

**L'ECOLE NATIONALE D'ECONOMIE
APPLIQUEE ET DE MANAGEMENT
N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES À LEURS
AUTEURS.**

DEDICACES

A

- ◆ **ALLAH Tout Puissant, le Miséricordieux ;**

Pour m'avoir guidé en me montrant qu'on n'est pas seulement un homme par la taille mais qu'on l'est aussi par le travail, la raison et le cœur. Je T'offre aujourd'hui mon cœur reconnaissant et je chante les merveilles de ta bonté.

- ◆ **Ma très chère Epouse Astherve Houénéfa TOTIN pour tout ce que tu as enduré, qu'ALLAH nous garde et nous reconforte.**

- ◆ **Ma fille bien aimée Jazaha Fumilayo BOURAÏMA. Que ceci soit pour toi, l'exemple d'un travail acharné qui, seul est porteur d'espoir.**

- ◆ **Mon admirable mère Amouda OLOUBO et mon cher père Yèkini Nafiou BOURAÏMA ;**

Pour les privations qu'ils n'ont cessées d'endurer tout au long de mes études.

- ◆ **Mes frères et sœurs ;**

Pour vous exprimer mes sincères fraternités.

- ◆ **Tous mes amis, ceux et celles pour qui tout succès de ma vie a toujours constitué un sujet de gaieté.**

Abdel Jawed Adéchinan BOURAÏMA

DEDICACES

- ◆ *Au Grand Architecte de l'Univers pour sa protection et son inspiration de tous les jours qu'il nous accorde.*
- ◆ *A ma mère Véronique ESSOU et à mon père YAOVI EDE, pour votre soutien et affection dont j'ai toujours bénéficié.*
- ◆ *A ma très chère épouse Marina A. TOSSOU, pour les privations et tout ce que tu as enduré tout au long de mes études.*
- ◆ *A mes enfants Pharell R. R. et Orphélia pour mes absences répétées et les privations de toute sorte, que ce travail soit pour vous un exemple à dépasser.*
- ◆ *A mes frères et sœurs.*

Victorin YAOVI EDE

REMERCIEMENTS



Trop longue serait la liste des personnes de bonne volonté qui, de près ou de loin, ont participé au succès du présent travail, par leurs conseils et la documentation mise à notre disposition.

Toutefois, qu'il nous soit permis d'exprimer nos vifs et sincères remerciements à :

- ◆ *L'endroit du corps professoral et du personnel administratif de l'École Nationale d'Economie Appliquée et de Management, qui ne cessent de déployer de gros efforts pour assurer aux étudiants une formation de qualité ;*
- ◆ *Monsieur Cosme VODOUNOU, Directeur Général de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, Tuteur de notre mémoire qui, malgré ses nombreuses occupations et sa lourde responsabilité, a su nous faire bénéficier de sa disponibilité ;*
- ◆ *Monsieur Janvier Policape ALOFA, Economiste National du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD-Bénin), Maître de stage, pour ses orientations et la bienveillante attention qu'il a accordée à la réalisation de ce mémoire ;*
- ◆ *Tout le personnel du PNUD-BENIN pour les divers conseils et soutien.*
- ◆ *Monsieur Alexandre BIAOU, Directeur des Statistiques Sociales à l'INSAE, pour ses conseils et son soutien technique ;*
- ◆ *Monsieur Evariste MISSINHO, en service à la Direction de Traitement de l'Information et de la Publication à l'INSAE, pour son soutien technique ;*
- ◆ *Monsieur Prosper TOVIHEZON, précédemment en service à la Cellule de Coordination de l'Aide au Développement au Ministère chargé de la Prospective et du Développement, pour son soutien technique ;*
- ◆ *Monsieur Serge ZOUNTCHEME, informaticien, en service à la Direction de la Programmation et de la Prospective (Service Statistique et de la Documentation) du Ministère de la Santé, pour son soutien technique.*

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD	: Agence Française de Développement
ANE	: Acteurs Non Etatiques
APD	: Aide Publique au Développement
AUSAID	: Agence d'Aide Australienne
BAD	: Banque Africaine de Développement
BGE	: Budget Général de l'Etat
BID	: Banque Islamique de Développement
BN	: Budget National
BOAD	: Banque Ouest Africaine de Développement
CAD	: Comité d'Aide au Développement
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
DGAE	: Direction Générale des Affaires Economiques
DGB	: Direction Générale du Budget
DGIFD	: Direction Générale des Investissements et du Financement du Développement
DPIP	: Direction de la Programmation des Investissements Publics
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EMICoV	: Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages
FAD	: Fonds Africain de Développement
FENU	: Fonds d'Equipement des Nations Unies
FINANSTAT	: Statistiques Financières
FMI	: Fonds Monétaire International
HTA	: Hyper Tension Artérielle
IDA	: Association Internationale de Développement
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
JICA	: Japan International Cooperation Agency (Agence Japonaise de Coopération Internationale)
LICUS	: Low Income Countries Under Stress
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances
MEHU	: Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme
MEPS	: Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire
METFP	: Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle

MMEE	: Ministère des Mines, de l’Energie et de l’Eau
MPDEPP-CAG	: Ministère de la Prospective, du Développement, de l’Evaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l’Action Gouvernementale
MS	: Ministère de la Santé
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
OCS	: Observatoire du Changement Social
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
OSC	: Organisation de la Société Civile
OP	: Ordres de Paiement
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PEFA	: Public Expenditure and Financial Accountability
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIP	: Programme d’Investissements Publics
PLB	: Produit Local Brut
PMA	: Pays Moins Avancés
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
QUIBB	: Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être
RGPH 3	: Troisième Recensement Général de la Population et de l’Habitat
SCRP	: Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SIGFiP	: Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SILP	: Suivi d’Impact Local Participatif
SNDS	: Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
SNIGS	: Système National d’Information et de Gestion Sanitaire
SNU	: Système des Nations Unies
SNV	: Organisation Néerlandaise pour le Développement
TCR	: Taux de Change Réel
UE	: Union Européenne
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

USAID : United States Agency for International Development
VIH/SIDA : Virus d'Immuno déficience Humaine / Syndrome d'Immuno Déficience Acquis

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau n° 1** : Cibles et indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement
- Tableau n° 2** : Les indicateurs des OMD dans le secteur de la santé
- Tableau n° 3** : Nomenclature du Système des Nations Unies des secteurs sociaux
- Tableau n° 4** : Signes attendus des coefficients des variables explicatives du modèle
- Tableau n° 5** : Aide extérieure décaissée par secteur entre 1999 et 2006 (en milliers de \$US)
- Tableau n° 6** : Les dix (10) premiers donateurs de 1990 à 2006 (en milliers de \$US)
- Tableau n° 7** : Partenaires Techniques et Financiers multilatéraux du secteur de la santé et leurs zones d'interventions
- Tableau n° 8** : Partenaires Techniques et Financiers bilatéraux du secteur de la santé et leurs zones d'interventions
- Tableau n° 9** : Partenaires Techniques et Financiers du secteur de l'eau et de l'assainissement
- Tableau n° 10** : Partenaires Techniques et Financiers du secteur de l'urbanisme
- Tableau n° 11** : PTF du secteur des enseignements maternel et primaire
- Tableau n° 12** : Répartition de l'APD des autres secteurs sociaux par département
- Tableau n° 13** : Répartition de l'APD par département en pourcentage du Produit Local Brut (PLB)
- Tableau n° 14** : Signes attendus et obtenus des coefficients des variables explicatives du modèle
- Tableau n° 15** : Matrice des coefficients de corrélation simple
- Tableau n° 16** : Point des besoins OMD et écart avec le CDMT 2008-2010 (milliards FCFA)
- Tableau n° 17** : Part moyenne des acteurs dans les coûts totaux

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique n° 1** : Evolution de l'Aide Publique au Développement globale de 1990 à 2006 (en milliers de \$US)
- Graphique n° 2** : Evolution de l'Aide Publique au Développement globale entre 2000 et 2006 (en milliers de \$US)
- Graphique n° 3** : Evolution du volume et de la proportion de l'APD allouée au secteur de la santé (milliers de \$US) de 1990 à 2006
- Graphique n° 4** : Evolution des réalisations de l'APD santé et des dépenses en capital sur Budget National (en Pourcentage du PIB)
- Graphique n° 5** : Evolution des dépenses en capital du secteur de la santé (Budget National) de 1990 à 2006 en milliards de FCFA
- Graphique n° 6** : Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 1996 à 2006 (pour mille naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 7** : Evolution de la mortalité maternelle de 1996 à 2006 (pour 100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 8** : Evolution du taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes et du taux d'utilisation de la contraception de 1996 à 2006
- Graphique n° 9** : Evolution de l'incidence du paludisme de 1995 à 2006
- Graphique n° 10** : Evolution de l'incidence de la tuberculose de 1996 à 2006
- Graphique n° 11** : Niveaux d'aide allouée au secteur de la santé et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans
- Graphique n° 12** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Alibori de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 13** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Atacora de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 14** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Borgou de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au

- sentier des OMD
- Graphique n° 15** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de la Donga de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 16** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Zou de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 17** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans des Collines de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 18** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Mono de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 19** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Couffo de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 20** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Atlantique de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 21** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Littoral de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 22** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Ouémé de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 23** : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Plateau de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD
- Graphique n° 24** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Alibori
- Graphique n° 25** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans les Collines
- Graphique n° 26** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Littoral
- Graphique n° 27** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Ouémé
- Graphique n° 28** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Borgou

- Graphique n ° 29** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans la Donga
- Graphique n ° 30** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Mono
- Graphique n ° 31** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Plateau
- Graphique n ° 32** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Atlantique
- Graphique n ° 33** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Atacora
- Graphique n ° 34** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Couffo
- Graphique n ° 35** : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Ouémé

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	xi
RESUME.....	xii
PRESENTATION DU PNUD BENIN	xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 Cadre théorique et méthodologie des recherche.....	5
1.1 Problématique et intérêt de l'étude.....	6
1.2 Objectifs et hypothèses de base de l'étude.....	9
1.3 Revue de littérature et méthodologie de recherche.....	10
CHAPITRE 2 : Analyse du financement et des indicateurs des OMD du secteur de la santé	43
2.1. Analyse du financement du secteur de la santé et des indicateurs OMD au niveau national.....	44
2.2. Analyse géographique des interventions des.....	63
2.3 Analyse du financement du secteur de la santé et des indicateurs OMD au niveau départemental	69
CHAPITRE 3 : Modèle économétrique	79
3.1 Régression et explication des résultats.....	80
3.2 Implications en termes de politiques économiques et sociales	90
3.3 Recommandations.....	94
CONCLUSION	
REFERENCES.....	99
ANNEXE.....	102

AVANT PROPOS

L'Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management (ENEAM) est une entité professionnelle de l'Université d'Abomey-Calavi qui forme entre autres, les étudiants pour le cycle I et II dans différentes filières.

En plus de la formation théorique qui y est donnée, il est prévu à la fin de chaque cycle, un stage pratique obligatoire dans les structures étatiques ou non étatiques. Ce stage permet aux étudiants de se former à la pratique, de comparer les théories reçues dans les écoles à la réalité du terrain et, au regard des besoins de la structure d'accueil, de dégager un thème qui fera l'objet d'une soutenance de mémoire.

C'est dans ce sens que le présent mémoire est rédigé pour l'obtention du Diplôme d'Ingénieur Planificateur Économiste et Gestionnaire de Projets du second cycle de l'Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management (ENEAM).

Pour élaborer ce mémoire nous avons effectué notre stage au Bureau National du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD-Bénin).

Comme tout travail scientifique, la réalisation du présent mémoire n'a pas été sans difficultés majeures. Parmi celles-ci nous pouvons citer :

- la non disponibilité de données quantitatives fiables ;
- le manque de documentations sur certains aspects clés de notre sujet.

Nous présentons d'avance nos excuses à tous ceux et à toutes celles qui, au cours de la lecture du présent mémoire, auront à déceler des imperfections de toute nature. Notre souci étant, à partir des conseils et des recommandations reçus du maître de stage et principalement du tuteur de mémoire, de présenter un mémoire accessible, agréable à lire, exploitable, bien à la hauteur des espérances et qui pourra apporter une valeur ajoutée à l'existant.

RESUME

Depuis les années 1960, le débat sur l'efficacité de l'aide s'est essentiellement focalisé sur son impact sur la croissance économique. Les réflexions sur l'efficacité de l'aide sur le développement humain ont débuté ces dernières années et très peu de travaux y sont consacrés. L'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement en septembre 2000 a marqué une nette évolution dans l'orientation des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à prioriser des aides vers des objectifs de réduction de la pauvreté.

La santé ayant été retenue comme secteur prioritaire, certaines études ont montré l'influence positive de l'aide sur l'amélioration des résultats sanitaires dans les pays en développement. Des résultats sensiblement différents ont été aussi mis en évidence par d'autres auteurs.

Le présent mémoire examine l'impact de l'Aide Publique au Développement sur l'atteinte des OMD dans le secteur de la santé. Ainsi, nous avons étudié l'effet de l'aide sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, grâce à une analyse descriptive et une estimation économétrique avec les données de panel couvrant la période 1990-2006. Les résultats montrent que l'aide allouée au Bénin dans le secteur de la santé est sans effets sur l'amélioration du niveau de santé de la population.

Par contre, au cours de la période d'étude, l'aide allouée aux autres secteurs sociaux et les projets d'investissements publics réalisés sur Budget National dans le secteur de la santé permettent de réduire significativement le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Mais, les effets estimés sont faibles par rapport à l'atteinte de la cible en 2015.

PRESENTATION DU PNUD BENIN

Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), est l'agence de référence de développement du Système des Nations Unies. Il prône le développement local et mondial des pays. C'est d'ailleurs sous l'impulsion du PNUD qu'en 2000, les dirigeants du monde se sont engagés pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont le but principal, est de réduire la pauvreté de moitié en 2015. Aujourd'hui, le PNUD opère dans 166 pays dont le Bénin depuis 1962.

Au Bénin, le PNUD est situé dans la zone résidentielle, lot N° 111. Le PNUD comprend trois départements dont le Département de Politique et de Stratégie (DPS), où nous avons effectué notre stage, et cinq divisions, le tout sous la direction d'une Représentante Résidente.

Le PNUD Bénin intervient principalement dans trois domaines à savoir : la lutte contre la pauvreté, la promotion de la bonne gouvernance et la protection de l'environnement. Ces domaines d'intervention s'appuient sur trois points importants des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : Le genre, le VIH/SIDA et les Droits Humains qui sont des thèmes transversaux que devront appuyer les objectifs stratégiques dans le cadre de la formulation des politiques et stratégies nationales.

Lutte contre la pauvreté

En matière de lutte contre la pauvreté, c'est avec l'appui du PNUD que le Gouvernement béninois a réalisé un Document de plaidoyer pour la mobilisation de ressources afin d'atteindre les OMD à l'échéance 2015 au Bénin.

Bonne Gouvernance

En matière de gouvernance démocratique, le PNUD Bénin renforce les capacités en gestion des affaires publiques, à travers les projets d'appui : à la Presse Ecrite Béninoise (PEB) ; au Renforcement et à la Modernisation de l'Assemblée Nationale ; à la Réforme Administrative et Institutionnelle ; à la Bonne

Gouvernance et à la Consolidation de la Démocratie à travers la mise en œuvre du Mécanisme Africain d’Evaluation par les Pairs (MAEP) ; à la consolidation de la démocratie à travers le renforcement de la représentation des femmes dans les instances de prise de décisions publiques et politiques ; à la mise en place d’un mécanisme de gouvernance concertée en République du Bénin ; à la Commission Nationale de Lutte contre la Prolifération des Armes Légères ; et à l’actualisation des données du Bénin dans la base de données sur l’Inventaire de la Gouvernance en Afrique, volets administration, institutions représentatives et société civile.

Protection de l’environnement

L’environnement est devenu un secteur prioritaire parmi les trois domaines d’intervention du PNUD Bénin. Plusieurs actions ont été initiées pour accompagner le Gouvernement dans l’élaboration de sa politique pour la protection de l’environnement et les stratégies envisagées pour l’adaptation du Bénin aux changements climatiques. Les projets menés par le PNUD dans ce sens sont : Projet d’Appui à l’Elaboration de la deuxième Communication sur les Changements climatiques au Bénin ; Projet d’Auto-Evaluation des Capacités Nationales à Renforcer la Gestion de l’Environnement Mondial ; Projet d’Appui à l’Inversion des Tendances à la Dégradation des Terres et des Eaux dans le Bassin du fleuve Niger ; Projet d’Appui à la Mise en Œuvre du Programme National de Gestion de l’Environnement ; Programme de Microfinancement du Fonds pour l’Environnement Mondial ; Projet d’Appui au Développement des Zones arides.

INTRODUCTION

L'un des défis du Bénin au lendemain de la Conférence des Forces Vives de la Nation est l'accélération de la croissance économique dans un contexte de contraintes de ressources financières. Ceci a favorisé l'émergence d'un souci de plus en plus constant de la performance. Cette recherche de la performance a poussé le Gouvernement du Bénin à décider de s'engager, à partir de l'année 1999, dans une profonde réforme de son système budgétaire, visant à passer d'un budget fondé sur les moyens à un budget axé sur les résultats. Cette réforme vise à améliorer sensiblement la contribution des dépenses publiques aux objectifs de réduction de la pauvreté et par conséquent aux objectifs de développement. Elle vise donc à accroître l'utilisation stratégique, efficace et équitable de toutes les ressources dans le but de promouvoir la croissance et le développement.

Les efforts de la communauté internationale à éradiquer l'extrême pauvreté ont abouti à des résultats mitigés. Pour engager le 21^{ème} siècle sur de bonnes bases, les Nations Unies ont adopté en Septembre 2000, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il s'agit de huit objectifs pour 2015 qui consistent notamment à réduire l'extrême pauvreté et la faim, assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/sida et autres maladies mortelles, préserver l'environnement et mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Après avoir établi des objectifs chiffrés dans le cadre des OMD, il s'est posé alors la question de leur financement. C'est ainsi que, la Banque Mondiale estime qu'il faut doubler l'aide au développement actuelle pour espérer atteindre ces objectifs du millénaire. Les pays riches se sont alors engagés, à travers l'OMD 8 « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement », à consacrer notamment 0,7 % de leur revenu national brut aux pays en voie de développement.

Le concept de l'efficacité de l'aide a acquis une importance croissante dans les pourparlers internationaux. L'efficacité de l'aide sert à promouvoir la responsabilisation dans l'utilisation des ressources allouées pour atteindre des résultats en matière de développement durable dans les pays bénéficiaires. Dans les milieux internationaux, l'insistance sur l'efficacité de l'aide sert de mécanisme pour responsabiliser les donateurs face à leurs pairs afin que le régime d'aide

internationale dans son ensemble demeure fidèle à sa raison d'être fondamentale, face aux pressions politiques ou bureaucratiques, aux objectifs de la politique étrangère ou aux objectifs commerciaux.

La coordination de l'aide et les réformes au niveau des pays donateurs ont été des thèmes récurrents depuis le début des années 1980. L'efficacité de l'aide, qui se trouve au cœur d'une meilleure coordination, exige que les pays bénéficiaires et les donateurs passent de la rhétorique à la pratique. Le discours des donateurs sur la propriété, le partenariat, les moindres conditionnalités, et le plus grand pouvoir à donner, ne se traduit pas toujours par une action, surtout dans un environnement rendu pesant par divers instruments d'aide et des objectifs concurrents qui changent avec le temps. L'aide ne deviendra efficace que si les donateurs fixent ses objectifs en partenariat avec les bénéficiaires et sont persuadés que des réformes du système d'aide vont permettre une moins grande dépendance et, ce faisant, promouvoir croissance et développement.

Dans le but de combattre la pauvreté, un envoi massif d'aide semble être un élément important d'après certains acteurs du développement, mais est-ce suffisant ? La réponse est probablement non, comme en témoigne la vaste littérature économique au sujet de l'inefficacité historique de l'aide. Ainsi, il est possible qu'une augmentation de l'aide n'engendre pas nécessairement une diminution de la pauvreté ou une amélioration des conditions de vie des populations.

Les effets de l'aide au développement allouée au Bénin sur la période 2000-2006 (523 457 milliers de \$US) sur le développement humain ne sont pas très perceptible.

En effet, les résultats des dernières évaluations des OMD font ressortir l'amenuisement des chances du Bénin à atteindre certaines cibles notamment dans les secteurs sociaux dont la santé, à l'horizon 2015.

Cette situation suscite des interrogations quant à l'impact de l'APD sur ces OMD dans le contexte actuel de crise financière et économique qui induit des changements de comportements de générosité des Partenaires Techniques et Financiers dont les économies sont en pleine récession pour la plupart.

Notre ambition à travers ce mémoire est d'analyser l'effet des fluctuations de l'aide publique au développement allouée au secteur de la santé, sur les indicateurs OMD du secteur.

La transition sanitaire, définie comme une baisse régulière et importante de la mortalité, a été l'un des phénomènes marquants des dynamiques démographiques. Ce mouvement, commencé dès la seconde partie du 19^{ème} siècle, s'est répandu assez rapidement dans tous les pays du monde.

Le travail s'articule autour de trois chapitres. Le premier chapitre définit le cadre théorique et méthodologique de l'étude tout en faisant le point des études empiriques menées tant au plan national qu'international.

Le second chapitre analyse d'une part le financement du secteur de la santé en rapport avec les indicateurs OMD aux niveaux national et départemental et d'autre part les interventions des Partenaires Techniques et Financiers dans les secteurs sociaux.

Le troisième chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats de l'estimation du modèle ainsi que les implications en termes de politiques socio-économiques.

CHAPITRE 1:

CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.1 Problématique et intérêt de l'étude

Cette section sera d'abord consacrée à la présentation de la problématique avant de déboucher sur l'intérêt que revêt le présent mémoire.

1.1.1 Problématique

Dans la Déclaration du Millénaire adoptée en septembre 2000, les Nations Unies ont défini huit (08) objectifs de développement, nommés « **Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)** », qui visent à améliorer les conditions de vie des populations pauvres et à bâtir un monde meilleur d'ici à 2015.

Ces objectifs, qui vont de la réduction de moitié de l'extrême pauvreté à la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement, en passant par l'éducation primaire universelle et l'arrêt de la propagation du VIH/SIDA, constituent un schéma directeur pour l'avènement d'un monde meilleur.

Partie prenante de cette déclaration, le Bénin s'est résolument engagé dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques conformes aux OMD.

Pour assurer le financement des politiques, programmes et projets à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, les pays riches se sont engagés à travers l'OMD 8 « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement ». Ces pays devront consacrer notamment 0,7 % de leur revenu national brut aux pays en voie de développement.

L'Aide Publique au Développement (APD) devient alors une source de financement essentielle pour l'atteinte des OMD.

En 2006, l'Aide Publique au Développement (APD) pour le Bénin est évaluée à 283,46 millions de \$US dont 37,44% sont allouées aux services sociaux de base (éducation, santé et eau potable). Sur les dix dernières années, l'APD et la proportion de l'APD allouée aux services sociaux sont erratiques (évolution en dents de scie). Toutefois, la proportion de l'APD allouée à ces services atteint toujours au moins 20% de l'APD globale. La proportion moyenne annuelle de l'APD

consacrée aux services sociaux de base, sur la période 1996-2006, est de 28,92%. Cela respecte l'objectif d'au moins 20%¹ prôné par l'UNICEF et soutenu par le PNUD dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, à travers l'accès des pauvres aux services sociaux essentiels.

L'APD dont le Bénin a bénéficié au cours de la période 2000-2006 (523 457 milliers de \$US) est importante ; mais son impact sur le développement humain n'a pas toujours été visible.

En effet, le dernier Rapport Départemental sur les OMD (2^{ème} RD-OMD) a révélé que :

✚ les chances du Bénin pour **"éliminer l'extrême pauvreté et la faim"** (OMD 1) sont compromises car les niveaux des indicateurs de pauvreté témoignent de la dégradation des conditions de vie des populations ;

✚ **"l'éducation primaire pour tous"** (OMD 2) sera atteinte si les tendances qu'affichent les indicateurs de ce secteur se maintenaient ;

✚ la baisse régulière de la mortalité des enfants observée au cours des dix dernières années est encore insuffisante pour mettre le Bénin sur le sentier de l'OMD 4 **"réduire la mortalité infantile "** et lui permettre d'être au rendez-vous de 2015 ;

✚ la mortalité maternelle, bien qu'ayant enregistré une baisse notable, reste encore à un niveau qui ne permet pas de mettre le pays sur le sentier de l'OMD 4 **"améliorer la santé maternelle"** et lui permettre d'être au rendez-vous de 2015 ;

✚ des résultats encourageants sont enregistrés en matière de réduction de la prévalence du paludisme et de stabilisation du taux de prévalence du VIH/SIDA ;

✚ la réduction de moitié d'ici à 2015 du pourcentage de la population n'ayant pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable (cible 10 de l'OMD 7 **"assurer un environnement durable"**) pourrait être une réalité si des mesures sont prises pour améliorer la gestion du programme de "Gestion Intégrée des Ressources en Eau".

¹ Au moins 20% de l'APD doit être consacrée aux secteurs sociaux de base, UNICEF

L'atteinte des OMD est liée à des investissements massifs, ce qui nécessite une conjugaison des efforts des acteurs nationaux et internationaux. Toutefois, la crise financière et économique mondiale laisse présager des difficultés sur la capacité des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à honorer leurs engagements. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de mesurer les effets de l'APD sur l'atteinte des OMD.

Le présent mémoire se propose d'analyser les effets de l'APD consacrée au secteur de la santé sur la réalisation des OMD relatifs à (i) la réduction de la mortalité infantile, (ii) l'amélioration de la santé maternelle et (iii) la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies.

1.1.2 Intérêt de l'étude

Pour assurer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, les Partenaires Techniques et Financiers se sont engagés à travers l'objectif n° 8, à accroître l'APD au développement en direction des pays les moins avancés ayant souscrit aux OMD. Mais, il est apparu au fil des temps que cet engagement est resté comme un vœu pieux. En effet, après un boom constaté dans l'allocation des APD après la Déclaration de New York sur les OMD, le flux d'APD en direction des pays en développement a évolué en dents de scie de 2000 à 2006. Cette situation jette des doutes sur la mobilisation réelle du financement nécessaire pour la réalisation de ces objectifs. La problématique du financement des OMD devient plus compliquée avec la crise financière et économique qui secoue actuellement les économies du monde notamment celles des pays développés qui se sont engagés à travers l'objectif 8.

Le PNUD qui assure la coordination du Système des Nations Unies (SNU) a donc besoin de connaître les effets qu'induirait les fluctuations de l'APD sur l'atteinte des OMD, surtout dans l'un des secteurs vitaux qu'est la santé.

Cette recherche permet de mettre à la disposition du PNUD un outil d'analyse de l'impact de l'APD sur les indicateurs OMD du secteur de la santé. Plus

spécifiquement, l'étude favorisera l'appréciation de l'impact des variations de l'aide sur le niveau des indicateurs.

1.2 Objectifs et hypothèses de base de l'étude

1.2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif global de l'étude est d'analyser les effets de l'APD consacrée au secteur de la santé sur l'atteinte des OMD dans ce secteur.

De façon spécifique, il s'agira de :

- ❖ mettre en exergue les relations entre l'APD et les indicateurs OMD du secteur de la santé ;
- ❖ analyser la contribution de l'APD allouée au secteur de la santé à l'atteinte des résultats du secteur.

1.2.2 Hypothèses de base de l'étude

Sur la base des objectifs ci-dessus définis et à partir des recherches documentaires, deux (02) hypothèses de recherche qui feront l'objet de vérification ont été proposées. Il s'agit de vérifier si :

H1- l'atteinte des résultats dans le secteur de la santé s'explique surtout par les dépenses d'investissement dans ce secteur et dans une moindre mesure aux dépenses d'investissement dans les autres secteurs sociaux ;

H2- l'APD contribue fortement à la réalisation des OMD dans le secteur de la santé.

1.3 Revue de littérature et méthodologie de recherche

1.3.1 Revue de littérature

1.3.1.1 Définition des concepts

a) Définition de l'APD

L'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) définit l'Aide Publique au Développement (APD) comme le montant net des dons et prêts accordés par des organismes publics aux pays ou aux territoires figurant sur la liste des bénéficiaires du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE, à des conditions favorables. En d'autres termes, l'APD est définie comme les dons ou les prêts dits « très concessionnels² » de façon à ce qu'ils contiennent un élément de libéralité (« élément-don ») au moins égal à 25 %. L'élément-don mesure la subvention indirectement comprise dans un tel prêt, calculée de façon arbitraire comme la différence entre la valeur nominale du prêt et la valeur actualisée des remboursements (capital et intérêt) futurs, au taux d'actualisation de 10 %.

Outre les apports financiers, l'aide englobe aussi la coopération technique. A noter que les dons, prêts et crédits consentis pour des motifs militaires ne sont pas pris en compte.

L'aide publique au développement peut être soit bilatérale directe ou indirecte, soit multilatérale. Elle est bilatérale directe lorsqu'il s'agit d'un accord de développement entre deux Etats souverains. L'aide est bilatérale indirecte lorsqu'il s'agit d'une coopération menée par un Etat par l'intermédiaire d'acteurs non officiels, dont les Organisations Non Gouvernementales (ONG). A ce niveau, on retrouve également la coopération interuniversitaire, l'aide d'urgence, etc. Par contre, l'aide est multilatérale lorsqu'il s'agit d'un accord de développement entre les bailleurs de fonds (institutions internationales) et un Etat souverain.

On mesure en général l'aide publique au développement à partir des statistiques élaborées par le Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE. Ce

² Prêts consentis à un taux beaucoup plus faible que celui du marché

Comité regroupe la Commission européenne et 22 pays³ de l'OCDE, 6 pays ayant par ailleurs le statut d'observateurs au CAD : Corée, Hongrie, Mexique, Pologne, République tchèque, Turquie. La mesure la plus souvent utilisée concerne l'APD nette qui représente l'ensemble des flux d'APD versés moins l'amortissement sur l'encours des prêts antérieurs au titre de l'APD.

Cette mesure n'est guère satisfaisante pour plusieurs raisons. En effet, elle traite de la même façon les prêts et les dons. Or, puisque les prêts appellent un remboursement, le coût budgétaire actualisé pour le pays donateur est inférieur au montant du prêt déboursé. Un prêt représente donc un montant d'APD inférieur à sa valeur nominale. En fait, un prêt concessionnel s'interprète comme la combinaison d'un prêt au taux du marché et d'une subvention qui réduit la charge du service de la dette. Il serait donc beaucoup plus logique de calculer l'APD en ajoutant aux dons les éléments-dons des prêts consentis par les pays donateurs (qu'ils rentrent ou non dans la classification de l'APD retenue par le CAD). Encore, faudrait-il, et c'est une deuxième limite, calculer cet élément-don de façon plus fine en prenant un taux d'actualisation arbitraire de 10 % quelles que soient les conditions du marché, la devise du libellé du prêt, la maturité de ce prêt, le risque que représente l'emprunteur, etc. Les statistiques du CAD fournissent donc une référence utile, mais leur contenu économique ou financier se prête difficilement à une interprétation rigoureuse, et elles ne capturent que très imparfaitement ce que l'on voudrait mesurer, à savoir le véritable effort consenti par les pays donateurs au profit des bénéficiaires de l'aide.

Dans leur étude très critique du concept d'APD ainsi défini, Chang et al. (1998) recalculent l'aide en mesurant de façon plus rigoureuse le vrai coût pour les donateurs. Leurs estimations aggravent encore le mouvement de baisse enregistré par les statistiques du CAD, car leur calcul montre que l'APD mesurée par le CAD surestime ce coût d'une façon systématique. En outre, cette surévaluation de l'effort d'aide s'est amplifiée au milieu des années 1980. L'effort est d'autant plus surestimé que le donateur consent des prêts de préférence aux dons. Dans les années 1990, le recours accru aux subventions a en revanche atténué cette

³ Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Corée, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie ; Islande, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Slovaque, République Tchèque, Royaume Uni, Suède, Suisse, Turquie.....

surévaluation de l'effort d'aide. Ex post, les réductions de dette, accroissant l'élément-don effectif des prêts initiaux, limitent également l'écart.

Il y aurait beaucoup à gagner à mesurer l'APD de façon plus méthodique et rigoureuse par l'effort réel consenti par les donateurs. Une telle approche permettrait d'ailleurs une importante diversification des instruments. Par exemple, à l'heure actuelle, les garanties consenties par des pays industrialisés en appui à des financements à long terme en monnaie locale ne comptent pas comme APD. Il s'agit pourtant d'instruments très importants pour faciliter l'implantation d'entreprises dans les pays en voie de développement, ou pour éviter que ces derniers n'aient trop recours à l'endettement en devises.

b) Définition des OMD

Depuis plus d'un demi-siècle, la communauté internationale cherche à éradiquer l'extrême pauvreté ; mais les résultats sont toujours mitigés. La communauté internationale s'est rendue compte que l'objectif d'éradication de l'extrême pauvreté ne peut être possible qu'avec la réalisation de certains objectifs. Pour engager le 21^{ème} siècle sur de bonnes bases, les États membres des Nations Unies ont adopté en Septembre 2000 les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ; qui sont un ensemble de huit objectifs ciblés quantitativement, à atteindre d'ici l'horizon 2015 dans les pays en voie de développement.

Le Bénin, à l'instar de ses pairs de la communauté internationale, a souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces objectifs déclinés en indicateurs se présentent comme suit :

Tableau n° 1 : Cibles et indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement	
OBJECTIFS ET CIBLES	INDICATEURS
Objectif 1. Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	
Cible 1 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour ; Indice d'écart de la pauvreté (incidence de la pauvreté x degré de pauvreté) ; Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale.
Cible 2 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale ; Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique.
Objectif 2. Assurer une éducation primaire pour tous	
Cible 3 : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	Taux net de scolarisation dans le primaire ; Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la sixième année ; Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans.
Objectif 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	Rapport filles/garçons dans les enseignements primaire, secondaire et supérieur ; Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes ; Pourcentage de femmes salariées dans le secteur non agricole ; Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national.
Objectif 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; Taux de mortalité infantile ; Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole.
Objectif 5. Améliorer la santé maternelle	
Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle ; Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.
Objectif 6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans ; Taux d'utilisation de la contraception ; Nombre d'enfants orphelins du sida.

<p>Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle</p>	<p>Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie ; Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme ; Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie ; Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe.</p>
<p>Objectif 7. Assurer un environnement durable</p>	
<p>Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales</p>	<p>Proportion de zones forestières ; Superficie des terres protégées pour préserver la biodiversité ; PIB par unité d'énergie consommée (rendement énergétique) ; Émissions de dioxyde de carbone (par habitant) ; NB : À ces indicateurs s'ajoutent d'autres concernant la pollution atmosphérique mondiale, l'appauvrissement de la couche d'ozone et l'accumulation de gaz favorisant le réchauffement de la planète.</p>
<p>Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre</p>	<p>Proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable.</p>
<p>Cible 11 : Réussir, d'ici à 2015, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis</p>	<p>Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement ; Proportion de la population ayant accès à la sécurité d'occupation des logements ; NB : La ventilation urbaine/rurale de plusieurs des indicateurs ci-dessus pourra être utile au suivi de l'amélioration de la situation des habitants de taudis.</p>
<p>Objectif 8 . Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</p>	
	<p>Certains des indicateurs ci-après sont évalués séparément dans les cas des Pays les Moins Avancés (PMA) de l'Afrique, des pays sans littoral et des petits États insulaires en développement.</p>

<p>Cible 12 : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles prévisibles et non discriminatoires⁴.</p>	
<p>Cible 13 : S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés⁵</p>	<p>Aide Publique au Développement (APD) APD nette, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs (cibles : 0,7 % au total et 0,15 % pour les PMA) ; Proportion de l'APD consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement) ; Proportion de l'APD qui est déliée ; Proportion de l'APD consacrée à l'environnement dans les petits États insulaires en développement ; Proportion de l'APD consacrée au secteur des transports dans les pays sans littoral.</p> <p>Accès au marché Proportion des exportations (en valeur et à l'exclusion des armes) admises en franchise de droits de douane et hors contingents ; Taux moyen de droits de douane et contingents appliqués aux produits agricoles, textiles et vêtements ; Subventions agricoles nationales et à l'exportation dans les pays de l'OCDE ; Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales.</p>
<p>Cible 14 : Répondre aux besoins particuliers des petits États insulaires en développement⁶</p>	<p>Viabilité de la dette Proportion de la dette publique bilatérale des PPTE qui a été annulée ; Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services ; Proportion de l'APD fournie au titre de l'allègement de la dette ; Nombre de pays ayant atteint les points de décision et d'achèvement de l'Initiative PPTE.</p>

⁴ Cette cible suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux national et international.

⁵ La réalisation de cette cible suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés ; l'application du programme renforcé d'allègement de la dette des PPTE et l'annulation des dettes publiques bilatérales et l'octroi d'une APD plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté.

⁶ En exécutant le Programme d'actions pour le développement durable des petits États insulaires en développement et les conclusions de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale.

Cible 15 : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme	
Cible 16 : En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et productif	Taux de chômage des 15 à 24 ans
Cible 17 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable.
Cible 18 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	Nombre de lignes téléphoniques pour 1 000 habitants ; Nombre de micro-ordinateurs pour 1 000 habitants.

1.3.1.2 Fondements de l'efficacité de l'Aide

La littérature entourant l'aide au développement est florissante. Ceci est principalement dû au fait que les études économétriques sur le sujet ont démontré certains faits impressionnants.

Les mutations de l'environnement politique, marqué par la fin de la guerre froide, avaient transformé les fondements politiques de l'aide bilatérale, longtemps conçue comme un instrument de promotion des intérêts politiques et géostratégiques des pays donateurs. Parallèlement, les fondements économiques et les justifications de l'aide au développement étaient attaqués, avec la publication, à la fin des années 80 et au début des années 90, d'études très critiques, soulignant son manque d'efficacité macro-économique (Mosley et al., 1987, 1992 ; Boone, 1996), ses effets potentiellement pervers sur l'environnement incitatif des acteurs économiques des pays en développement (Bauer, 1993 ; Berg, 1993 ; Thiel, 1996), les coûts sociaux et humains des ajustements structurels (Cornia et al., 1987) et l'échec des conditionnalités (Patrick Guillaumont et Sylviane Guillaumont Jeanneney, 1995 ; Berg, 1997 ; Collier, 1997 ; Collier et al., 1997).

a) Efficacité de l'aide en matière de croissance : le rôle des politiques économiques

Depuis les années 1990, l'inefficacité de l'aide était souvent évoquée pour justifier le déclin non négligeable de l'aide publique au développement (Sylviane Guillaumont Jeanneney et Patrick Guillaumont 1993). Cette remise en cause des fondements de l'aide, associée à la crise économique et aux contraintes budgétaires fortes pesant sur de nombreux pays donateurs ont entraîné à partir de 1992 une chute brutale des flux d'aide en direction des pays en développement. C'est dans cette conjoncture défavorable à l'aide internationale qu'ont été publiés les travaux de Burnside et Dollar (1997, 2000).

Avec la reprise de l'aide dans les années suivantes, la question de recherche de l'efficacité de l'aide au développement sera au centre des réflexions de la communauté internationale, ainsi que sur la réforme de la coopération internationale pour le développement.

Pour répondre à cette préoccupation de l'efficacité de l'aide, plusieurs auteurs : Burnside et Dollar (1997 ; 2000), Collier et Dollar (2001 ; 2002), Chauvet et Guillaumont (2004), Dalgaard, Hansen et Tarp (2004), Easterly, Levine et Roodman (2004) et autres, se sont lancés dans un débat aussi complémentaire que contradictoire tant au niveau institutionnel qu'au niveau académique. Ce débat a eu pour origine, la thèse de Burnside et Dollar (1997-2000) ; ces derniers sur la base des travaux économétriques tirent une conclusion, selon laquelle l'efficacité de l'aide au développement est fonction de la qualité de la politique économique et institutionnelle du pays bénéficiaire et que son impact marginal décroît quand le volume d'aide augmente. Ces travaux ouvrent ainsi la voie au principe de sélectivité des pays bénéficiaires sur la base de ce critère de performance. Poursuivant dans cette direction, Collier et Dollar (2001, 2002) proposent un modèle d'allocation optimale de l'aide, dans lequel la réduction de la pauvreté serait accrue si l'aide privilégie les pays très pauvres ayant des politiques économiques et des institutions de qualité.

Les analyses de Burnside-Collier-Dollar, relayées par la Banque Mondiale et dont certains bailleurs bilatéraux se sont inspirés pour réformer leurs politiques

d'aide, ont fait l'objet de plusieurs critiques, certaines portant sur leurs faiblesses méthodologiques et d'autres sur les arguments avancés par leurs auteurs. Mais les remises en cause essentielles de ces études sont celles ayant trait aux déterminants alternatifs de l'efficacité de l'aide, qui affaiblissent les fondements même d'une allocation reflétant les performances économiques et institutionnelles.

Ainsi, Boone (1996) et Svensson (2000) ont démontré que l'APD n'a pas eu d'impact significatif sur la croissance des pays bénéficiaires. De plus, ce courant d'analyse estime que l'aide serait majoritairement consommée plutôt qu'investie. Pour sa part, Easterly (2003) estime que la corruption ainsi que la mauvaise gouvernance représentent les principaux facteurs de l'inefficacité de l'aide.

La littérature ne dénonce pas les mêmes sources d'insuccès pour l'aide bilatérale que pour l'aide multilatérale; toutes deux éléments de l'APD. Notamment, les recherches entourant l'aide bilatérale se sont questionnées sur les réelles motivations des pays donateurs. C'est ainsi qu'Alesina et Dollar (2000) et Schraeder (1998) démontrent que le déterminant principal serait l'intérêt du donateur, et non pas celui du bénéficiaire. Autrement dit, les pays donateurs offrent de l'aide bilatérale par souci tactique et cela, bien avant de prendre en compte des considérations comme la démocratie, l'ouverture économique ou la bonne gouvernance. Ce procédé est davantage un investissement stratégique que de l'APD. En somme, ce type d'aide semble incapable de jouer le rôle de générateur de richesse et de réducteur de pauvreté pour les plus démunis, car il s'intéresse peu aux besoins réels des pays bénéficiaires.

L'hypothèse de rendements marginaux décroissants de l'aide a plusieurs justifications théoriques :

i. l'impact économique de l'aide peut dépendre de la capacité d'absorption des pays bénéficiaires ;

ii. l'aide peut avoir une influence négative sur la compétitivité du pays bénéficiaire (syndrome hollandais) ;

iii. l'aide peut saper les sources alternatives de financement des dépenses publiques ;

iv. le risque de corruption peut être plus important pour des montants élevés d'aide, etc.

Cette dernière hypothèse, quelle qu'en soit la justification théorique, se traduit par le fait que des montants d'aide trop élevés sont relativement moins productifs que des montants plus faibles : passé un certain niveau d'aide, un dollar supplémentaire d'aide reçue est relativement moins productif.

Malgré l'absence de consensus, le paradigme dominant selon lequel l'aide doit être allouée prioritairement aux pays pauvres et performants a progressivement imposé un modèle de « bonnes pratiques » parmi les pays donateurs. Se sont alors développés des indicateurs évaluant dans quelle mesure les donateurs se conforment à ces pratiques.

En effet, l'efficacité de l'aide pourrait dépendre d'autres facteurs tels que la vulnérabilité aux chocs externes ou les situations de conflit et de post-conflit (instabilité socio-politique). De plus, une allocation fondée sur les performances économiques et institutionnelles soulève la question des États fragiles (victimes de pandémies, de terrorisme etc.), ces pays qui ne remplissent pas les conditions d'attribution de l'aide et qui sont pourtant parmi les moins avancés. Les méthodes d'intervention dans ces pays se sont retrouvées au centre d'une réflexion.

❖ **Vulnérabilité aux chocs externes : un rôle compensateur pour l'aide ?**

La vulnérabilité des pays en développement présente trois dimensions (Hansen, 2000) : l'ampleur potentielle des chocs qu'ils subissent, leur exposition aux chocs et leur capacité à réagir à ces chocs (ou résilience). Les principales sources de vulnérabilité des pays les plus pauvres sont les chocs climatiques, naturels et commerciaux. Le taux d'ouverture et la taille de la population reflétant quant à eux le degré d'exposition aux chocs (Guillaumont, 1999, 2001). La vulnérabilité des pays en développement est susceptible d'affecter négativement

leur croissance à la fois directement et à travers leur influence sur la qualité des politiques économiques. Or, si l'aide permet de protéger le processus de croissance économique des chocs externes, alors elle sera plus efficace dans les pays vulnérables aux chocs extérieurs (Guillaumont et Chauvet 1999, 2001).

❖ Instabilité socio-politique, conflits et croissance

L'influence négative de l'instabilité socio-politique des pays en développement sur leur croissance fait l'objet d'un large consensus au niveau des différents acteurs. En effet, en engendrant un environnement incertain peu favorable aux investissements, l'instabilité socio-politique freine la croissance. Certains auteurs se sont intéressés à une notion globale d'instabilité socio-politique et tiennent compte des multiples dimensions des phénomènes politiques : manifestations, émeutes, grèves, assassinats politiques, attaques armées, exécutions politiques, coups d'État⁷. D'autres auteurs au contraire se sont penchés sur la notion de risque politique, saisi par la probabilité que surviennent des troubles socio-politiques⁸.

Enfin, certains ont examiné des notions plus spécifiques d'instabilité politique, le plus souvent liées à l'exécutif⁹. Quelles que soient la forme et la nature des instabilités considérées, leur influence sur la croissance ou l'investissement apparaît fortement négative dans les travaux économétriques.

❖ Fragilité des États : comment la prendre en compte ?

Une allocation de l'aide fondée sur les performances économiques des pays en développement soulève la question de la stratégie à adopter dans le cas des pays pauvres peu performants, aussi appelés États fragiles. En effet, exclure ces pays du système d'aide internationale s'accompagne d'un risque d'aggravation des

⁷ Alesina et Perotti (1996), Guillaumont *et al.* (1999).

⁸ Azam *et al.* (1996) estiment la probabilité que des troubles socio-politiques surviennent en fonction des dépenses militaires et de santé, des taux de scolarisation et de variables régionales. Ensuite introduite dans une équation de croissance, cette probabilité a un effet significativement négatif.

⁹ Fosu (1992) et de Haan et Siermann (1996) mettent en évidence un effet significativement négatif des coups d'État et des changements de gouvernement sur la croissance en Afrique. de Haan et Siermann (1996) soulignent toutefois que cet effet n'est pas significatif dans le cas de l'Amérique latine et de l'Asie. Alesina et Perotti (1996) estiment la probabilité de changements de l'exécutif et montrent qu'elle influence négativement la croissance.

problèmes de pauvreté, mais également d'un risque d'effondrement de la structure étatique de ces pays qui auraient des implications internes désastreuses, mais aussi des conséquences régionales voire mondiales.

Si aujourd'hui on parle couramment d'États fragiles, les appellations ont évolué et varient d'une institution à l'autre. Ainsi, le terme consensuel d'État « fragile » est apparu après ceux d'État « défaillant » (Failing ou Failed State) ou « effondré » (Collapsed State), qui suggèrent un échec profond des institutions étatiques. De même, l'OCDE fait référence aux « partenariats difficiles » soulignant ainsi les difficultés que rencontrent les agences d'aide bilatérales et multilatérales à intervenir dans ces pays. Enfin, la Banque mondiale parle de pays « LICUS » (Low Income Countries Under Stress), les pays pauvres peu performants.

Ces différentes appellations recouvrent en fait différentes notions de « fragilité ». Moreno Torres et Anderson (2004) ont procédé à une classification des approches retenues par différents acteurs du développement pour définir les États fragiles. Ils distinguent trois grandes catégories :

(i) les États fragiles, défaillants et en crise : l'appartenance des pays à cette catégorie repose sur les capacités de l'État à fournir les services de base et à assurer la sécurité des populations. Selon Moreno Torres et Anderson (2004), cette approche est adoptée entre autres par l'USAID ou encore le Conseil européen ;

(ii) les pays peu performants : cette catégorie repose sur l'évaluation des performances des pays en fonction de certains « *outcomes* », tout en tenant compte de la qualité de la *gouvernance* et des choix de politiques économiques. Cette approche des États fragiles est celle de la Banque mondiale, de l'agence d'aide australienne (AUSAID) et du PNUD ;

(iii) les partenariats difficiles : cette approche de la fragilité fait référence aux difficultés rencontrées par les bailleurs de fonds dans leurs relations avec des pays bénéficiaires dont les objectifs en matière de développement divergent de ceux de la communauté internationale et dont les capacités institutionnelles nécessaires à la mise en place des politiques sont faibles. Le

Comité d'Aide au Développement de l'OCDE a développé cette approche, également adoptée par la Commission Européenne.

L'abandon des États fragiles à leur sort a un coût considérable, qui constitue une justification économique à des modes d'intervention adaptés à leur problématique. Ce coût est lié à la fois au coût interne de la fragilité de l'État pour les populations qui la subissent, mais également aux importantes externalités négatives des États fragiles pour leurs voisins (Chauvet et Collier, 2005 ; Chauvet et al. 2006).

Une hypothèse essentielle au modèle d'allocation fondée sur les performances est que l'aide n'a pas d'effet sur la qualité des institutions et des politiques économiques. La remise en cause de cette hypothèse est au cœur des travaux de Chauvet et Collier sur les États fragiles. Selon ces auteurs, dans le contexte particulièrement difficile de ces États, l'aide contribue à la mise en œuvre de réformes permettant d'améliorer la qualité des institutions et des politiques économiques. Mais, pour être efficace, l'aide aux États fragiles doit suivre des modes d'intervention différents de ceux qui s'appliquent aux situations traditionnelles.

Chauvet et Collier identifient un ensemble de contraintes pesant sur les réformes : l'absence de volonté politique de la part des élites pour mettre en œuvre les réformes, la structure des pouvoirs (démocratique ou non), un risque d'erreur dans les choix de stratégie de développement ou encore la faiblesse de la capacité institutionnelle ou même parfois l'incapacité des services publics à mettre en œuvre les réformes.

Grâce à des estimations économétriques, ils ont pu identifier les contraintes les plus importantes dans les États fragiles. Le rôle des élites au pouvoir et la faiblesse de la capacité institutionnelle seraient les deux grands motifs d'absence de changement dans les États fragiles.

Les différentes formes d'aide (aide financière et assistance technique) sont censées avoir un impact différent sur les contraintes. L'analyse économétrique de cette question suggère que l'assistance technique influencerait la capacité du

secteur public à mettre en œuvre la réforme, tandis que l'aide financière influencerait plutôt la volonté des élites. En tout début de réforme, l'aide financière décourage l'élite à continuer la réforme entreprise. En revanche, l'assistance technique en début de réforme augmente très fortement les chances de réforme substantielle. Après quelques années de réforme, l'aide financière devient favorable au processus, tandis que l'assistance technique perd son influence.

Au-delà de la synchronisation du versement de l'aide avec le processus de réforme et avec le choix de l'instrument (assistance technique, etc.), Chauvet et al. (2006) se sont également intéressés à la marge de manœuvre des bailleurs de fonds dans la mise en œuvre des projets d'aide. Les auteurs mettent en évidence que l'effort de supervision a une influence positive, influence qui est relativement plus importante dans les États fragiles (ou partenariats difficiles) que dans les autres pays en développement. Leur analyse plaide donc pour un effort accru de supervision dans ces pays.

b) Efficacité de l'aide à réduire la pauvreté : le rôle d'une allocation fondée sur les performances

Depuis les années 1960, le débat sur l'efficacité macro-économique de l'aide s'est essentiellement focalisé sur son impact sur la croissance économique. Bien sûr, les analyses de l'effet de l'aide sur la croissance ont connu des évolutions du cadre conceptuel, des méthodes économétriques et, plus généralement, des questions politiques posées à la communauté internationale. Toutefois, depuis le début des années 1990, l'aide publique s'est progressivement recentrée sur l'objectif de réduction de la pauvreté, évolution concrétisée par l'engagement de 189 pays aux Nations unies à réduire de moitié la pauvreté dans le monde d'ici à 2015. Ainsi, dans la perspective de la réalisation des OMD, l'analyse de Collier et Dollar (2001, 2002) pose la question suivante : en fonction de quels critères les pays donateurs doivent-ils allouer leur aide s'ils veulent avoir un effet maximum sur la réduction de la pauvreté ?

En se fondant sur les conclusions de l'analyse de Burnside et Dollar, ils défendent alors l'idée selon laquelle la réduction de la pauvreté serait maximisée

par une allocation fondée sur les performances économiques et la qualité des institutions des pays bénéficiaires. En ce sens, l'analyse de Collier et Dollar explore les implications pour l'allocation d'aide des conclusions de l'étude de Burnside et Dollar, selon laquelle l'aide est plus efficace dans un bon environnement de politique économique.

Collier et Dollar développent un modèle d'allocation d'aide dont l'objectif est de maximiser la réduction de la pauvreté. Leur modèle se fonde sur deux idées : (i) l'aide a un effet positif sur la croissance dans les pays ayant mis en place de bonnes politiques économiques (Burnside et Dollar, 1997, 2000) ; et (ii) la croissance entraîne une réduction de la pauvreté (Ravallion et Chen, 1997 ; Dollar et Kraay, 2000). Le cœur de leur analyse réside dans l'idée suivante : « pour maximiser la réduction de la pauvreté, l'aide devrait être allouée aux pays ayant de graves problèmes de pauvreté et de bonnes politiques économiques ». Ainsi, à niveaux de pauvreté équivalents, c'est dans les pays où l'aide est le plus efficace qu'elle doit être prioritairement allouée.

Ils analysent ensuite l'allocation optimale de l'aide dans la perspective spécifique des OMD, visant à réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015. Les conclusions révèlent que ces objectifs ont de bonnes chances d'être atteints, mais de façon inégale géographiquement, la pauvreté ne diminuant que très peu en Afrique. Ils estiment que des réformes de politique économique associées à une allocation plus efficace de l'aide permettraient toutefois de réduire la pauvreté dans toutes les régions du monde.

Malgré les résultats très intéressants de l'analyse de Collier et Dollar, celle-ci n'est pas sans soulever un certain nombre de questions. Ainsi, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, elle repose sur des hypothèses fortes (Guillaumont, 2000) : (i) l'efficacité de l'aide en termes de croissance est plus importante dans les pays ayant mis en place des politiques économiques saines, (ii) l'aide a des rendements marginaux décroissants, et (iii) l'effet de l'aide sur la réduction de la pauvreté passe par la croissance.

Une vaste littérature a émergé à la suite des travaux de Burnside et Dollar, cherchant à identifier les différentes conditions dans lesquelles l'aide est efficace.

L'allocation optimale proposée par Collier et Dollar reflète à la fois les niveaux de pauvreté et la qualité des politiques économiques des pays bénéficiaires de l'aide. Conditionner l'efficacité de l'aide par des caractéristiques autres que les politiques économiques aboutirait bien sûr à une règle d'allocation différente. Certains auteurs se sont penchés sur les problèmes de capacité d'absorption de l'aide (liés à ses rendements marginaux décroissants), d'autres sur la question des chocs externes subis par les pays en développement, d'autres encore sur celle des conflits civils dont souffrent nombre d'entre eux.

L'hypothèse selon laquelle l'effet de l'aide sur la pauvreté passerait par la croissance appelle plusieurs critiques. La première porte sur la relation croissance-pauvreté. En effet, il semble émerger un relatif consensus concernant l'influence positive de la croissance sur la réduction de la pauvreté. Mais la dimension plus ou moins pro pauvres de la croissance n'est pas établie.

En outre, l'analyse de Collier et Dollar fait l'hypothèse que l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance ne dépend pas de l'aide elle-même et que l'aide n'a pas d'effet direct sur la pauvreté. En d'autres termes, l'aide est neutre en termes de distribution des revenus. Or, il peut sembler paradoxal de chercher à réduire la pauvreté en allouant l'aide sur la base d'une méthode retenant l'hypothèse que l'aide n'a pas d'effet propre sur la distribution des revenus et sur la pauvreté autre que celui qui passe par la croissance des revenus. Ce point est souligné par Guillaumont (1999, 2000).

c) Efficacité de l'aide sur le développement humain

Certaines études ont montré l'influence positive de l'aide sur l'amélioration des résultats sanitaires dans les pays en développement. Elle est souvent créditée de sauver des vies en fournissant des vaccins, en éradiquant les maladies mortelles et en améliorant les services de santé. Cette opinion provient en partie du succès des interventions à grande échelle de santé financées avec l'aide.

En dépit de la littérature empirique abondante sur les effets de l'aide sur la croissance économique, il existe très peu de travaux qui se sont consacrés aux

effets de l'aide sur la situation sanitaire des pays et plus particulièrement les effets de l'aide consacrée au secteur de la santé sur les performances dudit secteur. Cela est surprenant, compte tenu de l'attention récente consacrée à la promotion de la santé dans le développement des pays. L'adoption des OMD a marqué une nette évolution dans l'orientation des bailleurs de fonds à prioriser les aides vers des objectifs de réduction de la pauvreté.

Un certain nombre d'études ont mis en évidence un effet direct de l'aide sur des indicateurs de développement humain, ou encore un effet indirect qui passe par d'autres canaux que celui de la croissance. Ainsi par exemple, Burnside et Dollar (1998) ont analysé l'effet de l'aide sur la baisse de la mortalité infantile, un indicateur de bien-être des populations très fortement corrélé aux niveaux de pauvreté. Leur étude économétrique suggère que dans un bon environnement de politiques économiques, l'aide permet de réduire la mortalité infantile¹⁰. Gomanee et al. (2003) ont mis en évidence une influence positive de l'aide sur l'indicateur de développement humain et sur la réduction de la mortalité infantile, effet qui passe par le financement de dépenses publiques favorables aux plus pauvres. Mais des nuances sont apportées par (Cutler, et. al., 2006, Acemoglu et Johnson) qui ont montré des améliorations remarquables en matière de santé dans de nombreux pays ayant enregistré très peu ou pas de performances économiques, montrant de ce fait que la croissance économique joue un rôle limité dans l'explication des résultats de santé.

Les travaux de Masud et Yontcheva (2005) se sont intéressés à l'efficacité de l'APD, mais plus particulièrement à celle distribuée par les ONG durant la dernière décennie. A travers une étude économétrique, ils comparent l'efficacité de l'aide octroyée bilatéralement par les pays de l'Union européenne à celle allouée par les ONG européennes. Leurs résultats démontrent que l'aide provenant des ONG a un impact significatif sur la réduction de la mortalité infantile, contrairement à l'aide bilatérale. Ensuite, pour ces deux sources d'aide, l'impact est peu significatif au niveau de l'alphabétisation.

¹⁰ Toutefois, l'analyse de Hudson et Mosley (2001) suggère au contraire que la contribution marginale de l'aide à la réduction de la mortalité infantile est plus importante dans un mauvais environnement de politiques économiques.

Il faut toutefois rappeler que des résultats sensiblement différents ont été mis en évidence par Mosley et al. (1987) et Boone (1996), dont les analyses économétriques suggèrent l'absence d'effet de l'aide sur la mortalité infantile. Kosack (2003) souligne que l'aide n'a un effet sur l'indicateur de développement humain que dans les régimes démocratiques. Plus récemment encore, Fielding et al. (2006) ont mis en évidence l'influence positive de l'aide sur des variables liées aux OMD (accès à l'eau, éducation, etc.). Toutefois, cette influence globalement positive de l'aide se révèle assez peu favorable aux plus pauvres, puisque le sous-groupe des personnes les plus pauvres ne semble pas être le principal bénéficiaire des flux d'aide.

Mais avec le changement des préoccupations de la communauté internationale liées à la mobilisation autour des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), plusieurs travaux ont récemment mis en évidence que ces objectifs ne pourraient être atteints en 2015 sans la mise à disposition de ressources externes additionnelles permettant aux pays les moins avancés d'échapper à la trappe à pauvreté. Ils s'accordent pour considérer qu'un doublement de l'aide est nécessaire. Par exemple, Sachs (2005) plaide pour un accroissement massif de l'aide pour aider les pays à atteindre le développement pour le Millénaire (OMD).

Étant donné les résultats globalement concluants de l'efficacité de l'aide sur les programmes de santé publique, le rôle limité de la croissance économique dans l'explication des améliorations des indicateurs de santé et le débat sur l'efficacité économique de l'aide, il est important de comprendre la relation entre l'aide et les résultats sanitaires.

Les questions liées à la réallocation des flux ont dès lors été délaissées au profit de celles liées à la mobilisation de ressources et aux implications d'un doublement des flux d'aide. La perspective de ce doublement a fait resurgir deux problématiques anciennes liées à l'efficacité de l'aide à savoir la volatilité des flux et les limites à la capacité d'absorption.

d) Augmentation de l'aide et syndrome hollandais : un risque réel ?

Une appréciation du taux de change réel (handicapant le secteur des exportations) liée à une augmentation rapide des flux d'aide sous forme de devises, a été identifiée dans la littérature comme une contrainte majeure à la capacité d'absorption (Arellano et *al.*, 2005 ; Heller, 2005 ; Gupta et *al.*, 2006 ; Rajan et Subramanian, 2005 ; Banque mondiale, 2005 ; Adam et Bevan, 2004 ; Adam, 2005 ; Bevan, 2005 ; Gunning, 2005). Ces travaux décrivent le phénomène bien connu de syndrome hollandais : en provoquant une appréciation du Taux de Change Réel (TCR), l'afflux massif d'aide entraîne une baisse de la compétitivité du secteur des biens échangeables. Ce phénomène se produit à travers une appréciation du prix domestique des biens non échangeables dans le cadre d'un régime à taux de change fixe ou à travers une appréciation du taux de change nominal dans le cadre d'un régime à taux de change flottant.

Même si les arguments théoriques sont clairement établis, les évidences empiriques corroborant l'apparition de ce syndrome en présence d'aide restent plus mitigées (Guillaumont et *al.*, 2006 ; Berg et *al.*, 2005). Gupta et *al.* (2006) passent en revue un échantillon de travaux économétriques mettant en évidence des résultats contradictoires : certains trouvent une relation positive entre l'aide et le taux de change réel (Younger, 1992 dans le cas du Ghana et Kasekende et Atingi-Ego, 1999 dans le cas de l'Ouganda), alors que d'autres trouvent un lien négatif (Nyoni, 1998 ; Sackey, 2002). Même les travaux du FMI (Rajan et Subramanian, 2005) ne testent pas formellement l'hypothèse d'un impact de l'aide sur l'évolution du TCR. Ils mettent uniquement en évidence un impact négatif de l'aide sur la part des industries du secteur échangeable et à forte intensité de capital humain, et ne font que suggérer l'idée que cet impact négatif est dû à une appréciation du TCR.

Selon Collier (2006), même si l'impact d'une augmentation des flux d'aide ne peut être totalement assimilé à celui d'un boom pétrolier, les risques de syndrome hollandais nécessitent de réformer radicalement les modalités de cette aide.

e) Les contraintes institutionnelles pesant sur la capacité d'absorption

La transparence et l'efficacité du système budgétaire, la structure des dépenses publiques, les mécanismes permettant de définir les priorités politiques, ainsi que le système de redevabilité permettant de responsabiliser un gouvernement sont autant de facteurs politiques et institutionnels influençant la capacité d'un État à mettre en œuvre une stratégie de développement efficiente. Or, de nombreux pays ne disposent pas de telles capacités institutionnelles permettant d'absorber des niveaux élevés d'aide, sans accroître les risques de détournements et de corruption. Quelles que soient les modalités de mise en œuvre des programmes dans le cadre d'un doublement de l'aide (projet ou appui budgétaire), la fongibilité des ressources invite les bailleurs de fonds à porter une attention globale sur les politiques publiques et les moyens de les mettre en œuvre, notamment à travers le budget de l'État.

Au-delà des arbitrages budgétaires, la qualité des procédures d'exécution et de contrôle des dépenses publiques (y compris le système de passation des marchés publics) est capitale pour contribuer à une absorption efficiente des ressources dont dispose une administration. La qualité de la chaîne de la dépense publique et les systèmes de contrôle ont une influence décisive à travers deux canaux : le rythme d'exécution des dépenses (bénéficiaire plus rapidement des effets de la dépense) et le caractère raisonnable du prix des achats publics au regard des prestations fournies (surfacturation, agents fantômes...). Les pertes budgétaires liées à une chaîne de la dépense déficiente sont mal chiffrées, mais il n'est pas impossible de penser, que dans certains cas, elles dépassent le volume de l'aide octroyée ou de l'endettement annuel de certains pays (Amprou et Cottet, 2007).

Les bailleurs de fonds ont développé plusieurs instruments permettant d'effectuer des diagnostics en matière de politique de dépenses comme de gestion des finances publiques. Récemment, un nouveau cadre de mesure de la performance des systèmes de gestion des finances publiques, le *Public Expenditure and Financial Accountability* (PEFA), a été développé par plusieurs bailleurs de fonds, dont la France. Il doit aboutir à (i) une plus grande coordination des partenaires, (ii) un dialogue soutenu entre les bailleurs et les pays bénéficiaires d'aide, et (iii) une plus grande latitude laissée aux administrations nationales pour

définir et mettre en œuvre les réformes permettant un système durable de gestion des finances publiques fiable, transparent et efficace.

1.3.2 Méthodologie de recherche

1.3.2.1 Recherche documentaire

La recherche documentaire a consisté à :

- collecter et regrouper les données empiriques sur l'APD, le Budget National, les dépenses de consommation des ménages, les indicateurs OMD santé, les comptes nationaux et les projections démographiques ;
- réunir toute la littérature théorique et empirique sur la modélisation de l'APD.

Les principales sources ci-après ont été identifiées et exploitées:

✚ l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), pour les données relatives aux comptes nationaux, aux recensements de la population, à l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages (EMICoV) et aux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ;

✚ la Direction Générale des Investissements et du Financement du Développement (DGIFD) pour les données relatives à l'Aide Publique au Développement ;

✚ la Direction Générale du Budget (DGB) pour les données relatives aux dépenses publiques des secteurs ;

✚ la Direction Générale des Affaires Economiques pour les données sur les statistiques financières ;

✚ l'Observatoire du Changement Social (OCS) pour les données sur les indicateurs de suivi des OMD ;

✚ la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé pour les indicateurs sanitaires;

✚ les centres de documentation du Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale (MPDEPP-CAG), du Ministère de la Santé, du Programme des Nations Unies pour le Développement, de la Banque Mondiale, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF);

✚ les travaux de recherches effectués sur le sujet et publiés sur internet ;

✚ les sites internet présentés dans les références bibliographiques.

1.3.2.2 Méthodes d'analyse et présentation des données

a) Méthodes d'analyse

Les hypothèses de cette étude pourraient être testées en utilisant deux approches : une approche descriptive et une approche économétrique.

L'approche descriptive consiste à analyser l'évolution de l'APD santé et des indicateurs relatifs aux OMD du secteur. Toutefois, elle ne permet pas de prendre en compte l'effet de l'APD santé sur les résultats du secteur.

L'approche économétrique par contre, permet non seulement de répondre à cette dernière préoccupation, mais aussi de quantifier l'impact de chaque facteur sur le niveau des indicateurs OMD. C'est pourquoi, nous la privilégions dans le présent mémoire.

Les données collectées ont été mises sous une forme synthétisée et facile d'analyse. Les travaux liés aux traitements des données ont été réalisés grâce aux logiciels SPSS 12.0 et Stata 10 et au tableur Excel.

b) Présentation des données

❖ Aide Publique au Développement

Le présent mémoire utilise les données relatives à l'APD consommée au Bénin désagrégée par secteur et sous secteur selon la classification du Système des Nations Unies. Les données ont été reconstituées sur la période 1990 à 2006.

La disponibilité des données sur l'aide accordée au secteur de la santé par PTF et par année d'une part et sur leurs zones d'intervention¹¹ d'autre part a permis d'estimer annuellement et par département le niveau de l'aide accordée à ce secteur. L'aide décaissée au niveau d'un département par un PTF au cours d'une année est estimée proportionnellement à la population du département de sa zone d'intervention.

Pour ce qui concerne l'aide accordée aux autres secteurs sociaux, en absence des données sur chaque PTF et sur leurs cartes d'intervention, les travaux effectués par la Direction de la Programmation des Investissements Publics du MPDEPP-CAG sur la spatialisation du PIP¹² ont été exploités puisqu'il y est pris en compte les ressources extérieures.

❖ Comptes Nationaux et Comptes Economiques Locaux

Les comptes nationaux et le rapport sur les Comptes Economiques Locaux¹³ du Bénin (1999) ont été exploités pour la détermination des Produits Locaux Bruts (PLB)¹⁴. Ces données ont été rendues disponibles pour la période 1990-2006. En effet, en 1999, il a été élaboré les PLB par département selon l'ancien découpage administratif.

Pour avoir au cours de la même année les PLB selon le nouveau découpage administratif, nous avons eu recours aux données de l'EMICoV (2006). Cette base nous a permis d'utiliser les consommations finales des ménages pour estimer la

¹¹ Carte d'interventions des Partenaires au Développement dans le secteur de la santé au Bénin.

¹² A partir de l'année 2007, lors de l'élaboration du Programme d'Investissement (PIP) par le MPDEPP-CAG, il est demandé à chaque ministère sectoriel de procéder à l'éclatement de son PIP par département.

¹³ Il s'agit d'un rapport de l'INSAE, édité en décembre 2000 et présenté par Pierre Credo EKUE, Statisticien-Economiste

¹⁴ L'équivalent du Produit Intérieur Brut (PIB) au niveau d'un département est le Produit Local Brut (PLB)

contribution de chaque nouveau département à la formation du PLB (ancien département). Il est supposé à cet effet, que cette contribution est égale à la part de la consommation finale des ménages du nouveau département dans l'ancien.

Pour la période d'étude, les PLB des autres années ont été estimés en supposant constante la contribution au PIB de chaque département. Autrement dit :

$$\frac{PLB_{i1990}}{PIB_{1990}} = \frac{PLB_{i1991}}{PIB_{1991}} = \dots = \frac{PLB_{i1999}}{PIB_{1999}} = \dots = \frac{PLB_{i2006}}{PIB_{2006}}$$

$i = 1, \dots, 12$ et désignant les nouveaux départements.

❖ Dépenses publiques réalisées sur le Budget National

S'agissant des dépenses publiques exécutées sur le Budget National (BN) par secteur, elles ont été extraites des états du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFiP) logé au Service Informatique de la Direction Générale du Budget du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF). La fonctionnalité du système datant d'un passé très récent, les données sont disponibles sur la période 2001-2006. Ainsi, la base de données de la Direction Générale des Affaires Economiques (DGAE) du MEF sur les statistiques financières (FINANSTAT) a été exploitée pour reconstituer la série des dépenses publiques sur le BN de 1990 à 2000.

La désagrégation des ressources intérieures par département, tant au niveau du secteur de la santé qu'au niveau des autres secteurs sociaux, a nécessité l'utilisation des données de répartition du Programme d'Investissements Publics (PIP) par département au niveau de la Direction de la Programmation des Investissements Publics.

❖ Indicateurs OMD santé

Pour ce qui concerne les indicateurs des OMD santé, les annuaires statistiques du Ministère de la Santé et les résultats des Enquêtes Démographiques

et de Santé ont été mis à contribution. Dans le cadre spécifique de ce mémoire, trois observations (1996, 2001 et 2006) sont seulement disponibles pour les indicateurs calculés à l'issue des enquêtes et pour les autres calculés par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS), les données couvrent la période 1995-2006.

Par ailleurs, les données sur le taux de mortalité infanto-juvénile des années 1996 et 2001 existent uniquement pour les départements administratifs du Bénin selon l'ancien découpage (six départements). Cette situation nous a conduit à procéder à l'estimation de ces taux selon le nouveau découpage administratif (12 départements). Pour ce faire, nous avons calculé à partir des données du RGPH 3 le poids des naissances vivantes de chaque nouveau département dans l'ancien et supposé que le rapport des taux de mortalité infanto-juvénile des départements calculés à partir du RGPH 3 (2002) est constant entre 1996 et 2002. Le système d'équations se présente alors comme suit :

$$\sum_{i=1}^2 \omega_i * TM5_{it} = TM5_{kt} \text{ avec } \sum_{i=1}^2 \omega_i = 1$$

$$\frac{TM5_{it}}{TM5_{jt}} = \frac{TM5_{i2002}}{TM5_{j2002}}$$

- $\omega_i = \frac{n_i}{N_k}$ où n_i est le nombre de naissances vivantes du département i (nouveau découpage administratif) en 2002 et N_k le nombre de naissances vivantes du département k (ancien découpage administratif) regroupant les nouveaux départements i et j en 2002.
- $TM5_{it}$ et $TM5_{jt}$ sont respectivement les taux de mortalité infanto-juvénile des départements i et j à la période t .
- $TM5_{kt}$ est le taux de mortalité infanto-juvénile du département k (ancien découpage administratif) au cours de la période t .

c) Limites de l'exactitude des données

Les limites au niveau des données sont relatives à la non adéquation de la nomenclature sectorielle du Système des Nations Unies (SNU), du SIGFiP et du PIP en matière d'APD.

En effet, au niveau du SIGFiP, les secteurs sont assimilés aux ministères et l'évolution institutionnelle des ministères ne rime pas avec la répartition sectorielle de l'APD et du PIP alors que ces ministères peuvent être des sous secteurs de la nomenclature sectorielle définie par le SNU et le PIP.

Le Bénin a été depuis 2003 éligible à l'initiative PPTTE renforcée. Dans ce cadre, outre l'allègement de la dette, il bénéficie aussi de l'APD sous forme d'appui budgétaire de la part de certains PTF. Les bases de données auxquelles nous avons eu recours dans le cadre de cette étude comportent des biais au niveau des deux types de dépenses considérées dans le modèle. Les ressources issues de l'appui budgétaire sont considérées comme des ressources nationales et servent au financement des projets même pour ceux sur Budget National.

Au regard de tout ce qui précède, nous avons considéré au niveau du Budget National, et au titre des dépenses d'investissement des autres secteurs sociaux, les ordonnancements et les Ordres de Paiement (OP) des ministères ci-après : Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau, Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire, Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle.

L'approche consistant à estimer les PLB des départements peut comporter des insuffisances quant à l'exactitude des données.

Par ailleurs l'utilisation du taux d'exécution financière du PIP pour apprécier la qualité des institutions peut engendrer certains biais dans l'analyse car il n'est exclu que des ressources utilisées soient destinées à d'autres fins comme en témoigne le niveau de corruption du pays.

1.3.2.3 Spécification du modèle

La spécification fonctionnelle retenue est la forme logarithmique. Les variables dépendantes comme indépendantes sont exprimées sous forme de logarithmes.

Nous estimons en panel, une équation qui fait dépendre le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'un ensemble de variables explicatives dont l'aide consommée dans le secteur de la santé.

$$\ln TMI5_{it} = \alpha_i + \beta \ln AS_{it} + \gamma (\ln AS)_{it}^2 + \delta \ln DBNS_{it} + \theta \ln ASOC_{it} + \vartheta \ln DBNSOC_{it} + \pi \ln X_{it} + \varepsilon_{it}$$

$$i = 1, \dots, 12 \text{ et } t = 1, 2, 3$$

$TMI5_{it}$: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1.000 naissances vivantes) du département i au cours de la période t qui est de 5 ans.

Pour estimer l'impact de l'aide allouée au secteur de la santé sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMI5), nous avons retenu une période moyenne de cinq ans. En effet, lorsque l'aide finance des médicaments (antipaludéens par exemple, la sensibilisation des femmes au suivi médical de leurs grossesses..), son impact sur le TMI5 peut être espéré dans une période allant de quelques mois à cinq ans. Ainsi, les données ont été donc agrégées en des valeurs moyennes couvrant des périodes de cinq ans chacune. De plus, l'adoption des périodes de 5 ans permet de réduire les fluctuations annuelles et les erreurs de mesure.

1.3.2.4 Justification du choix du modèle

L'amélioration des indicateurs des OMD santé notamment le taux de mortalité infanto-juvénile, nécessite des investissements qu'ils soient de l'APD ou du BN dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs sociaux comme ceux de l'eau et assainissement, de l'environnement et de l'habitat, de l'enseignement maternel, primaire, secondaire, technique et de la formation professionnelle. Le choix de l'APD consacrée au secteur de la santé au lieu de l'APD globale se justifie

par le fait qu'il s'agit d'une aide qui finance des projets ayant un impact direct sur le secteur.

Les travaux empiriques sur la modélisation de l'APD et plus spécifiquement sur l'impact de l'APD sur les indicateurs de développement humain, ne donnent pas d'indication univoque sur le format à retenir. Certaines études utilisent la valeur absolue de l'APD¹⁵, d'autres des valeurs par habitant¹⁶ ou des valeurs en pourcentage du PIB¹⁷. Les études empiriques ayant utilisé des valeurs de l'APD par habitant estiment que des résultats semblables sont obtenus en adoptant des valeurs de l'APD en pourcentage du PIB.

Cependant, la nature même du problème milite en faveur du recours à une valeur relative qu'est la dépense publique (APD ou BN) en pourcentage du PIB. Ce sont donc des indicateurs qui permettent de tenir compte de la grandeur relative des donateurs (PTF ou Acteurs Non Etatiques).

L'un des principaux avantages de la forme logarithmique double (log-log) est qu'elle permet une interprétation intéressante des coefficients des variables explicatives. Les coefficients pour les modèles de forme log-log représentent des élasticités.

1.3.2.5 Présentation et justification du choix des variables dépendantes

Les dépenses d'investissement dans le secteur de la santé sont constituées de l'APD consommée dans le secteur et des dépenses liées aux projets du secteur financés sur budget national.

Le présent mémoire cherche à montrer en quoi l'APD en direction du secteur de la santé contribue à l'amélioration des indicateurs de performance du secteur notamment ceux des OMD 4, 5 et 6.

¹⁵ Mahamadou Mourtala MIJIYAWA (efficacité de l'APD dans le secteur de la santé au Bénin),

¹⁶ Does Health AID Matter? (décembre 2007)

¹⁷ AMEWOA Agbessi Komla, L'aide au développement aide-t-elle le développement ? le cas de l'Afrique subsaharienne, Avril 2008.

Les variables dépendantes devraient donc être constituées des indicateurs des OMD sus cités. Les différents rapports de suivi des OMD élaborés au Bénin depuis 2003 renseignent sur treize (13) indicateurs que sont :

Tableau n°2 : Les indicateurs des OMD dans le secteur de la santé

OBJECTIFS	INDICATEURS
Objectif 4: Réduire la mortalité infantile	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (1.000 naissances vivantes)
	Taux de mortalité infantile (1.000 naissances vivantes)
	Proportion d'enfants de 0-11 mois vaccinés contre la rougeole
Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	Taux de mortalité maternelle (100.000 naissances vivantes)
	Proportion d'accouchements assistés
	Taux de couverture des soins prénatals
Objectif 6: Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies	Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes
	Taux d'utilisation de la contraception
	Nombre d'enfants orphelins du SIDA
	L'incidence du paludisme
	Taux de létalité due au paludisme
	Taux de prévalence de la tuberculose

Source : Rapports de suivi des OMD, OCS, 2008

La mortalité des enfants de moins de cinq ans ou de moins d'un an dépend de plusieurs facteurs dont la rougeole et les parasites. A cet effet, l'efficacité de l'APD santé sur l'OMD 4 sera perçue par son effet dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile. En conséquence, la variable dépendante pour l'OMD 4 sera le **"taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1.000 naissances vivantes), TMI5"**.

Le rapport de l'édition 2006 de l'Enquête Démographique et de Santé a indiqué que la plupart des décès et des handicaps causés par la maternité pourrait être évitée non seulement par la mise en œuvre de services de santé génésique assistant les mères avant, pendant et après la grossesse, mais aussi par des

interventions spéciales permettant de sauver la vie des femmes en cas de complication. De ce point de vue, une meilleure couverture des soins prénatals et une plus grande assistance des accouchements par du personnel qualifié, réduiraient de façon significative le taux de mortalité maternelle. Ainsi, le taux de couverture des soins prénatals et la proportion des accouchements assistés sont, entre autres, des facteurs qui expliqueraient le niveau du taux de mortalité maternelle. L'efficacité de l'APD santé sur l'OMD 5 pourrait être donc mesurée par son effet sur le "**taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes), TMM**". Mais, la non disponibilité des données sur cet indicateur au niveau départemental et son caractère peu sensible aux changements des conditions de vie économiques ne permettent pas, dans le cas d'espèce, de la retenir parmi les variables dépendantes.

S'agissant de l'OMD 6, l'importance du paludisme, première cause de consultation et d'hospitalisation, du VIH/SIDA, maladie endémique et de l'utilisation des méthodes de planification familiale pourrait nous conduire à retenir d'examiner l'effet de l'APD santé sur cet objectif à travers "l'incidence du paludisme", "le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes", "le taux de prévalence de la tuberculose" et "le taux d'utilisation de la contraception". Mais, la non disponibilité des données au niveau départemental sur la période d'étude (1990-2006) nous a obligés à éliminer également ces indicateurs de notre analyse.

L'absence des analyses sur les indicateurs délaissés n'affecte aucunement l'analyse de l'impact de l'APD sur les indicateurs du secteur de la santé. Cela a été confirmé par les résultats des recherches empiriques qui ont, pour la plupart, apprécié les résultats du secteur de la santé à travers le TMI5. Ces études¹⁸ suggèrent que, dans les pays en développement comme le Bénin, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est un proxy pour un large éventail des résultats de développement humain.

¹⁸ Filmer et Pritchett, 1999, Wagstaff, 2000, Wolpin, 1997, Cutler al. al., 2006, Pritchett and al., 2006, Pritchett et Summers, 1996, Galiani et Summers, 1996, Easterly, 1999, Galiani et al., 2005.

1.3.2.6 Présentation des variables explicatives

Les variables explicatives retenues dans le présent mémoire, trouvent leur fondement dans la littérature sur les APD et les OMD. L'APD est retenue comme une variable exogène car nous postulons à l'instar du PNUD (1992) que le pays bénéficiaire n'a pas d'influence ou n'exerce pas d'influence directe sur les donateurs qu'ils soient bilatéraux ou multilatéraux.

Nous présentons ici chacune de ces variables ainsi que les effets attendus sur les variables endogènes :

- " AS_{it} " : l'APD consommée dans le secteur de la santé au cours de la période t dans le département i . C'est un ratio qui est exprimé en pourcentage du Produit Local Brut (PLB);

- " AS_{it}^2 " : l'aide élevée au carré. On a introduit cette variable pour prendre en compte la possibilité de non-linéarité du lien aide et indicateurs des OMD santé fondée sur l'hypothèse de rendements marginaux décroissants de l'aide (Burnside-Collier-Dollar, Hadjimichael et al., Hansen et Tarp, Durbarry et al., Lensink et White) ;

- " $DBNS_{it}$ " : dépenses d'investissement effectuées sur le budget national dans le secteur de la santé dans le département i au cours de la période t . C'est un ratio exprimé en pourcentage du PLB. Il s'agit du montant effectivement décaissé au cours de l'exercice budgétaire c'est-à-dire la somme des ordonnancements et des Ordres de Paiement (OP) ;

- " $ASOC_{it}$ " : l'APD consommée dans les autres secteurs sociaux dans le département i au cours de la période t . Elle est exprimée en pourcentage du PLB.

- " $DBNSOC_{it}$ " : dépenses d'investissement effectuées sur le Budget National dans les autres secteurs sociaux dans le département i en pourcentage du PLB au cours de la période t . Il s'agit du montant effectivement décaissé au cours de l'exercice budgétaire c'est-à-dire la somme des ordonnancements et des Ordres de Paiement (OP).

- " X_t " : l'indicateur de qualité des institutions ; la qualité des institutions au Bénin sera assimilée au taux d'exécution financière du PIP. En effet, l'efficacité

des systèmes d'exécution, de contrôle des dépenses publiques et de passation des marchés publics débouche sur de meilleurs taux d'exécution financière du PIP.

Dans les rapports sur la coopération pour le développement édités par le ministère en charge du développement, le secteur social a été assimilé à une agrégation des secteurs : (i) Mise en valeur des ressources humaines (ii) Développement social (iii) Santé (iv) Aides et secours humanitaires. Les composantes de ce secteur se présentent comme suit :

Tableau n°3 : Nomenclature du Système des Nations Unies des secteurs sociaux

SANTE
Politiques et Planifications Sectorielles
Soins de Santé Primaire
Vaccination/Autres Campagnes de lutte Contre les Maladies
Planification de la famille
Hôpitaux et Dispensaires
AIDE ET RESSOURCES HUMANITAIRES
Réfugiés et Rapatriés
Secours d'Urgence
DEVELOPPEMENT SOCIAL
Législation et Administration Sociales
Développement Urbain
Eau Potable et Assainissement
Logement
Culture
Prévention du Crime et de l'Abus des Drogues
MISE EN VALEUR DES RESSOURCES HUMAINES
Politiques et Planification Sectorielles
Enseignement Primaire
Enseignement Secondaire
Enseignement Supérieur
Enseignement et Formation Techniques et Commerciaux
Education Extra – Scolaire

Source : Base de données DGIFD

Les autres secteurs sociaux sont assimilés aux rubriques (i) Mise en valeur des ressources humaines (excepté l'enseignement supérieur) (ii) Développement social (iii) Aides et secours humanitaires et (iv) Ressources naturelles notamment "la préservation et la restauration de l'environnement".

Le tableau ci-dessous résume les signes attendus pour les coefficients des variables explicatives du modèle.

Tableau n°4 : Signes attendus des coefficients des variables explicatives du modèle

Variables	Constante	AS_{it}	AS_{it}^2	$DBNS_{it}$	$ASOC_{it}$	$DBNSOC_{it}$	X_t
Coefficients	α	β	γ	δ	θ	ϑ	π
Signes attendus	-	-	+	-	-	-	-

Source : Réalisé par les auteurs

S'agissant de la vérification des hypothèses de base de l'étude formulées à la section 1.2.2 et dans l'optique que les signes attendus seront obtenus, il sera procédé au test de non linéarité entre les coefficients des variables explicatives.

L'hypothèse H1 est vérifiée lorsque $(|\beta| + |\delta|) > (|\theta| + |\vartheta|)$. Quant à l'hypothèse H2, elle est vérifiée si $|\beta| > |\delta|$.

CHAPITRE 2 :

**ANALYSE DU FINANCEMENT ET DES INDICATEURS
DES OMD DU SECTEUR DE LA SANTE**

2.1. Analyse du financement du secteur de la santé et des indicateurs OMD au niveau national

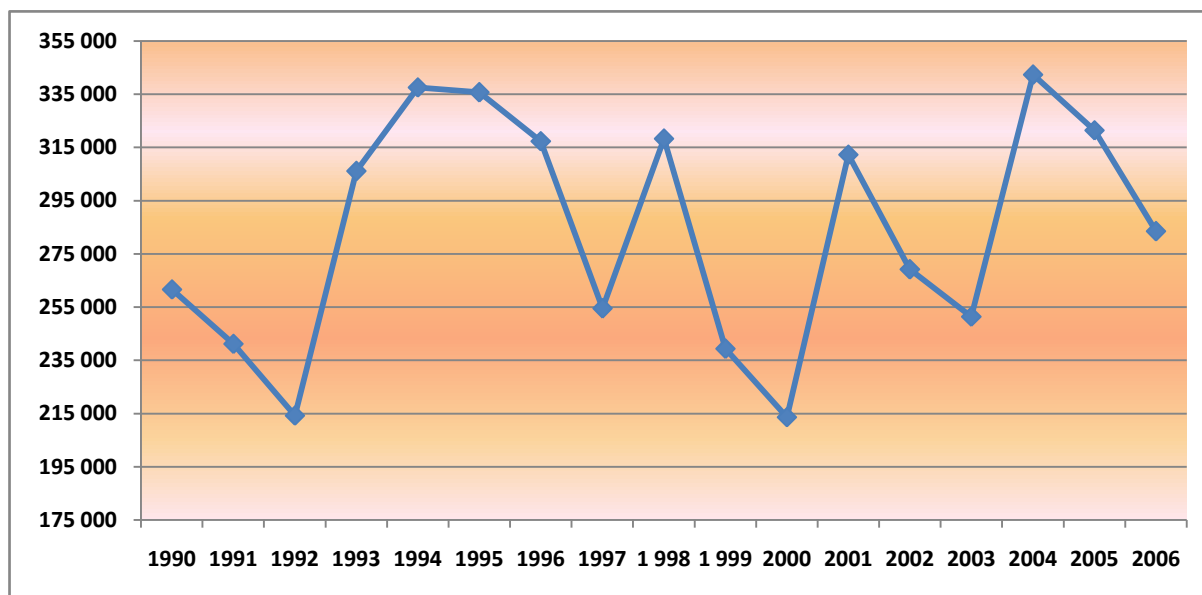
Le financement du secteur de la santé est assuré par l'Etat central, les Partenaires Techniques et Financiers et les Collectivités Locales. Dans le présent document, il est analysé la contribution de l'Etat central et des PTF.

2.1.1 Analyse des contributions des Partenaires Techniques et Financiers et de l'Etat au secteur de la santé

2.1.1.1 Analyse de l'APD allouée au Bénin

L'assistance technique et financière au développement est l'un des canaux par lequel le Bénin, à l'instar des pays les moins avancés, poursuit son développement grâce à la mise en place d'un partenariat avec les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les Organisations Non Gouvernementales internationales.

Graphique n°1 : Evolution de l'Aide Publique au Développement globale de 1990 à 2006 (en milliers de \$US)



Source : Données de la DGIFD/MPDEPP-CAG

L'analyse du graphique n°1 indique que l'évolution de l'aide extérieure accordée en termes réels au Bénin affiche deux tendances opposées sur la période 1991-2003. En effet, sur cette période, l'APD enregistre un taux d'accroissement moyen annuel de 1,2%. Cette tendance à la hausse s'explique notamment par le

regain d'intérêt de la communauté internationale en faveur du Bénin, suscité par ses efforts de démocratisation et de développement socio-économique et qui s'est traduit en outre par les nombreux engagements financiers des partenaires à la Table Ronde Générale qui s'est tenue à Genève en avril 1992. La situation observée en 1994 est caractérisée par un pic et se justifie par l'effort exceptionnel fait par les partenaires pour la réalisation d'infrastructures devant accueillir le 6^{ème} Sommet de la francophonie. Par contre, la baisse amorcée à partir de l'année 1999 représente une moyenne annuelle de 2,5% sur la période 1998-2003. Cet amenuisement de la contribution des partenaires au développement du Bénin serait dû à la conjoncture économique internationale d'une part et à l'augmentation du nombre de pays bénéficiaires de l'assistance des donateurs dont les ressources affectées n'ont pas varié positivement dans le temps d'autre part.

En 2003, l'aide extérieure mobilisée pour le financement du développement du Bénin est estimée à 251,45 millions de \$US contre 269,17 millions de \$US en 2002 et 312,26 millions de \$US en 2001, soit une baisse de 6,58% par rapport à 2002 et de 19,47% par rapport à 2001. Cette baisse s'observe au niveau de la contribution de la plupart des partenaires au développement et s'est répercutée au niveau des projets d'investissement, de l'aide aux programmes/aide budgétaire, de l'aide alimentaire et de l'assistance et secours d'urgence.

L'aide extérieure connaît sur la période 2003-2006 un taux d'accroissement moyen annuel de 6,07%. Après une hausse de 36,12% enregistrée en 2004 par rapport à son niveau de 2003, l'aide extérieure a affiché une tendance baissière à partir de 2005. L'année 2004 constitue la deuxième année de mise en œuvre effective de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Bénin. Cette stratégie qui est le cadre référentiel unique des interventions de tous les partenaires au développement, a induit des changements dans les formes d'intervention des partenaires et au niveau des procédures de mobilisation des ressources extérieures en vue de l'amélioration de la capacité de gestion et d'absorption des ressources publiques.

En effet, de 251,45 millions de \$US en 2003, l'aide est passée à 342,28 millions de \$US en 2004, puis à 321,46 millions de \$US en 2005 pour s'établir à

283,46 millions de \$US en 2006 enregistrant des baisses successives de 6,08% en 2005 et de 11,8% en 2006.

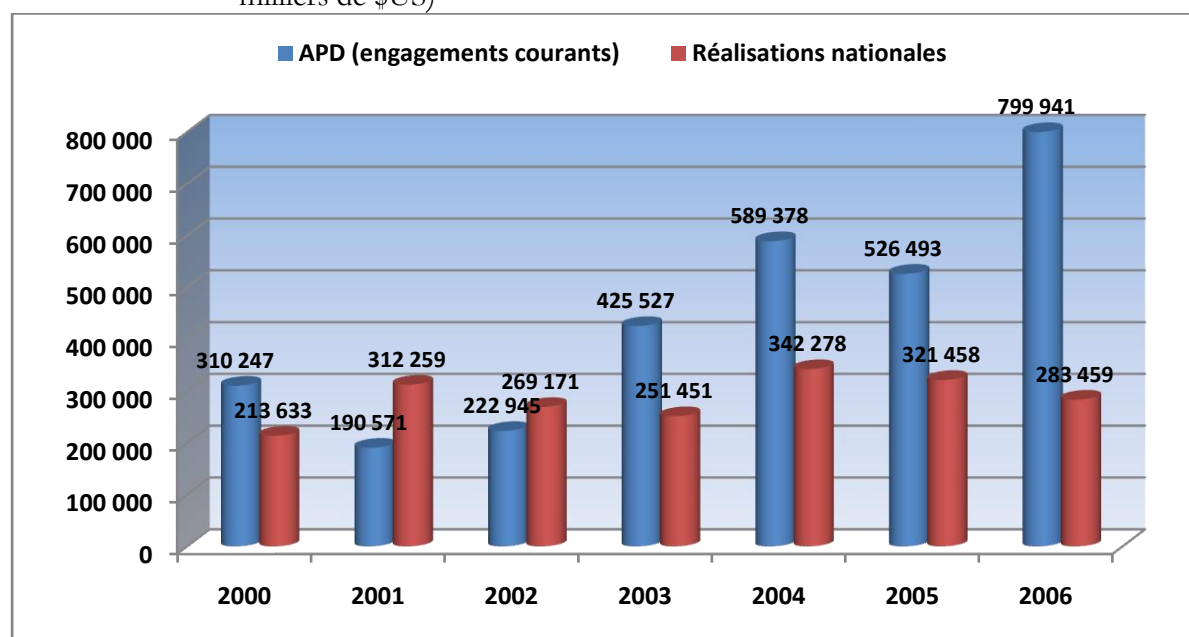
Tableau n° 5 : Aide extérieure décaissée par secteur entre 1999 et 2006 (en milliers de \$US)

Secteur	1 999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
Gestion de l'Economie	42 274	17,7%	24 774	11,6%	66 455	21,3%	20 226	7,5%	24 622	9,8%	24 366	7,1%	6 741	2,1%	21 416	7,6%
Administration du développement	12 561	5,2%	9 047	4,2%	7 011	2,2%	9 602	3,6%	12 125	4,8%	42 040	12,3%	71 289	22,2%	47 269	16,7%
Ressources naturelles	7 499	3,1%	8 344	3,9%	14 522	4,7%	9 524	3,5%	8 303	3,3%	14 065	4,1%	6 143	1,9%	5 857	2,1%
Mise en valeur des ressources humaines	28 115	11,7%	20 747	9,7%	27 409	8,8%	26 472	9,8%	27 947	11,1%	35 245	10,3%	36 896	11,5%	34 687	12,2%
Agriculture, Foresterie et pêcheries	21 057	8,8%	17 773	8,3%	15 869	5,1%	15 050	5,6%	20 538	8,2%	20 791	6,1%	24 947	7,8%	26 710	9,4%
Développement régional	12 556	5,2%	9 110	4,3%	13 235	4,2%	17 640	6,6%	31 791	12,6%	31 895	9,3%	19 319	6,0%	8 865	3,1%
Industrie	3 197	1,3%	7 462	3,5%	25 332	8,1%	10 656	4,0%	2 116	0,8%	4 243	1,2%	4 136	1,3%	3 662	1,3%
Energie	10 532	4,4%	5 427	2,5%	647	0,2%	585	0,2%	607	0,2%	5 430	1,6%	4 880	1,5%	12 108	4,3%
Commerce International de biens et services	526	0,2%	319	0,1%	1 012	0,3%	753	0,3%	1 866	0,7%	1 550	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
Commerce Intérieur de biens et services	873	0,4%	5 274	2,5%	2 716	0,9%	2 691	1,0%	780	0,3%	359	0,1%	645	0,2%	566	0,2%
Transports	41 445	17,3%	44 351	20,8%	52 204	16,7%	76 256	28,3%	63 030	25,1%	39 496	11,5%	27 804	8,6%	28 567	10,1%
Communications	1 231	0,5%	8 075	3,8%	1 063	0,3%	2 612	1,0%	1 056	0,4%	2 215	0,6%	1 436	0,4%	812	0,3%
Développement social	25 795	10,8%	19 335	9,1%	35 490	11,4%	31 078	11,5%	17 240	6,9%	64 150	18,7%	65 337	20,3%	42 611	15,0%
Santé	23 840	10,0%	22 964	10,7%	39 034	12,5%	37 031	13,8%	37 827	15,0%	54 019	15,8%	48 215	15,0%	46 013	16,2%
Planification préalable en prévision de catastrophes	149	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	11	0,0%	0	0,0%	12	0,0%	12	0,0%	0	0,0%
Aide et ressources humanitaires	7 693	3,2%	10 631	5,0%	10 260	3,3%	8 984	3,3%	1 603	0,6%	2 402	0,7%	3 658	1,1%	4 316	1,5%
Total Aide extérieure	239 343	100%	213 633	100%	312 259	100%	269 171	100%	251 451	100%	342 278	100%	321 458	100%	283 459	100%

Source : DGIFD/MPDEPP-CAG

Comme l'indique le graphique n°2, l'aide extérieure en termes d'engagement courant connaît sur la période 2000-2006 un taux d'accroissement moyen annuel de 24,8%. Elle a suivi trois grandes tendances. En effet, de 2000 à 2001, l'aide extérieure a chuté de 38,6%. Cette période est caractérisée par la fin du mandat présidentiel et les préparatifs pour les élections de 2001. Ceci pourrait constituer une période d'observation des PTF. Entre 2002 et 2004, l'aide extérieure s'est accrue à un rythme moyen annuel de 64,7%. La troisième période a été marquée par un net recul de 10,7% en 2005, recul qui pourrait être attribué au doute sur la tenue effective des élections présidentielles de 2006. Le niveau élevé de l'aide cette dernière année montre un regain de confiance entre les PTF et le Gouvernement après les élections de mars 2006.

Graphique n°2: Evolution de l'Aide Publique au Développement globale entre 2000 et 2006 (en milliers de \$US)



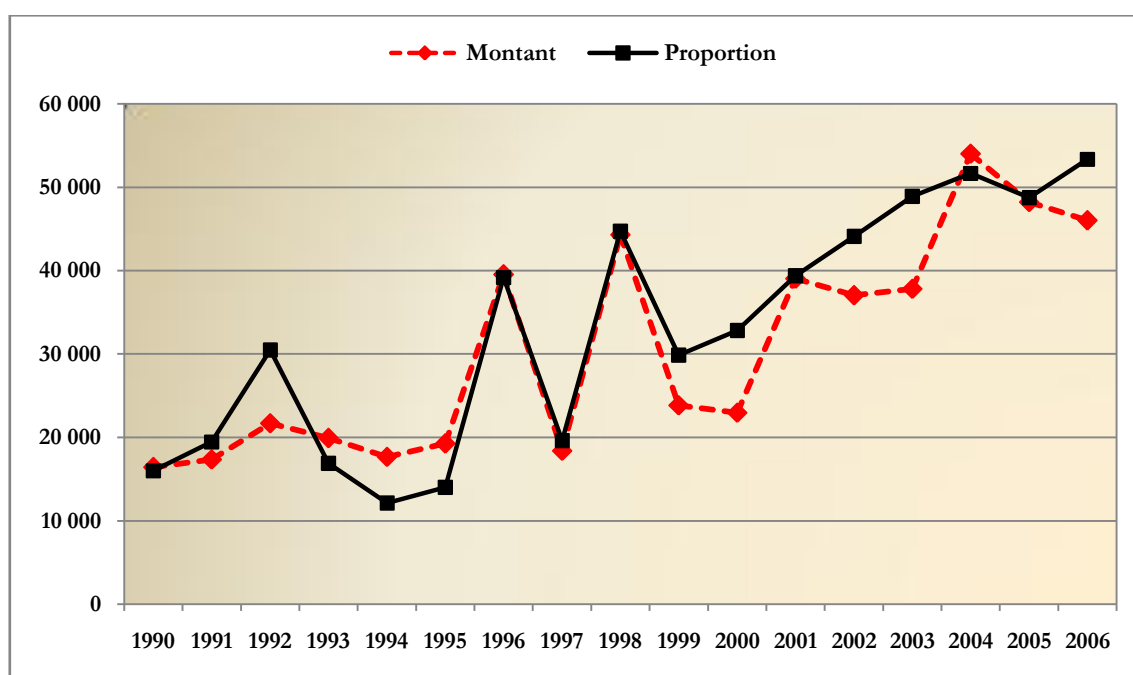
Sources : Données de l'OCDE (engagements courants), et de la DGIFD/MPDEPP-CAG (réalisations nationales)

En matière de réalisation, moins des deux tiers des engagements courants sont réellement décaissés, révélant une fois de plus que la capacité d'absorption des crédits des acteurs nationaux est faible et mérite d'être corrigée. En effet, en dehors des années 2001 et 2002 (premières années après le Sommet du Millénaire) où l'APD a été consommée à plus de 100% le taux de consommation de l'APD est resté erratique sur le reste de la période en passant de 120,7% en 2002 à 35,4% en 2006, soit une baisse de 70,7%. Le faible niveau de réalisation de l'APD pourrait être expliqué par la complexité des procédures de décaissement, d'exécution de

certain bailleurs de fonds et les difficultés d'accès à temps réel aux informations liées aux dons ; ce qui ne permet pas d'avoir le niveau réel des décaissements de certains partenaires. Les difficultés d'adaptation des acteurs de la chaîne des dépenses publiques aux contraintes de l'exécution du budget selon les procédures requises ont quelque peu ralenti l'exécution normale des dépenses publiques notamment celles d'investissement. De plus, le faible taux de consommation de l'aide en 2006 s'explique également par l'attentisme généralement observé durant les périodes électorales et dans le cas précis, les élections présidentielles de mars 2006 et la poursuite rigoureuse des différentes mesures d'assainissement des finances publiques.

2.1.1.2 Analyse de l'APD allouée au secteur de la santé

Graphique n°3 : Evolution du volume et de la proportion de l'APD allouée au secteur de la santé (milliers de \$US) de 1990 à 2006



Source : Données de la DGIFD /MPDEPP-CAG

Au cours de la période 1990-1999, la proportion et le volume de l'aide consacrée au secteur de la santé présentent les mêmes tendances et leur évolution est restée erratique. L'APD du secteur de la santé a connu sur le triennal 1990-1992, un taux d'accroissement annuel moyen de 15,4%. Par contre de 1992 à 1994, il est enregistré une baisse d'environ 9,4% l'an de l'aide allouée à ce secteur. Une

reprise est observée à partir de 1995 et au cours de la période 1995-1999, l'allure de la courbe de l'aide au secteur de la santé est erratique avec des niveaux record en 1996 (39,52 millions de \$US) et 1998 (44,31 millions de \$US). Les pics observés, tant pour l'aide au secteur de la santé que pour sa proportion dans l'aide totale (12,5% en 1996 et 13,9% en 1998), pourraient s'expliquer par la manifestation des engagements pris par les Partenaires Techniques et Financiers aux Sommets mondiaux sur le développement social tenus à Copenhague en mars 1995 et à Oslo en 1996 qui consistent à élever à 20% la part de l'APD consacrée aux Services Sociaux Essentiels¹⁹ (SSE) dont la santé.

Après le sommet du millénaire en septembre 2000, l'importance accordée au secteur de la santé dans l'aide totale allouée au Bénin a connu une croissance d'année en année et constitue ainsi l'un des secteurs sociaux les plus privilégiés.

La proportion de l'aide allouée à ce secteur est passée de 12,5% en 2001 à 15,8% en 2004, soit un accroissement de 3,3 points par rapport à 2001 et de 1,3 points par rapport à 1998. En 2005, il est enregistré une légère baisse de 0,8 point par rapport à 2004. Une reprise à la hausse est observée entre 2005 (15,0%) et 2006 (16,2%).

Toutefois, le volume de l'aide consacrée au secteur de la santé ne suit pas la même allure que son poids dans l'aide totale.

De 2000 à 2001, le volume d'aide publique au secteur de la santé a connu un accroissement de 70,0%, le plus élevé sur la période 2000-2006, en passant de 22,96 millions de \$US à 46,01 millions de \$US. Cet effort des PTF, noté aussi au niveau de l'aide totale accordée au Bénin, pourrait être la manifestation des engagements des pays donateurs à financer la réalisation des OMD, un an après la tenue du Sommet de New York.

Sur la période 2001-2004, le volume d'aide au secteur de la santé a connu une baisse progressive de 2001 à 2003 avant d'amorcer une hausse en 2004. L'aide allouée au secteur est évaluée à 39,03 millions de \$US en 2001 ; 37,03 millions de

¹⁹ santé, éducation de base, eau et assainissement, nutrition

\$US en 2002 ; 37,83 millions de \$US en 2003 et s'est établie à 54,02 millions de \$US en 2004. Le niveau de 2004 est respectivement 1,2 et 1,4 fois supérieur à ceux de 1998 et de 2001. Les soins de santé primaires qui relèvent du domaine prioritaire du développement ont bénéficié de 42,1% de l'aide, ce qui confirme la priorité accordée à ce volet du secteur de la santé devant la vaccination et autres campagnes de lutte contre les maladies.

En 2005, la contribution des partenaires est évaluée à 48,22 millions de \$US, soit une baisse de 10,7%. Elle connaît avec son volume de 2006 (46,01 millions de \$US) une baisse de 4,6%, par rapport à 2005.

En 2006, les principaux Partenaires Techniques et Financiers du secteur sont l'AID (12,56 millions de \$US), les USA (7,61 millions de \$US), le FAD (5,88 millions de \$US), l'UNICEF (5,18 millions de \$US), la Suisse (3,44 millions de \$US), l'UE (2,97 millions de \$US), l'OMS (2,32 millions de \$US), la Belgique (1,81 million de \$US).

Le tableau ci-dessous retrace pour le secteur les dix premiers donateurs du Bénin sur la période 1990-2006.

Tableau n° 6 : Les dix (10) premiers donateurs de 1990 à 2006 (en milliers de \$US)

Rang	Cumul 1990-2006		
	Donateurs	Montant	%
1	Suisse	81 295	15,53
2	AID	75 937	14,51
3	Etats-Unis d'Amérique	57 549	10,99
4	FAD	48 348	09,24
5	UE	40 718	07,78
6	UNICEF	37 171	07,10
7	France	24 852	04,75
8	FMI	23 219	04,44
9	Allemagne	16 655	3,18
10	PNUD	16 134	3,08
	Total	421 878	80,59
	Total Général APD santé	523 457	100,00

Source : DGIFD/MPDEPP-CAG

Le tableau montre que le premier partenaire du Bénin en volume dans le domaine de la santé sur la période 1990-2006 est la Suisse alors que le PNUD occupe la dixième place.

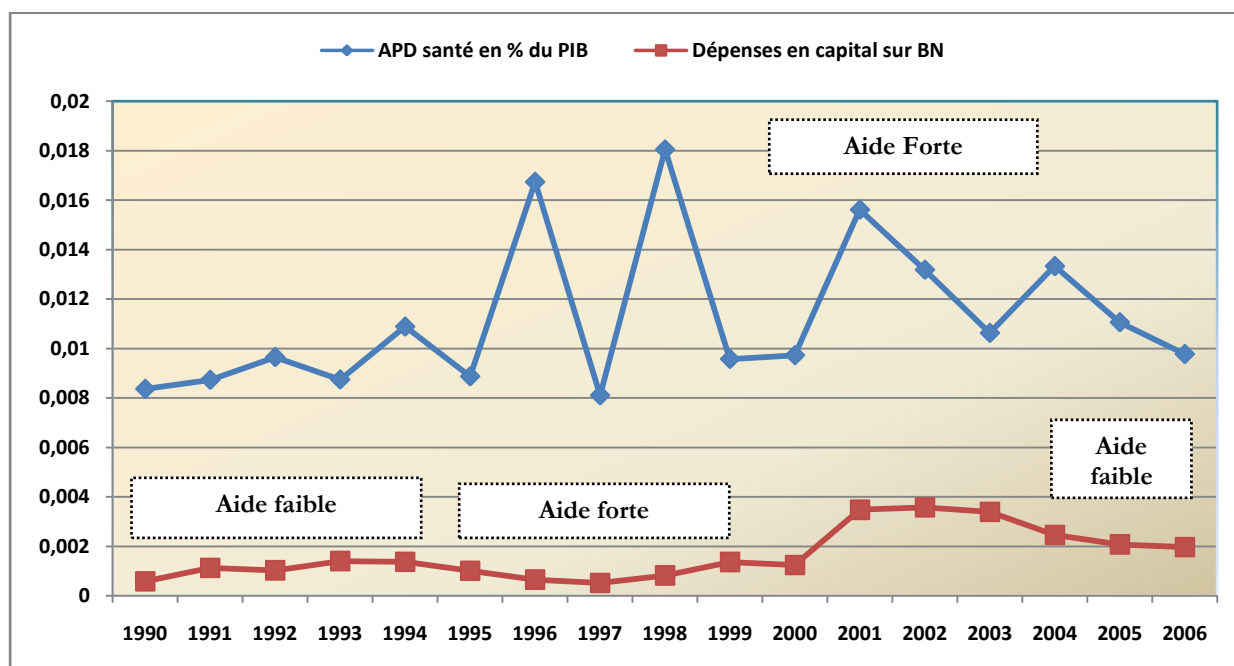
2.1.1.3 Analyse de l'APD et des dépenses en capital sur Budget National en pourcentage du PIB

Les dépenses de l'Etat dans le secteur de la santé considérées se rapportent aux ordonnancements et aux ordres de paiement des dépenses en capital sur ressources intérieures.

L'aide extérieure consommée par le système sanitaire béninois en pourcentage du PIB connaît sur la période 1990-2006 un très faible taux d'accroissement. De 1990 à 2006, l'APD dans ce secteur reste inférieure à 2% du PIB.

Sur l'ensemble de la période sous revue, l'analyse de l'évolution de l'APD santé en pourcentage du PIB (voir figure ci-dessous) permet de distinguer quatre épisodes de l'aide qu'on peut regrouper en deux grandes tendances. Deux périodes au cours desquelles l'aide au secteur de la santé a été suffisamment forte : de 1995 à 1999, 1,23% du PIB en moyenne l'an et de 2000 à 2004, 1,25% en moyenne l'an. Deux périodes au cours desquelles l'aide est faible : de 1990 à 1994, 0,93% du PIB en moyenne l'an et de 2004 à 2006 où l'APD santé suit une tendance baissière pour s'établir en 2006 à 0,98% du PIB.

Graphique n°4 : Evolution des réalisations de l'APD santé et des dépenses en capital sur Budget National (en Pourcentage du PIB)



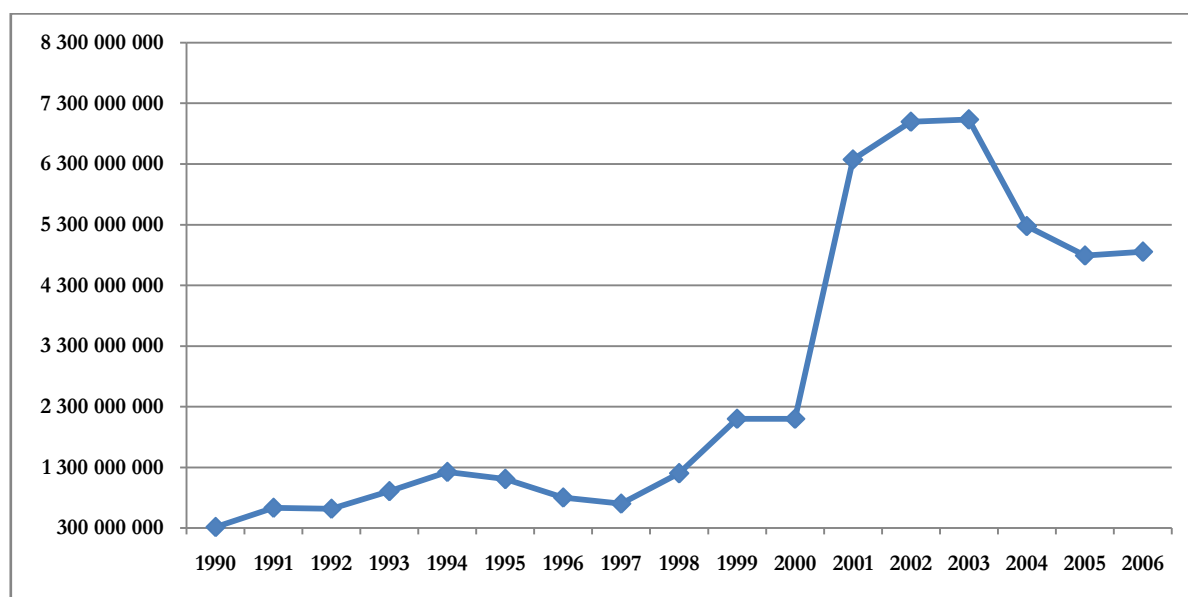
Sources : Données de l'INSAE (Comptes Nationaux), de la DGB (SIGFiP) et de la DGIFD/MPDEPP-CAG

La contribution des Partenaires Techniques et Financiers au développement du secteur de la santé est plus importante que celle de l'Etat. En effet, au cours de la période 1990-2000, le montant des dépenses en capital sur financement intérieur consacrées au secteur de la santé est resté inférieur à 0,20% du PIB pendant que l'APD accordée au secteur n'est jamais en dessous de 0,80% du PIB. De 2001 à 2006, les dépenses en capital sur le Budget National ont varié entre 0,20% et 0,40% du PIB tandis que l'APD santé s'est située globalement entre 1% et 1,6% du PIB.

L'APD santé est en 2001 environ 4,5 fois supérieure aux dépenses en capital financées sur ressources intérieures dans ce secteur. Ce ratio est en recul de 0,8 point et de 0,6 point respectivement en 2002 et en 2003 avant d'atteindre un pic en 2004 (5,4). De 2004 à 2006, il a connu une légère baisse et s'est établi à 5,0 en 2006.

***NB:** Dans le Budget Général de l'Etat, l'APD est généralement inscrite au niveau des dépenses en capital sur ressources extérieures. C'est dans ce cadre qu'il a été retenu de comparer l'effort consenti par l'Etat dans les projets d'investissement avec celui des Partenaires Techniques et Financiers.*

Graphique n°5 : Evolution des dépenses en capital du secteur de la santé (Budget National) de 1990 à 2006 en milliards de FCFA



Source : Données de Finanstat, DGAE, SIGFiP, DGB

L'analyse du graphique n°5 montre que, de 1997 à 2003, les dépenses d'investissements publics dans le secteur de la santé financées sur ressources intérieures sont en hausse et cette hausse est plus prononcée à partir de 2001. Les réalisations financières sur le Budget National sont passées de 700.000.000 FCFA en 1997, à 2.100.000.000 FCFA en 2000 puis à 7.030.811.320 FCFA en 2003, soit un taux d'accroissement de 200% de 1997 à 2000 et de 235% de 2000 à 2003.

Le volume des dépenses en capital financées sur ressources intérieures dans le secteur est en baisse depuis 2003, d'un rythme annuel moyen de 11% après une hausse de 9,8% et de 0,5% respectivement en 2002 et 2003. Ces différentes tendances s'expliquent par les faibles niveaux d'exécution enregistrés d'année en année au niveau du Programme d'Investissements Publics (Budget National) du Ministère de la Santé. En effet, le taux de décaissement des ressources PIP (BN) de ce ministère est passé de 83,4% en 2003 à 58,0% en 2006, soit un recul de 25,4 points en moins de cinq ans.

2.1.2 Analyse des indicateurs OMD du secteur de la santé en rapport avec l'APD

2.1.2.1 Analyse des indicateurs OMD du secteur de la santé

La présente section se propose de décrire les résultats obtenus par le Bénin en matière de lutte contre la mortalité infanto-juvénile, de promotion de la santé maternelle, de lutte contre le VIH/SIDA et les grandes maladies. Ces résultats sont appréciés à travers les indicateurs ci-après : *le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle, le taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes, le taux d'utilisation de la contraception, l'incidence du paludisme et l'incidence de la tuberculose.*

❖ Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

En 2006, les consultations enregistrées chez les enfants de moins de 5 ans représentent 38,4% de celles offertes à toute la population. 97% de ces consultations a été traité en ambulatoire et 3% en hospitalisation.

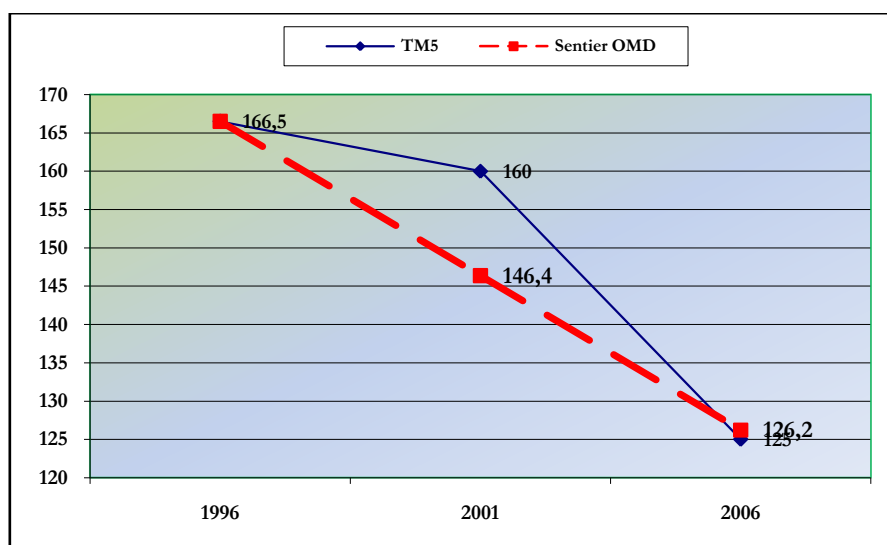
Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a progressivement diminué au cours des 10 dernières années. En effet, pour 1 000 naissances vivantes, le nombre de décès avant l'âge de 5 ans a évolué de 166,5 en 1996 à 160 en 2001 et 125 en 2006, soit un taux de diminution annuel moyen de 2,8%.

Globalement, le niveau d'instruction de la mère affecte la santé et l'éducation de l'enfant ; il influe sur la fréquentation des services de santé, la fréquence du suivi des grossesses, l'autonomie et le pouvoir de décision de la femme dans le ménage. Selon les données de l'EDS 2006, le taux de mortalité infanto-juvénile est de 143‰ pour les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction contre 61‰ pour celles ayant atteint au moins le niveau secondaire (2nd cycle).

Dans cette tranche d'âge, le paludisme représente 44,3% des cas suivi des infections respiratoires aiguës hautes et basses (20,4%). Il demeure la principale cause de morbidité et de mortalité.

Par ailleurs, la mauvaise qualité de l'eau est aussi une cause de nombreuses maladies chez les enfants. Ce problème se pose avec acuité en milieu rural.

Graphique n°6 : Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 1996 à 2006 (pour mille naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006

Le graphique n°6 montre que le niveau atteint en 2006, inférieur de 1,2 points de la valeur cible de cette année (126,2) témoigne des efforts consentis à travers des politiques de développement mises en œuvre pour inverser la

tendance. En effet, la mortalité infanto-juvénile a diminué de 22% au cours des cinq dernières années. Ce recul n'a été que de 3,9% entre 1996 et 2001.

Si l'on veut obtenir des résultats plus satisfaisants dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile, des actions hardies doivent être mises en œuvre pour maintenir la tendance baissière enregistrée entre 2001 et 2006 afin que le Bénin soit au rendez-vous de 2015²⁰.

Toutefois, la moyenne nationale masque d'importantes disparités départementales.

❖ Taux de mortalité maternelle

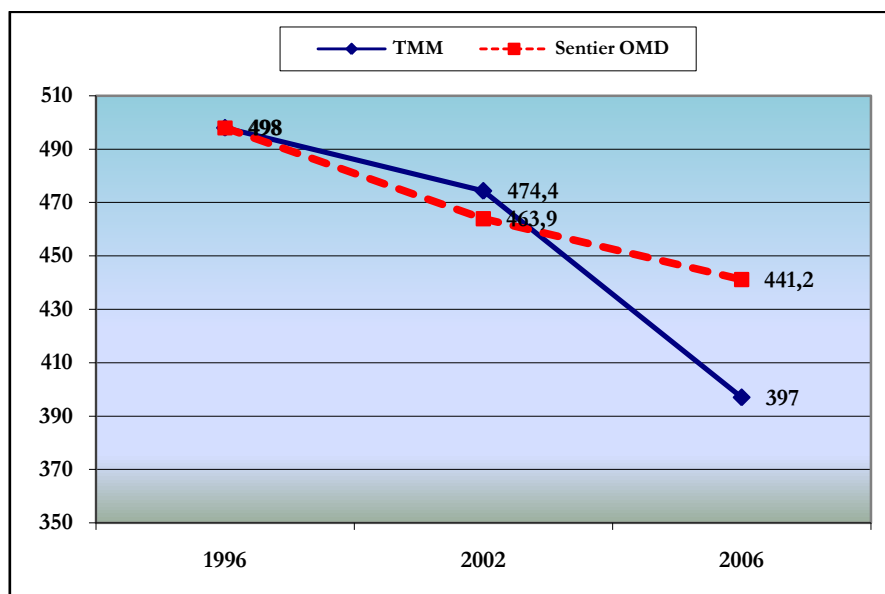
Le Taux de Mortalité Maternelle (TMM) au Bénin est en baisse depuis 1996. Les actions de développement mises en œuvre ont permis de réduire respectivement de 5% et de 16% ce taux de 1996 à 2001 et de 2001 à 2006, soit un recul de 20% au cours des dix dernières années.

En effet, estimé à 498 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 1996 (EDSI, 1996), le taux de mortalité maternelle est passé à 474,4 en 2002 (RGPH3, 2002) et à 397 en 2006 (EDS III, 2006) avec des risques plus considérables tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Les causes médicales directes sont principalement les hémorragies, les dystocies, les complications HTA (Hyper Tension Artérielle) sur grossesse, les complications d'avortement, les anémies et les infections sévères.

²⁰ La cible 2015 est 90 pour mille.

Graphique n°7 : Evolution de la mortalité maternelle de 1996 à 2006 (pour 100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



Source : Données RGPH 3, 2002 et EDS Bénin 1996, 2006

Le graphique n°7 présente l'évolution du TMM par rapport au sentier des OMD. Ainsi, au regard de l'objectif de 2015²¹, de 1996 à 2006, des progrès assez significatifs ont été réalisés. En 2006, les performances réalisées dans le domaine révèlent que le Bénin est en avance de 44 points sur la cible prévue (441,2).

Ces résultats, relativement reluisants, sont entre autres dus aux signes d'amélioration de la couverture des soins prénatals et de l'assistance des accouchements par du personnel de santé qualifié. En 2006, environ neuf femmes enceintes sur dix ont bénéficié des consultations prénatales au moins une fois avant l'accouchement. Ce taux est resté en constante augmentation au cours des dix dernières années.

S'agissant de la proportion d'accouchements assistés, il s'est établi à 78,1% en 2006 contre 72,9% en 2001 et 64% en 1996.

Cependant, plusieurs facteurs contribuent encore à ralentir le rythme observé. Il s'agit entre autres de l'environnement social ou culturel actuel, des accouchements à domicile, du dépistage insuffisant des grossesses à risque, du

²¹ En 2015, le taux de mortalité doit être de 390 pour cent mille naissances vivantes conformément aux OMD

suivi insuffisant du travail d'accouchement et l'insuffisance des ressources financières.

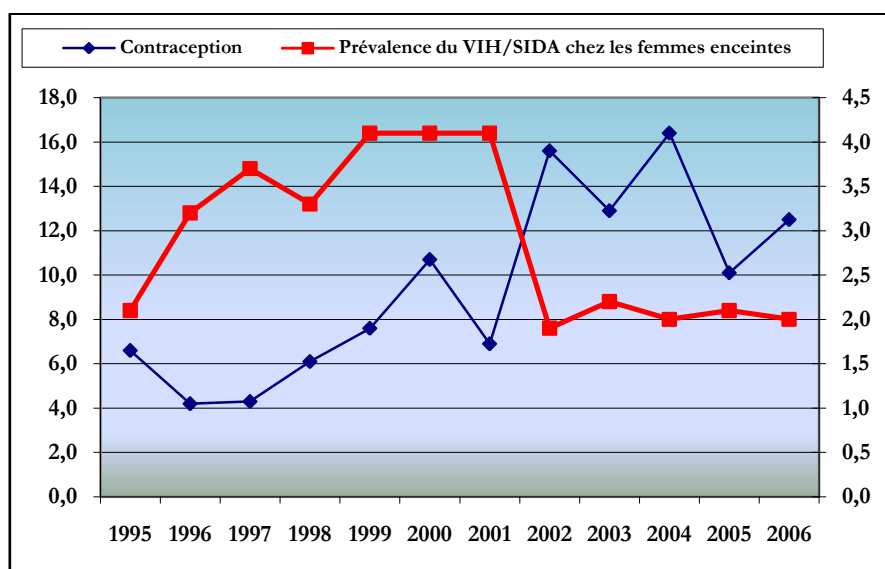
❖ **Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes et taux d'utilisation de la contraception**

Bien que le VIH/SIDA ne soit pas la première cause d'hospitalisation ou de décès, il est de loin la maladie la plus redoutable, compte tenu de son impact social, tant sur le porteur du virus, sa famille et sa progéniture que sur l'avenir du pays.

La prévalence du VIH/SIDA s'est stabilisée au Bénin. Depuis 2002, le taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans s'est stabilisé autour de 2%.

Par contre de 1996 à 2001, il a connu une augmentation en passant de 2,1% en 1996 à 4,1% en 2001.

Graphique n° 8: Evolution du taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes et du taux d'utilisation de la contraception de 1996 à 2006



Source : Données des annuaires statistiques du Ministère de la Santé

L'une des causes de la maîtrise relative de la pandémie du VIH/SIDA au Bénin pourrait être l'utilisation croissante des méthodes de contraception en l'occurrence le préservatif. En 1996, le taux d'utilisation des méthodes de contraception est de 4,2%. Dix ans plus tard, ce taux est de 12,5%, soit un accroissement de 8,3 points et de 2,7 points par rapport au niveau de 2001 (6,9%).

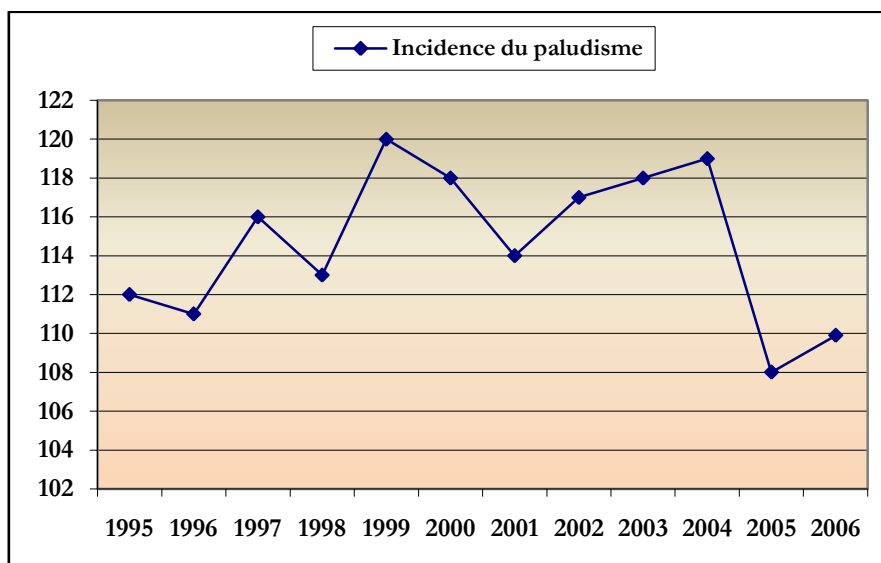
En matière de planification familiale, les résultats de l'EDS 2006 révèlent que seulement 6% des femmes en union utilisent actuellement une méthode de contraception moderne.

❖ Incidence du paludisme

Sur le plan épidémiologique, le Bénin est dans une zone de transmission stable et de ce fait, les cas de paludisme surviennent tout au long de l'année avec une recrudescence pendant la période des pluies. Le paludisme est une endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, en particulier les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Il est également la cause d'absentéisme et entraîne des pertes économiques énormes tant pour les individus, les familles que pour la nation. En 2006, l'incidence du paludisme représentait 39,7% des consultations et 24,7% des causes d'hospitalisation.

Globalement, l'incidence du paludisme est de 110 pour 1 000 habitants en 2006 contre 108 pour 1 000 habitants en 2005 et 119 pour 1 000 habitants en 2004. Ainsi, entre 2004 et 2006 le Bénin a inversé la tendance à la hausse observée depuis 2001. Toutefois, cette tendance à la hausse ne pourra être inversée durablement, au vue de l'évolution entre 2005 et 2006. Des efforts importants restent à faire pour maintenir la tendance globale à la baisse observée entre 2004 et 2006 (7,56% à la baisse).

Graphique n°9 : Evolution de l'incidence du paludisme de 1995 à 2006

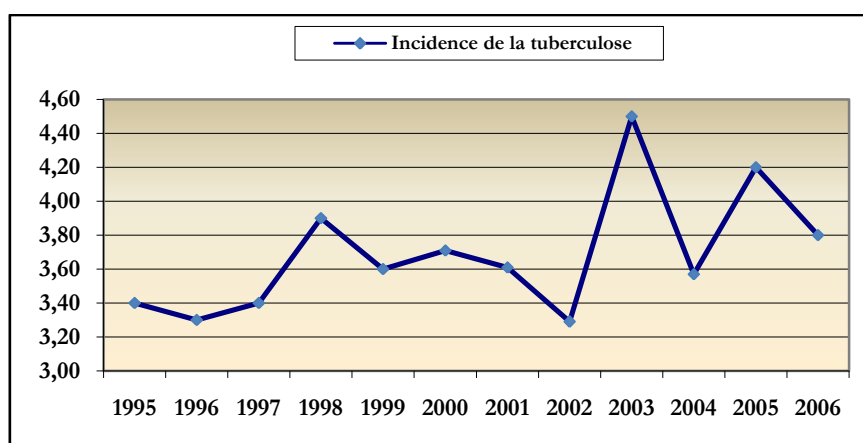


Source : Données des annuaires statistiques du Ministère de la Santé

❖ Incidence de la tuberculose

La tuberculose fait partie des affections responsables des décès de plusieurs milliers de personnes. Sa prévalence a connu ces derniers temps une évolution à la hausse parfois imputable à l'évolution à la hausse de la prévalence du VIH/SIDA dont elle est une des infections opportunistes. En 2006, l'incidence de la tuberculose est estimée à 3,8 pour 10.000 habitants. Elle est en baisse par rapport à 2005 (4,2 pour 10.000 habitants) et en hausse par rapport à 2004 (3,57 pour 10.000 habitants).

Graphique n°10 : Evolution de l'incidence de la tuberculose de 1996 à 2006

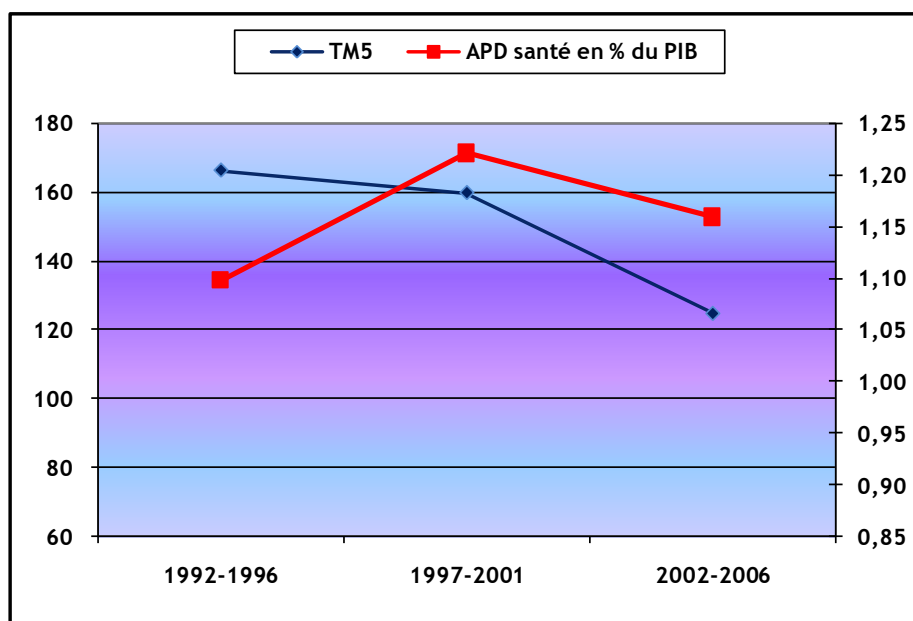


Source : Données des annuaires statistiques du Ministère de la Santé

2.1.2.2 Analyse de l'APD santé en pourcentage du PIB en rapport avec le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

La recherche de l'efficacité de l'aide allouée au secteur de la santé nous amène à nous interroger sur le rôle que cette aide a pu jouer sur la performance du secteur. Pour avoir une idée sur cette question, on peut se référer à la figure ci-dessous qui présente les évolutions tendanciennes de l'aide consacrée au secteur de la santé en pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB) et du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Graphique n° 11: Niveaux d'aide allouée au secteur de la santé et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans



Sources : Données DGIFD/MPDEPP-CAG, EDS 1 (1996), EDS 2 (2001), EDS 3 (2006)

Sur la période 1992-2001, le Bénin a bénéficié dans le domaine de la santé d'une aide extérieure croissante et décroissante au cours de la période 2002-2006. Elle est passée d'environ 1,10% du PIB en 1992-1996 à 1,22% en 1997-2001 puis à 1,16% en 2002-2006.

S'agissant du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, il n'a cessé de s'améliorer (tendance baissière) depuis 1996 jusqu'à 2006. Le taux de réduction

de cet indicateur est plus élevé entre 2001 et 2006, période au cours de laquelle le niveau d'aide consommée dans le secteur de la santé a baissé.

Ce graphique montre qu'au niveau national l'augmentation de l'aide au secteur de la santé en pourcentage du PIB ne semble pas être associée à une tendance à la baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

2.2. Analyse géographique des interventions des Partenaires Techniques et Financiers dans les secteurs sociaux

2.2.1 Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé

Cette rubrique présente une vue globale de la couverture du territoire national par les PTF du secteur et facilite ainsi la désagrégation de leur appui par département. L'analyse détaillée de la contribution des PTF du secteur permet de distinguer les partenaires multilatéraux, bilatéraux et les Acteurs Non Etatiques (ANE).

2.2.1.1 Les partenaires multilatéraux

On distingue dans cette catégorie les Organisations du Système des Nations Unies (IDA, FMI, FENU, PNUD, FNUAP, UNICEF, PAM et OMS), les organismes internationaux et/ou institutions de financement (BAD, FAD, UE, BID).

Les zones d'intervention de ces différents partenaires se présentent comme suit :

Tableau n°7 : Partenaires Techniques et Financiers multilatéraux du secteur de la santé et leurs zones d'interventions

Partenaires	Zones d'intervention
IDA	National mais concentré dans l'Atlantique et le Mono
FMI	National
FENU	National
PNUD	National mais concentré dans le Littoral et l'Ouémé
UNFPA	Atacora, Borgou, Alibori et Mono
UNICEF	Zou, Plateau, Collines et Borgou
PAM	National
OMS	National
BAD	Borgou, Alibori, Zou, Donga
FAD	National
UE	Atlantique, Littoral, Ouémé, Plateau, Mono et Couffo
BID	Borgou, Alibori, Ouémé, Plateau

Source : Carte d'interventions des PTF dans le secteur de la santé

2.3.2.2. Les partenaires bilatéraux

Les partenaires bilatéraux s'occupent des relations et accords entre deux Etats. On y retrouve : la Coopération Belge, la Coopération Canadienne, la Coopération Chinoise, la Coopération Danoise, la Coopération Française, la Coopération Allemande, la Coopération Italienne, la coopération Japonaise, la Coopération avec les Pays-Bas, la Coopération Norvégienne, la Coopération Suisse et la Coopération Américaine.

Ces différents partenaires appuient le secteur de la santé dans des localités des zones présentées dans la tableau n°8.

Tableau n°8 : Partenaires Techniques et Financiers bilatéraux du secteur de la santé et leurs zones d'interventions

Partenaires	Zones d'intervention
Belgique	Donga, Mono et Couffo
Canada	Atlantique, Littoral, Ouémé, Borgou , Zou, Mono
Chine	Atacora, Mono, Borgou, Littoral
Danemark	Zou, Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Donga, Ouémé et Plateau
France	National
Allemagne	Atacora
Italie	National
Japon	Littoral, Atlantique
Pays-Bas	Atacora
Norvège	National
Suisse	Borgou, Alibori, Zou, Collines
Etats-Unis d'Amérique	Zou, Collines, Borgou, Alibori, Ouémé, Plateau, Atacora, Donga

Source : Carte d'interventions des PTF dans le secteur de la santé

2.3.2.3. Les acteurs non étatiques

Ce groupe comprend les partenaires indépendants et les organisations non gouvernementales qui se retrouvent dans des liens particuliers avec le Ministère de la Santé. Il intervient sur toute l'étendue du territoire national.

2.2.2 Partenaires Techniques et financiers des autres secteurs sociaux

Dans le domaine de l'eau et de l'assainissement (voir tableau n°9), les Pays-Bas et l'UEMOA constituent en termes de couverture du territoire, les partenaires

les plus importants. Ils sont suivis de la France, du Royaume de Danemark et de la KFW/GTZ qui interviennent chacun dans six départements. La BAD et la JICA occupent respectivement la sixième et la septième place.

Tableau n°9 : Partenaires Techniques et Financiers du secteur de l'eau et de l'assainissement

Bailleurs (secteur de l'eau et assainissement)	Zones d'intervention
France	Alibori, Borgou, Zou, Collines, Atlantique, Littoral
KFW/GTZ (milieu urbain et rural)	Atacora, Donga, Mono, Couffo, Ouémé, Plateau
Danemark	Alibori, Borgou, Collines, Zou, Atlantique, Littoral,
Pays-Bas (milieu urbain et rural)	National
JICA	Collines, Zou
BAD	Borgou, Alibori, Zou, Collines
UEMOA	National

Source : DG Eau, 2009

Tableau n°10 : Partenaires Techniques et Financiers du secteur de l'urbanisme

Bailleurs (secteur de l'urbanisme)	Zones d'intervention
Banque Mondiale	Alibori, Borgou, Atlantique, Littoral, Mono,
FED	Littoral
BOAD	National
PNUD	Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Littoral, Mono, Ouémé et Zou

Source : CSE/DPP/MURFLEC, 2009

L'analyse du tableau n°10 montre que le secteur de l'urbanisme bénéficie sur le plan géographique d'une grande attention de la BOAD suivie respectivement du PNUD et de la Banque Mondiale.

Quant aux secteurs des enseignements maternel et primaire (tableau n° 11), la quasi-totalité des partenaires multilatéraux et bilatéraux interviennent sur toute l'étendue du territoire national en fonction des priorités nationales notamment dans les localités les plus défavorisées en termes de scolarisation universelle.

Cette analyse géographique de l'intervention des partenaires n'est pas forcément en harmonie avec leur contribution financière. La non disponibilité des informations financières par partenaire nous a conduit à présenter ci-après la répartition par département de l'aide globale allouée aux autres secteurs sociaux.

Tableau n°11: PTF du secteur des enseignements maternel et primaire

Bailleurs (secteur de l'enseignement maternel et primaire)	Zones d'intervention
Banque Mondiale	National
BAD	National
PAM	National
UNESCO	National
UNFPA	Alibori, Atacora, Borgou, Couffo
UNICEF	Alibori, Atlantique, Borgou, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau, Zou
Suisse	Borgou
USAID	Alibori, Atacora, Borgou, Couffo, Mono, Zou
Danemark	Zou,
France	National
Pays-Bas	Alibori, Atlantique, Borgou, Ouémé, Plateau, Zou
Allemagne	National
SNV	National
Japon	National
CRS	National
Plan International	National
FAWE/Bénin	National
BØRNEfonden	Collines, Donga, Mono, Ouémé, Zou
CARE	National
Right to Play	Atlantique
World Education	National
Aide et Action	Atacora, Atlantique, Borgou et Donga

Source : DPS/MEMP, 2009

Tableau n°12 : Répartition de l'APD des autres secteurs sociaux par département.

Départements	Pourcentage
Alibori	10,25%
Atacora	4,99%
Atlantique	8,39%
Borgou	9,62%
Collines	5,32%
Couffo	4,36%
Donga	5,81%
Littoral	18,45%
Mono	6,17%
Ouémé	13,85%
Plateau	6,32%
Zou	6,48%

Source : Données DPIP/DGIFD, 2008, 2009

De l'analyse du tableau n° 12, il ressort que les principaux bénéficiaires de crédits d'investissements financés sur ressources extérieures dans les autres secteurs sociaux sont les départements du Littoral (18,45%), de l'Ouémé (13,85%) et de l'Alibori (10,25%).

2.3 Analyse du financement du secteur de la santé et des indicateurs OMD au niveau départemental

2.3.1 Analyse du financement du secteur de la santé au niveau départemental

L'analyse du tableau n°5 montre que d'importantes disparités sont enregistrées dans le financement du secteur de la santé au niveau départemental. En effet, les départements ayant plus bénéficié de l'appui des PTF sont le Zou, le

Mono et dans une moindre mesure les Collines. Le département le moins assisté par les PTF est celui du Littoral.

Tableau n°13 : Répartition de l'APD par département en pourcentage du Produit Local Brut (PLB)

APD santé en % du PLB	1992-1996	1997-2001	2002-2006
ALIBORI	1,53%	1,73%	1,03%
ATACORA	1,75%	2,22%	1,95%
ATLANTIQUE	0,85%	0,92%	1,05%
BORGOU	1,28%	1,39%	1,40%
COLLINES	2,17%	2,12%	1,61%
COUFFO	0,58%	0,67%	1,91%
DONGA	0,60%	1,08%	1,34%
LITTORAL	0,49%	0,48%	0,41%
MONO	1,97%	2,59%	2,47%
OUEME	0,39%	0,49%	0,74%
PLATEAU	1,71%	2,06%	2,04%
ZOU	3,42%	3,32%	2,42%
BENIN	1,10%	1,22%	1,16%

Source : Données INSAE, DGIFD

De façon spécifique, il ressort que :

- ✓ tous les départements du Bénin bénéficient dans le secteur de la santé de l'aide internationale ;

- ✓ l'APD en pourcentage du PLB s'est accrue dans 75% (9 sur 12) des départements entre 1992 et 2001. Par contre au niveau du Littoral, il est observé une certaine stagnation ;

- ✓ cinq départements (Atlantique, Borgou, Couffo, Donga et l'Ouémé) ont enregistré une hausse régulière de l'APD au cours des trois périodes ;

- ✓ l'aide a connu dans trois départements (Collines, Littoral et Zou) une baisse régulière au cours des trois périodes et,

✓ quatre départements (Alibori, Atacora, Mono et Plateau) affichent des tendances similaires à celle nationale, une hausse de l'aide entre 1992 et 2001 et une baisse entre 2001 et 2006.

2.3.2 Analyse de l'APD en rapport avec les indicateurs et le sentier des OMD

2.3.2.1. Analyse des Taux de mortalité infantile en rapport avec le sentier des OMD

L'analyse des graphiques ci-dessous (12 à 23) montre que :

✓ les départements de l'Atacora et de la Donga s'éloignent de plus en plus de la cible, comme en témoigne l'augmentation en 2006 des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (graphiques 13 et 15) ;

✓ malgré la baisse du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, les départements de l'Alibori, des Collines et de l'Ouémé ne sauraient atteindre à ce rythme la cible en 2015 (graphiques 12, 17 et 22) ;

✓ les départements de l'Atlantique, du Borgou, du Mono, du Couffo et du Zou ont de fortes chances d'être au rendez-vous de 2015, si le rythme de diminution de l'indicateur se confirmait (graphiques n° 14, 18, 19 et 20) ;

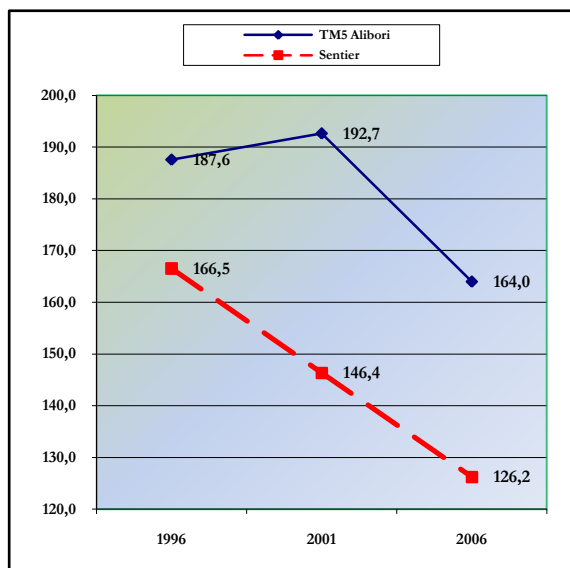
✓ l'espoir n'est pas permis quant à l'atteinte de la cible dans le département de l'Ouémé au regard de la tendance observée depuis 1996 (graphique n° 22);

✓ l'évolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est très lente dans le département du Plateau au point où le niveau de 2006 est au dessus du sentier de l'OMD contrairement aux périodes antérieures. A ce rythme, le département ne serait pas au rendez-vous de 2015 (graphique n° 23) ;

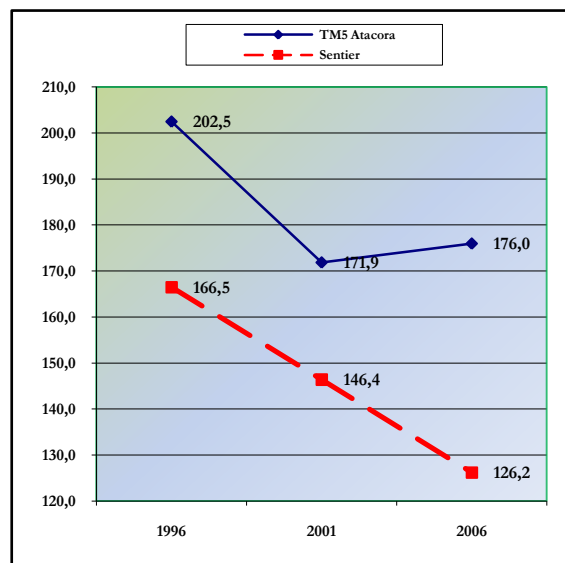
✓ le département du Littoral est le seul dans lequel la cible (90‰) a été déjà atteinte voire dépassée depuis 2001 (graphique n° 21).

Graphique n° 12: Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Alibori de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD

Graphique n°13 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Atacora de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



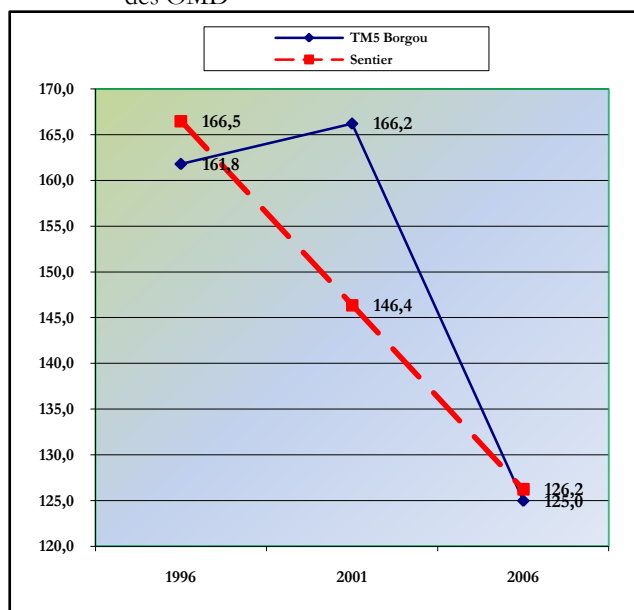
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)



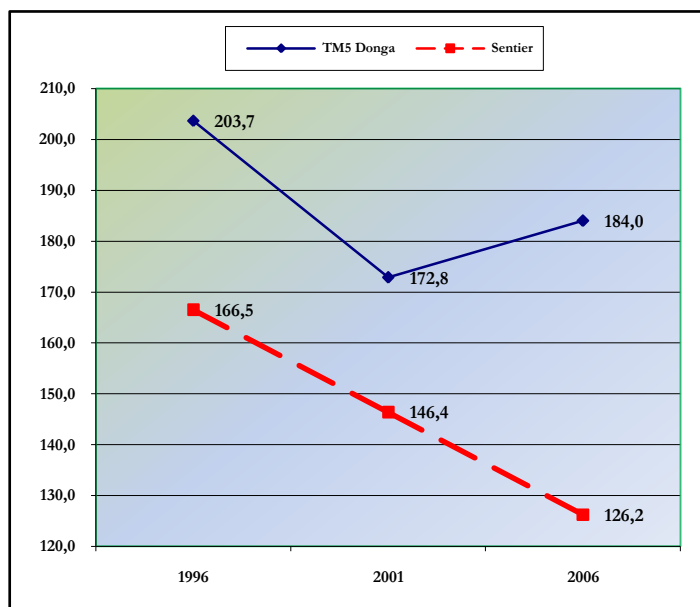
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)

Graphique n°14 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Borgou de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD

Graphique n°15 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de la Donga de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



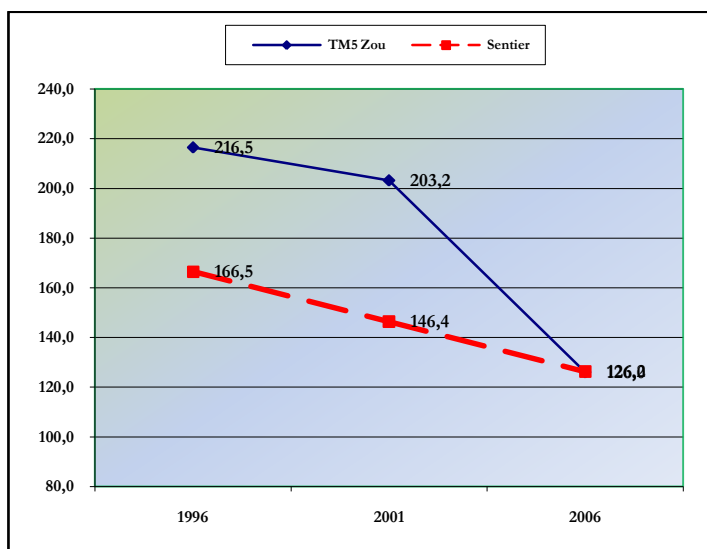
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)



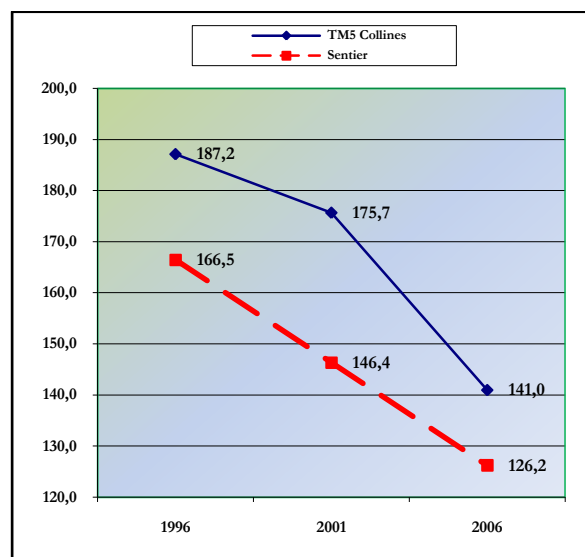
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)

Graphique n°16 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Zou de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD

Graphique n°17 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans des Collines de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



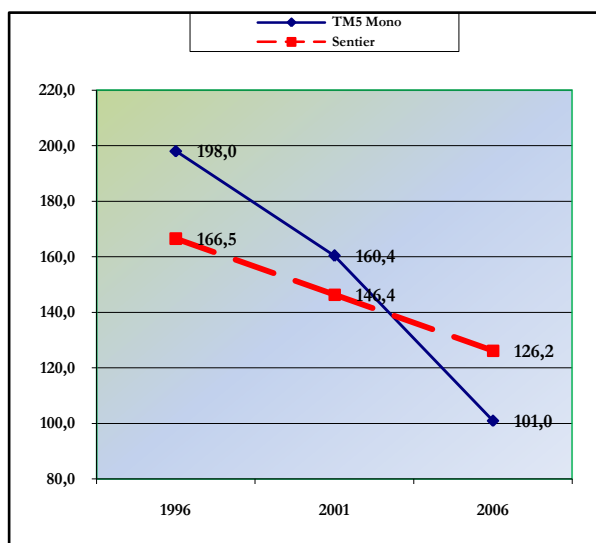
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)



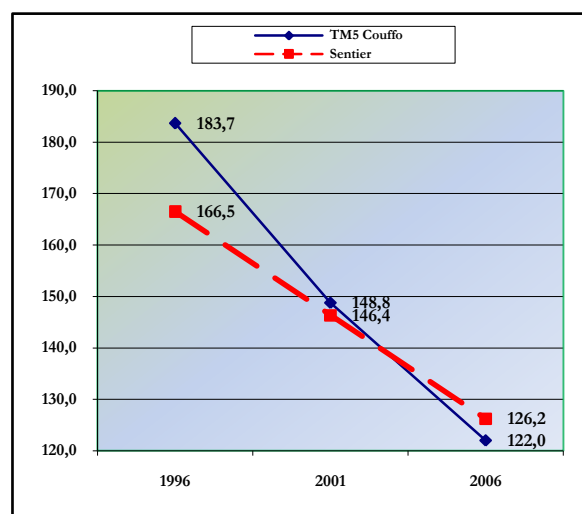
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)

Graphique n° 18: Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Mono de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD

Graphique n° 19: Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Couffo de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



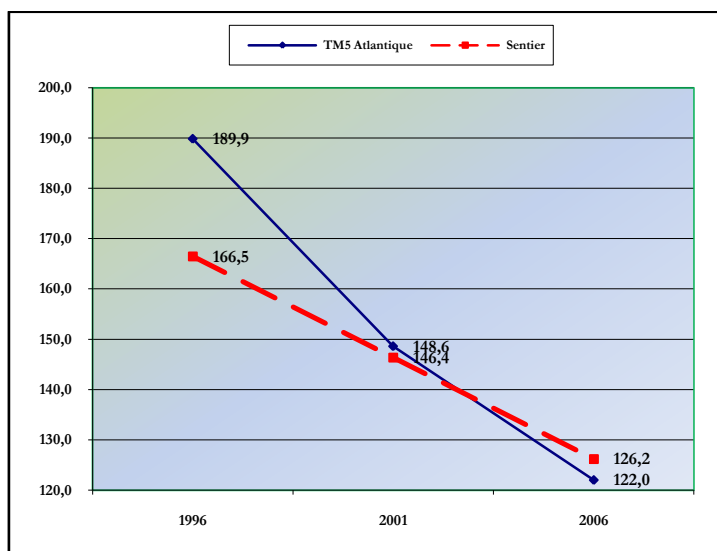
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)



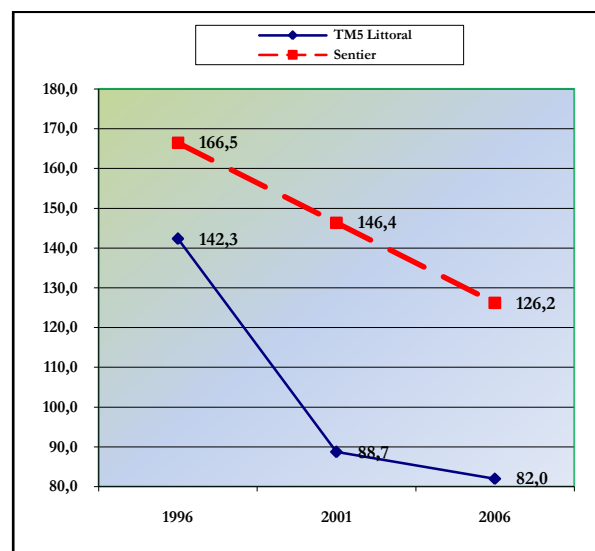
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)

Graphique n° 20: Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Atlantique de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD

Graphique n° 21: Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Littoral de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



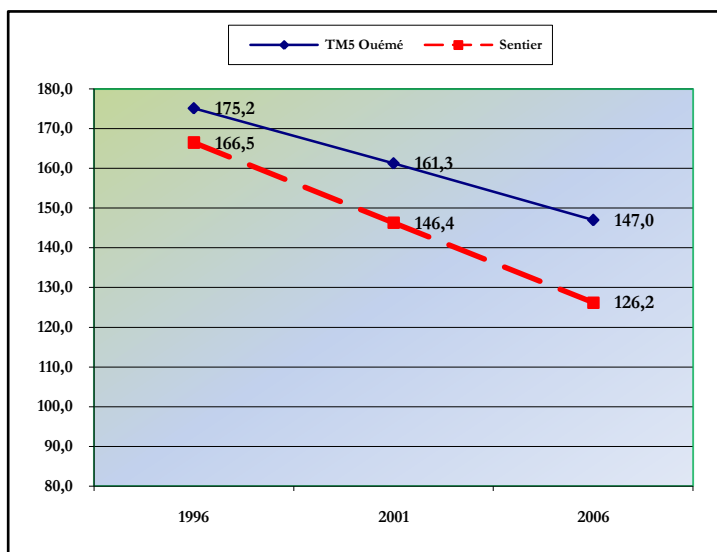
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)



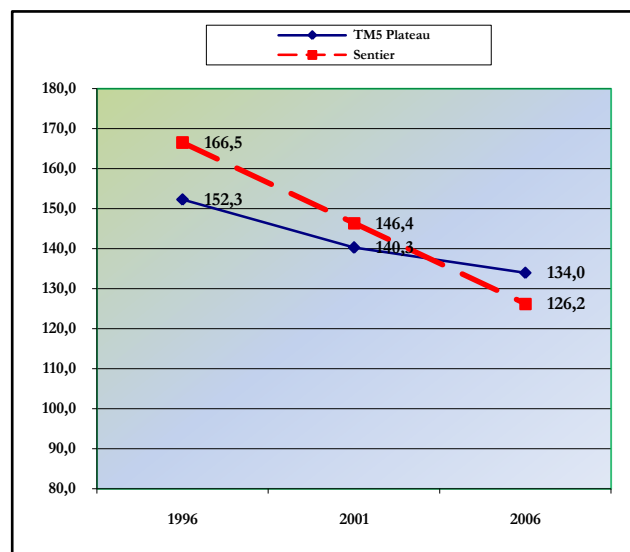
Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)

Graphique n°22 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de l'Ouémé de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD

Graphique n°23 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans du Plateau de 1996 à 2006 (100.000 naissances vivantes) comparée au sentier des OMD



Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)



Sources : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, RGPH 3 (2002)

2.3.2.2. Analyse de l'APD en rapport avec les indicateurs OMD

L'analyse des graphiques ci-après débouche sur un véritable paradoxe. Au cours de la période 1992-2006, les taux de mortalité infanto-juvénile de certains départements (04) ont régulièrement baissé pendant que l'aide dont ils ont

bénéficié dans le secteur de la santé est en constante diminution. C'est le cas des Collines, du Littoral et du Zou (graphiques 25, 26 et 27).

L'Alibori (graphique n°24) par exemple a bénéficié d'une aide croissante de 1992 à 2001 mais le taux de mortalité infanto-juvénile a augmenté au cours de la même période. De 2002 à 2006, l'aide décaissée au niveau de ce département a connu une diminution, période au cours laquelle le taux de mortalité a considérablement baissé, passant de 192,7‰ à 164,0‰.

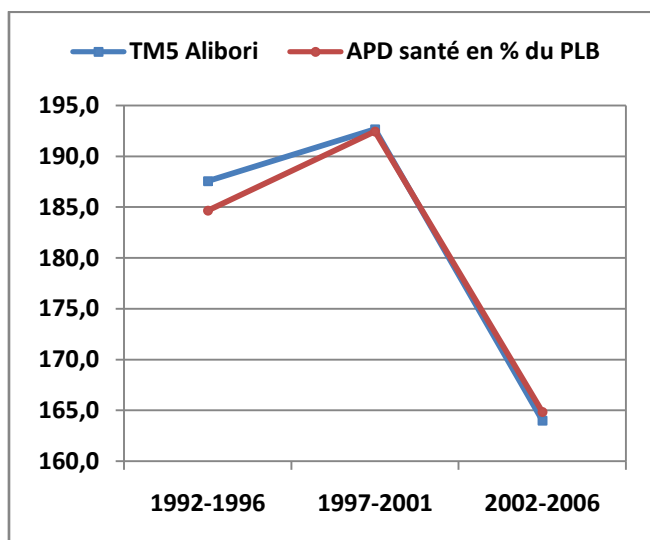
Certains départements comme le Mono et le Plateau (graphiques n° 30 et 31) bénéficient d'une aide respectivement croissante et décroissante au cours des deux premières périodes et de la troisième période ; alors que le taux de mortalité est en baisse régulière. Des situations vraisemblablement paradoxales sont également observées au niveau des départements du Borgou et de la Donga (graphiques n° 28 et 29).

Toutefois, dans quatre départements notamment l'Atlantique, l'Atacora, le Couffo et l'Ouémé, l'augmentation (respectivement la diminution) de l'aide au secteur de la santé semble être associée à une baisse (respectivement une hausse) de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (graphiques n° 32, 33, 34 et 35).

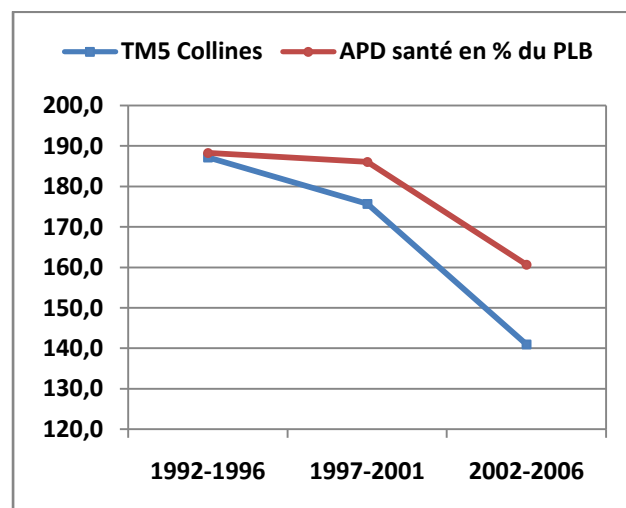
L'analyse jette des doutes sur l'efficacité de l'aide consacrée au secteur de la santé au Bénin. Il est néanmoins difficile de conjecturer le lien entre l'APD santé en pourcentage du PLB et la mortalité infanto-juvénile à partir de l'observation de quelques graphiques.

Graphique n°24: APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Alibori

Graphique n° 25: APD santé et mortalité infanto-juvénile dans les Collines

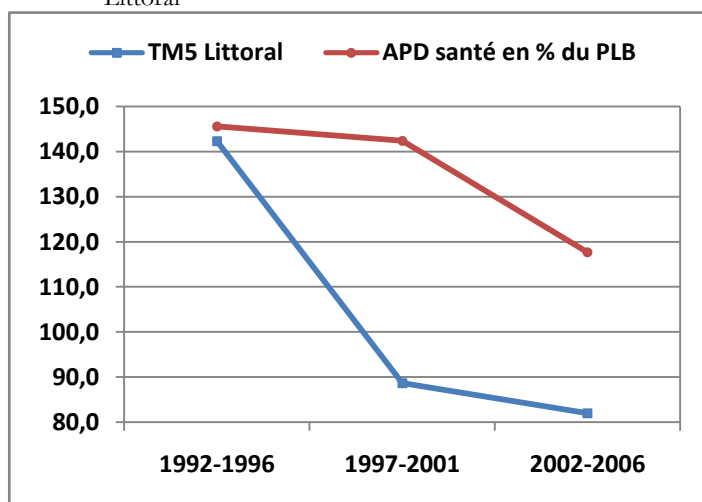


Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs



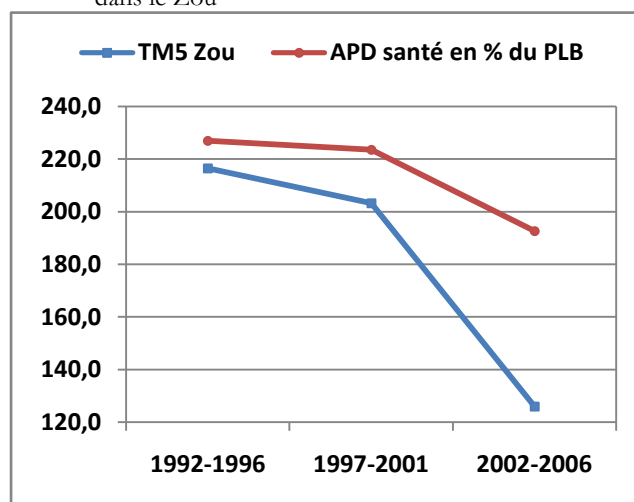
Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

Graphique n°26 : APD santé et mortalité infantile dans le Littoral



Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

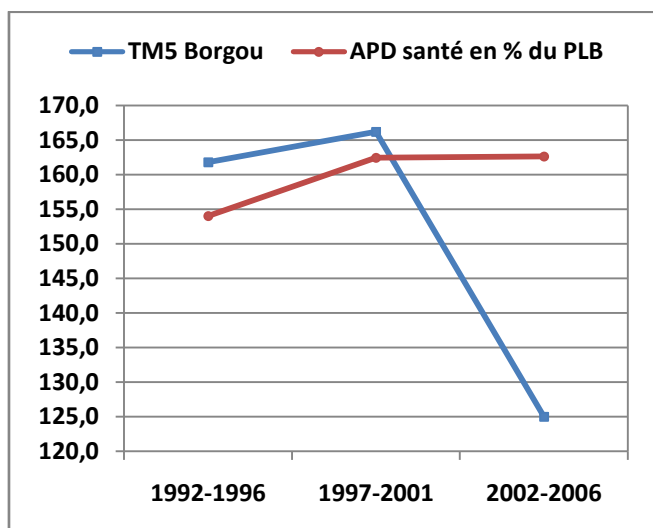
Graphique n°27 : APD santé et mortalité infantile dans le Zou



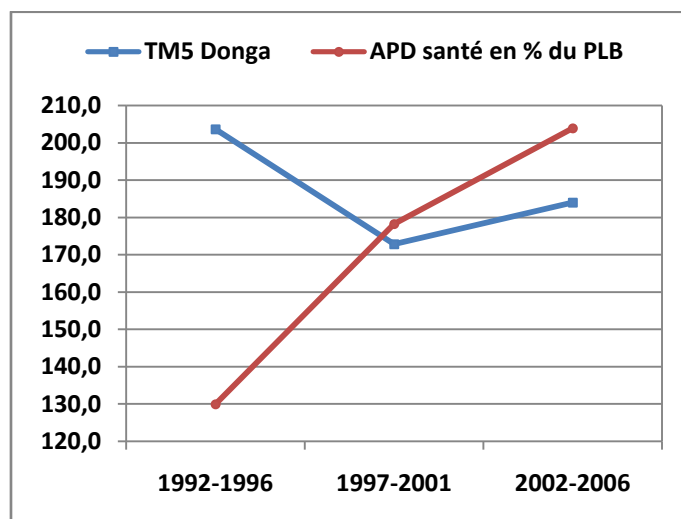
Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

Graphique n°28 : APD santé et mortalité infantile dans le Borgou

Graphique n°29 : APD santé et mortalité infantile dans la Donga



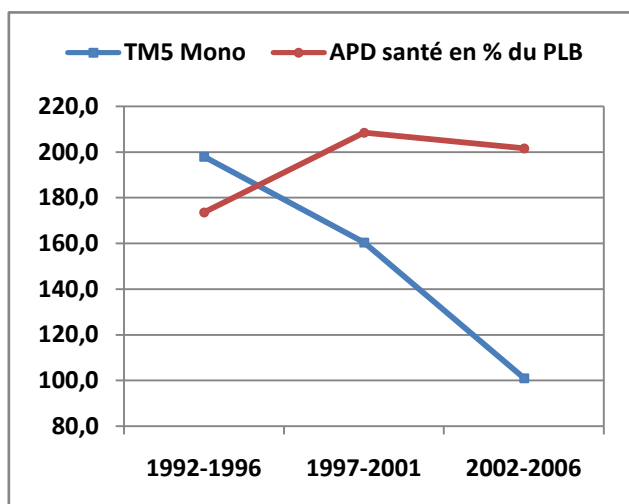
Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs



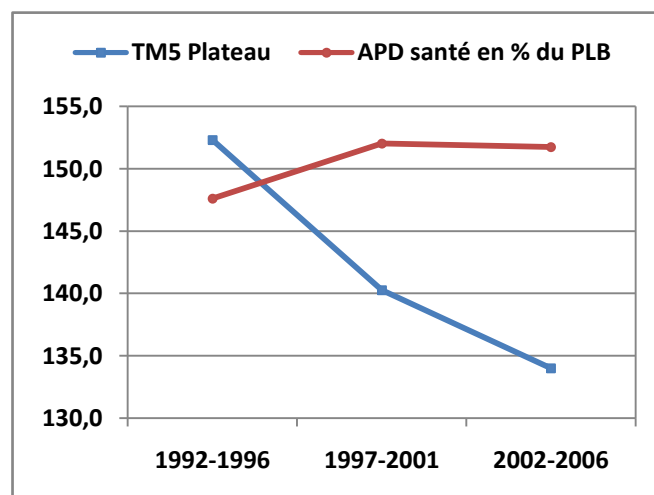
Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

Graphique n°30 : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Mono

Graphique n° 31: APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Plateau

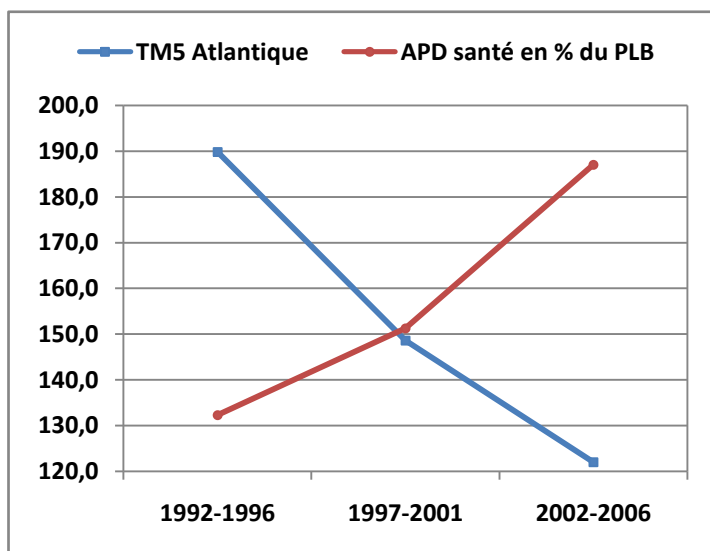


Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs



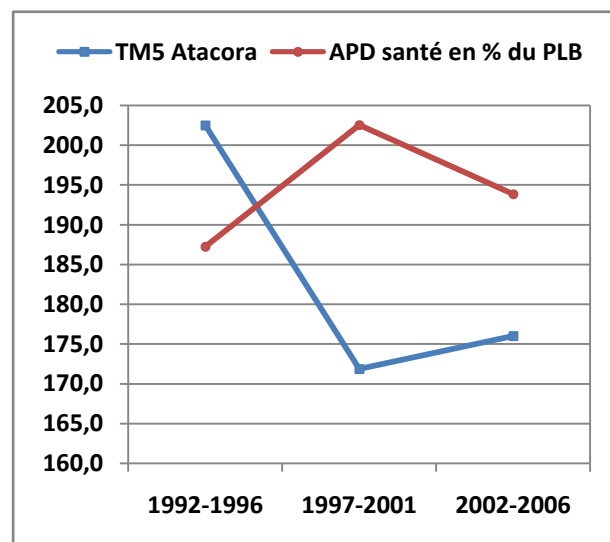
Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

Graphique n°32 : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Atlantique



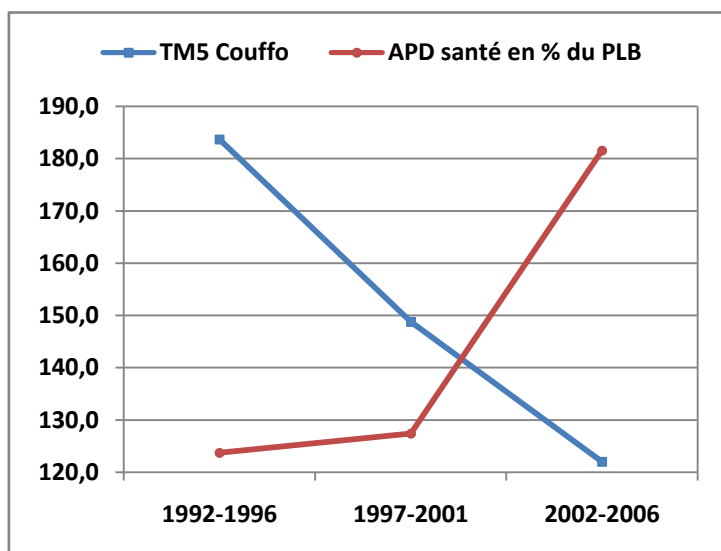
Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

Graphique n°33 : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Atacora



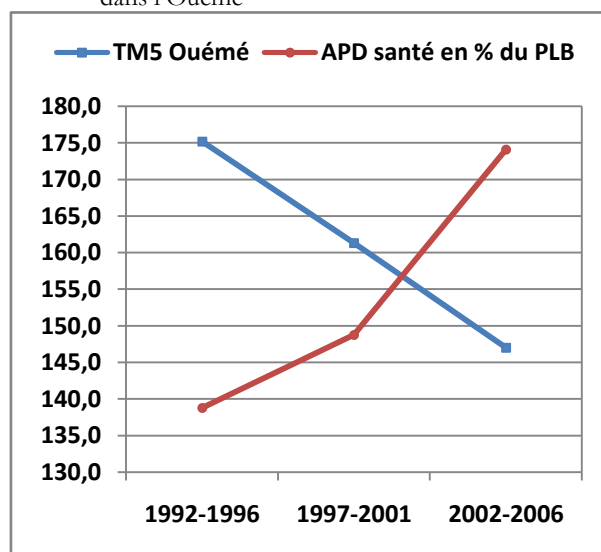
Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

Graphique n°34 : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans le Couffo



Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

Graphique n°35 : APD santé et mortalité infanto-juvénile dans l'Ouémé



Source : Données EDS Bénin 1996, 2001, 2006, Comptes économiques locaux, projections démographiques et calcul des auteurs

CHAPITRE 3 :

MODELISATION ECONOMETRIQUE

3.1 Régression et explication des résultats

L'objectif de cette section est de présenter l'estimation la mieux adaptée pour notre échantillon.

3.1.1 Estimation du modèle

$$\ln TMI_{it} = \alpha_i + \beta \ln AS_{it} + \gamma (\ln AS)_{it}^2 + \delta \ln DBNS_{it} + \theta \ln ASOC_{it} + \vartheta \ln DBNSOC_{it} + \pi \ln X_{it} + \varepsilon_{it}$$

$$i = 1, \dots, 12 \text{ et } t = 1, 2, 3$$

Dans ce modèle, il existe six (06) régresseurs en dehors du terme constant. L'effet individuel, qui est la constante α_i , qui est supposé constant au cours de la période t mais varie d'un département à l'autre. Lorsqu'on suppose que tous les départements ont les mêmes α_i , alors les Moindres Carrés Ordinaires (MCO) permettent d'obtenir les estimateurs consistants et efficaces des paramètres. Cependant, lorsqu'on émet des hypothèses sur le terme constant et le terme d'erreur, on aboutit à des modèles dont les propriétés des estimateurs ne sont plus les mêmes que pour les MCO.

La modélisation particulière porte uniquement sur la spécification des aléas ε_{it} . La forme de base s'écrit simplement $\varepsilon_{it} = \alpha_i + v_t + w_{it}$ où α_i désigne un terme constant au cours du temps, ne dépendant que du département i , v_t un terme ne dépendant que de la période t , et w_{it} un terme aléatoire croisé.

La modélisation dépend des hypothèses retenues quant aux composantes α_i , v_t et w_{it} et à leurs relations.

Nous verrons, entre le modèle à effets fixes et le modèle à effets aléatoires, le meilleur qui met en exergue l'influence de l'APD santé sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

3.1.1.1. Estimation du modèle à effets fixes

Dans le cas du modèle à effets fixes, on obtient à partir du logiciel Stata 10 les résultats ci-après :

```
. xtreg lntmi5 lnas lnas2 lndbns lnasoc lndbnasoc lnxt, fe
```

```
Fixed-effects (within) regression                Number of obs   =       36
Group variable: d_p                             Number of groups =       12

R-sq:  within = 0.7917                          Obs per group:  min =        3
          between = 0.1145                        avg =           3.0
          overall = 0.4522                        max =           3

corr(u_i, Xb) = -0.0505                          F(6,18)         =       8.84
                                                Prob > F        =       0.0001
```

lntmi5	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
lnas	-.0223784	.1189807	-0.19	0.853	-.2759798 .231223
lnas2	-.0008829	.0093715	-0.09	0.926	-.0208577 .0190919
lndbns	-.2127599	.2139777	-0.99	0.336	-.6688426 .2433227
lnasoc	-.6170759	.4399109	-1.40	0.181	-1.554724 .320572
lndbnasoc	.384236	.6674327	0.58	0.573	-1.038363 1.806835
lnxt	.0283919	.016849	1.69	0.113*	-.0075209 .0643048
_cons	-2.836908	1.967216	-1.44	0.170	-7.02993 1.356114

```
-----+-----
sigma_u | .1576238
sigma_e | .11390715
rho     | .65693273 (fraction of variance due to u_i)
-----+-----
F test that all u_i=0:      F(11, 18) =      6.36          Prob > F = 0.0003

(*) : Variable significative à 10%
(**) Variable significative à 5%
(***) Variable significative à 1%
```

Dans le tableau, il existe deux statistiques de Fisher. La première (en haut du tableau) teste la significativité conjointe des variables explicatives et la seconde (en dessous du tableau) teste la significativité conjointe des effets fixes introduits. L'examen de ces deux tests (Prob > F = 0.0001 et Prob > F = 0.0003) montre qu'il existe un coefficient significativement différent de zéro.

L'estimation du modèle nous donne trois R^2 (R-sq within, between et overall). Pour le modèle à effets fixes, le R^2 le plus pertinent est le R^2 within car il donne une idée de la part de la variabilité intra-individuelle de la variable dépendante expliquée par celle des variables explicatives. Ainsi, R-sq within montre que 79,17% de la variabilité à l'intérieur des départements (variabilité intra-individuelle) est expliquée par la variabilité intra-individuelle de nos variables explicatives.

Le test de Student mesure la significativité des coefficients du modèle. Ce test montre qu'aucun coefficient n'est différent de zéro au seuil de 5%. Au seuil de 10%, seul le taux d'exécution du PIP est significatif.

La statistique "rho" permet de montrer que 65,69% de la variance est due aux effets individuels du modèle.

3.1.1.2. Estimation du modèle à effets aléatoires

Pour les effets aléatoires, les résultats ci-après ont été obtenus :

```
. xtreg lntmi5 lnas lnas2 lndbns lndbns_2 lnasoc lnasoc2 lndbnasoc lndbnasoc2 lnxt, re
```

```
Random-effects GLS regression           Number of obs   =       36
Group variable: d_p                     Number of groups =       12
```

```
R-sq:  within = 0.6625                   Obs per group:  min =       3
      between = 0.9062                               avg =      3.0
      overall = 0.7201                               max =       3
```

```
Random effects u_i ~ Gaussian           Wald chi2 (6)    =      53.80
corr(u_i, X) = 0 (assumed)              Prob > chi2     =      0.0000
```

	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
lnas	.0248458	.1152248	0.22	0.829	-.2009907	.2506823
lnas2	.0037897	.0090919	0.42	0.677	-.0140301	.0216095
lndbns	-.7753694	.1733516	-4.47	0.000***	-1.115132	-.4356065
lnasoc	-1.452712	.3325647	-4.37	0.000***	-2.104527	-.8008969
lndbnasoc	.9114978	.7489157	1.22	0.224	-.55635	2.379346
lnxt	.0664536	.0154164	4.31	0.000***	.0362381	.0966691
_cons	-4.186728	2.085659	-2.01	0.045**	-8.274545	-.0989104
sigma_u	.18902756					
sigma_e	.11390715					
rho	.73091254	(fraction of variance due to u_i)				

(*) : Variable significative à 10%

(**) Variable significative à 5%

(***) Variable significative à 1%

Dans le cas du modèle à effets aléatoires, le R^2 pertinent est le R^2 between. Il mesure la part de la variabilité inter-individuelle de la variable dépendante expliquée par celle des variables explicatives. Le R^2 within quant à lui donne une idée de la contribution des effets aléatoires départementaux au modèle.

Le R-sq between montre que 90,62% de la variabilité inter-département du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est expliquée par la variabilité inter-département des variables explicatives du modèle. Trois variables explicatives rendent donc bien compte du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Le test de student montre qu'à un seuil de 5%, les coefficients des variables "Dépenses Budget National secteur santé", "APD autres secteurs sociaux" et "taux d'exécution du PIP" du modèle sont significativement différents de zéro.

Mais, l'hypothèse d'effets aléatoires reste très importante pour la validité du modèle. Ainsi, pour vérifier l'existence d'effets aléatoires individuels nous allons utiliser le test de Breusch et Pagan (le test du multiplicateur de Lagrange) et le test de Hausman.

a) Test du Multiplicateur de Lagrange

Hypothèse du test : H_0 : Absence d'effets spécifiques

H_1 : Présence d'effets spécifiques

H_0 est rejetée si la probabilité du test de Breusch et Pagan est inférieure à 5% et est acceptée dans le cas contraire.

Le test de Breusch et Pagan conclut au rejet de l'hypothèse nulle, il y a donc des effets spécifiques départementaux.

Breusch and Pagan Lagrangian multiplier test for random effects

$$\ln tmi5[d_p,t] = Xb + u[d_p] + e[d_p,t]$$

Estimated results:

	Var	sd = sqrt(Var)
lntmi5	.052805	.2297935
e	.0129748	.1139072
u	.0357314	.1890276

Test: $\text{Var}(u) = 0$

chi2(1) = 10.92
 Prob > chi2 = 0.0010

b) Test de Hausman

Le modèle à effets fixes et le modèle à effets aléatoires permettent de prendre en compte l'hétérogénéité des données. Mais, les hypothèses sur la nature des effets spécifiques diffèrent d'un modèle à un autre. Dans le premier modèle, on suppose que les effets peuvent être corrélés avec les variables explicatives du modèle, et dans le second cas on suppose que les effets spécifiques sont orthogonaux aux variables explicatives du modèle. Le test de spécification d'Hausman permet de tester laquelle de ces deux hypothèses du modèle est appropriée aux données. En d'autres termes, ce test permet de choisir entre le modèle à effets fixes et le modèle à effets aléatoires.

```
. hausman fixe

      ---- Coefficients ----
      |          (b)          (B)          (b-B)          sqrt(diag(V_b-V_B))
      |          fixe          .          Difference          S.E.
-----+-----
      lnas |  -.0223784   .0248458   -.0472242   .029659
      lnas2 |  -.0008829   .0037897   -.0046726   .0022718
      lndbns |  -.2127599   -.7753694   .5626095   .1254419
      lnasoc |  -.6170759   -1.452712   .8356359   .2879623
      lndbnsoc | .384236   .9114978   -.5272618   .
      lnxt |  .0283919   .0664536   -.0380616   .0067989
-----+-----
      b = consistent under Ho and Ha; obtained from xtreg
      B = inconsistent under Ha, efficient under Ho; obtained from xtreg

Test:  Ho:  difference in coefficients not systematic

      chi2(6) = (b-B)' [(V_b-V_B)^(-1)] (b-B)
              =      2.64
      Prob>chi2 =      0.8524
```

Le test d'Hausman indique une valeur supérieure à 5%, ce qui ne permet pas de différencier le modèle à effets fixes du modèle à effets aléatoires.

Mais, la capacité explicative du modèle à effets aléatoires est supérieure à celle du modèle à effets fixes (0,9062 contre 0,7917) et les degrés de significativité des variables du modèle à effets aléatoires sont supérieurs à ceux du modèle à effets fixes. En effet, aucun coefficient du modèle à effets fixes n'est significatif au seuil de 5%.

Par ailleurs, la littérature sur les modèles de données de panel révèle que généralement, lorsque la dimension temporelle est réduite (deux ou trois

périodes), le modèle à effets aléatoires donne de meilleurs résultats que le modèle à effets fixes.

Ces différents constats nous amènent donc à choisir le modèle à effets aléatoires pour expliquer l'impact de l'APD sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Ecriture du Modèle après estimation :

$$\ln TMI5 = -4.186728 + 0.0248458 \ln AS + 0.0037897 (\ln AS)^2 - 0.7753694 \ln DBNS - 1.452712 \ln ASOC + 0.9114978 \ln DBNSOC + 0.0664536 \ln X$$

Test de non linéarité sur les coefficients des variables DBNS et ASOC :

```
testnl _b[lndbns] / _b[lnasoc] = 1
(1)  _b[lndbns] / _b[lnasoc] = 1
      chi2(1) =          9.32
      Prob > chi2 =          0.0023
```

3.1.2 Analyse des résultats de l'estimation

Tableau n° 14 : Signes attendus et obtenus des coefficients des variables explicatives du modèle

Variables	Constante	AS	AS ²	DBNS	ASOC	DBNSOC	X
Coefficients	α	β	γ	δ	θ	ϑ	π
Signes attendus	-	-	+	-	-	-	-
Signes obtenus	-	+	+	-	-	+	+

Source : Réalisé par les auteurs

Au regard des résultats de l'estimation, il apparaît clairement que certaines variables explicatives retenues ont des effets significatifs sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les variables telles que les dépenses du Budget National dans le secteur de la santé (-0.7753694^{***}), l'aide décaissée dans les

autres secteurs sociaux (-1.452712^{***}) et le taux d'exécution du PIP (0.0664536^{***}) paraissent plus déterminantes dans l'explication du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

3.1.2.1. Impact de l'aide et des dépenses du Budget National du secteur de la santé sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le coefficient indiquant l'impact de l'aide allouée au secteur de la santé sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans n'est pas significatif. Ainsi, l'aide au développement décaissée au profit du secteur de la santé n'influence pas le niveau du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les départements.

Par contre, au cours de la période d'étude, les projets d'investissements publics réalisés sur Budget National permettent de réduire significativement le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

En effet, lorsque les dépenses des projets financés sur Budget National du secteur de la santé en pourcentage du PLB s'accroissent de 1% au niveau départemental, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans diminue de 0,78 ‰. L'effet estimé est faible par rapport au sentier de l'OMD 4.

Ces différents résultats infirment la deuxième hypothèse de l'étude qui postule que l'APD contribue fortement à la réalisation des OMD dans le secteur de la santé. De même, ils ne sont pas analogues aux résultats de *Mahamadou Mourtala MIJIYAWA*²².

S'agissant de la thèse de la « capacité d'absorption » de l'aide dans le secteur de la santé (introduction du carré de l'APD santé en pourcentage du PLB), une telle hypothèse suppose une relation non linéaire entre le niveau d'aide reçu et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Il y aurait une relation parabolique, en cloche (ou en U inversé) entre l'aide et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Sous cette hypothèse, on devrait aboutir simultanément dans notre estimation à un coefficient de l'aide négatif et un coefficient de la

²² Efficacité de l'APD dans le secteur de la santé au Bénin, avril 2008

variable quadratique de l'aide (AS^2) significativement positif. Au niveau des résultats de l'estimation, aucun des coefficients de AS et AS^2 n'est significatif.

Par ailleurs, la question de l'insuffisance de l'aide allouée au secteur de la santé ne pourra pas être évoquée pour expliquer son inefficacité car sa contribution aux dépenses d'investissements du secteur est très élevée.

Toutefois, il est important de souligner que depuis 2003, le Bénin bénéficie de l'appui budgétaire de la part de certains PTF et ces ressources sont confondues aux ressources intérieures du pays pour financer les projets d'investissements sur Budget National. Ainsi, une part de l'aide non quantifiée serait incluse dans les dépenses des projets du Budget National bien que le lien entre ces deux variables ($DBNS$ et AS) ne soit pas étroit (0,1368).

L'inefficacité de l'aide dans le secteur de la santé pose la problématique des véritables bénéficiaires de l'aide dans ce secteur. L'aide allouée audit secteur finance-t-elle véritablement les dépenses publiques favorables aux pauvres ?

Tableau n°15 : Matrice des coefficients de corrélation simple

	$TMI5$	AS	AS^2	$DBNS$	$ASOC$	$DBNSOC$	X
$TMI5$	1,000						
AS	- 0,068	1,000					
AS^2	0,1027	-0,9847	1,000				
$DBNS$	- 0,2429	0,1368	-0,1034	1,000			
$ASOC$	0,1987	-0,2824	0,2627	0,1880	1,000		
$DBNSOC$	- 0,3837	0,1495	-0,1237	0,4429	0,0067	1,000	
X	0,5662	0,0039	0,0027	-0,2606	0,2273	-0,7282	1,000

Source : Données du modèle

3.1.2.2. Impact de l'aide et des dépenses du Budget National des autres secteurs sociaux sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Les élasticités obtenues après estimation du modèle au niveau des autres secteurs sociaux montrent que l'APD dans lesdits secteurs contribue significativement à la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Les dépenses d'investissements sur Budget National dans les mêmes secteurs ne sont pas significatives au seuil de 5%, donc, sans effets sur la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Une hausse de l'APD en pourcentage du PLB de 1% dans les autres secteurs sociaux provoque une réduction de 1,45‰ du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. En d'autres termes, lorsque l'aide finance la construction des ouvrages d'assainissement et des points d'eau, l'extension du réseau urbain d'eau et d'électricité, la scolarisation des enfants, l'habitat, la protection de l'environnement, la protection sociale etc., elle améliore l'état de santé des populations et partant induit une réduction significative de la mortalité infanto-juvénile. Mais, par rapport à la cible de 2015, l'effet estimé est faible.

Le test sur les coefficients des variables DBNS et ASOC indique que le rapport des coefficients des variables DBNS et ASOC est différent de l'unité ($\text{Pro} < 5\%$, rejet de H_0).

Ainsi, les dépenses publiques effectuées dans les autres secteurs sociaux (APD autres secteurs sociaux) contribuent plus à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans que les dépenses publiques réalisées dans le secteur de la santé. Par conséquent, notre hypothèse initiale selon laquelle l'atteinte des résultats dans le secteur de la santé est due aux dépenses d'investissement dans ce secteur et dans une moindre mesure aux dépenses d'investissement dans les autres secteurs sociaux n'est pas confirmée.

3.1.2.3. Impact de l'exécution financière du PIP sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

L'exécution financière du PIP bien qu'étant significative ne contribue pas à l'amélioration de l'état de santé de la population. En effet, une hausse du taux d'exécution financière de 1% provoquerait une augmentation du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 0,066%.

Ces résultats corroborent ceux de KAHOUI et SOSSOU qui, dans leur étude "Analyse de l'allocation et de la performance des dépenses publiques au Bénin : Cas des dépenses d'éducation et de santé ", concluent que la corruption est un handicap à l'efficacité des dépenses publiques et donc qu'elle agit négativement sur la Stratégie de Réduction de la Pauvreté et le Développement Humain Durable.

Au Bénin, des niveaux élevés du taux d'exécution financière du PIP ne riment pas toujours avec l'amélioration des conditions de vie des populations et pourraient quelque peu expliquer l'inefficacité de l'aide au développement dans le secteur de la santé et des dépenses du Budget National dans les autres secteurs sociaux.

La corruption dénature les programmes de lutte contre la pauvreté en faussant une redistribution pro pauvre des ressources publiques.

3.1.2.4. Limites du modèle

Le recours aux données de panel n'est pas sans difficultés majeures affectant l'efficacité des estimations. Au nombre de celles-ci, on peut citer :

- ✓ le problème d'hétéroscédasticité à cause de la présence de deux sources de variances (temporelle et individuelle) ;
- ✓ la présence d'observations aberrantes qui, quand bien même sont dans une proportion faible, ne sont pas à négliger ;
- ✓ l'inexistence des données désagrégées par département sur la période d'étude 1990-2006.

Ainsi, outre les limites inhérentes aux modèles de panel, celles spécifiques à notre modèle sont relatives à la période d'étude très courte (trois périodes de cinq ans) et à la diversité des sources des données utilisées qui ont certainement des répercussions sur les estimations sans pour autant remettre en cause leur qualité.

Par ailleurs, ce type de modèle n'a pas pris en considération les niveaux des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au cours des périodes précédentes (variables retardées).

3.2 Implications en termes de politiques économiques et sociales

3.2.1 Implications en termes de politiques économiques

Les travaux de costing des huit (08) OMD réalisés au Bénin sur la période 2007-2015 suggèrent un doublement des efforts actuels en matière de dépenses publiques.

Le doublement des dépenses publiques d'investissement en pourcentage des PLB des départements notamment l'APD dans les autres secteurs sociaux et les dépenses du Budget National au niveau du secteur de la santé diminueraient respectivement le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2,9‰ et de 1,56‰ dans les départements. Ces résultats appellent de la part de l'Etat la poursuite des mesures de renforcement du développement équilibré et durable de l'espace national et du cadre macro-économique en vue d'accélérer la croissance économique.

Mais, le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du scénario de base de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2007-2009) dégage un déficit budgétaire de l'ordre de 5% du PIB. L'ampleur du gap se creuse avec l'introduction des coûts des OMD qui porte le déficit budgétaire à 12% du PIB, ce qui témoigne de l'écart très important entre le niveau actuel des dépenses publiques et des besoins nécessaires pour la réalisation des OMD.

Tableau n°16 : Point des besoins OMD et écart avec le CDMT 2008-2010 (milliards FCFA)

	2008			2009			2010		
	CDMT	OMD	Gap ²³	CDMT	OMD	Gap	CDMT	OMD	Gap
Agriculture et lutte contre la faim	54,8	99,6	44,8	44,85	99,6	54,75	49,5	99,6	50,1
Education	88,56	101,42	12,86	85,52	101,42	15,9	94,67	101,42	6,75
Genre	4,3	7,1	2,8	5,01	7,1	2,09	5,6	7,1	1,5
Santé	71,2	132,3	61,1	69,98	132,3	62,32	76,85	132,3	55,45
Energie, Eau et Assainissement	48,05	139,7	91,65	35,15	139,7	104,55	38,7	139,7	101
Infrastructures de transport	77,64	110,4	32,76	83,25	110,4	27,15	91,76	110,4	18,64
TOTAL	344,55	590,52	245,97	354,99	590,52	266,76	357,08	590,52	233,44

Source : PASCRP/DGPD/MPDEAP, novembre 2007

D'après ce tableau, il se dégage un besoin de financement relativement élevé, si la tendance d'évolution actuelle des dépenses générales de l'Etat dans le secteur de la santé se maintenait.

L'analyse de la capacité d'absorption actuelle des ressources d'investissements publics, en moyenne 66%, révèle l'ampleur des efforts à faire en matière de mise en place des capacités humaines, techniques et institutionnelles pour une bonne absorption des ressources à mobiliser. Cet effort devra mettre un accent particulier, aussi bien sur les procédures de décaissement que sur le renforcement des capacités humaines institutionnelles.

Tableau n°17 : Part moyenne des acteurs dans les coûts totaux

	<i>Part de l'Etat</i>	<i>Part des Partenaires</i>	<i>Part des ménages</i>
Agriculture	19,10%	60,60%	20,30%
Education	30,00%	63,20%	6,80%
Santé	27,30%	44,60%	28,10%
Eau et Assainissement	18,80%	57,90%	23,30%
Energie	28,20%	58,90%	12,90%
Transport et Routes	18,20%	81,40%	0,40%
Genre	14,70%	85,30%	0,00%
Total	24,40%	61,30%	14,30%

Source : Estimé à partir des besoins évalués, PASCRP/DGPD/MPDEAP, novembre 2007

²³ Gap : différence entre les coûts estimés pour les OMDs et les prévisions du CDMT 2008-2010 ; la colonne relative au coût des OMDs est une moyenne sur la période 2007-2015.

Au regard des besoins évalués en vue de l'atteinte des OMD en 2015, la contribution attendue des PTF revient, en moyenne, à 61,3% (44,6% pour le secteur santé) sur la période. Cet effort demandé aux partenaires devrait contribuer à renforcer les ressources des ménages/bénéficiaires et du Gouvernement dans les secteurs où la présence des partenaires n'a pas été significative ces dernières années.

La crise financière et économique mondiale actuelle a de graves répercussions sur les pays à faible revenu. Les échanges mondiaux ont connu leur plus forte contraction et les prix des produits de base, notamment ceux qu'exportent les pays à faible revenu, sont en baisse. L'investissement direct étranger et les autres apports privés fléchissent, et les envois de fonds des travailleurs à l'étranger devraient chuter substantiellement. La hausse des prix alimentaires et pétroliers au cours des deux dernières années a malmené les budgets de nombreux pays en développement qui, de fait, ne se trouvent pas en bonne posture pour remédier aux effets de la crise financière. En dépit des efforts déployés, le Gouvernement béninois subit les effets de cette crise comme en témoigne les difficultés financières actuelles du pays à assurer ses engagements.

Cette crise touche en premier ressort les pays donateurs. En effet, bien que ces pays soient en train de sortir de la récession économique, les taux de chômage élevés et les coûts sociaux importants de la relance de leurs économies jettent des doutes sur le respect des engagements pris envers les pays en développement dont le Bénin. De même, les études économiques ne prédisent pas clairement combien de temps va durer cette crise.

Eu égard à toutes ces analyses et en se basant sur les tendances récentes de l'APD allouée au Bénin, nous projetons une diminution de l'aide globale et de l'aide allouée aux secteurs sociaux pour les prochaines années.

Cette contraction de l'aide projetée constituerait une menace supplémentaire pour l'atteinte des OMD notamment l'OMD 4 au Bénin, pays déjà pénalisé par la raréfaction des sources de revenu et le niveau élevé de la pauvreté. En effet, en 2006, l'incidence de la pauvreté monétaire s'est établie à 0,375 marquant de ce fait l'aggravation de la pauvreté entre 2000 (0,296) et 2006.

Face à cette situation, le Bénin doit pouvoir assainir le porte feuille de ses projets d'investissements en prenant des mesures pour :

(i) endiguer les effets de la crise ;

(ii) créer davantage de la richesse par l'approfondissement des réformes structurelles, la densification du tissu industriel et l'amélioration du recouvrement des recettes fiscales et non fiscales. Cette stratégie sera doublée d'un effort de promotion des investissements privés et le recours au marché financier pour soutenir les investissements publics productifs, ainsi que la promotion de l'Investissement Direct Etranger, l'introduction de nouveaux instruments de financement, la rationalisation de l'investissement public et la promotion du partenariat public -privé.

(iii) opérationnaliser le plan stratégique de lutte contre la corruption, accroître les performances de l'administration publique et accélérer la réforme de l'administration territoriale ;

(iv) rationaliser les choix budgétaires, la consommation des crédits, la qualité des dépenses publiques et l'imputabilité.

3.2.2 Implications en termes de politiques sociales

L'inefficacité de l'aide dans le secteur de la santé et des dépenses des projets financés sur Budget National dans les autres secteurs sociaux exigent de meilleures affectations des ressources accordées à ces secteurs. De même, les faibles effets (niveaux bas des élasticités) relevés au niveau de l'APD dans les autres secteurs sociaux et des dépenses du Budget National du secteur de la santé doivent amener le Gouvernement à procéder à une revue globale des dépenses de tous les secteurs sociaux afin d'assurer leur efficience. En effet, l'augmentation des ressources dans ces secteurs ne produit pas les résultats souhaités.

Ces ressources ne semblent pas avoir privilégié l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services essentiels. Une partie non négligeable de celles-ci a souvent servi à financer des dépenses improductives telles que les achats de véhicules onéreux aux fonctionnaires gestionnaires des projets, le paiement de primes et commissions sur les marchés, etc.

Aussi, importe-t-il de constater qu'une grande partie de l'aide porte sur l'assistance technique. Ainsi, avec de telles conditions d'utilisation, l'efficacité de l'Aide "liée" ou "conditionnée" demeure réduite et son impact sur le développement humain reste négligeable. L'affectation irrationnelle par le pays bénéficiaire et le poids de l'assistance technique réduisent les opportunités des populations à tirer profit de l'APD, qui comporte de ce fait une part d'iniquité et d'instabilité.

Par ailleurs, il est noté par endroit une certaine insuffisance voire absence d'harmonisation des actions des différents PTF. Chaque PTF vient avec sa méthode et ses procédures et surtout avec son secteur d'activité à développer, sans même se demander quelles sont les priorités des populations à la base. La multiplicité des procédures chez certains PTF, une prévisibilité insuffisante de l'aide, une mauvaise coordination entre l'aide officielle au développement et les procédures d'élaboration du budget de l'Etat, sont autant d'obstacles à l'efficacité de l'aide. D'où l'importance pour les donateurs de respecter les grandes lignes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement » s'agissant de l'appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle.

3.3 Recommandations

3.3.1 Recommandations à l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers

Dans la perspective d'une réalisation des OMD à l'horizon 2015, nous recommandons aux Partenaires Techniques et Financiers ce qui suit :

- améliorer la structure de l'aide et autres moyens de préserver la politique de développement de la crise financière : il s'agira par exemple de revoir le modèle d'allocation de l'aide au Bénin et de renforcer les actions visant la protection sociale (santé, éducation, eau etc.) ;
- respecter les engagements relatifs à l'APD et réduire considérablement la proportion de l'APD destinée à l'assistance technique dans les secteurs sociaux ;
- réformer les institutions : même si les Institutions de Bretton Woods jouent un rôle essentiel et ont accompli certains progrès, elles doivent renforcer leur légitimité à plusieurs niveaux. Par exemple, il faudra renforcer le poids des pays en

développement et délocaliser un nombre important d'activités en déléguant de pouvoirs aux commissions des pays ;

- encourager le dialogue avec le Gouvernement ;
- renforcer les institutions et l'administration des ministères pour leur permettre d'absorber plus efficacement les ressources de l'aide ;
- financer les priorités nationales et accepter que les actions soient coordonnées en vue de les rendre plus efficaces ;
- respecter les principes de la Déclaration de Paris.

3.3.2 Recommandations à l'endroit du Gouvernement

Malgré les contre performances enregistrées, le mécanisme d'allocation des ressources des ministères en charge des secteurs sociaux comporte tout de même des effets positifs puisque le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans qui représente un indicateur de mesure de l'état de santé de la population s'améliore avec les dépenses de santé (BN) et l'APD dans les autres secteurs sociaux même s'il reste peu sensible.

Par rapport à la cible de 2015, plusieurs départements sont en retard et la perspective de les atteindre en 2015 paraît difficile. Ainsi, nous suggérons à l'Etat central de :

- revoir la structure des dépenses de santé et des autres secteurs sociaux et les orienter davantage vers la lutte contre les principales causes de mortalité et de morbidité, en renforçant à la fois les programmes verticaux et le système de santé à la base de la pyramide ;
- prendre en compte dans les choix budgétaires les besoins de chaque département afin d'optimiser les dépenses ;
- renforcer le système de référence, surtout au niveau des Centres Hospitaliers Départements (CHD) et particulièrement les services de traitement des complications obstétricales et de l'anémie chez les enfants ;
- mettre en œuvre la réforme de la politique de ressources humaines du secteur afin d'assurer l'efficacité de l'utilisation des ressources publiques,

notamment au niveau périphérique. Les problèmes relatifs à la rémunération, au plan de carrière, au développement professionnel et à la répartition des agents sanitaire doivent être sérieusement examinés ;

- accroître la demande de services publics de santé en renforçant les services d'assistance sociale des centres de santé pour des soins préventifs et l'information à la santé ;

- mettre en œuvre le Suivi d'Impact Local Participatif (SILP) dans le secteur de la santé ;

- améliorer la gouvernance dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux de l'administration publique. Il faut davantage de transparence et d'obligation de résultats dans la gestion des fonds publics ;

- centraliser les informations relatives à l'aide à travers un cadre réglementaire auquel devront se soumettre toutes les structures parties prenantes ;

- mettre en place les conditions pour une bonne coordination des initiatives des PTF pour exploiter au mieux toutes les possibilités offertes par les engagements relatifs à la Déclaration de Paris sur l'Aide Publique au Développement.

CONCLUSION

Dans le présent mémoire, nous avons mis en évidence que l'APD allouée au secteur de la santé semble inefficace et ne saurait jouer un rôle dans l'atteinte des cibles des OMD relatifs au secteur.

Par contre les projets d'investissements du secteur de la santé financés sur le Budget National et l'APD allouée aux autres secteurs sociaux produisent des effets significatifs sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et partant sur l'atteinte des cibles des OMD. Toutefois, ces effets demeurent insuffisants pour permettre au Bénin d'être au rendez-vous de 2015 pour ce qui concerne ce secteur.

Face au retard accusé au niveau des départements par rapport aux cibles et l'inefficience des dépenses publiques, il convient de revoir la structure et la pertinence des dépenses dans les ministères sectoriels et l'orienter vers les groupes cibles notamment les populations pauvres en vue d'atteindre les objectifs escomptés.

Par ailleurs, le Gouvernement doit mobiliser des ressources pour le financement de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) pour la production, le traitement et la publication des données fiables tant aux niveaux communal, départemental que national en vue de faciliter des recherches empiriques.

REFERENCES

- **AFD** (Novembre 2005), Comment mener à bien les Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- **AFD** (2007), Département de la Recherche : "Débats sur l'efficacité de l'aide : fondements et nouveaux enjeux", Jacky Amprou et Lisa Chauvet ;
- **AFD**, "Rapport sur l'Aide au Développement 2005-2006 : les défis d'un environnement instable", Jean-Bernard Véron ;
- **AMEWOA Agbessi Komla** (Avril 2008), Thèse de doctorat ès Sciences Economiques: "l'aide au développement aide-t-elle le développement ? le cas de l'Afrique Sub-Saharienne" Faculté de Droit et des Sciences Economiques, Université de Limoges ;
- **Ana Isabel Barrau Calvo** (2003), Mastrer of Science: "Conditionnalités de l'aide publique au développement : Analyse comparative à trois échelons de gouvernance (Lleida, Catalogne, Espagne), l'Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier;
- **Antonella Simonetti et Nils Soguel** (Working paper de l'IDHEAP, Février 2002) : "Modélisation de l'Aide Publique au Développement des Cantons Suisses" ;
- **Arnaud HOUNDEGANME** (2004), mémoire : "Elaboration d'un modèle de politiques budgétaires axées sur la performance au Ministère de la Santé Publique", ENSEA-Abidjan ;
- **Centre d'Analyse Economique, Faculté d'Economie Appliquée** (2007-2008) : "Les biens publics mondiaux et l'aide publique au développement : un cruel dilemme", Barkat Karim ;
- **CERDI** (Février 2009) : "Aide publique au développement et transition fiscale", Gbewopo Attila, Gérard Chambas, Jean-Louis Combes ;
- **CERDI** (Mars 2003) : "Reconstruction des tendances de la mortalité des jeunes enfants en Afrique sub-saharienne à partir des données d'enquêtes démographiques", Michel GARENNE et Enéas GAKUSI ;
- **Confédération Suisse, Direction du Développement et de la Coopération** (2006) : "Les effets économiques de l'Aide Publique au Développement en Suisse" ;
- **Division des Partenariats et du Développement des Affaires** (Septembre 2007) : "Données sur les bailleurs de fonds en développement international" ;
- **Erick Damase DAGBENONGBAKIN, Médard Tertullien NASSARA** (2009), mémoire : "Prévision du Produit Intérieur Brut fondée sur une Modélisation des Valeurs Ajoutées Sectorielles", ENEAM, Université d'Abomey-Calavi ;
- **FMI** (1999) : "Allégement de la dette des pays à faible revenu : L'Initiative

- renforcée en faveur des pays pauvres très endettés" David Andrews, Anthony R. Boote, Syed S. Rizavi et Sukhwinder Singh ;
- **Forum sur la Politique de Développement** (Mars 2009) : "Préserver les OMD de la récession mondiale" ;
 - **Groupe Agence Française de Développement** (septembre 2007) : "L'aide au commerce dans les pays en développement : des articulations complexes pour une efficacité réelle" Marilyne Huchet-Bourdon, Anna Lipchitz, Audrey Rousson ;
 - **Groupe de Coordination Sud pour une APD à 0,7%** (2005) : "L'APD française contribue-t-elle aux Objectifs du Millénaire pour le Développement" ;
 - **Groupe de Recherche en Économie et Développement International** (Septembre 2007) : "Flux d'aides et d'investissements directs étrangers en provenance de l'Union Européenne et croissance économique dans les grands pays de la zone franc", François Joseph Cabral, Université de Sherbrooke ;
 - **Ida Mc Donnell et Henri-Bernard Solignac Lecomte** (OCDE 2005) : "Les OMD, le contribuable et l'efficacité de l'aide" ;
 - **Institut National de la Statistique, Niger** (2007) : "Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement" ;
 - **Jakob Svensson** (Février 1999) : "Foreign aid and rent-seeking" ;
 - **Jean-Michel Severino** (Janvier 2001) : "Refonder l'aide au développement au 21^{ème} siècle" ;
 - **Jérémy Cohen-Setton, Antoine Lallour, Gaël Faye et Simon Pépin-Lehalleur** (Février 2006) : "Pays pauvres : Quelle aide pour quel développement ?" ;
 - **J.P. Komon** : "Aide publique, Etat moderne et Développement en Afrique.", Université de Dschang ;
 - **Mahamadou Mourtala MIJIYAWA** (Avril 2008), Rapport de Stage au PNUD Bénin : "efficacité de l'aide publique au développement dans le secteur de la santé au Bénin", Etudiant au Centre d'Etude et de Recherche sur le Développement International (CERDI) ;
 - **Marc RAFFINOT** (2001) : "Soutenabilité de la dette extérieure : De la théorie aux modèles d'évaluation pour les pays à faible revenu" ;
 - **MATHIEU BRODEUR** (Décembre 2007), mémoire de maîtrise en économie : "Réduction des effets pervers engendrés par le Dilemme du Samaritain dans un contexte d'Aide Publique au Développement", Université du Québec à Montréal ;
 - **Ministère Chargé de la Planification et du Développement** (2006), Rapport National sur le Développement Local 2004 ;
 - **Ministère de la Santé** (2005) : Carte d'interventions des Partenaires au Développement dans le secteur de la santé au Bénin de 1996 à 2003 ;
 - **Ministère de la Santé** : Annuaire Statistiques, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999,

- 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 et 2006 ;
- **Ministère de l'Economie, de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique (2007), Rapport National sur le Développement Local 2005 ;**
 - **OCDE, " Faire reculer la pauvreté, le rôle de l'OCDE dans le partenariat pour le développement" ;**
 - **OCDE, "Promouvoir l'investissement privé au service du développement : Le rôle de l'APD" ;**
 - **OCDE (Avril 2006), "Vers une croissance pro-pauvres, Déclaration de principe" ;**
 - **OCS (2005) : "Premier Rapport Départemental sur les OMD" ;**
 - **OCS (Décembre 2005) : "Les Objectifs du Millénaire pour le Développement au Bénin : résultats et progrès de 2000 à 2005" ;**
 - **OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2005 : "Recueil des Indicateurs" ;**
 - **Pierre Jacquet : "L'aide au développement dans la gouvernance globale" ;**
 - **Réal Lavergne et Jacqueline Wood (Décembre 2006) : "l'efficacité de l'aide et les partenariats non étatiques : considérations analytiques" ;**
 - **René Teboul et Emmanuelle Moustier : "L'aide au développement et le financement de la croissance au sud de la méditerranée" ;**
 - **Réseau des Organisations Paysannes et des Producteurs Agricoles de l'Afrique de l'Ouest (ROPPA, Avril 2008) : Efficacité de l'Aide dans le domaine de l'Agriculture et du Développement Rural, Point de vue des Organisations Professionnelles des Producteurs Agricoles ;**
 - **Robert A. Zimmerman (Août 2007): "The determinants of foreign aid: An inquiry into the consequences of welfare state institutions and public opinion", University of Amsterdam, Political Science Department;**
 - **Sites internet de l'OMS, de l'Unicef, de la Banque Mondiale, du PNUD etc.**

ANNEXES

Annexe n°1 : Synthèse des résultats du costing (en milliards F CFA)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne	Total 2007- 2015
Lutte contre la faim/agriculture	21,74	51,91	63,80	77,61	94,66	111,80	133,37	157,59	184,00	99,61	896,48
Productivité agricole	10,97	19,30	22,56	27,90	36,15	42,50	51,62	62,06	73,89	38,55	346,95
Autres AGR	2,13	15,27	20,65	26,70	33,26	40,88	49,49	59,29	70,63	35,37	318,29
Nutrition	6,07	10,45	12,38	13,92	15,48	17,02	18,84	20,55	21,40	15,12	136,10
Sensibilisation	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	5,40
Coûts des Capacités	1,98	6,08	7,16	7,96	8,61	10,16	12,12	14,33	16,73	9,46	85,13
Education	89,12	106,07	116,02	130,71	144,73	164,88	178,74	204,47	245,96	153,41	1 380,70
Maternelle	2,24	2,81	3,48	4,32	5,39	6,74	7,79	9,27	10,97	5,89	53,01
Primaire	53,34	64,54	71,59	79,65	89,06	100,17	107,07	118,08	130,50	90,44	814,00
Secondaire	31,09	34,49	37,86	41,67	46,13	51,67	58,33	69,25	97,30	51,98	467,79
Alphabétisation des adultes	2,45	2,73	3,10	3,57	4,14	4,80	5,56	6,36	7,19	4,43	39,89
Genre	2,15	2,84	3,66	4,65	5,93	7,53	9,52	12,12	15,48	7,10	63,88
Santé	82,35	98,92	109,38	117,05	129,73	142,52	156,16	170,52	183,91	132,28	1 190,53
Système de santé	41,81	50,96	52,99	52,00	56,01	60,22	64,69	69,41	73,67	57,97	521,76
HIV SIDA	6,33	8,79	11,52	14,46	17,23	19,84	22,49	25,18	27,87	17,08	153,71
TB	0,44	0,49	0,54	0,61	0,68	0,75	0,84	0,94	1,05	0,70	6,33
Paludisme	7,77	8,08	8,76	9,32	9,49	9,38	9,53	9,86	9,47	9,08	81,68
Santé maternelle	5,24	5,66	6,07	6,48	6,87	7,25	7,62	7,97	8,30	6,83	61,45
Santé infantile	20,76	24,94	29,49	34,19	39,46	45,07	50,99	57,17	63,55	40,62	365,61
Eau et assainissement	37,89	40,15	42,97	47,00	49,08	57,51	55,96	59,78	70,58	51,21	460,91
Energie	49,73	58,19	67,15	76,63	86,66	97,25	108,44	120,26	132,24	88,50	796,54
Infrastructures de transport	97,92	104,20	106,76	108,22	105,24	104,26	112,47	121,81	132,44	110,37	993,34
TOTAL	380,89	462,27	509,75	561,88	616,04	685,73	754,67	846,54	964,61	642,49	5 782,37
Coût par tête (US \$)	69	82	88	94	100	109	116	127	141	103,0	927

Annexe n°2 : Principes de la Déclaration de Paris

En mars 2005, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide a été signée par les donateurs et les pays partenaires. La Déclaration de Paris est basée sur cinq principes d'engagements mutuels et avec des critères d'appréciations à atteindre d'ici 2010 qui sont :

- **Appropriation** : les pays en développement sont maîtres de leurs politiques et plans de développement. Ses critères d'appréciations sont les stratégies de développement opérationnel des partenaires.

- **Alignement** : les pays donateurs fondent leurs soutiens sur les stratégies de développement des pays partenaires. Les critères d'appréciation sont :

- . Fiabilités des systèmes nationaux (gestion de finances publiques ; des systèmes de passation de marchés).

- . Apports d'aides alignées sur les priorités nationales.

- . Renforcement des capacités par un soutien coordonné.

- . Utilisation des systèmes nationaux.

- . Eviter les structures de mise en œuvre parallèles.

- . L'aide est davantage prévisible.

- . L'aide est non liée.

- **Harmonisation** : les pays donateurs coordonnent leurs activités et réduisent au minimum les coûts d'acheminement de l'aide. Les critères d'appréciation sont :

- . Utilisation des procédures ou dispositifs communs.

- . Encourager les analyses conjointes.

- **Gestion axée sur les résultats** : gérer les ressources et améliorer le processus de décision en vue d'obtenir des résultats. Elle représente en même temps le critère d'appréciation.

- **Responsabilité mutuelle**, qui est en même temps le critère d'appréciation : les donateurs et les pays en développement sont comptables les uns vis-à-vis des autres des progrès accomplis dans l'amélioration de la gestion de l'aide et dans l'obtention des résultats sur la voie du développement.

QU'EST CE QUE LE SILP ?

1.1 Le SILP : un suivi d'impact local fondé sur la participation

Avant de mieux cerner le concept du **suivi d'impact local participatif**, il nous paraît légitime d'aborder la notion de **participation** dans le suivi.

La participation dans le suivi permet d'impliquer activement les offreurs et les bénéficiaires des services publics, des projets/programmes dans l'identification de leurs problèmes, dans la formulation des plans d'action et dans la prise de décision. Le partenariat local est ici considéré comme la base du développement réussi et durable. C'est donc une démarche bien recommandée pour un système de gouvernance dont la promotion du développement à la base est à l'ordre du jour.

Le suivi d'impact local participatif est donc une démarche qui intègre la participation au mécanisme de suivi évaluation.

Le Suivi d'Impact Local Participatif (SILP) est un processus itératif par lequel les acteurs concernés à divers niveaux par un secteur de services publics ou sociocommunautaires donné, s'engagent dans:

- l'analyse de la satisfaction des ménages qui sont destinataires des services offerts et l'analyse des effets et impacts de ces services sur le niveau de vie ;
- le suivi des ressources financières, matérielles et humaines allouées à la réalisation de ces services et,
- la mesure des performances des structures impliquées dans la fourniture desdits services.

1.2 Les objectifs du SILP

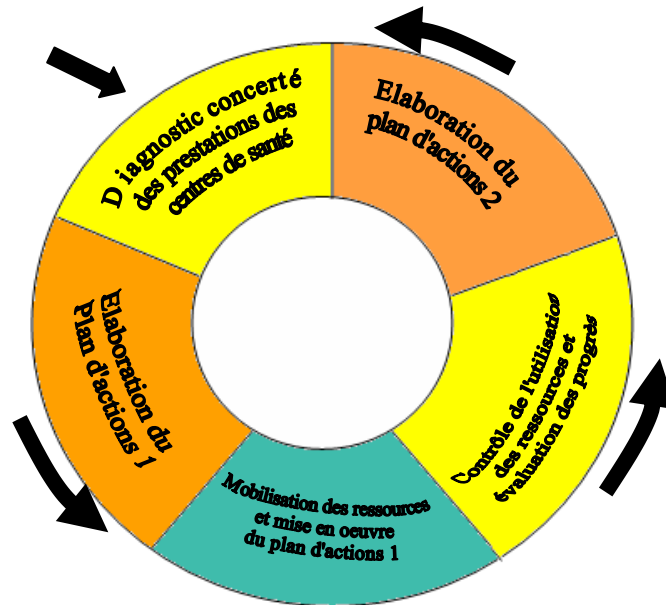
Le processus du SILP est une démarche participative impliquant tant les acteurs de l'offre (prestataires de services) que ceux de l'utilisation des services publics (usagers). Il a pour objectifs de :

- accroître l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources destinées à la fourniture des services (extrants) pour atteindre des résultats au niveau des usagers ;
- associer ces usagers au suivi et contrôle des dépenses publiques et,
- renforcer la pertinence des prestations des services publics pour une amélioration effective des conditions de vie des utilisateurs.

Ainsi, aux indicateurs d'activités et de résultats habituellement utilisés pour le suivi, s'ajoutent entre autres, des indicateurs d'effets et d'impact conjointement élaborés par les

différentes catégories d'acteurs concernés par la production et l'utilisation des services en question. Les mesures correctives requises sont identifiées de même que les acteurs responsables et le chronogramme de leur mise en œuvre.

Le SILP, une démarche itérative d'évaluation et de planification



Source : Observatoire du Changement Social

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES SIGLES ET BREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX	vii
SOMMAIRE	x
AVANT PROPOS	xi
RESUME.....	xii
PRESENTATION DU PNUD BENIN	xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 Cadre théorique et méthodologie des recherche.....	5
1.1 Problématique et intérêt de l'étude.....	6
1.1.1 Problématique.....	6
1.1.2 Intérêt de l'étude	8
1.2 Objectifs et hypothèses de base de l'étude.....	9
1.2.1 Objectifs de l'étude	9
1.2.2 Hypothèses de base de l'étude	9
1.3 Revue de littérature et méthodologie de recherche.....	10
1.3.1 Revue de littérature	10
1.3.1.1 Définition des concepts	10
1.3.1.2 Fondements de l'efficacité de l'Aide.....	16
1.3.2 Méthodologie de recherche.....	30
1.3.2.1 Recherche documentaire.....	30
1.3.2.2 Méthodes d'analyse et présentation des données.....	31
1.3.2.3 Spécification du modèle	36
1.3.2.4 Justification du choix du modèle.....	36
1.3.2.5 Présentation et justification du choix des variables dépendantes	37
1.3.2.6 Présentation des variables explicatives	40
CHAPITRE 2 : Analyse du financement et des indicateurs des OMD du secteur de la santé	43

2.1.	Analyse du financement du secteur de la santé et des indicateurs OMD au niveau national.....	44
2.1.1	Analyse des contributions des Partenaires Techniques et Financiers et de l'Etat au secteur de la santé.....	44
2.1.1.1	Analyse de l'APD allouée au Bénin.....	44
2.1.1.2	Analyse de l'APD allouée au secteur de la santé.....	49
2.1.1.3	Analyse de l'APD et des dépenses en capital sur Budget National en pourcentage du PIB.....	52
2.1.2	Analyse des indicateurs OMD du secteur de la santé en rapport avec l'APD.....	54
2.1.2.1	Analyse des indicateurs OMD du secteur de la santé.....	54
2.1.2.2	Analyse de l'APD santé en pourcentage du PIB en rapport avec le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	61
2.2.	Analyse géographique des interventions des Partenaires Techniques et Financiers dans les secteurs sociaux.....	63
2.2.1	Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé.....	63
2.2.1.1	Les partenaires multilatéraux.....	63
2.2.1.2	Les partenaires bilatéraux.....	64
2.2.1.3	Les acteurs non étatiques.....	65
2.2.2	Partenaires Techniques et financiers des autres secteurs sociaux.....	65
2.3	Analyse du financement du secteur de la santé et des indicateurs OMD au niveau départemental.....	69
2.3.1	Analyse du financement du secteur de la santé au niveau départemental.....	69
2.3.2	Analyse de l'APD en rapport avec les indicateurs et le sentier des OMD....	71
2.3.2.1	Analyse des Taux de mortalité infantile en rapport avec le sentier des OMD.....	71
2.3.2.2	Analyse de l'APD en rapport avec les indicateurs OMD.....	74
CHAPITRE 3 : Modèle économétrique.....		79
3.1	Régression et explication des résultats.....	80
3.1.1	Estimation du modèle.....	80
3.1.1.1	Estimation du modèle à effets fixes.....	81
3.1.1.2	Estimation du modèle à effets aléatoires.....	82

3.1.2	Analyse des résultats de l'estimation	85
3.1.2.1.	Impact de l'aide et des dépenses du Budget National du secteur de la santé sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	86
3.1.2.2.	Impact de l'aide et des dépenses du Budget National des autres secteurs sociaux sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	88
3.1.2.3.	Impact de l'exécution financière du PIP sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	89
3.1.2.4.	Limites du modèle	89
3.2	Implications en termes de politiques économiques et sociales	90
3.2.1	Implications en termes de politiques économiques	90
3.2.2	Implications en termes de politiques sociales	93
3.3	Recommandations.....	94
3.3.1	Recommandations à l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers	94
3.3.2	Recommandations à l'endroit du Gouvernement	95
	CONCLUSION	97
	REFERENCES.....	99
	ANNEXE.....	102