationnarité sur le résidu**

Ce test montre que le résidu est stationnaire au seuil de 5% en niveau car la probabilité attachée à la statistique de Mackinnon est 0,0010

Le test de cointégration ayant indiqué la nécessité d'écrire un modèle de court terme, nous passons donc à l'estimation de ce modèle.

### ➤ Estimation du modèle à court terme

L'estimation du modèle à court terme se présente dans le tableau suivant.

**Tableau 4** : Synthèse des résultats d'estimation de court terme

Variable expliquée : ln_idh				
Variabiles	Coefficients	Robust Std. Error	t	Probabilités
dln_dps	0,0162085	0,0083392	1,94	0,064
dln_dpe	0,0408757	0,0208821	1,96	0,062
dln_r/t	0,048467	0,0465514	1,04	0,308
dln_apd	0,0071528	0,0087397	0,85	0,421
residu	-0,4674716	0,2192021	-2,13	0,043
_cons	0,0083096	0,002464	3,37	0,003
R <sup>2</sup>	0,4007			
Prob > F	0,0000			

**Source:** Réalisé par les auteurs à partir du logiciel Stata (annexe 8)

Le coefficient associé au terme d'erreur retardé résidu (-0,4674716) est négative et significativement différent de zéro au seuil statistique de 1%. Il existe bien un mécanisme à correction d'erreur. Ainsi la vitesse, à laquelle le déséquilibre entre niveau désiré et effectif de l'IDH est absorbé dans l'année qui suit un choc, est traduite par le coefficient -0,4674716.

## **SECTION 2 : Analyse et vérification des hypothèses.**

### **Paragraphe 1 : Analyse des résultats**

Les différents coefficients des variables sont consignés dans le tableau ci-dessous. Elles seront utilisées pour l'interprétation des résultats et la vérification des hypothèses.

**Tableau 5** : Coefficients des variables

Variabes	Elasticité des variables	Elasticité à court terme	probabilité	Significativité des coefficients
ln_dps	0,0541146	0,0162085	0,000	Significatif
ln_dpe	0,0745467	0,0408757	0,000	Significatif
ln_r/t	0,1148128	0,048467	0.216	Non Significatif
ln_apd	0,0300886	0,0071528	0.020	Significatif

**Source** : Réalisé par les auteurs à partir du logiciel Stata

L'analyse des résultats des différentes estimations de notre modèle montre que l'influence des variables explicatives sur la variable expliquée est positive. Il en résulte donc que le signe des variables DPS, DPE, R/t et APD correspond aux signes prédis.

### ➤ **Relations entre les variables**

#### **Relation entre les dépenses publiques de santé et l'IDH**

La relation entre les dépenses publiques de santé et l'IDH est positive. Cette relation positive traduit l'importance du niveau des dépenses de santé dans l'amélioration du niveau de l'indice de développement humain en ce sens qu'un homme bien portant constitue une main d'œuvre valide pour la nation. Il participe au renforcement du capital humain. Ces résultats confirment bien les travaux de Crémieux et al (1999). Pour ces acteurs, il existe un lien très net entre dépense de santé et l'état de santé des populations ; ce qui conduit à un renforcement du capital humain qui a son tour permet un accroissement de la productivité qui va sans doute aboutir à un développement humain via la croissance économique. En effet, augmentation des dépenses de santé de 1% induit une hausse du niveau de l'indice de développement humain de 0,0541146% à long terme et de 0,0162085% à court terme. Cet

effet est moins important à court terme qu'à long terme. A court terme comme à long terme, cet effet est significatif. Cette faiblesse constatée au niveau de l'élasticité IDH-dépenses publiques de santé peut être due à une insuffisance des dépenses effectuées dans ce secteur ou une mauvaise orientation des dépenses dans le secteur de santé pour faire reculer substantiellement la pauvreté.

### **Relation entre dépenses publiques d'éducation et IDH**

La relation entre les dépenses d'éducation et l'IDH est positive. Cette relation positive traduit l'importance du niveau des dépenses d'éducation dans l'amélioration du niveau de l'indice de développement humain. En effet, une augmentation des dépenses d'éducation de 1% induit une hausse du niveau de l'indicateur de développement humain de 0,0745467% à long terme et de 0,0408757 % à court terme. A long terme comme à court terme, cet effet est significatif. En effet, le niveau des dépenses d'éducation n'a pas un impact direct sur l'IDH. Il ne suffit donc pas d'augmenter les dépenses d'éducation pour s'attendre à une amélioration du niveau de l'IDH, mais il faut aussi une bonne orientation de ces dépenses afin d'avoir un résultat satisfaisant.

### **Relation entre le revenu par tête et l'IDH**

Le revenu par tête a un impact positif sur l'indice de développement humain. Cette influence montre l'importance du revenu par tête pour la réduction du niveau de pauvreté au Bénin. Ceci traduit par l'élasticité positive de 0,1148128 à long terme et de 0,048467 à court terme. On constate qu'une forte augmentation de revenu par tête aura une forte contribution dans l'évolution de la croissance de l'IDH.

### **Relation entre aide publique au développement et l'IDH**

Les résultats de l'estimation montrent que l'aide a eu un impact positif et significatif sur l'élasticité de l'IDH à long terme. On note ainsi que le signe de l'interaction directe (aide-IDH) correspond au signe attendu ce qui signifie qu'une augmentation du niveau de l'aide de 1% augmenterait de l'IDH de 0,0300886% à long terme et de 0,0071528% à court terme. La faiblesse de l'élasticité démontre que l'assistance extérieure ne contribue pas comme il se doit à améliorer la situation. En effet, une augmentation de l'aide entraîne des pressions sur les salaires, ce qui a un effet négatif sur les pauvres qui ne bénéficient pas des augmentations salariales. L'augmentation de l'aide au budget de l'état conduirait à accroître ses frais de fonctionnement et de personnel, en particulier les salaires dans les autres secteurs de l'administration ce qui pousse à la hausse les salaires du secteur formel ailleurs dans l'économie. La hausse de ces frais induit une hausse des prix et une dépréciation du taux de

change. Or la plupart des pauvres dépendent de l'informel et de l'agriculture (surtout du coton) et ne bénéficient donc pas directement d'une hausse de leur revenu (direct). En revanche, l'appréciation du taux de change renchérit leurs exportations agricoles. Il en résulte une baisse de leur compétitivité prix, qui conjuguée aux déficiences structurelles du secteur cotonnier réduit en conséquence leurs gains, par suite leurs revenus et leur bien-être.

### **Paragraphe 2** : Vérification des hypothèses et recommandations

#### **A. Vérification des hypothèses**

##### Vérification de l'hypothèse 1

La première hypothèse suppose que « l'augmentation des dépenses publiques de santé réduit le niveau de pauvreté ». Il existe une forte corrélation entre les dépenses publiques de santé et l'indice de développement humain (tableau 1). Ensuite les résultats d'estimation par les MCO montrent que la relation entre IDH et DPS est significative avec  $\alpha_1 > 0$ . On peut donc conclure que les DPS influencent positivement l'indice de développement humain. Nous pouvons conclure que toute augmentation du niveau des dépenses de santé entraîne donc une amélioration du niveau de l'indicateur de développement humain. . D'où la vérification de la première hypothèse.

##### Vérification de l'hypothèse 2

La deuxième hypothèse suppose que « le niveau de pauvreté varie dans une proportion moindre que celle des dépenses publiques de santé ». Il résulte des résultats d'estimations que l'augmentation de 1% des dépenses publiques de santé induit une hausse du niveau de l'indice de développement humain de 0,0541146% à long terme et de 0,0162085% à court terme. En effet l'indice de développement humain varie dans une proportion très faible par rapport à la variation des dépenses publiques de santé. On conclut alors que la deuxième hypothèse est aussi vérifiée.

### **B. Recommandations**

De l'analyse de nos résultats, il ressort que les dépenses publiques de santé ont effectivement influencé positivement le niveau de pauvreté au Bénin. Mais leur contribution à l'amélioration de la croissance du niveau de l'indice de développement humain demeure faible.

Des efforts supplémentaires seront donc nécessaires pour améliorer le niveau de l'IDH via l'augmentation des dépenses publiques de santé. Eu égard de ces considérations et en vue de rendre plus performant le système sanitaire, nous formulons des recommandations ci-après à l'endroit des autorités publiques.

Afin de réduire le niveau de pauvreté à travers les dépenses publiques de santé et pour que le pays atteigne les Objectifs du Millénaire pour le Développement, un certain nombre de défis sont à relever.

Il revient donc aux autorités publiques de souligner l'importance d'une bonne gestion des équipements et des fonds alloués car des établissements de santé bien gérés sont un élément de base de la réussite des politiques d'utilisation des services médicaux. Si celles-ci ne s'accompagnent pas d'améliorations dans l'entretien des établissements et des fournitures des services, les taux d'utilisation des services de santé ont toutes chances de baisser.

Elles doivent veiller à l'amélioration de la qualité des services offerts ; cela passe par la formation des agents de santé à travers la mise en place et renforcement de programmes de recyclage continu. A cela on peut ajouter la disponibilité de personnel de santé.

Elles doivent veiller au renforcement des capacités et compétences des acteurs et du secteur de la santé car leur renforcement permet de combler les attentes des patients. Il permet de réduire le taux de morbidité et peut donc inciter la population à fréquenter d'avantage les centres de santé.

Elles doivent veiller à l'utilisation des mécanismes alternatifs de prestation de service ce qui permettra de réduire la charge de travail du personnel de santé d'une part et permettra aux agents de santé d'être beaucoup plus efficaces dans leur prestation d'autre part.

Le chemin à parcourir semble être long. Il s'agit de développer en soi l'idéal du mieux-être national, qu'il faut s'atteler à construire âprement avec conviction. Chacun doit s'y mettre, du simple citoyen jusqu'au sommet de ceux qui gèrent les affaires de l'Etat. Tout ceci ne réussira pourtant à un meilleur rythme si le pauvre lui-même ne s'y investit pas. Il faudra donc qu'il se refuse la fatalité de pauvreté.

### CONCLUSION

La présente étude a permis d'analyser l'effet des dépenses publiques de santé sur la qualité de vie et prend en compte la période allant de 1984 à 2014. Elle a permis d'apprécier l'importance des dépenses publiques de santé dans la réduction de la pauvreté. Plus concrètement, comment les dépenses de santé influencent le niveau de croissance de l'indicateur du développement humain. A cet effet nous nous sommes fixés comme objectifs spécifiques de montrer que l'augmentation des dépenses publiques de santé réduit le niveau de pauvreté et de démontrer que le niveau de pauvreté varie dans une proportion moindre que la variation des dépenses publiques de santé. Pour atteindre ces objectifs nous avons émis les hypothèses suivantes : l'augmentation des dépenses publiques de santé réduit le niveau de pauvreté ; le niveau de pauvreté varie moins que la variation des dépenses publiques de santé

Pour vérifier ces hypothèses, le thème a fait l'objet d'une modélisation. A cet titre nous avons utilisé le logiciel de traitement de données Stata pour l'estimation économétrique du modèle. Les résultats de test de stationnarité révèlent que les variables (DPS, DPE et R/t) sont stationnaires en différence première tandis que la variable APD est stationnaire en niveau. Le test de cointégration nous a permis d'écrire un modèle de long terme et de court terme pour l'équation. Après analyse des résultats, nous avons tiré comme conclusion que le modèle est globalement bon et stable ; les erreurs sont homoscédastiques et normalement distribuées. Les variables explicatives expliquent parfaitement l'indice de développement humain sauf le revenu par tête qui n'est pas significatif mais a un impact positif sur l'indice de développement. Il est souhaitable vu les résultats de nos analyses de poursuivre les politiques visant à diminuer le niveau de pauvreté, améliorer les conditions de vie et le niveau d'éducation de la population. Pour finir, nous pouvons dire que cette étude reste perfectible car elle compte des insuffisances.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Banque mondiale (2004), *pour une grande efficacité des dépenses publiques*, 20 Décembre 2004, Rapport N°29656-BEN.

Banque mondiale (2005), *Améliorer les résultats en matière de santé, nutrition et démographie en Afrique Subsaharienne*, 1818H Streets NW Washington, DC 2433, USA.

Banque mondiale /Ministère de la santé publique (2004), *Rapport Analytique santé et pauvreté au Bénin*. La politique hospitalière et financement de l'hôpital en Afrique. World Bank Institute, Septembre 2005.

Crémieux P. Y., Ouellette P. et Pilon C. (1999), « *Health care spending as determinants of health outcomes health Economics* », N°8 pp 627-639 in Bardey D.

Dubos R. (1966), *santé et maladie*, en collaboration avec Maya pines, version anglaise en 1969.

Guillaume (2007), *Le cercle des économistes*: collection le cahier du cercle des économistes, 1<sup>ère</sup> édition, paris, France.

Hitiris T. et Posnett J. (1992), « *The determinants and effects of health expenditure in developed countries* », *Journal of health economics*, n°11, pp 173-181 in Bardey D.

[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6135/Ferron\\_Marc\\_2011\\_memoire.pdf?sequence=4](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6135/Ferron_Marc_2011_memoire.pdf?sequence=4)

Kpodar, (2008), *Le développement financier et la problématique de réduction de pauvreté*.

Leu L. (1987) « The public private mix international health care costs » In public health services Oxford : Basic Blackwell, pp 41-63, In Bardey D

Melchior (2008), « La notion de dépenses publiques » *Le site des sciences économiques et sociales*.

Ministère de l'économie et des finances (2004), statistiques des finances publiques, Direction de la prévision 2004 Cotonou, Bénin.

Ministère de l'économie et des finances (2004), Stratégies de croissances pour la réduction de la pauvreté, Version final du document réalisé à Cotonou, Bénin.

Ministère de la santé (2007), *Annuaire des statistiques sanitaire* (1988-2007) SNIGS-MSP, Cotonou, Bénin.

Ministère de la santé publique /Banque mondiale (2003), *Revue des dépenses publiques du secteur santé*, pour une plus grande efficacité des dépenses publiques, Examen du secteur santé réalisé à Cotonou, Bénin

Organisation mondiale de la santé (2000), « Santé et pauvreté »,18-22 Septembre Manille WPR/RC 51/10, pp, 1-10.

Organisation des Nations Unies (2003), « Guéris la pauvreté en soignant les pauvres », *Afrique relance* volume 16, p 22.

Programme des Nations Unies pour le Développement (2007) *Rapport sur le développement humain au Bénin*, PNUD, Cotonou, Bénin.

Programme des Nations Unies pour le Développement (2015), *Rapport sur le développement humain au Bénin*, PNUD, Cotonou, Bénin.

Schultz (1981), Investing in people, Berkeley: University of California press, USA. In Aho G., Larivière S., Matin F. (1997), *Manuel d'analyse de la pauvreté*, application au Bénin, Programme des Nations Unies pour le Développement, Université National Bénin-Université Naval.

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



ANNEXES

1. Test de corrélation entre les variables

. corr ln\_idh ln\_dps ln\_dpe ln\_rt ln\_apd

(obs=31)

	ln_idh	ln_dps	ln_dpe	ln_rt	ln_apd
ln_idh	1.0000				
ln_dps	0.9742	1.0000			
ln_dpe	0.9654	0.9006	1.0000		
ln_rt	0.9411	0.9124	0.9372	1.0000	
ln_apd	0.7044	0.6861	0.6408	0.5010	1.0000

2. test de Dickey-Fuller

dfuller ln\_idh

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     30

	----- Interpolated Dickey-Fuller -----			
Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical	
Statistic	Value	Value	Value	
Z(t)	-0.476	-3.716	-2.986	-2.624

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.8966

dfuller ln\_dps

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     30

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical	
Statistic	Value	Value	Value	
Z(t)	-0.853	-3.716	-2.986	-2.624

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.8031

dfuller ln\_dpe

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     30

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical	
Statistic	Value	Value	Value	
Z(t)	1.567	-3.716	-2.986	-2.624

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.9978

 .dfuller ln\_rt

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     30

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical	
Statistic	Value	Value	Value	
Z(t)	0.125	-3.716	-2.986	-2.624

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.9677

 .dfuller ln\_apd

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     30

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical	
Statistic	Value	Value	Value	
Z(t)	-3.187	-3.716	-2.986	-2.624

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0208

**3. Test de Dickey-Fuller en différence première**

dfuller dln\_idh

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     29

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical
Statistic	Value	Value	Value
Z(t)	-4.784	-2.989	-2.625

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0001

dfuller dln\_dps

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     29

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical
Statistic	Value	Value	Value
Z(t)	-5.755	-2.989	-2.625

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

dfuller dln\_dpe

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     29

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical	
Statistic	Value	Value	Value	
Z(t)	-3.684	-3.723	-2.989	-2.625

MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0043

dfuller dln\_rt

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =     29

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical	
Statistic	Value	Value	Value	
Z(t)	-6.298	-3.723	-2.989	-2.625

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

dfuller dln\_apd

# Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs =    29

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test	1% Critical	5% Critical	10% Critical
Statistic	Value	Value	Value
Z(t)	-6.576	-3.723	-2.989

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

## 4. Test de cointégration

. vecrank ln\_idh ln\_dps ln\_dpe ln\_rt ln\_apd

Johansen tests for cointegration

Trend: constant                                      Number of obs =    29

Sample: 1986 - 2014                                      Lags =    2

-----

5%					
maximum	trace critical				
rank	parms	LL	eigenvalue	statistic	value
0	30	217.96831	.	102.5229	68.52
1	39	238.8212	0.76263	60.8171	47.21
2	46	253.85758	0.64548	30.7443	29.68
3	51	263.41202	0.48259	11.6355*	15.41
4	54	267.71843	0.25695	3.0226	3.76
5	55	269.22975	0.09898		

-----

## 5. Estimation du modèle de long terme

. reg ln\_idh ln\_dps ln\_dpe ln\_rt ln\_apd, robust

Linear regression                                      Number of obs =    31

F( 4, 26) = 1416.56  
 Prob > F = 0.0000  
 R-squared = 0.9918  
 Root MSE = .01297

---

	Robust					
ln_idh	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
ln_dps	.0541146	.0056448	9.59	0.000	.0425115	.0657176
ln_dpe	.0745467	.0108122	6.89	0.000	.0523219	.0967714
ln_rt	.1148128	.0905866	1.27	0.216	-.0713905	.3010162
ln_apd	.0300886	.0121224	2.48	0.020	.0051707	.0550066
_cons	-.638134	.7545286	-0.85	0.405	-2.18909	.9128219

---

**6. Test de ARCH**

. estat archlm, force

LM test for autoregressive conditional heteroskedasticity (ARCH)

---

lags(p)	chi2	df	Prob > chi2
1	0.678	1	0.4104

---

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

**7. Test de Duckey-fuller dur le résidu**

. dfuller res

Dickey-Fuller test for unit root                      Number of obs = 30

----- Interpolated Dickey-Fuller -----

Test      1% Critical      5% Critical      10% Critical



## **TABLE DES MATIERES**

AVERTISSEMENT .....	I
Dédicaces1 .....	II
Dédicaces2 .....	III
Remerciements .....	IV
Sigles et abréviations.....	V
Liste de tableaux.....	VII
Liste des graphiques .....	VIII
Sommaire .....	IX
Introduction.....	1
Chapitre1 : Cadre théorique et méthodologique institutionnel de l'étude.....	3
Section1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	4
Paragraphe 1 : Problématique, objectifs et hypothèses.....	4
A. Problématique.....	4
B. Objectifs et Hypothèses.....	6
Paragraphe 2 : Revue de littérature et méthodologie de recherche .....	7
A. Revue de littérature .....	7
B. Méthodologie de recherche.....	13
Section 2 : Cadre institutionnel de l'étude.....	18
Paragraphe 1 : Missions, attributions et organisation de la DGAE.....	18
A. Missions et attributions de la DGAE.....	18
B. Organisation de la DGAE.....	19
Paragraphe 2 : Déroulement du stage à la Direction de la Prévision et de la Conjoncture .....	23
A. Présentation de la DPC.....	23
B. Déroulement du stage.....	25
Chapitre 2 : Présentations et analyse des résultats.....	26
Section 1 : Présentation des résultats.....	27
Paragraphe 1 : Situation des dépenses publiques de santé et de la pauvreté au Bénin.....	27
Paragraphe 2 : Présentation des résultats d'estimations.....	34

## *Dépenses publiques de santé et qualité de vie au Bénin*

---

Section 2 : Analyse des résultats et vérification des hypothèses.....	38
Paragraphe 1 : Analyse des résultats.....	38
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses.....	40
Recommandations.....	41
Conclusion.....	42
Références bibliographiques.....	43
Annexes.....	a