REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCESECONOMIQUESET DE GESTION (FASEG)

Mémoire réalisé en vue de l'obtention des crédits associés au diplôme de la

LICENCE PROFESSIONNELLE

Option: *Economie*

Filière *: Analyse des Politiques de Développement*

THEME

EFFET DES DEPENSES PUBLIQUES EN SANTE SUR LE BIEN-ETRE AU BENIN.

Réalisé et soutenu par :

HOUNKPE Mahoussi Marie-Claire & KITON Arowotchola Marius

Sous la direction de :

Pr. Augustin Foster CHABOSSOU

Maître de Conférences Agrégé des Universités de CAMES

Jury n° 29 ECO

Président : Dr NONVIDE Armel

Membres : Dr. GUEZO Marius

: Dr. DEDJINOU Serge

Année académique 2020-2021

AVERTISSEMENT

La Faculté des sciences économiques et de gestion (FASEG) de l'Université d'Abomey Calavi n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émise dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

DEDICACE 1

Je dédie ce mémoire à :

- Mon père, Bernadin A. HOUNKPE ;
- Ma mère, Sévérine Z. DENON.

Mahoussi Marie-Claire HOUNKPE

DEDICACE 2

Je dédie ce mémoire à :

- Mon père et ma mère ;
- Tous mes frères, sœurs et amis.

Arowotchola Marius KITON

EMERCIEMENTS

Le présent mémoire a été réalisé grâce à la participation effective et soutenue de divers personnes et structures. C'est le moment pour nous de leur témoigner nos sincères sentiments de gratitude. Ces remerciements vont à l'endroit de :

- Professeur Augustin Foster CHABOSSOU, notre maître de mémoire qui malgré ses occupations a accepté conduire ce travail de recherche ;
- Professeur titulaire Denis ACCLASSATO HOUENSOU, Doyen des Faculté des Sciences Economiques et de Gestions ;
- Au Dr Théophile WOTTO, Vice-Doyen de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de L'Université d'Abomey-Calavi ;
- A Monsieur DEGBEDJI Fabrice, Doctorant en Sciences Economiques pour sa contribution dans la rédaction de ce mémoire ;
- A tous les enseignants de la FASEG en général et ceux de l'Analyses et Politiques de Développement en particulier pour la formation reçue. Nous garderons en mémoire la bonté de tous ;
- Aux honorables membres de jury, nous témoignons d'ores et déjà notre profonde gratitude pour la patience dont ils sauront faire montrer au cours de la lecture de ce mémoire et surtout pour avoir accepté et siégé dans le jury. Nous les remercions d'avance pour les critiques et suggestions qui, à coup sûr, nous permettrons de rehausser la qualité de ce travail de recherche ;
- Tous nos frères et sœurs pour tout l'amour et le soutien que chacun de vous a et continue d'avoir pour nous ;
- Enfin, nous exprimons nos gratitudes à tous nos camarades de l'économie en particulier ceux de l'Analyse des Politiques de Développement (APD) promotion 2020-2021 pour ces bons moments que nous avions passé ensemble dans la paix, la solidarité et le travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADF : Dickey-Fuller Augmenté

ADRL : Co intégration du modèle autorégressif à retards échelonnés

CFM : Consommation Finale des Ménages

DOUV : Degré d'ouverture économique

DS : Dépenses en santé

FMI : Fond Monétaire Internationale

IDH : Indice de Développement Humain

INFL : Inflation

MCE : Modèle à correction d'erreur

MCO : Moindre carré ordinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit intérieur brut

RDC : République Démocratique du Congo

TXEP : Taux d'épargne

UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine

WDI : Word Development Indicators

LISTE DES TABLEAUX & GRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des variables explicatives du modèle 15
Tableau 2 : Résultat récapitulatif de la statistique descriptive 21
Tableau 3 : Résultats récapitulatifs du test de stationnarité 22
Tableau 4 : Résultat récapitulatif du test de Cointégration 23
Tableau 5 : Résultats de l'estimation des coefficients du modèle de long terme et de court terme 24

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Graphique montrant la relation linéaire entre le bien-être et les dépenses publiques de santé 21

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude 3

Section 1 : Problématique, objectifs et hypothèses 4

Section 2 : Revue de littérature et méthodologie de recherche 6

Chapitre 2 : Présentation, Analyses des résultats empiriques et Suggestions 19

Section 1 : Présentation et analyse des résultats 20

Section 2: Vérification des hypothèses et Suggestions 25

CONCLUSION 27

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 28

RESUME

L'amélioration du bien-être qui constitue les points clés des politiques publiques de nos Etats en général et particulièrement le Bénin ces dernières années nous a amené à réaliser notre études. Elle vise à analyser l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être au Bénin. En utilisant les données issues de la base de donné de la banque mondiale de la période allant de 1989 à 2019, nous avons étudié dans un premier temps la relation entre les dépenses publiques en santé et le bien-être puis dans un second temps un modèle à correction d'erreur a été estimé afin de déterminer l'effet des dépenses publiques de santé sur le bien-être. En effet, les résultats ont montrés d'une part qu'il existe une corrélation positive entre les dépenses en santé et le bien-être et d'autre part ses dépenses influencent positivement et significativement le bien-être au Bénin. Au vu de ces résultats, il s'avère nécessaire que des politiques soient prises par les décideurs publics au Bénin afin d'augmenté les dépenses publiques en santé pour une amélioration croissante du bien-être.

Mots clés : Bien-être, Dépenses publiques, Modèle à correction d'erreur.

ABSTRACT

The improvement of well-being that constitutes the key pionts of public policies of our states in general and especially Bénin has led to our studies. It aims to analyze the effect of public health expenditure on wellness in Bénin. Using data from the World Bank database of the period ranging from 1989 to 2019, we studied in a first time the relationship between public expenditure in health and well-being then in a second time a model fixed of errors at been estimated in order to determine the effet of expenditures health public about being well. Indeed, the results showed on the one hand that there is a positive correlation between health and wellness expenses and on the other hand its expenses positively and significantly influence the well-being in Bénin. In view of these findings, it is necessary that policies be taken by public policy makers in Benin in order to increase health expenditure for increasing welfare improvement.

Key words : Well-being, Health expenses, Error-correction model

INTRODUCTION

Les dépenses publiques effectuées généralement par les administrations publiques représentent un facteur essentiel de la croissance, du développement économique et social. Selon David Hall (2010), elles sont indispensables pour financer les infrastructures, notamment les routes, l'électricité et l'eau. Elles permettent de fournir les services de santé et d'éducation nécessaire aux économies modernes avec une meilleure efficacité que le secteur privé ne pourrait le faire. Ces dépenses atteignent en 2010, le niveau historique de 40% du produit intérieur brut (PIB) dans les pays développés et sont en augmentation dans les pays en développement (Banque Mondiale).

Par ailleurs, dans les années 80 la critique du rôle de l'État a conduit de nombreux pays en développement comme développés à limiter les dépenses publiques dont notamment celles en infrastructures (Nubukpo, 2007). Pour éteigner cette limitation des dépenses en infrastructure, deux principaux arguments étaient avancés (i) les dépenses publiques n'apportent pas de bénéfices supplémentaires aux activités économiques et à la société ; et (ii) le cadre public ne favorise pas la recherche d'efficacité productive, ce qui handicape l'augmentation de la productivité des facteurs, avec une captation excessive de ressources en capital par les secteurs d'infrastructures avec un effet d'éviction sur les investissements privés (Ntita et al., 2017).

Plus tard, dans les années 90, Barro (1990) a montré que les dépenses publiques productives et celles en capital d'infrastructures jouent un rôle très important dans le processus de croissance économique à long terme car les dépenses publiques dans une économie permettent de situer la responsabilité de l'Etat dans l'économie. En effet, l'État intervient principalement dans une économie pour assurer (i) l'allocation des ressources ; (ii) la distribution du revenu et de la fortune ; et (iii) la recherche de la stabilité de l'économie (Musgrave, 1959). Ainsi, dans la théorie générale de Keynes, l'accent est mis sur le rôle que le budget de l'Etat peut jouer dans la recherche de l'équilibre économique. Les composantes des dépenses publiques ont des répercussions très différentes sur les variables macroéconomiques et sur le bien-être.

Les Etats engagent souvent ces investissements publics (investissements consacrés aux infrastructures économiques telles que les aéroports, les routes, les chemins de fer, les réseaux d'eau et d'assainissement, les services publics d'électricité et de gaz, les télécommunications et les infrastructures sociales telles que (les écoles, les hôpitaux et les prisons) dans le but de l'amélioration du bien-être de la population qui est défini comme une situation dans laquelle les individus disposent des ressources nécessaire pour satisfaire leurs besoins essentiels de la

vie (Ndiaye et Dieye, 2020). Ainsi la notion du bien-être a été abordé dans la littérature par Sen (2009) qui en distingue l'approche objective du bien-être qui renvoie à la qualité des conditions de vie matérielles et immatérielles de celle subjective qui indique la perception des individus par rapport à leurs conditions d'existence. Mais, dans le cas de notre étude, c'est l'approche objective du bien-être qui sera retenir.

Les premières mesures du bien-être à l'échelle nationale et internationale se concentraient en effet principalement sur le PIB, considérant que la richesse et la possession de biens matériels étaient révélatrices d'un meilleur niveau de bien-être. Mais, ces dernières années, de nombreux chercheurs ont portés des accusations sur le Produit Intérieur Brut (PIB) qu'ils jugent ne pas être un bon indicateur du bien-être. Pour d'autres, la croissance économique constitue un facteur essentiel de l'économie auquel tout pays doit prendre au sérieux pour le bien-être de sa population. . Si la littérature théorique et empirique a largement mis en évidence le fait que les dépenses publics peuvent constituer un moyen de soutenir la croissance à travers notamment l'amélioration de la productivité, la question de savoir si ces dépenses notamment celles en santé entrainent une amélioration du bien-être n'est pas encore totalement mise en lumière. C'est dans cette perspective que la présente étude est dont le thème est intitulé : ***« Effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être au Bénin ».***

Pour mener à bien notre étude, nous l'avons structuré structurer en deux chapitres. Le premier chapitre est consacré au cadre théorique et méthodologique de l'étude. Le dernier chapitre porte sur la présentation et l'analyse empirique des résultats de l'étude ainsi qu'à la formulation des suggestions.

CHAPITRE 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Chapitre 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Ce chapitre présente dans une première section la problématique, les objectifs et les hypothèses formulées dans cette étude. Dans la seconde section, il est question de présenter la revue de littérature et la méthodologie de recherche.

Section 1 : Problématique, objectifs et hypothèses

Nous présentons dans cette section, la problématique de recherche ainsi que les hypothèses formulées.

Paragraphe 1 : Problématique de recherche

Dans la littérature, de nombreux travaux ont montré que les investissements publics et privés constituent le socle du dynamisme de l'activité économique. En effet, les études théoriques et empiriques ont montré que les investissements en capital humains et les dépenses publiques influencent positivement et significativement la croissance économique et le bien-être (Koné, 2016 ; Kinda et Koinda, 2017 ; Tang, 2010). Ces résultats impliquent que les pays doivent accroître leurs investissements qui atteindrait un montant beaucoup plus élevé et ce dans un contexte de gouvernance améliorer en vue d'accélérer la croissance économique. Dans cette perspective, plusieurs initiatives ont été entreprises, dans les pays en voie de développement en vue d'augmenter le niveau de leurs investissements.

Historiquement, le Bénin a fait face à d'énormes défis économiques liés à de faible taux d'investissement (Vamvakidis, 1998). En effet, l'investissement public connaît une stagnation au Bénin depuis une vingtaine années d'après le Rapport du Fonds Monétaire International (FMI, 2020). Afin de relever ces défis, le Bénin s'est engagé dans une vision économique visant à améliorer sensiblement les conditions de vie de la population. Cette vision s'est traduite depuis (2016) par la mise en œuvre d'un programme d'action du gouvernement. L'un des axes de ce plan consiste à accroître les investissements et améliorer la condition de vie des populations.

Cette volonté d'améliorer le bien-être des populations au Bénin s'est matérialisée ces dernières années par une augmentation des dépenses, notamment ceux publiques. En effet, le taux des dépenses publiques est globalement passé à 28,4% du PIB en 2017 contre 24,6% du PIB en 2016. Ainsi, le Bénin consacre une part plus important de son PIB aux dépenses publiques par rapport aux pays de zone de l'UEMOA. Entre 1990 et 2015, l'investissement public moyen a été de 6,5% du PIB légèrement supérieur à la moyenne de 6,1% du PIB constaté au sein de l'UEMOA sur la même période. La hausse significative du taux des dépenses publiques, s'est

traduite par une amélioration nette du taux de croissance qui s'est établir à 3,6% entre 2002 et 2012. Au-delà de son impact sur la croissance, on se pose la question de savoir si le plan du gouvernement basé sur l'accroissement des dépenses publiques, notamment les dépenses publiques en santé améliore-t-il le bien-être au Bénin.

L'analyse du rôle de l'Etat dans la sphère social, notamment l'effet de dépenses publiques sur le bien-être a cependant connus un développement important avec les travaux empiriques. Ainsi selon Tagne (2009), les dépenses au Cameroun ont un impact significatif sur le bien-être de la population. De même Wang et al. (2002), dans leurs travaux de recherche sur les déterminants de la santé dans les pays à faible revenu, ont montré que les dépenses publiques de santé réduisent de façon significative la mortalité infantile. Par ailleurs les dépenses de santé représentent en moyenne dans le monde 9,9% du PIB (OMS, 2014). En outre, l'amélioration de la santé dans un pays pourrait donc être le résultat du poids de ses dépenses publiques de santé et de l'évolution de sa croissance économique. Certains auteurs (Mushkin, 1962 ; Grossman, 1972) trouvent que les dépenses publiques en santé causent la croissance économique, d'autre (Rao et al. 2008 ; Tang, 2010) par contre aboutissent à la conclusion selon laquelle le sens de causalité va de la croissance économique aux dépenses publiques de santé.

A notre niveau de connaissance, il existe peu de travaux ayant étudié l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être. D'où la nécessité de s'interroger sur l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être au Bénin. La question centrale de notre étude se présente comme suit : ***quel est l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être au Bénin ?***

Ainsi découle de cette question centrale de recherches les questions spécifiques de recherche suivantes :

- Quelle est la relation entre les dépenses publiques en santé et le bien-être ?

- Quel est l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être ?

Paragraphe 2 : Objectifs et hypothèses de recherche

Nous présenterons ici, les objectifs fixés et les hypothèses formulées dans le cadre de notre étude.

1. Objectifs de recherche

Les objectifs sont déclinés en objectifs général et objectifs spécifiques. Ainsi l'objectif général de ce travail consiste à analyser l'effets des dépenses publiques en santé sur le bien-être au Bénin.

De façon spécifique, il s'agit de :

- Etudier la relation entre les dépenses publiques en santé et le bien-être
- Déterminer l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être.

2. Hypothèses de recherches

Dans l'optique d'atteindre les objectifs spécifiques ci-haut, ils nous reviennent de formuler des hypothèses ci-dessous :

Hypothèse 1 : Il existe une relation entre les dépenses publiques en santé et le bien-être ;

Hypothèse 2 : Les dépenses publiques en santé influencent positivement et significativement le bien-être.

Section 2 : Revue de littérature et méthodologie de recherche

Cette section est subdivisée en deux paragraphes. Le premier est consacré à la présentation de la revue de littérature de l'étude. Quant au second paragraphe, il est question de présenter l'approche méthodologique utilisée dans cette étude.

Paragraphe 1 : Revue de la littérature

Il s'agit ici de présenter les concepts de l'étude. Ensuite, il est question de présenter la revue théorique et empirique relative à cette étude.

1. Clarification conceptuelle

1.1 Dépenses publiques

Les dépenses publiques sont les dépenses effectuées par l'Etat ; les administrations de sécurité sociale, les collectivités territoriales et les administrations et organismes qui leur sont rattachés. Leur financement est assuré par les recettes publiques (impôts, taxes et cotisation sociales) et par l'excédent public. Musgrave (1959), explique que les dépenses publiques servent à redistribuer les ressources pour corriger les inégalités.

En effet les dépenses publiques peuvent être classées en trois grandes catégories : Les dépenses de fonctionnement, qui servent à la bonne marche des services publics (dépenses courantes de

personnel et d'entretien, achats de fournitures….) ; Les dépenses de redistribution : prestation en espèces versées aux ménages, subventions versées aux entreprises et aux ménages ; Les dépenses d'investissement, qui visent à renouveler ou à accroitre le capital productif public.

1.2 Bien-être

Le bien-être renvoie dans le sens commun à l'ensemble de facteurs considérés de façon séparée ou conjointe : la santé, la réussite sociale ou économique, le plaisir, la réalisation de soi, l'harmonie avec soi-même et avec les autres. Elle a pour l'objet d'un intérêt accru de la part notamment de psychologie positive. Le bien-être peut être défini aussi comme une situation dans laquelle les individus disposent des ressources nécessaires pour satisfaire leurs besoins essentiels de la vie (Ndiaye et Dieye, 2020).

Jean-Pierre (2000) et Sen (2009), considèrent que deux approches sont distinguées pour le bien-être. Pour Jean-Pierre, la première, d'inspiration sociologique va s'intéresser aux conditions de vie qui vont amener les individus à faire une évaluation positive leur vie ; la seconde, plus psychologique, considérera que le bien-être renvoie à une personne pour laquelle les émotions positives sont plus intenses ou plus présentes que les émotions négatives. Selon Sen, il y l'approche objective et subjective pour le bien-être. En effet, le bien-être objectif renvoie à la qualité des conditions de vie matérielles et immatérielles tandis que le bien-être subjectif indique la perception des individus par rapport à leurs conditions d'existence.

2. Revue de la littérature théorique

A notre niveau de connaissance, la plupart des études établir un lien entre santé et croissance économique. Il y a très peu d'études qui établissent un lien entre les dépenses en santé proprement dite et la croissance économique

Les dépenses publiques sont pour la plupart des économistes une variable exogène sur laquelle l'Etat peut agir pour influencer les activités économiques d'un pays, surtout lorsque le pays se trouve dans une situation de récession. Cette vision de Keynésienne s'oppose à celle de Wagner (1883) qui soutient l'inverse.

Selon Wagner (1883), la dépense publique constitue une variable endogène : le développement d'une société s'accompagne d'un accroissement des besoins de régulation (aux fins de correction des externalités négatives) et d'une augmentation de la demande de services collectifs, dont certains, tels l'enseignement et la santé présentent le caractère de biens supérieurs. Pour Wagner, la dépense publique est une conséquence plutôt qu'une cause de

revenu national. Par conséquent, la loi de Wagner stipule que la dépense publique ne joue aucun rôle dans l'augmentation du revenu national, partant de la direction de causalité fonctionne du revenu national vers la dépense publique.

Mujnoni (2001) identifie cinq canaux par lesquels la croissance économique affecte la santé : l'effet de revenu, le progrès technique, le niveau de vie, l'urbanisation et le développement. Pour ce qui a trait avec l'effet de revenu, la croissance économique dégage les moyens financiers qui peuvent être alloués à l'éducation, aux programmes de prévention de certaines maladie, à l'assurance maladie universelle et aux payements des soins. La croissance économique est aussi source de progrès technique qui favorise l'amélioration des soins et réduit le cout des maladies. Elle améliore également le niveau de vie qui limite la propagation des maladies contagieuses traditionnelles, dont les infections renforcent les défenses naturelles contre les maladies et augmente l'espérance de vie.

Dans la théorie Keynésienne, les dépenses publiques constituent une variable exogène de politique économique. L'Etat est censé contrôler la dépense publique et en faire varier le niveau en fonction de ses objectifs macroéconomique. Pour cette raison, la dépense publique est une cause plutôt qu'une conséquence du revenu national. Par conséquent, le rapport causal devrait fonctionner de la dépense publique vers le revenu (Tang, 2009).

Notons que les économistes classiques Smith et Ricardo 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'émergences d'initiatives individuelles. Leurs hypothèses ont été confirmées par la suite dans de nombreuses études empiriques dans les pays en développement (Welche ,1970), Schultz 1981, Jamison and Lau (1982)).

Avec les travaux de Becker (1964), le concept de capital humain et son application économique ont connu un développement au début des années 60. Selon lui, tout individu, est détenteur d'un capital humain, c'est-à-dire de capacités innées mais aussi acquises au prix d'investissement en capital humain, jouent le même rôle que le progrès technique dans la théorie du capital physique : elles augmentent la productivité du facteur de production concerné.

Le capital humain est également aux cœurs des théories de la croissance endogène dans les années 80. Selon ce courant de pensée, l'investissement en capital humain et les dépenses publiques influencent directement et significativement la croissance économique. L'investissement permet de générer de la richesse, et en plus le montant de l'investissement est

élevé, plus la richesse est grande. L'investissement, dont la santé est une composante, est donc moteur de la croissance économique. Lucas (1988) et Barro (1990) montrent que les investissements dans l'éducation et la santé apportent aussi une contribution en capital à la croissance économique et à la poursuite du développement, notamment à la productivité du travail et au bien-être des populations.

La relation positive entre état de santé et le capital humain repose principalement sur l'état de santé durant la période de formation initiale, c'est-à-dire durant l'enfance. De plus, un meilleur état de santé conduit à une espérance de vie plus longue, ce qui influence positivement le rendement de l'éducation et donc les incitations à investir en capital humain (Bloom et Canning, 2000).

Kocoglu et al. (2009), ont montré que les dépenses publiques en santé stimulent la croissance économique principalement à travers plusieurs canaux : l'état de santé et l'innovation dans les secteurs de la santé. En ce qui concerne l'état de santé, il affecte le comportement des individus au niveau microéconomique à travers principalement quatre canaux : l'offre de travail, la productivité, le capital humain et le comportement d'épargne.

A partir de 1960, deux courants de pensée ont émergé. D'un côté, certains suggèrent de se concentrer sur l'augmentation des revenus et laisser les personnes choisir l'allocation optimale de ressources selon leurs préférences personnelles. De l'autre côté, les défenseurs de l'approche des besoins essentiels privilégient la fourniture de service de services sociaux de base de la manière la plus large possible (Larivière et Martin). Ces deux approchent avec quelques nuances sont désignées aujourd'hui respectivement par l'approche ¨ Welfariste¨ et l'approche ¨ non Welfariste¨.

L'approche Walfariste définit le bien-être par le niveau d'utilité qu'atteint un individu. Ce niveau est fonction des biens et service qu'il consomme. Cette approche attache donc une grande importance aux perceptions de la personne quant à ce qui lui apporte de l'utilité, c'est-à-dire du bien-être. En terme de mesure du niveau du bien-être, cette approche va donc privilégier des indicateur plus « neutre » c'est-à-dire qui ne privilégient pas un type de bien sur un autre, l'important étant que la personne en retire e l'utilité.

A l'opposé, l'approche « non welfariste » définit le bien être de manière indépendante des perceptions individuelles en se basant sur ce que le planificateur estime souhaitable pour l'individu d'un de vue social. En termes de mesure du bien-être, cette approche va donc se servir d'indicateurs sélectifs portant sur certains biens jugés socialement utiles. En particulier,

les planificateurs vont généralement privilégier une alimentation adéquate, un meilleur accès à l'éducation, aux soins de santé, aux logements, à l'eau potable, etc. (Ravallion 1992). On peut donc dire qu'évaluer les aspects distributifs des dépenses publics au niveau du bien-être constitue une préoccupation qui n'est pas nouvelle.

3. Revue de la littérature empirique

Certains auteurs considèrent les dépenses sociales comme les plus importantes des dépenses publiques car ayant un impact en dernier ressort sur le bien-être des populations.

La première étude est celle de Savard et al. (1998). Ils analysent l'impact de l'éducation sur la production au Bénin en introduisant des externalités sur le marché de l'éducation et de la santé. Ils distinguent trois groupes de ménages : les ménages ruraux pauvres et les ménages non pauvres. Le marché du travail est segmenté en travail informel, travail moderne et travail des fonctionnaires. Leurs résultats montrent qu'une diminution des dépenses publiques de santé et d'éducation au Bénin entraine une réduction de la production dans tous les secteurs de l'économie et contribue à détériorer la situation des trois types de ménages qui voient leurs revenus baisser. Cependant, le modèle ne prend en compte les bénéfices de l'éducation pour les ménages et ces derniers n'ont pas de possibilité de modifier leur demande d'éducation suite à un choc sur le cout de l'éducation.

Nubukpo (2007) évalue l'impact des dépenses publiques sur la croissance des économies de l'UEMOA de 1995 à 2000. A l'aide d'un modèle à correction d'erreur, il montre que les dépenses publiques n'ont pas d'impact significatif sur la croissance économique dans la majorité des économies de l'union. A long terme, l'impact des dépenses publiques est différencié par pays. Il a ainsi émis, à l'issu de ces résultats, l'hypothèse selon laquelle il existerait une relation non linéaire entre la taille de l'Etat (dépenses publiques en pourcentage du PIB) et la croissance économique.

Koné (2016), dans son étude en côte d'ivoire, évalue les politique de développement du capital humain et leur impact sur la croissance économique et le bien-être des ménage en utilisant le modèle d'équilibre général calculable dynamique pour mesurer l'impact des politiques de dépenses publiques d'éducation et de santé telles que prévues par le gouvernement et ensuite les effets d'un accroissement plus important de ces dépenses sur la croissance économique et le bien-être des ménage en Côte d'Ivoire. Les résultats des estimations montrent que les dépenses publiques d'éducation et de santé ont des impacts positif sur la demande d'éducation et de santé, sur l'amélioration de la qualité du facteur travail et les capacités productives des

ménages pauvre et vulnérable. Ils révèlent également qu'il y a une corrélation positive entre les dépenses publique d'éducation et santé, la croissance économique et le bien-être en côte d'ivoire.

Kinda et Koinda (2017), ont appliqué dans leur étude un test de cointégration du modèle autorégressif à retards échelonnés (ARDL) de Pesaran et al. (2001) pour examiner le lien entre les dépenses publiques de santé et la croissance économique du Burkina-Faso sur la période 1980 à 2013. Ce modèle montre que les dépenses de santé et la croissance économique évoluent ensemble à long terme. En plus l'élasticité-revenu des dépenses publiques de santé est supérieur à l'unité. Leurs résultats soutiennent l'hypothèse de Wagner, ce qui implique que la santé est un bien de luxe au Burkina-Faso. Dans cet ordre d'idée, Tang (2010), étudie le lien dépenses de santé et croissance économique de la Malaisie, en utilisant les techniques économétriques applicables aux petits échantillons, à savoir la méthode ARDL et le F-test de Rao. Cette étude couvre la période 1970 à 2009 et l'auteur aboutit aux résultats selon lesquels les dépenses de santé et le revenu réel se déplacent ensemble dans le long terme, mais le sens de la causalité est unidirectionnel fonctionnant du revenu réel aux dépenses de soins de santé en Malaisie.

Dans les études d'Ataké (2015), qui a analysé l'effet du financement public alloué au secteur de la santé sur la survie infantile au Togo de 1980 à 2012. La méthode en une étape de Hendry a été utilisée. Les résultats ont montré que le financement public des dépenses des santé n'aurait un impact positif et significatif sur le survie infantile que lorsque ce financement atteindrait un montant beaucoup plus élevé et ce dans un contexte de gouvernance amélioré. Toutefois, le financement alloué aux dépenses d'investissement améliorer significativement la production de soins de santé. Enfin, l'amélioration du niveau d'éducation des femmes accroit la survie infantile.

Keho (2008) analyse sur la période 1980 à 2005 la relation entre la croissance économique, les dépenses publiques de santé et d'éducation et le développement social en Côte d'Ivoire. Il s'appuie sur les modèles autorégressifs et le test de causalité de Granger. Les résultats des différents tests montrent qu'à long terme le PIB et les dépenses de santé ont des effets positifs sur l'espérance de vie et la survie des enfants. A court terme, la croissance influence positivement, seulement la survie des enfants. Egalement, Kebo (2009), dans une étude sur la côte d'ivoire ; utilise des modèles autorégressifs et des tests de causalité de Granger pour montrer le rôle de la croissance et des dépenses social sur la dimension social du développement durable. Ses résultats indiquent qu'à long terme il y a une absence de causalité entre le PIB, les dépenses publiques et les indicateurs d'éducation. L'auteur trouve que la croissance

économique est importante pour le développement humain et que le pays devra maintenir son taux à un niveau de même que le niveau des dépenses social pour faire face à la demande d'éducation et de santé d'une population croissante.

Afonso et Furceri (2010) expliquent que les dépenses de contribution sociales et les dépenses de fonctionnement ont un effet négatif sur la croissance pour les pays européens tandis que les dépenses publiques d'investissement exercent par leur volume un effet positif sur la croissance mais, plus leur niveau est volatile, moins le niveau de croissance est élevé. Ils montrent en outre qu'une augmentation d'un 1% des dépenses publiques en termes de PIB diminuerait la croissance de 0,13 point de pourcentage. Ces auteurs parviennent aux mêmes résultats que Devarajan et al. (1996) concernant l'effet des dépenses d'investissement sur la croissance pour les pays en développement ; ce qui parait surprenant si l'on s'en tient aux théories de la croissance endogène qui postulent que ces dépenses sont bénéfiques à l'économie du fait des externalités qu'elles produisent.

L'analyse de la qualité de la croissance en vue d'améliorer le bien-être des ménages nous permet de dégager deux grandes catégories de résultats. Dans la première catégorie, ma démarche consiste à s'intéresser à la croissance inclusive. A ce sujet, Ali et Son (2007) abordent la croissance inclusive comme une amélioration des opportunités sociales. Aussi examinent-ils la répartition des opportunités sociales e fonction des revenus et de la façon dont cette distribution évolue avec le temps. Ils soutiennent ainsi que l'emploi, la productivité, le développement des capacités humains, les filets de sécurité sociale et l'intervention ciblée sont des éléments incontournables de la croissance inclusive. Anand et al. (2013) s'inspirent des travaux d'Ali et Son (2007) pour s'intéresser non pas à l'équité de la distribution des opportunités socioéconomiques au sein de l'économie, mais plutôt à celle du revenu.

Ndiaye et Dieye (2020) en étudiant les effets des investissements publics sectoriels sur l'inclusivité de la croissance économique et le bien-être des ménages au Sénégal à l'aide du modèle d'équilibre général calculable dynamique récursif a montré qu'une hausse des investissement publics, en particulier dans les secteurs agricole, industriel et des services marchands, permet de tendre vers une croissance inclusive et donc une amélioration de bien-être. Les résultats ont également révélé que l'inclusivité de la croissance est claire e milieu rural et dans certains centre urbains. Toutefois, elle se fait au détriment de l'équité dans la région de Dakar. Les résultats montrent enfin que les investissements publics dans le secteur agricole favorisent plus la croissance inclusive et le bien-être que ceux engagés dans les autres secteurs. Ntita et al. (2017) ont mené des travaux en RDC afin d'étudier l'effet de l'investissement public

sur la croissance économique à l'aide de la méthode de Hansen (1996). Les résultats des tests économétriques indiquent un seuil optimal d'investissement public de 22% du PIB, seuil au-dessus duquel l'investissement public a un effet positif et significatif sur la croissance économique de la République démocratique du Congo sur la période 1981-2015. En effet, tout investissement public inférieur à ce seuil n'a aucun effet sur la croissance économique. Mais tout investissement public au-delà de ce seuil stimule la croissance de la RDC.

Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche

Afin d'atteindre les objectifs spécifiques qui demandent de précisions et de certitude, notre étude nous exige de prendre par deux méthodes respectivement à chacune des objectifs.

1. Méthodologie relative à l'étude de la relation entre les dépenses publiques en santé et le bien-être

A ce niveau, nous utiliserons le coefficient de corrélation linéaire de Bravais-Pearson et tester sa significativité.

Le coefficient de corrélation se présente sous la forme suivante :

$$r_{XY} = \frac{Cov\ (x,y)}{\sigma_x \sigma_y}\ avec\ cov(x,y) = \sum_{i=1}^{n} x_i\, y_i\ - n\bar{x}\bar{y}^2$$

Le coefficient de corrélation linéaire de Bravais-Pearson, noté r_{XY}, est un coefficient paramétrique qui donne la mesure du degré de liaison linéaire entre deux variables quantitatives X et Y normalement distribuées et compris entre -1 et 1. Il est indépendant des unités de mesure des variables, ce qui autorise les comparaisons. Ainsi, quand r_{XY} est :

- proche de 1, les variables sont corrélées positivement ;
- proche de -1, les variables sont corrélées négativement ;
- proche de 0, les variables ne sont pas corrélées ;
- égal à 1, la liaison est positive et parfaite c'est-à-dire la connaissance de X nous fournir la valeur de Y (et inversement)
- égal à -1, la liaison est négative et parfaite.

- **Procédure de vérification de l'hypothèse 1**

Afin d'évaluer la liaison qui existe entre ces deux variable (dépenses publiques en santé et le bien-être), le logiciel stata version 14 est utilisé pour calculer le coefficient de corrélation linéaire r des deux variables.

- **Test de significativité**

Les hypothèses du test sont :

-$H_0 : \rho_{xy} = 0$, absence de corrélation

-$H_1 : \rho_{xy} = 0$, existence de corrélation

Les hypothèses nous permettre d'affirmer ou d'infirmer si le coefficient de corrélation linéaire est significativement positif ou non. Pour cela une comparaison est faite entre une statistique appelé le t de Student empirique ou t calculé (t_{cal}) et une statistique du test ($t_{n-2}^{\alpha/2}$) qui suit uneloi de Student au seuil de $\alpha(\alpha = 5\%)$ à n-2 degré de liberté.

2. Méthodologie relative à la détermination de l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être

Il existe dans la littérature plusieurs modèles d'estimation des effets des dépenses publiques sociaux sur le bien-être. Parmi ces modèles nous avons les modèles autorégressifs, le modèle de croissance néoclassique de Solow (1956) et Swan (1956), etc. En effet, pour analyser l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être des ménages nous utiliserons le modèle de croissance néoclassique de Solow (1956) et Swan (1956) basé sur la production agrégée de l'ensemble de l'économie. En supposant une fonction de production de type Cobb-Douglas, la spécification du modèle en coupe transversale est la suivante :

$Y_t = AK_t^{\alpha} L_t^{\beta} X_t^{\gamma}$ avec t=1,2,…... n

La forme linéaire est présentée comme suit :

$$lnY_t = lnA + \alpha lnK_t + \beta lnL_t + \sum_{t=1}^{n} \gamma\, lnX_t$$

Où Y est le niveau de bien-être mesuré par la consommation, K le stock du capital, L le stock de la main d'œuvre, X représente les autres facteurs qui interviennent dans le bien-être, y compris les caractéristiques inobservables qui peuvent influer sur le bien-être, A le niveau du progrès technique et ($\alpha, \beta\ et\ \gamma$) représente la puissance liée à chaque facteur de production et est un nombre compris entre 0 et 1.

De façon spécifique, notre modèle empirique se présente sous la forme suivante :

$$ln\ C_t = a_0 + a_1 lnDS_t + a_2 lnDOUV_t + a_3 lnTXEP_t + a_4 \ln INFL_t + \varepsilon_t$$

Avec C_t représentant le bien-être mesurer par la consommation par tête des ménages , DS_t représentant l'investissement par tête en santé, $DOUV_t$ représente le degré d'ouverture économique,$TXEP_t$ le taux d'épargne, $INFL_t$ représente l'inflation mesurer par l'indice de prix à la consommation, a_0 … … … a_4 sont les paramètres à estimer et ε_i représente le terme d'erreur supposé suivre la loi normale.

Le tableau suivant récapitule l'ensemble des variables explicatives utilisées dans l'estimation ainsi que leur mesure et leur signe attendue :

Tableau 1 : Description des variables explicatives du modèle

Variables	Définition	Signe attendu
DS	Dépense en santé	+
DOUV	Degré d'ouverture	+
TXEP	Taux d'épargne	+
INFL	Inflation	+/-

Source : Les auteurs (2021)

- ✓ **Données et sources**

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé des données secondaires (les données annuelles) issues de la base de données de la Banque Mondiale à cause du fait que la banque mondiale dispose d'une base de données assez fiable et complète. Les agrégats macroéconomiques ont été extraits du World Development Indicators (WDI) (2019). Ces agrégats pertinents sont obtenus pour la période allant de 1989-2019.

Quant au bien-être, de nombreux indicateurs comme le PIB par habitant, l'IDH et la consommation par tête des ménages sont utilisés pour le mesurer. Mais dans le cadre de notre étude, nous retenons la consommation par tête par habitants pour mesurer le bien-être des populations au Bénin. En effet, notre choix a été porté sur cet indicateur car lorsque le PIB/tête d'un pays augmente, cela n'impacte pas automatiquement le bien-être des ménages. Lorsqu'il y a croissance économique dans une économie, l'Etat à la possibilité soit d'augmenter le revenu des populations (approche revenu) ou de subventionner les biens et services de l'économie (approche consommation). En effet, l'approche augmentation des revenus, écarte les populations n'ayant pas participé à la production alors que celle qui permet à l'Etat de subventionner les biens et services de l'économie ne fait pas d'exclusion. Ce qui justifie le choix de l'approche consommation pour la mesure du bien-être dans notre étude. Les données sur la

consommation proviennent également des indicateurs de développement de la banque mondiale.

- ✓ **Test diagnostic**
- ➢ **Test de stationnarité**

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 stationnariser. Il est important de préciser que le choix porté sur Dickey – Fuller – Augmented 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, à priori, l'erreur soit non corrélée. Si une série est non stationnaire la différence peut la convertir en série stationnaire. Pour vérifier les stationnarités des séries ou non des variables et leur degré d'intégration, il faut réaliser le test de présence de racine unitaire. ADF (Dickey-Fuller Augmenté) est un test de présence de racine unitaire.

- ➢ **Test de cointégration**

Un autre test à réaliser lorsqu'on travaille avec des séries temporelles est celui de la Co intégration. Le but de ce test a tendance de détecter si les variables possédant une racine unitaire ont une stochastique commune. Si tel est le cas, il existe une relation d'équilibre de deux variables provenant de séries non stationnaires qui est quant à elle stationnaire. Un test simple à utiliser est le test en deux étapes d'Engel et Granger (1987) qui est requise lorsque les séries sont intégrées de même ordre et de celle de Johannsen SOREN (1988-1991) qui est requise quand l'ordre d'intégration des séries diffère. Un modèle à correction d'erreur (MCE) est envisageable, si le test de Co intégration est vérifié. Ce type de modèle permet d'intégrer le court terme au cours d'une relation de long terme.

- ✓ **Test de validation**
- ➢ **Test d'omission des variables de RAMSEY**

Ce test permet de voir s'il y a une variable pertinente oubliée dans le modèle.

Qualité de la régression R2

R2 permet de juger de la qualité de l'ajustement globale du modèle.

- **Test de significativité des variables à l'étude**

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 au seuil conventionnel 5% ou les « t- statistique » qui doivent être (en valeur absolue) supérieurs à 1,96. Quant à la significativité globale du modèle, elle est déterminée à travers le test de Fischer et dont la valeur prob (F-Statistic) doit être inférieure à critical valeur de 5%.

- **Test de normalité**

Il est utile de vérifier dans un travail de recherche, la normalité des erreurs surtout pour le calcul des intervalles de confiance et aussi effectuer les tests de Student sur les paramètres. Les tests de Jarque-Bera (1984) fondés sur la notion de skewness (asymétrie) et de kurtosis (aplatissement), permet de vérifier la normalité d'une distribution statistique. L'alternative d'hypothèses qui se présente à l'issue du test est la suivante :

H0 : la distribution est normale ;

H1 : la distribution n'est pas normale.

On accepte l'hypothèse de normalité si la statistique de Jarque-Bera (JB) est inférieure à 5,99 ou de manière équivalente la probabilité est supérieure au seuil conventionnel de 5%. On rejette l'hypothèse de normalité si JB est supérieur ou égal à 5,99ou de manière équivalente la probabilité associé à cette statistique est inférieure à 5%. Ceci nous permet de vérifier si les erreurs sont normales ou non.

- **Test d'homocédasticité de WHITE**

Le test d'homoscédasticité permet de détecter et de corriger l'hétéroscédasticité des erreurs. Il existe plusieurs méthodes ou tests permettant de détester l'hétéroscédasticité comme par exemple, le test de Park, le test de white, le test de Breusch-Pagan-Godfrey etc. Parmi lesquels nous avons choisi celui de White. Si la valeur de Khi-deux obtenue (nR^2) est supérieure à la valeur critique du Khi-deux (valeur lue dans la table de Khi-deux) au niveau de signification choisie, alors il faut conclure à la présence d'hétérocédasticité. Dans le cas contraire, le modèle est homoscédastique. De même, lorsque la probabilité est supérieure au seuil conventionnel 5%, le modèle est dit homoscédastique et lorsqu'elle est inférieure au seuil conventionnel 5%, il est dit hétéroscédastique.

- **Test d'autocorrélation**

Il est important de vérifier si les erreurs sont auto corrélées. Parmi les tests d'autocorrélation qui existent, nous avons utilisé le test de Breusch-Godfrey et celui de la statistique DW (Durbin et Watson). La statistique de Breusch-Godfrey connu également sur le nom de test de Multiplicateur de Lagrange (Lagrange Multiplier test « LM test ») est fondé sur le test de Fisher de nullité des coefficients ou de multiplicateur de Lagrange et suit une distribution de Khi-deux avec p degré de liberté, p étant le nombre de retard des résidus, et est donnée par $LM = nR^2$ avec n le nombre d'observation et R^2 le coefficient de détermination. L'alternative d'hypothèses qui se présente à l'issu du test est la suivante :

H0 : les erreurs sont corrélées ;

H1 : les erreurs sont non corrélées. La règle de décision est la suivante :

Lorsque LM<Khi-deux lu ou lorsque la probabilité est inférieure au seuil conventionnel 5%, alors il y a autocorrélation des erreurs, donc on ne peut pas rejeter l'hypothèse de corrélation des erreurs (**H0**). On e peut pas rejeter l'hypothèse de non corrélation des erreurs (**H1**) si la probabilité est supérieure à 5%.

Chapitre 2 : Présentation et discussion des résultats empiriques

Chapitre 2 : Présentation et discussion des résultats empiriques

Ce chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats empiriques et termine par quelques suggestions.

Section 1 : Présentation et analyse des résultats

Dans cette section, nous présentons dans un premier paragraphe, les résultats de l'analyse descriptive, de l'étude de stationnarité des variables et d'étude de Cointégration et dans un second paragraphe, les résultats de l'estimation du modèle de court et de long terme.

Paragraphe 1 : Analyse de la relation entre les dépenses publiques en santé et le bien-être.

Dans ce paragraphe, nous présenterons les résultats relatifs à l'hypothèse 1.

1. Présentation de résultat relative à l'hypothèse 1

- **Calcul du coefficient de corrélation**

Dans une régression linéaire simple, le coefficient d'ajustement linéaire (R) est égal au coefficient de corrélation linéaire. En effet, la valeur du coefficient de corrélation est le suivant :

$$\sigma = \sqrt{R}\,; \quad \rho = \sqrt{0{,}7562}$$

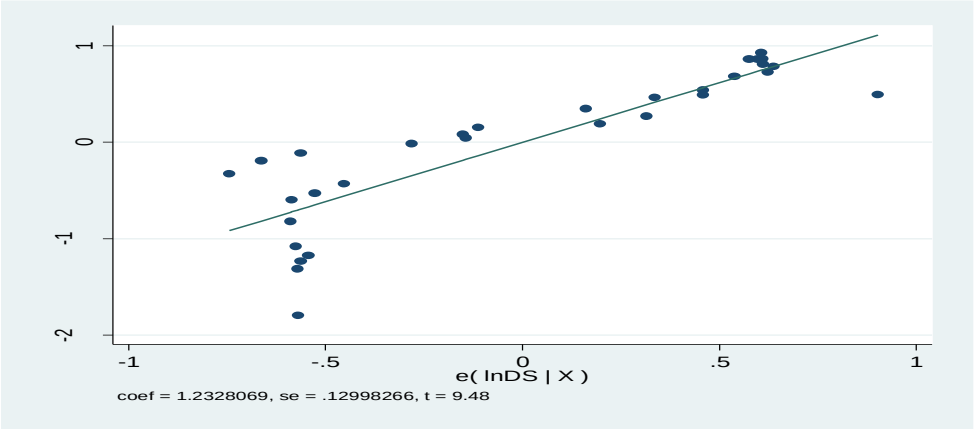
$$\sigma = 0{,}869$$

Test de significativité du coefficient de corrélation

Le t statistique empirique issu de la régression linéaires entre les deux variable est **t*** = 9.48.

Celui du Student lue est $t_{29}^{0,05}$ = 2,045 > **t*** = 9.48

Au regard de ce résultat, nous rejetons l'hypothèse H0, le coefficient de corrélation calculé est donc significativement différent de 0. Il existe donc une forte corrélation positive entre les dépenses publiques et le bien-être.



Graphique 1 : Graphique montrant la relation linéaire entre le bien-être et les dépenses publiques de santé

Source : auteurs (2021)

Paragraphe 2 : Analyse des résultats d'estimation de l'étude

Dans ce paragraphe, nous présentons les résultats de l'analyse descriptive, de l'étude de stationnarité des variables et estimation du modèle du long terme et du court terme

1. Statistique descriptive des variables

Le tableau 2 ci-dessous présente les statistiques descriptives des variables. Ces variables ont été utilisées dans les estimations de notre modèle. Il ressort de ce tableau que parmi les variables endogène, le bien-être mesuré par la consommation finale des ménages (CFM) a une valeur maximum plus élevée. Cette même variable a une valeur moyenne plus élevée. Son écart-type est également élevé. Cela veut dire qu'elle est la variable endogène la plus volatile dans notre modèle. Parmi les variables qui ont des valeurs moyennes élevées, il y a l'inflation mesurée par l'indice de prix à la consommation (INFL_IPC) et le degré d'ouverture (DOUV).

Tableau 2 : Résultat récapitulatif de la statistique descriptive

Variables	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
CFM	2893.185	1713.071	381.8	5824.78
DS	6.578629	3.385918	2.729786	14.17029
DOUV	52.17893	7.049878	38.30037	64.40048
TXEP	13.53788	2.75291	4.514205	18.59289
INFL_IPC	81.55776	23.60552	38.38601	110.6247

Source : auteurs (2021)

2. Etude de stationnarité des variables

Le point de départ de notre analyse empirique est la vérification du processus stochastique des variables à utiliser dans la régression. Pour ce faire le test de racine unitaire **d'Augmented Dickey Fuller** a été appliqué aux variables introduites dans le modèle. De nos tests (tableau 3), on remarque que la valeur absolue des valeurs d'ADF de chaque variable est inférieure à la valeur absolue des Critical valeur de Mackinnon à 5%. Ce qui montre que les variables sont non stationnaires en niveau. Nous allons donc passer au test d'ADF en différence première de toutes les variables. Le test de racine unitaire sur les variables aboutit aux résultats : La valeur absolue d'ADF de chacune des variables est supérieure à la valeur absolue du Critical valeur de Mackinnon à 5%. Donc les variables CFM, DS, DOUV, TXEP et INFL_IPC sont toutes stationnaires en différence 1ère au Bénin.

Tableau 3 : Résultats récapitulatifs du test de stationnarité

	Résultats d'ADF en niveau			**Résultats d'ADF en différence 1ère**		
Variables	**Statistique ADF**	**CV à 5%**	**Résultats**	**Statistique ADF**	**CV à 5%**	**Résultats**
LnCFM	-1.039	-3.584	Non Stationnaire	-5.163**	-3.588	Stationnaire
LnDS	-1.996	-3.584	Non Stationnaire	-4.451**	-3.588	Stationnaire
LnDOUV	-1.840	-3.584	Non Stationnaire	-5.169**	-3.592	Stationnaire
LnTXEP	-2.971	-3.584	Non Stationnaire	-5.787**	-3.588	Stationnaire
lnINFL_IPC	-2.649	-3.584	Non Stationnaire	-5.534**	-3.588	Stationnaire

(*), (**), (***) indiquent la significativité au seuil statistique de 1%, 5% et 10% respectivement

Source : auteurs (2021)

3. Test de Cointégration

Nous utilisons le test de cointégration de Johansen qui nous permet de déterminer le nombre de relation d'équilibre de long terme entre des variables intégrées quel que soit l'ordre et quelle que soit la normalisation utilisée. Ce test permet par la méthode de maximum de vraisemblance de testé l'existence d'une relation de long terme dans les séries temporelles intégrées et d'obtenir toutes les vecteurs de cointégration dans un cadre multivarié. L'étude de cointégration de Johansen présente les résultats de deux tests : le test de trace et le test de la valeur propre maximale. Les statistiques de la trace au maximum rang 1 (tableau 4) sont tous supérieures à la

valeur critique de 5%. Ce constat nous amène donc à présumer une Co intégration des variables. La stationnarité de toutes les variables en différence première montre qu'il existe une relation de Cointégration d'ordre 1 dans les séries.

Tableau 4 : Résultat récapitulatif du test de Cointégration

Maximum Rank	parms	LL	eigenvalue	trace statistic	5% Critical Value
0	30	152.29536	.	109.6262	68.52
1	39	171.17763	0.72807	71.8617	47.21
2	46	187.12271	0.66702	39.9715	29.68
3	51	198.06199	0.52972	18.0930	15.41
4	54	205.26143	0.39135	3.6941*	3.76
5	55	207.10848	0.11960		

Source : auteurs (2021)

4. **Estimation du modèle à correction d'erreur en deux étapes d'Engel-Granger** : estimation du modèle de long terme et de court terme.

Estimation de la relation de long terme et de court terme : on estime la relation de long terme par la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO). Ce qui permet d'avoir des élasticités de long terme du modèle et d'extraire la série des résidus qui sera utilisée dans le court terme.

$$ln\ C_t = a_0 + a_1 lnDS_t + a_2 lnDOUV_t + a_3 lnTXEP_t + a_4 \ln INFL_t + \varepsilon_t$$

Les informations qui permettront la validation du modèle de court et long terme se trouve dans le tableau ci-dessous :

Les résultats de l'analyse de régression traitant de l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être sont rapportés dans le tableau 5. Du tableau 5 ci-dessous, les probabilités relatives aux coefficients des variables explicatives (les dépenses publiques de santé par tête, le degré d'ouverture, le taux d'épargne brute, et l'inflation mesuré à partir de l'indice de prix à la consommation), nous permettent de conclure qu'elles sont significatives au seuil conventionnel de 5% voire même 1%. Le $\mathbf{R^2 = 0.9641}$ indique que la qualité de l'ajustement du modèle de long terme est très bonne (le bien-être mesuré à partir de la consommation finale des ménages est expliqué à 96,41% par les variables explicatives du modèle). De même, la probabilité associée au F-statistique est de 0,000 inférieur à 5% ce qui confirme que les variables

explicatives sont conjointement significative. Ce résultat témoigne de la significativité globale du modèle

Tableau 5 : Résultats de l'estimation des coefficients du modèle de long terme et de court terme

	Coefficients	**Probabilités**
Coefficients de court terme		
D1.LnDS	-0.001	0.981
D1.LnDOUV	0.129	0.308
D1.LnTXEP	0.310***	0.000
D1.lnINFL_IPC	0.128	0.447
Coefficients de long terme		
LnDS	0.385***	0.004
LnDOUV	-0.145	0.495
LnTXEP	0.591***	0.001
lnINFL_IPC	1.434***	0.000
R-squared	0.9641	
F-satistic (F)	174.35	
Prob > F	0,0000	

***, **, * indiquant la significativité au seuil statistique de 1%, 5% et 10% respectivement

Source : auteurs (2021)

Les résultats d'estimation sur le modèle de long terme montre que les coefficients associés au logarithme népérien des dépenses publiques en santé (DS), l'inflation mesuré à partir de l'indice des prix à la consommation (INFL_IPC) et au taux d'épargne brute (TXEP) sont statistiquement significatifs (p-value respective < 5%) et influencent toutes positivement le bien-être au Bénin. En effet, une augmentation de 1% des dépenses publiques en santé entraine une augmentation de 38,5% du bien-être au Bénin à long terme. Ce résultat implique que la santé joue un rôle très important sur le bien-être des ménages au Bénin car une population en bonne santé participe beaucoup plus à l'activité économique ce qui améliore également la croissance économique. Ce résultat corrobore avec les travaux de Ndiaye et Dieye (2020).

De même, une augmentation de 1% du taux d'épargne brute augmente de 59,1% le bien-être au Bénin. Ce résultat implique qu'une augmentation du taux d'épargne s'accompagnera d'une augmentation de l'épargne nationale car le taux d'épargne étant attractif, les agents économiques vont épargner plus, ce qui augmentera la capacité de financement du pays. Cet épargne sera utilisée pour investir dans les économies, ce qui va créer de nouveaux emplois et par la suite amélioration le niveau de vie des populations a travaux les nouveaux revenus qu'ils obtiendront. Ce résultats reste en adéquation avec celui Nubukpo (2007).

Enfin, le coefficient relatif à l'inflation mesuré par l'indice de prix à la consommation est positif et significatif. Le coefficient relatif est 1,434%. Toute chose étant égale par ailleurs, une augmentation de 1% de l'inflation entraine une augmentation de 143,4% du bien-être au Bénin à long terme.

La probabilité du test de normalité de Skewness est 0,8110 >0,05. On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle Ho de normalité des résidus. D'où les erreurs du modèle estimé suivent une loi normale. La probabilité du test d'autocorrélation est 0,683 >0,05. On ne peut donc pas rejeter l'hypothèse nulle Ho d'absence d'autocorrélation. D'où, il n'existe pas d'autocorrélation entre les erreurs du modèle estimé. De même, les erreurs sont homoscédastique car la probabilité associée au test est de 0,49.

Section 2: Vérification des hypothèses et Suggestions

Cette section s'articule autour de deux paragraphes que nous présentons ci-dessous.

Paragraphe 1 : Vérification des hypothèses

Au terme de nos estimations, il est important de vérifier si les hypothèses que nous avons formulées dans notre étude sont validées ou non.

1. Vérification de l'hypothèse 1

Pour étudier la relation entre le bien-être (mesuré à partir de la consommation finale des ménages) et les dépenses publiques en santé nous avons opté pour le calcul du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson qui montre que la corrélation entre ces deux variables est positive. Ce résultat confirme notre hypothèse préalablement posé qui stipule qu'il existe une relation linéaire positive entre les dépenses publiques en santé et le bien-être au Bénin.

2. Vérification de l'hypothèse 2

Pour déterminer l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être, nous avons opté pour une méthode économétrique qui a montré que les dépenses publiques en santé influencent positivement et significativement le bien-être au Bénin. Ce qui confirme notre deuxième hypothèse.

Paragraphe 2 : Suggestions

Au regard des analyses faites, il apparaît de formuler quelques suggestions en vue d'une amélioration du bien-être des populations au Bénin :

- Il faut renforcer les investissements publics en santé au Bénin en investissant dans la formations du personnel en santé, dans le matériel sanitaire ;
- Il faut aussi mettre en place au Bénin, une assurance maladie qui soit accessible à tous et plus particulièrement aux populations les plus vulnérables ;
- Il faut proposer aux populations du Bénin, des taux d'épargne qui les amènent à épargner pour augmenter la capacité de financement de l'économie du Bénin.

CONCLUSION

L'amélioration du bien-être des populations constitue la principale préoccupation des gouvernements aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Ainsi, les pays dans la recherche du niveau de croissance économique qui permet d'améliorer le bien-être des populations s'avère alors nécessaire. Aussi, améliorer le bien-être des populations passe par certains investissements que les pouvoirs publics doivent faire dans leurs économies. Le constat fait est que les dépenses publiques au Bénin sont conséquentes mais, ils ne ciblent encore suffisamment les domaines de la santé qui peuvent permettre d'impacter durablement la croissance du pays. En effet, au Bénin, les problèmes de manque de personnel sanitaire et de manque de plateaux techniques restent encore des défis à relever. Dans le cadre de notre étude, nous nous intéressons aux dépenses publiques en santé et plus particulièrement à son effet respectif sur le bien-être au Bénin.

Pour répondre à la problématique que pose le présent mémoire et ainsi valider nos hypothèses de recherches dans le cadre de ce mémoire, nous avons collecté des données sur la période allant de 1989 à 2019. Ensuite, nous avons étudié dans un premier temps la relation entre les dépenses publiques en santé et le bien-être puis dans un second temps, nous avons déterminer l'effet des dépenses publiques en santé sur le bien-être à l'aide d'un modèle et des statistiques descriptives telles que la moyenne, la fréquence. Les résultats des estimations révèlent que les dépenses publiques en santé (DS), inflation (INFL_IPC) et le taux d'épargne (TXEP) améliorent le bien-être des populations au Bénin. Il résulte donc que pour une amélioration du bien-être au Bénin, le gouvernement doit investir davantage dans la santé qui constitue le socle du développement de toute nation. Dans ces conditions, quelles politiques d'investissement le gouvernement béninois peut-il mettre en place pour une amélioration du bien-être ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Afonso A. and Furceri D. (2010), 'Gouvernment Size, Composition, Volatility and Economic Growh', *European Journal of Political Economy,* Vol. 26, No. 4, 517-532.

Ataké E. (2015), « *Financement public des dépenses de santé et survie infantile au Togo* », Revue d'Economie Théorique et Appliquée, Vol. 5, No. 1, Juin 2015, pp 59-76.

Barro R. (1990), « *Gouvernment spending in a simple model of endogeneous growth* », the Journal of Political Economy, 98(5), pp. S103-S125.

Becker, S. G. (1964), « *Human Capital, A Theoretical and Empirical Analysis* », University of Chicago Press, 412p.

Bloom, D. E. and Canning, D. (2000), « *Health and economic growth : Reconciling the micro and macro evidence* », mimeo, Harvard School of Public Health.

Devarajan, S., Swaroop V. et Zou, H. (1996), « *The composition of Public Expenditure and Economic Growth* », Journal of Monetary Economics, No 37, avril 1996. p. 318-344.

Grossman, M. (1972), « *On the concept of health capital and the demand for health* », Journal of Policitical Economy, 80(2), pp. 223-255.

Keho, Y. (2008), «*la dimension sociale du développement durable en Côte d'Ivoire : le rôle de la croissance et des dépenses sociales* », Cellule d'analyse de politiques économiques du CIRES, 24(01).

Kinda M. T., Koinda F. (2017), « *Dynamique économique et dépenses publiques et santé au Burkina-Faso* », Revue d'Economie Théorique et Appliquée, Vol.7, No. 1, Juin 2017, pp 1-22.

Kocoglu, Y. et De Albuquerque David, R. (2009), « *Contributions du secteur santé à la croissance économique* », Rapport de recherche pour la Drees, Paris.

Koné S. (2016), « *Développement du Capital Humain, Croissance Economique et Bien-être en Côte d'Ivoire* », European Scientific Journal, December 2016 edition Vol. 12, No. 34, pp 251-271.

Lucas, R. (1990), « *On the mechanics of economic development* », Journal of Monetary economics, 22, pp. 3-42.

Majnoni, I. B. (2001), « *Economie de la Santé* », Press Universitaires de France (PUF).

Musgrave, R. A. (1959) The Theory of Public Finance : A Study in Public Economy. New York, McGraw-Hill Book Company.

Mushkin, S. J. (1962), « *Health as an investment* », Journal of Political Economy, 70(5), pp. 129-157.

Ndiaye A., A., Dieye A., (2020). Investissement publics, croissance inclusive et bien-être au Senegal.S See discussion, stats, and author profiles for this publication at :https://www.researchgate.net/publication/342871885.

Ntita N., J., Ntangab N., J., Kazadi Ntita F., (2017). Investissement public et croissance économique en République Démocratique Du Congo. Online at https://mpra.ub.unimuenchen.de/92905/ MPRA Paper No.92905, posted 22 Mar 2019 23 :55 UTC.

OMS (1946), « *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé* » Documents fondamentaux, supplément à la quarante-Cinquième édition, octobre 2006. Organisation de la Santé. 18p.

OMS (2010), « *Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin* », Rapport technique d'une mission d'appui de l'OMS.

Rao, R. R., Jani, R. and Sanjivel, P., (2008), « *Health, quality of life and GDP : an ASEAN experience* », Asian Social Science, 4(4), pp. 70-76.

Samudram, M., Nair, M. and Vaithilingaim, Sen (2009), « *Keynes and Wagner on gouvernment expenditures and economic development : the case of a developning economy* », Empirical Economics, 38(3), pp. 697-712.

Savard, L. and Adjovi, E. (1998). Externalités de la santé et de l'éducation et bien-être : un modèle d'équilibre général calculable appliqué au Bénin. L'Actualité économique, 74(3), 523-560. https://doi.org/10.7202/602273ar.

Tang, C. F. (2009), « *An examination of the government spending and economic growh nexus for Malaysia using the leveraged bootstrap simulation approach* », Global Economic Review, 38, pp. 215-227.

Tang, C. F. (2010), « *Revisiting the health-income nexus in malaysia : ARDL Cointegration and Rao's F-Test for Causality* », Munich Personnal RePEc Archive, Paper No. 27287, 11, pp. 1-9.

Wagner, A. (1883), « *Grundlegung der Politischen Ökonomie in Economics* », Department of Economics, Universiy of Leicester, 99/3.

Wang, X., Zuckerman, B., Person, C., Kaufman, G., Chen, C., Wang, G., et Xu, X. (2002), « *Maternal cigarette smoking, metabolic gene polymorphism, and infant birth weight* », Journal of American Medical Association 287(2), 195-202.

World Bank Group (2015), « *Rapport sur la Revue du système de Gestion des Finances Publiques et de la Responsabilité Financière de l'Etat* », PEMFAR, 2014.

World Bank Group « *Note sur le budget de l'Etat 2019* ».

World Bank Group «*Note Budgétaire sur la Protection Sociale 2019* ».

ANNEXES

Annexe 1 : Régression linéaire simple entre lnCFM et lnDS

```
. reg lnCFM lnDS
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	31
				F(1, 29)	=	89.95
Model	13.0864281	1	13.0864281	Prob > F	=	0.0000
Residual	4.21890639	29	.145479531	R-squared	=	0.7562
				Adj R-squared	=	0.7478
Total	17.3053345	30	.576844482	Root MSE	=	.38142

lnCFM	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
lnDS	1.232807	.1299827	9.48	0.000	.9669625	1.498651
_cons	5.584928	.2373563	23.53	0.000	5.09948	6.070376

Annexe 2 : Résultats du test de stationnarité

```
. dfuller lnCFM, lags(1) trend const

Augmented 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)             -1.039            -4.343            -3.584           -3.230
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.9386


. dfuller D1.lnCFM, lags(1) trend const

Augmented Dickey-Fuller test for unit root         Number of obs   =        28

                                 ------------ Interpolated Dickey-Fuller ------------
                    Test         1% Critical       5% Critical      10% Critical
                Statistic           Value             Value            Value
------------------------------------------------------------------------------
 Z(t)             -5.163            -4.352            -3.588           -3.233
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0001
```

```
. dfuller lnDS, lags(1) trend const

Augmented 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)            -1.996           -4.343            -3.584           -3.230
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.6034

. dfuller D1.lnDS, lags(1) trend const

Augmented Dickey-Fuller test for unit root         Number of obs   =        28

                                 ------------ Interpolated Dickey-Fuller ------------
                 Test         1% Critical       5% Critical      10% Critical
               Statistic           Value             Value            Value
------------------------------------------------------------------------------
 Z(t)            -4.451           -4.352            -3.588           -3.233
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0018


Augmented 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)            -1.840           -4.343            -3.584           -3.230
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.6852

. dfuller D1.lnDOUV, lags(1) trend const

Augmented Dickey-Fuller test for unit root         Number of obs   =        28

                                 ------------ Interpolated Dickey-Fuller ------------
                 Test         1% Critical       5% Critical      10% Critical
               Statistic           Value             Value            Value
------------------------------------------------------------------------------
 Z(t)            -5.317           -4.352            -3.588           -3.233
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0001
```

```
. dfuller lnTXEP, lags(1) trend const

Augmented 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)            -2.971           -4.343            -3.584           -3.230
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.1402

. dfuller D1.lnTXEP, lags(1) trend const

Augmented Dickey-Fuller test for unit root         Number of obs   =        28

                                 ------------ Interpolated Dickey-Fuller ------------
                 Test         1% Critical       5% Critical      10% Critical
               Statistic           Value             Value            Value
------------------------------------------------------------------------------
 Z(t)            -5.787           -4.352            -3.588           -3.233
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0000

.
. dfuller lnINFL_IPC, lags(1) trend const

Augmented 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)            -2.649           -4.343            -3.584           -3.230
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.2578

. dfuller D1.lnINFL_IPC, lags(1) trend const

Augmented Dickey-Fuller test for unit root         Number of obs   =        28

                                 ------------ Interpolated Dickey-Fuller ------------
                 Test         1% Critical       5% Critical      10% Critical
               Statistic           Value             Value            Value
------------------------------------------------------------------------------
 Z(t)            -5.534           -4.352            -3.588           -3.233
------------------------------------------------------------------------------
MacKinnon approximate p-value for Z(t) = 0.0000
```

Annexe 3 : Résultat du test de cointégration

```
. vecrank lnCFM lnDS lnDOUV  lnTXEP lnINFL_IPC, trend(constant)

                     Johansen tests for cointegration
Trend: constant                                      Number of obs =       29
Sample:  1991 - 2019                                       Lags =        2
```

maximum rank	parms	LL	eigenvalue	trace statistic	5% critical value
0	30	152.29536	.	109.6262	68.52
1	39	171.17763	0.72807	71.8617	47.21
2	46	187.12271	0.66702	39.9715	29.68
3	51	198.06199	0.52972	18.0930	15.41
4	54	205.26143	0.39135	3.6941*	3.76
5	55	207.10848	0.11960		

Annexe 4 : Estimation de la relation de long terme

Source	SS	df	MS		
				Number of obs	= 31
				F(4, 26)	= 174.35
Model	16.6833577	4	4.17083942	Prob > F	= 0.0000
Residual	.621976794	26	.023922184	R-squared	= 0.9641
				Adj R-squared	= 0.9585
Total	17.3053345	30	.576844482	Root MSE	= .15467

lnCFM	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
lnDS	.3853351	.1221218	3.16	0.004	.1343102	.63636
lnDOUV	-.1456837	.2107306	-0.69	0.495	-.5788468	.2874793
lnTXEP	.5916685	.1530451	3.87	0.001	.2770797	.9062572
lnINFL_IPC	1.434501	.2334833	6.14	0.000	.9545691	1.914433
_cons	-.1304003	1.09985	-0.12	0.907	-2.391175	2.130374

Annexe 5 : Test de normalité

Skewness/Kurtosis tests for Normality

Variable	Obs	Pr(Skewness)	Pr(Kurtosis)	joint adj chi2(2)	joint Prob>chi2
residu	31	0.6445	0.6582	0.42	0.8110

.

Annnexe 6: Test d'hétérocédasticité

Breusch-Pagan / Cook-Weisberg test for heteroskedasticity

Ho: Constant variance

Variables: residu

chi2(1) = 0.47

Prob > chi2 = 0.4916

Annexe 7 : Test d'autocorrélation

Breusch-Godfrey LM test for autocorrelation

lags(*p*)	chi2	df	Prob > chi2
5	10.255	5	0.0683

H0: no serial correlation

Annexe 8 : Estimation de la relation de court terme

Annexe 9 : Résultat du test de Ramsey

```
. ovtest

Ramsey RESET test using powers of the fitted values of lnCFM
       Ho:  model has no omitted variables
                  F(3, 23) =      2.52
                  Prob > F =      0.0833
```

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT ..... **ii**

DEDICACE 1 ..... **iii**

DEDICACE 2 ..... **iv**

REMERCIEMENTS ..... **v**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **vi**

LISTE DES TABLEAUX & GRAPHIQUES ..... **vii**

LISTE DES GRAPHIQUES ..... **vii**

SOMMAIRE ..... **viii**

RESUME ..... **ix**

INTRODUCTION **1**

CHAPITRE 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude **3**

Section 1 : Problématique, objectifs et hypothèses 4

Paragraphe 1 : Problématique de recherche 4

Paragraphe 2 : Objectifs et hypothèses de recherche 5

Section 2 : Revue de littérature et méthodologie de recherche 6

Paragraphe 1 : Revue de la littérature 6

Paragraphe 2 : Méthodologie de recherche 13

Chapitre 2 : Présentation, Analyses des résultats empiriques et Suggestions **19**

Section 1 : Présentation et analyse des résultats 20

Paragraphe 1 : Analyse de la relation entre les dépenses publiques et le bien-être 20

Paragraphe 2 : Analyse des résultats d'estimation de l'étude 26

Section 2: Vérification des hypothèses et Suggestions 25

Paragraphe 1 : Vérification des hypothèses 25

Paragraphe 2 : Suggestions 26

CONCLUSION **27**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 28

ANNEXES x

TABLE DES MATIERES xv