

**Dépenses d'éducation et de santé et développement humain : Analyse  
empirique dans des pays de l'UEMOA**

Gédéon Dossou Djissa

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa  
dans le cadre des exigences du programme de

**Doctorat en philosophie (PhD)**

**Développement international**

École de développement international et mondialisation

Faculté des Sciences Sociales

Université d'Ottawa

© Gédéon Dossou Djissa, Ottawa, Canada, 2021

## Table des matières

Table des matières.....	ii
Liste des Tableaux .....	iv
Liste des Graphiques.....	vi
Liste d'abréviations.....	x
Remerciements.....	xiii
Résumé général de la thèse.....	xiv
Thesis Abstract.....	xv
Chapitre 1: Introduction générale .....	1
1.1 Présentation du contexte général des pays en développement sur les progrès en matière de développement humain.....	2
1.2 Présentation du Bénin et du Togo comme cas particulier de réduction d'écart en matière de développement humain dans l'espace UEMOA.....	5
1.3 Contexte socio-économique et politique au Bénin et au Togo.....	6
1.4 Cadre théorique et énoncé de la problématique de thèse .....	10
1.4.1. Définition, fondements et outils de la politique sociale dans les pays en développement .....	10
1.4.2. Financement de la politique sociale dans les pays en développement .....	13
1.4.3. Politiques de ciblage et d'universalisme .....	17
1.4.4. Vulnérabilité et politique sociale.....	19
1.4.5. Énoncé de la problématique de thèse .....	22
1.5 Collecte de données et méthodologie de rédaction de la thèse .....	25
1.5.1. Collecte de données .....	25
1.5.2. Méthodologies .....	26
1.6 Difficultés rencontrées et limites de la recherche doctorale .....	29
1.7 Annexes.....	32
Chapter 2: Effectiveness of social spending on human development: Evidence from health and education sectors in the West African Economic and Monetary Union.....	37
2.1 Abstract .....	37
2.2 Introduction .....	38
2.3 Literature review .....	41
2.4 Data and Methodology .....	46
2.4.1. Data.....	46
2.4.2. Methodology.....	51
2.5 Results and discussion.....	58
2.5.1. Results .....	58
2.5.2. Alternative measures' analysis .....	64
2.5.3. Robustness .....	70
2.6 Conclusion and policy implications .....	74
2.7. Annexes.....	77
Chapitre 3 : Politiques d'éducation pour tous au Bénin et au Togo : Efficience des dépenses et importance du ciblage.....	88
3.1 Résumé.....	88
3.2 Introduction .....	89

3.3	Revue de littérature .....	92
3.4	Données et Méthodologie.....	97
3.4.1.	Données .....	97
3.4.2.	Méthodologie.....	98
3.5	La politique d'éducation pour tous dans les pays en développement .....	101
3.6	Étude de cas du Bénin et du Togo.....	107
3.6.1.	Politiques d'éducation pour tous au Bénin et au Togo : importance de la prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité.....	108
3.6.2.	Financement de l'éducation pour tous au Bénin et au Togo .....	112
3.6.3.	Analyse des facteurs pouvant être à l'origine des progrès différenciés entre le Bénin et le Togo dans le domaine de l'éducation .....	121
3.6.4.	Analyse quantitative basée sur l'efficacité des dépenses d'éducation au Bénin et au Togo.....	135
3.7	Conclusion.....	145
3.8	Annexes.....	148
Chapitre 4 : Dépenses de santé et développement humain au Bénin et au Togo : Efficacité des dépenses et importance du ciblage.....		168
4.1	Résumé.....	168
4.2	Introduction .....	169
4.3	Revue de littérature .....	171
4.4	Données et Méthodologie.....	174
4.4.1.	Données .....	174
4.4.2.	Méthodologie.....	175
4.5	Analyse des politiques de santé au Bénin et au Togo et des résultats de développement .....	177
4.5.1.	Politique nationale de santé et prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité.....	177
4.5.2.	Financement de la santé et des programmes envers les groupes vulnérables.....	184
4.5.3.	Analyse des facteurs à l'origine de progrès différenciés entre le Bénin et le Togo dans le domaine de la santé .....	193
4.6	Conclusion.....	207
4.7	Annexes.....	210
Chapitre 5 : Conclusion Générale .....		234
5.1.	Résumé général des conclusions issues des chapitres 2, 3 et 4 de la thèse .....	234
5.2.	Discussion .....	238
Bibliographie générale .....		245

## Liste des Tableaux

### Chapitre 2:

Table 2. 1: Descriptive Statistics .....	47
Table 2. 2: Estimates of CCEP standard and dynamic models exploring the effects of per capita education and health expenditure on HDI, PSE, U5MR .....	60
Table 2. 3: Estimations of standard and dynamic CCEP models exploring the effects of per capita education and health expenditure on GDP per capita.....	62
Table 2. 4: Estimations of CCEMG standard and dynamic exploring the effects of per capita expenditures on GDP per capita .....	63
Table 2. 5: Estimates of CCEP standard and dynamic exploring the effects of education and health expenditure as a percentage of GDP on HDI, PSE, and U5MR .....	65
Table 2. 6: Estimation of standard and dynamic CCEP models exploring the effects of health and education expenditures in percentage of GDP on GDP per capita .....	66
Table 2. 7: Estimates of standard and dynamic CCEP exploring the effects of education and health expenditure as a percentage of tax revenue on HDI, PSE and U5MR .....	68
Table 2. 8: Estimates of the long-term effect of education level on under-five mortality rate.....	70
Table 2. 9: Estimations of per capita health and education expenditures on development indicators .....	72
Table 2. 10: Estimation of standard and dynamic ECM-CCEP exploring the effects of per capita health expenditure, and GDP per capita on under-five mortality rate .....	79
Table 2. 11: Estimation of standard and dynamic ECM-CCEP models exploring the effects of per capita education expenditure, under-five mortality rate and GDP per capita on gross primary school enrollment rate.....	80
Table 2. 12: Estimation of standard and dynamic ECM-CCEMG models exploring the effects of health and education expenditures as a percentage of GDP on GDP per capita.....	81
Table 2. 13: Estimations of standard and dynamic ECM-CCEP exploring the effects of health and education expenditures as a percentage of tax revenue on GDP per capita.....	82
Table 2. 14: Estimations of standard and dynamic ECM-CCEMG models exploring the effect of expenditures as a percentage of tax revenue on GDP per capita .....	83
Table 2. 15: Estimation of dynamic CCEP models exploring the effects of per capita expenditures on HDI, Primary school enrollment rate and Under-five mortality rate.....	84
Table 2. 16: Unit root tests.....	85
Table 2. 17: Westerlund (2005) co-integration test .....	86
Table 2. 18: Cross sectional dependence test- CD test .....	87

### Chapitre 3:

Tableau 3. 1: Évolution des dépenses exécutées des programmes spécifiques dans le primaire, million de FCFA, constant 2008.....	115
Tableau 3. 2: Évolution des dépenses dirigées vers les filles pour promouvoir leur scolarité, million de FCFA, constant 2008 .....	117

Tableau 3. 3: Dépenses du programme de gratuité de l'école au Togo, million de FCFA, constant 2008.....	121
Tableau 3. 4: Score d'efficacité des estimations REC et REV dans l'éducation.....	138
Tableau 3. 5: Indice de Malmquist sur la variation de l'efficacité dans l'éducation .....	139
Tableau 3. 6: Variable et hypothèses .....	142
Tableau 3. 7: Résultats des estimations sur les facteurs affectant le score d'efficacité dans l'éducation.....	143
Tableau 3. 8: Données sur l'éducation au Togo de 2009 à 2015, million de FCFA, constant 2008 .....	150
Tableau 3. 9: Données sur l'éducation au Bénin de 1998 à 2015, million de FCFA, constant 2008 .....	151
Tableau 3. 10: Indice de parité du genre entre le Bénin et le Togo selon les données récentes de l'UNESCO (en %).....	153
Tableau 3. 11: Résultats d'estimation des modèles tronqués et MCO (Moindres Carrés Ordinaires) .....	161
Tableau 3. 12: Dépenses d'éducation par tête par catégorie dans l'éducation de base (enseignement maternel, primaire et secondaire), en FCFA, constant 2008.....	167

#### **Chapitre 4:**

Tableau 4. 1: Dépenses de santé au Bénin, PNDS 2009-2018, million de FCFA, constant 2008 .....	186
Tableau 4. 2: Dépenses totales planifiées dans le PNDS 2012-2015 et dépenses exécutées, en million de FCFA, constant 2008.....	190
Tableau 4. 3: Résultats des scores d'efficacité dans le domaine de la santé et selon l'IDH .....	201
Tableau 4. 4: Indice de Malmquist par rapport à la santé.....	202
Tableau 4. 5: Indice de Malmquist par rapport à l'IDH .....	204
Tableau 4. 6: Résultats des estimations .....	205
Tableau 4. 7: Dépenses par programme affectant la santé des femmes et les enfants au Bénin, en million de FCFA, constant 2008.....	214
Tableau 4. 8: Dépenses par programme affectant la santé des femmes et des enfants au Togo, en million de FCFA, constant 2008.....	215

## Liste des Graphiques

### Chapitre 1:

Graphique 1. 1 : Taux de progression de l'IDH entre 1990-2015 en Afrique de l'Ouest .....	4
Graphique 1. 2 : Évolution de l'indice du développement humain entre Bénin, Togo, UEMOA, ASS, 1990-2015.....	5
Graphique 1. 3 : Taux de croissance annuelle du PIB, 1960-2015.....	7
Graphique 1. 4 : Taux de croissance de la population, 1970-2015.....	8
Graphique 1. 5: Part des dépenses générales de santé du gouvernement dans les dépenses totales du gouvernement (en %), 1995-2014, UEMOA.....	16

### Chapitre 2:

Figure 2. 1: GDP growth rate in WAEMU, 1990-2015.....	48
Figure 2. 2: Population growth rate in WAEMU, 1990-2015 .....	48
Figure 2. 3: Gross primary enrollment rate function of population aged 0-14, WAEMU, 1990-2015 .....	49
Figure 2. 4: Under five mortality rate function of population aged 0-14, WAEMU, 1995-2015. 50	
Figure 2. 5: Government expenditure per capita on health and education in WAEMU, 1990-2014 .....	50
Figure 2. 6: Human Development Index trend in WAEMU and other regions, 1990-2014.....	77
Figure 2. 7: Human Development Index trend by country in WAEMU, 1990-2014 .....	77
Figure 2. 8: Number of Average Year of Schooling in WAEMU and other regions, 1990-2014 78	

### Chapitre 3

Graphique 3. 1: Part de la population de 15 - 24 ans ayant le primaire comme niveau le plus élevé complété.....	90
Graphique 3. 2: Part de la population de 15-24 ans ayant le secondaire comme niveau le plus élevé complété.....	90
Graphique 3. 3: Pourcentage des filles de 15-24 ayant le secondaire comme niveau le plus élevé complété.....	91
Graphique 3. 4: Taux net de scolarisation (%) dans le primaire en Afrique de l'Ouest, 2016... 105	
Graphique 3. 5: Dépenses publiques d'éducation par tête en fonction du PIB par tête et de l'aide à l'éducation par tête, CEDEAO 2015, en \$US, constant 2017 .....	106
Graphique 3. 6: Évolution des dépenses d'éducation totales et l'APD à l'éducation au Bénin, 2005-2015, million USD, constant 2017.....	114
Graphique 3. 7: Aide publique au développement dans l'éducation au Bénin, 2002-2018.....	114
Graphique 3. 8: Évolution des dépenses planifiées dans les Plans sectoriels de l'éducation et dépenses effectuées de 2005 à 2015, Togo, en milliard de FCFA, constant 2008 .....	119

Graphique 3. 9: Aide publique au développement dans l'éducation au Togo, 2002-2018.....	121
Graphique 3. 10: Schéma du cadre d'analyse des politiques dans l'éducation et prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité.....	123
Graphique 3. 11: Évolution de l'APD à l'éducation de base au Bénin et au Togo, 2002-2018, million de dollar US, constant 2017 .....	132
Graphique 3. 12 : Évolution de l'APD à l'éducation au secteur public au Bénin et au Togo, 2004-2018, million de dollars US, constant 2017 .....	133
Graphique 3. 13: Évolution de l'APD à l'éducation aux OSC au Bénin et au Togo, million de dollar US, constant 2017.....	134
Graphique 3. 14: Évolution de l'IDH par région, 1990-2015.....	148
Graphique 3. 15: Évolution de l'IDH dans l'UEMOA, 1990-2015.....	148
Graphique 3. 16: Variation des dépenses de gratuité de l'école incluant les mesures envers les filles au Bénin .....	152
Graphique 3. 17: Variation des dépenses de gratuité de l'école incluant les mesures envers les filles au Togo .....	152
Graphique 3. 18: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement total au primaire et la variation des dépenses publiques de frais scolaires .....	155
Graphique 3. 19: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement des filles au primaire et la variation des dépenses publiques de frais scolaires .....	155
Graphique 3. 20: Corrélation entre la variation du taux de scolarisation des filles au primaire et la variation des dépenses publiques de frais scolaire.....	156
Graphique 3. 21: Corrélation entre la variation du taux de scolarisation primaire parité fille-garçon et la variation des dépenses publiques de frais scolaires .....	157
Graphique 3. 22: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement total au primaire et la variation de l'APD à l'éducation de base, pays CAD, OCDE.....	158
Graphique 3. 23: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement des filles au primaire et la variation de l'APD à l'éducation de base, pays CAD, OCDE.....	160
Graphique 3. 24: Évolution du taux d'achèvement universitaire, population de 15-24 ans.....	161
Graphique 3. 25: Évolution des dépenses réelles par tête dans l'éducation de base au Bénin et au Togo entre 1998 et 2015 .....	163
Graphique 3. 26: Éducation de base, dépenses réelles de personnel par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015.....	164
Graphique 3. 27: Éducation de base, dépenses réelles de fonctionnement par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015 .....	164
Graphique 3. 28: Éducation de base, dépenses réelles de transfert par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015.....	165
Graphique 3. 29: Éducation de base, dépenses réelles d'investissement par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015.....	165

## Chapitre 4:

Graphique 4. 1: Évolution de la croissance du PIB et de la population (%), Bénin et Togo, 1990 à 2019.....	170
Graphique 4. 2: Dépenses de santé prévues au PNDS 2009-2018, Bénin, milliard de FCFA, constant 2008 .....	185
Graphique 4. 3: Dépenses de santé au Bénin prévues au PNDS, budget exécuté et aide à la santé, million de FCFA, constant 2008.....	186
Graphique 4. 4: Dépenses publiques de santé touchant directement les femmes et les enfants, Bénin 1998-2015, million FCFA, constant 2008.....	188
Graphique 4. 5: Sources de financement du PNDS 2012-2015, milliard de FCFA, constant 2008 .....	191
Graphique 4. 6: Dépenses envers les groupes cibles et dépenses totales de santé au Togo, million de FCFA, constant 2008 .....	192
Graphique 4. 7: Distribution des causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Bénin de 2000 à 2017.....	194
Graphique 4. 8: Distribution des causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Togo de 2000 à 2017.....	195
Graphique 4. 9: Part des dépenses privées nationales de santé dans les dépenses courantes de santé (en%).....	198
Graphique 4. 10: Évolution de l'APD à la santé par habitant au Bénin et au Togo, décaissement brut en unité de dollar US, constant 2017.....	199
Graphique 4. 11: Composition de l'APD à la santé au Bénin et au Togo, 2009-2018, million de dollar US, constant 2017.....	199
Graphique 4. 12: Évolution des dépenses réelles totales de santé par habitant au Bénin et au Togo entre 1998 et 2015.....	210
Graphique 4. 13: Dépenses réelles de personnel de santé par habitant au Bénin et au Togo entre 1998-2015 .....	210
Graphique 4. 14: Dépenses réelles de fonctionnement de santé par habitant au Bénin et au Togo, 1998-2015 .....	211
Graphique 4. 15: Dépenses réelles de transfert de santé par tête au Bénin et Togo de 1998 à 2015 .....	211
Graphique 4. 16: Dépenses réelles d'investissement de santé par tête au Bénin et Togo de 1998 à 2015.....	212
Graphique 4. 17: Investissement du Fonds mondial au Bénin et au Togo, 2003-2019, Million FCFA .....	216
Graphique 4. 18: Variation aide publique à la santé (ODA santé), investissement Fonds mondial et dépenses publiques envers les groupes cibles.....	216
Graphique 4. 19: Taux annuel de variation des dépenses de santé touchant les femmes et les enfants .....	217
Graphique 4. 20: Corrélation entre la variation de l'incidence du paludisme et la variation des dépenses de paludisme.....	219
Graphique 4. 21: Corrélation entre la variation de l'incidence du paludisme et la variation du taux annuel d'exécution des budgets des programmes de paludisme.....	220

Graphique 4. 22: Corrélation entre la variation de l'incidence du VIH et la variation des dépenses des programmes de lutte contre le VIH Sida .....	222
Graphique 4. 23: Corrélation entre la variation du taux de mortalité des – 5 ans et la variation des dépenses envers les femmes et les enfants.....	223
Graphique 4. 24: Corrélation entre la variation du taux de mortalité maternelle et la variation des dépenses d'appui à la césarienne .....	225
Graphique 4. 25: Corrélation entre la variation du taux de mortalité maternelle et la variation du taux d'exécution des dépenses des programmes d'appui à la césarienne.....	226
Graphique 4. 26: Corrélation entre la variation du taux de mortalité des – 5 ans et la variation des dépenses des programmes de vaccination.....	227
Graphique 4. 27: Corrélation entre la variation des indicateurs en santé et la variation des dépenses du Fonds mondial.....	229
Graphique 4. 28: Corrélation entre la variation des indicateurs de santé et l'aide publique au développement à la santé reçue des pays du CAD, OCDE.....	231
Graphique 4. 29: Evolution de l'indicateur de contrôle de la corruption au Bénin et Togo.....	233

## Liste d'abréviations

AfDB	African Development Bank
APD	Aide publique au développement
ARDL	Autoregressive distributed lag
ASS	Afrique sub-saharienne
BCEAO	Banque centrale des états de l'Afrique de l'Ouest
BM	Banque mondiale
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
CCE	Common correlated effects
CCEMG	Common correlated effects mean group
CCEP	Common correlated effects pooled
CCEPd	Common correlated effects pooled dynamic
CCEPs	Common correlated effects pooled standard
CD test	Cross-section dependency test
CEDEAO	Communauté économique des états de l'Afrique de l'Ouest
CEMAC	Economic and Monetary Community of Central Africa
CRDI	Centre de recherches pour le développement international
DEA	Data envelopment analysis
ECM	Error correction model
EDS	Enquête démographique et de santé
EE	Education expenditure
EPT	Éducation pour tous
ETFP	Enseignement technique et formation professionnelle
FMI	Fonds monétaire international
GDP	Gross domestic product
GPE	Global Partnership for Education
HDI	Human development index
HE	Health expenditure
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries Initiative
IDH	Indice du développement humain

MDG	Millennium Development Goal(s)
MEMP	Ministère de l'enseignement maternel et primaire
MESRS	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
MESTFP	Ministère de l'enseignement secondaire, technique et la formation professionnelle
MG	Mean group
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif(s) de développement durable
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OLSP	Ordinary least squares pooled
OMD	Objectif(s) du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PAM	Programme alimentaire mondial
PAN	Plan d'action national pour l'éducation pour tous
PDDSE	Plan décennal de développement du secteur de l'éducation
PED	Pays en développement
PEE	Paquet éducatif essentiel
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PPTE	Pays pauvre très endetté
PSE	Primary school enrollment ratio (gross)
PTF	Partenaire technique et financier
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
REC	Rendements d'échelle constants
REV	Rendements d'échelle variables
SDG	Sustainable Development Goal(s)
SIGFIP	Système intégré de gestion des finances publiques
SSP	Soins de santé primaires

TECCH	Changement technologique
TECH	Changement dans l'efficacité technique
TFPCH	Changement dans la productivité totale des facteurs
TNS	Taux net de scolarisation
U5MR	Under-five mortality rate
UA	Union africaine
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNDP	United Nations Development Programme
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
UNRISD	United Nations Research Institute for Social Development
UPD	Unité de prise de décision
WAEMU	West African Economic and Monetary Union

## Remerciements

- Je rends grâce à Dieu pour l'opportunité et la capacité de faire cette thèse de doctorat.
- Je remercie mes superviseurs Nasser Ary Tanimoune et Lauchlan T. Munro pour l'encadrement, leurs commentaires et suggestions sans lesquels cette thèse ne saurait aboutir.
- Mes remerciements vont également aux membres du Jury de thèse Sanni Yaya, Robert Geneau, Roland Labonté et Jude Eggoh pour leurs commentaires pour l'amélioration de la thèse.
- Mes remerciements au Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada pour la bourse de recherche doctorale qui m'a permis de collecter les données au Bénin et au Togo. Mes remerciements aussi au Recteur Jacques Frémont pour la bourse doctorale aux étudiants internationaux qui m'a été très utile.
- Je remercie particulièrement le centre CADERDT du Togo et l'institut IREEP du Bénin qui m'ont accueilli dans leurs locaux et ont facilité ma mission de collecte de données.
- Mes remerciements vont également aux cadres des différents ministères visités au Bénin et au Togo qui m'ont chaleureusement accueilli et facilité ma collecte de données.
- Je remercie mes collègues et amis du programme de doctorat Wilfried De Jean Nonguierma, Laura Martinez, Stéphanie Maltais, Irène Djimtoloum sans lesquels les premières années de thèse n'auraient pas été aussi conviviales.
- Merci à tous mes amis qui de près ou de loin m'ont toujours soutenu durant toutes ces années de thèse. Merci à la famille Adounsa Constant et Chimène et leurs enfants pour leur fraternité.
- Je ne saurais remercier mes parents, mon père Florent Djissa, ma mère Odjo Marie et mes frères et sœurs Régis, Donald, Gildas, Christelle, Jude, Judith et Flomaric pour leur soutien indéfectible de tout genre et leurs prières sans lesquels je ne serais pas parvenu à la fin de ce processus qui n'a pas toujours été facile. Que Dieu vous bénisse abondamment.
- Enfin, je n'aurais pas pu réaliser cette thèse sans le soutien de mon épouse, Adjalala Frida, qui dans les moments difficiles a toujours su me donner la force de continuer. La naissance de notre fille, Jonia, a été la source d'énergie et d'inspiration ultime pour finaliser cette thèse. Je vous aime et que Dieu vous bénisse.

## Résumé général de la thèse

Cette thèse de doctorat analyse les relations entre dépenses publiques d'éducation et de santé et niveau de développement humain dans les pays de l'UEMOA où des progrès limités ont été observés en matière de développement humain entre 1990 et 2015 et où peu d'études existent sur l'analyse de ces relations. Elle combine une analyse d'efficacité et d'efficience des dépenses d'éducation et de santé dans l'UEMOA avec une étude de cas sur le Bénin et le Togo. L'efficacité des dépenses a été analysée avec la méthode du common correlated effects pooled (CCEP) appliquée à un modèle à correction d'erreur (ECM). L'efficience est analysée à l'aide de la méthode DEA avec l'indice de Malmquist et une régression tronquée. Des données de dépenses publiques désagrégées (personnel, fonctionnement, transfert, et investissement) collectées auprès des institutions publiques au Bénin et au Togo sont utilisées dans l'analyse d'efficience. Les contributions de la thèse sont d'ordre méthodologique et empirique. Sur le plan méthodologique, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude ayant appliqué un modèle CCEP au modèle ECM pour estimer les effets de court et de long terme des dépenses d'éducation et de santé dans l'UEMOA. Aussi, la combinaison d'approches qualitative et quantitative dans l'analyse d'efficience des dépenses au Bénin et au Togo est une contribution, mettant en évidence les interdépendances entre les facteurs. Sur le plan empirique, la thèse met en évidence que les dépenses d'éducation et de santé par tête n'ont pas d'effet significatif dans les pays de l'UEMOA sur l'indice de développement humain, le taux brut de scolarisation primaire, de même que le taux de mortalité des moins de 5 ans, donc une absence de tendance régionale. Par contre, les dépenses de santé par tête ont un effet positif sur le PIB par tête dans l'UEMOA. Les facteurs comme le niveau de corruption, l'inflation, l'aide en pourcentage du PIB ont un effet négatif sur l'efficience des dépenses au Bénin et au Togo. L'étude comparative entre ces deux pays permet d'établir l'importance du ciblage de groupes en situation de vulnérabilité dont notamment les enfants, les filles et les femmes. Le ciblage, mais aussi l'ampleur des mesures de ciblage dans les politiques d'éducation et de santé sont des leviers importants dans l'amélioration des indicateurs de développement humain dans ces pays. Les résultats suggèrent aux décideurs politiques de ces pays de privilégier des mesures de ciblage, d'améliorer la qualité des institutions ainsi que la définition et la mise en œuvre des politiques dans l'éducation et la santé pour accélérer les progrès en matière de développement humain.

## **Thesis Abstract**

This doctoral thesis analyzes the relationships between government spending on education and health and human development in the WAEMU countries where limited progress was observed in human development between 1990 and 2015 and where few studies exist on this analysis. It combines effectiveness and efficiency analysis of education and health spending in WAEMU with a case study on Benin and Togo. The effectiveness analysis was conducted using the common correlated effects pooled (CCEP) estimator applied to an error correction model (ECM). The efficiency is analyzed using the DEA method with the Malmquist Index and a truncated regression. Disaggregated public expenditure data (personnel, operating, transfer, and investment) collected from public institutions in Benin and Togo are used in the efficiency analysis. This thesis provides methodological and empirical contributions. Methodologically, to our knowledge, there is no study that has applied a CCEP estimator to the ECM model to estimate the short and long-term effects of education and health spending in WAEMU. Also, the combination of qualitative and quantitative approaches in the efficiency analysis focusing on Benin and Togo is a contribution, as it highlights the interdependencies between factors. Empirically, this thesis provides evidence that per capita education and health spending have no significant effect in the WAEMU countries on the human development index, gross primary school enrollment rate, and under-five mortality rate, suggesting no regional trend. In contrast, per capita health spending has a positive and significant effect on per capita GDP in WAEMU. Factors such as the level of corruption, inflation and aid as a percentage of GDP have a negative and significant effect on efficiency in Benin and Togo. The comparative study between Benin and Togo makes it possible to establish the importance of targeting vulnerable groups including children, girls, and women. Targeting, but also the extent of targeting measures in education and health policies, are important levers for improving human development indicators in these countries. The results suggest that policy makers in these countries should prioritize targeting measures, improve the quality of institutions and the definition and implementation of policies in education and health to accelerate progress in human development.

## **Chapitre 1: Introduction générale**

La présente thèse de doctorat porte sur l'analyse des relations entre dépenses publiques d'éducation et de santé et niveau de développement humain dans le contexte des pays de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA), et en particulier au Bénin et au Togo. Une attention particulière a été portée sur des groupes en situation de vulnérabilité (ou groupes vulnérables) notamment les enfants, les filles et les femmes qui dans le contexte des pays pauvres, en particulier, sont largement en marge de l'accès aux services de santé et d'éducation de qualité, surtout lorsqu'ils ou elles font partie des ménages les plus démunis.

L'objectif principal de la thèse est d'étudier l'efficacité et l'efficience des politiques d'éducation et de santé dans le contexte des pays de l'UEMOA, et en particulier, au Bénin et au Togo afin d'apporter des contributions d'ordre méthodologique et empirique. Le terme efficacité est une mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement ont été atteints, ou sont en train de l'être. Le terme efficience se réfère quant à lui à l'analyse de la mesure dans laquelle un ensemble de ressources utilisées permet d'atteindre le maximum de résultats possibles dans les deux domaines étudiés (voir plus de détails sur ces concepts dans OCDE (2010), Guerrien et Ozgur (2012)).

L'objectif global se décline en trois objectifs spécifiques. Le premier objectif spécifique est de déterminer s'il existe au sein de la zone économique et monétaire UEMOA une tendance dans l'efficacité des dépenses d'éducation et de santé en vue de l'amélioration de certains indicateurs de développement, dont l'indice du développement humain. La question de recherche liée à cet objectif est de savoir si les dépenses d'éducation et de santé sont des déterminants significatifs, à court et à long terme, du développement humain dans l'UEMOA. Le chapitre 2 porte sur cet objectif spécifique.

Le deuxième objectif spécifique est d'identifier si les différences de progrès dans l'éducation entre les pays de l'UEMOA observées sur les trois dernières décennies résultent des différences de politiques, en particulier envers certains groupes en situation de vulnérabilité et de l'efficience dans l'allocation des ressources dans le secteur de l'éducation. La question de recherche associée à cet objectif spécifique est de savoir quels sont les facteurs qui peuvent expliquer les différences

de progrès dans le secteur de l'éducation entre le Bénin et le Togo identifiés comme étude de cas. Cet objectif spécifique est l'objet du chapitre 3.

Le troisième objectif spécifique est d'identifier des facteurs permettant d'expliquer les différences de progrès entre le Bénin et le Togo sur certains indicateurs de développement liés au domaine de la santé. La question de recherche liée à cet objectif est de savoir quels sont les facteurs qui peuvent expliquer les différences de progrès entre les deux pays dans le domaine de la santé. Cet objectif spécifique est l'objet du chapitre 4. Dans les études portées sur les objectifs spécifiques 2 et 3, l'accent est mis sur le rôle du ciblage des groupes en situation de vulnérabilité dont notamment les enfants, les filles et les femmes.

La présente thèse de doctorat comporte trois articles interdépendants qui sont développés dans les chapitres 2, 3 et 4. Le chapitre 5 (Conclusion) fait la synthèse des constats des chapitres 2, 3 et 4 et en tire des leçons pour les décideurs politiques.

### **1.1 Présentation du contexte général des pays en développement sur les progrès en matière de développement humain**

Au Sommet mondial sur le développement social tenu à Copenhague en 1995, les chefs d'État et de gouvernement ont reconnu l'importance du développement social et l'urgence d'améliorer la condition humaine et ont pris la mesure du rôle que les politiques peuvent jouer dans le renforcement d'une croissance économique inclusive et la promotion du développement social (ONU, 1995). Grâce aux politiques sociales engagées dans nombre de pays en voie de développement, des progrès importants ont été réalisés dans les domaines économiques et sociaux, notamment sur les questions d'accès aux services de santé et d'éducation, avec une attention particulière sur les populations les plus vulnérables. La région de l'Afrique de l'Ouest reste celle qui a enregistré les progrès les plus faibles sur les objectifs du millénaire pour le développement (CEA et al. 2016 ; UNDP BRA, 2016). Les domaines où des progrès ont été enregistrés en Afrique de l'Ouest incluent la réduction des écarts dans l'accès à la scolarisation des filles et des garçons dans l'enseignement primaire avec toutefois des disparités inter et intra pays, l'augmentation des taux bruts de scolarisation dans tous les ordres d'enseignement (primaire, secondaire, technique et professionnel, supérieur) en particulier dans le primaire, la réduction des taux de mortalités infantile et des moins de 5 ans. Cependant, entre 2010 et 2017, les progrès dans la réduction de la

mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest ont fortement varié en fonction des pays. Par exemple au Sénégal, le taux de mortalité maternelle a été réduit de près de 30% entre 2010 et 2017 pour atteindre 315 décès pour 100,000 naissances vivantes, pendant que le Niger était à 23% de réduction (509), le Bénin à 14% (397), le Togo 10% (396) et le Nigeria à 6% (917). Le taux de mortalité maternelle du Bénin est presque identique à celui du Togo en 2017 et s'établit comme le troisième taux de mortalité maternelle le moins élevé de l'espace UEMOA derrière le Sénégal (315) et le Burkina Faso (320) (Données Banque mondiale, 2020)<sup>1</sup>.

Dans l'éducation, les inégalités du genre sont très prononcées lorsqu'on avance dans le niveau de scolarisation. L'indice de parité genre (IPG)<sup>2</sup> du taux de scolarisation primaire est près de l'unité dans la majorité des pays de l'UEMOA en 2018 à l'exception du Niger où il se situe à 0.86 en 2017 (UNESCO, 2020)<sup>3</sup>. Dans le premier cycle de l'enseignement secondaire, l'IPG était de 0.85 pour le Bénin (2016), 0.78 pour le Togo (2017), légèrement plus faible que l'IPG dans le primaire. La tendance reste la même dans les autres pays à l'exception du Sénégal et le Burkina Faso qui ont tous atteint voire dépassé le niveau de parité parfaite de 1 en 2018 (Burkina (1.08) et Sénégal (1.14)). Dans le cycle supérieur de l'enseignement secondaire, le Sénégal reste le seul pays à atteindre la parité filles-garçons (IPG de 1.02 en 2018) pendant que les autres pays tournent autour de 0.70 (Ibid). Les inégalités dans l'accès à l'éducation sont aussi tributaires des inégalités socio-économiques. Par exemple dans l'acquisition de compétences de base comme la lecture, 73.8% des enfants des ménages appartenant au 20% des plus riches sortent du primaire avec les compétences minimales en lecture contre 35.5% des enfants des ménages appartenant au 20% les plus pauvres au Bénin. Au Togo, ces chiffres sont respectivement de 64.4% contre 20.4%. La situation du Niger reste la plus préoccupante dans l'espace UEMOA avec respectivement 23.2% contre 2.1% (GPE, 2019)<sup>4</sup>. Ces chiffres montrent l'urgence de l'investissement public dans les domaines de la santé et de l'éducation avec une attention particulière pour les populations les plus vulnérables et plus pauvres.

---

<sup>1</sup> World Development Indicators, Banque mondiale, données mises à jour le 28 mai 2020.

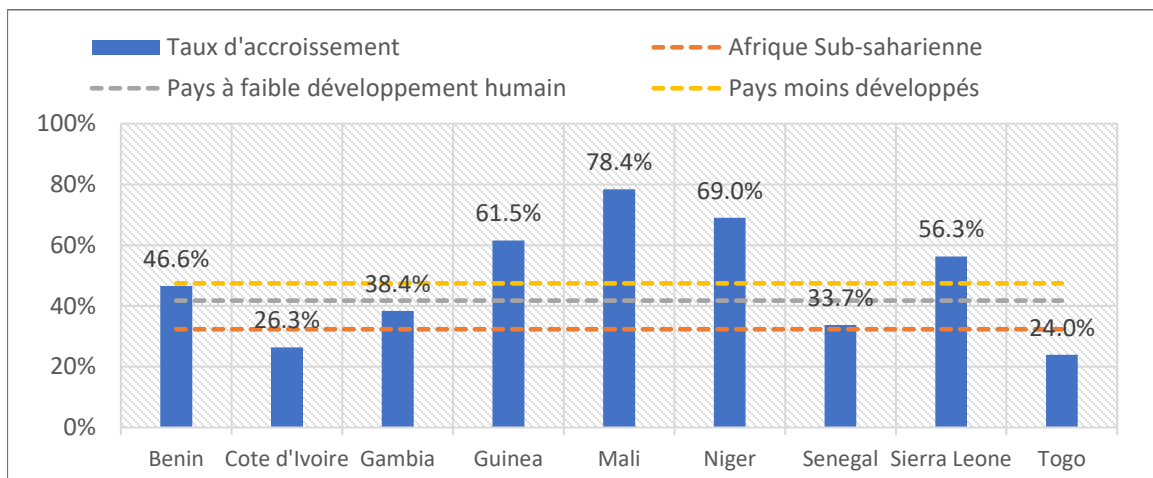
<sup>2</sup> L'IPG est une mesure relative de l'accès à l'éducation des filles et des garçons qui est obtenue en divisant la valeur de l'indicateur pour les filles par sa valeur pour les garçons. Une valeur de l'IPG qui est inférieure à 1 indique une disparité en faveur des garçons et inversement pour une valeur de l'IPG supérieure à 1 (UNESCO, 2016).

<sup>3</sup> Bénin (0.94), Burkina Faso (0.98), Côte d'Ivoire (0.93), Mali (0.90), Sénégal (1.13), Togo (0.96).

<sup>4</sup> GPE: Global Partnership for Education

L'indice du développement humain entre 1990 et 2015<sup>5</sup> montre des progrès très variés entre les pays en Afrique de l'Ouest. Le Mali, le Niger, la Guinée et la Sierra Leone sont en tête des pays qui ont enregistré une forte amélioration de leur indice du développement humain sur la période de 1990-2015, avec une augmentation supérieure à l'augmentation moyenne des pays d'Afrique Subsaharienne, les pays à faible développement humain et les pays les moins développés.

Graphique 1. 1 : Taux de progression de l'IDH entre 1990-2015 en Afrique de l'Ouest



Source : Données PNUD, 2020

Il faut noter cependant que ces pays avaient les plus faibles niveaux d'IDH en 1990 de sorte que malgré cette amélioration, ils restent les pays à plus faibles IDH en Afrique de l'Ouest. Le Togo et la Côte d'Ivoire ont réalisé des progrès plus faibles. Le Togo avait en 1990, l'IDH le plus élevé de l'UEMOA. En 2015, l'IDH le plus élevé de la zone UEMOA est observé au Bénin (Données PNUD, 2020). La Côte d'Ivoire quant à elle a connu une forte instabilité politique avec des épisodes de conflits armés sur la période de 1990 à 2015 qui ont impacté les progrès en matière de développement humain.

Les différences observées dans les progrès en santé, en éducation et sur le niveau de développement humain appellent à des analyses approfondies pour comprendre les facteurs à l'origine des progrès réalisés ainsi que les conditions favorables à l'efficacité des politiques publiques dans les domaines sociaux dans ces pays. Le changement de rang entre le Bénin et le

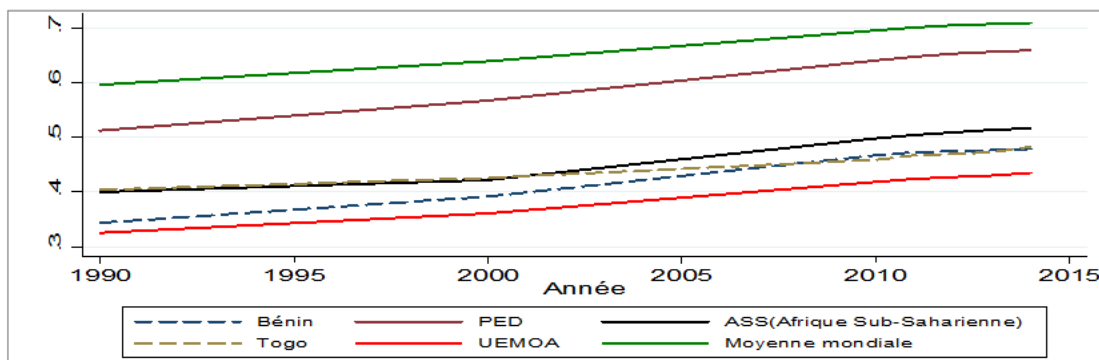
<sup>5</sup> L'année 2015 marque la fin de la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Togo sur la période de 1990 à 2015 suscite l'intérêt d'une étude de cas sur ces deux pays dans le contexte des pays de l'UEMOA, ou d'Afrique de l'Ouest en général, où les progrès sur les indicateurs de développement sont restés faibles (CEA et al., 2016; UNDP BRA, 2016).

## 1.2 Présentation du Bénin et du Togo comme cas particulier de réduction d'écart en matière de développement humain dans l'espace UEMOA

Avec la fin des politiques orthodoxes du consensus de Washington vers le début des années 2000, le Bénin et le Togo à l'instar de la plupart des pays en développement (PED), ont renforcé leurs politiques nationales avec l'appui des partenaires techniques et financiers dans les domaines sociaux, notamment dans la santé et l'éducation. Mais les impacts de ces politiques sur le niveau de développement humain restent très mitigés. L'Indice du Développement Humain (IDH) au Bénin est passé de 0.344 à 0.505 de 1990 à 2014 et de 0.404 à 0.495 au Togo sur la même période (Données PNUD, 2020). Malgré ces progrès les deux pays restent dans la catégorie des pays à faible IDH avec un IDH plus faible que la moyenne des pays d'Afrique sub-saharienne (Graphique 1.2).

Graphique 1. 2 : Évolution de l'indice du développement humain entre Bénin, Togo, UEMOA, ASS, 1990-2015



Source: Données PNUD, 2016

Par ailleurs, ces progrès apparents cachent l'effet des inégalités en santé et en éducation qui réduisent la valeur réelle de l'IDH. D'après l'IDH ajusté des inégalités qui est développé par le PNUD en 2010, la réduction de l'IDH due aux inégalités sociales (santé, éducation et répartition des revenus) est estimée à 37.4% pour le Bénin et à 33.4% pour le Togo en 2014 (PNUD, 2015). En conséquence, la valeur de l'IDH ajusté des inégalités était de 0.30 pour le Bénin en 2014, contre

une valeur de 0.344 en 1990. La situation est la même pour le Togo où l'IDH ajusté des inégalités était de 0.322 en 2014, inférieur à l'IDH de 1990 (0.404). Ainsi, les inégalités sociales sont un frein à l'amélioration du développement humain au Bénin et au Togo.

Le dépassement observé entre le Bénin et le Togo selon l'indice du développement humain suscite l'intérêt d'une analyse comparative entre les deux pays sur l'efficacité des politiques sociales, en particulier dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Cette analyse permettra de tirer des enseignements sur les facteurs à l'origine de l'efficacité ou non de ces politiques et sur l'importance du ciblage de groupes en situation de vulnérabilité étant donné l'ampleur et l'impact des inégalités sociales. Ceci motive le choix de ces deux pays comme étude de cas dans cette thèse de doctorat.

### **1.3 Contexte socio-économique et politique au Bénin et au Togo**

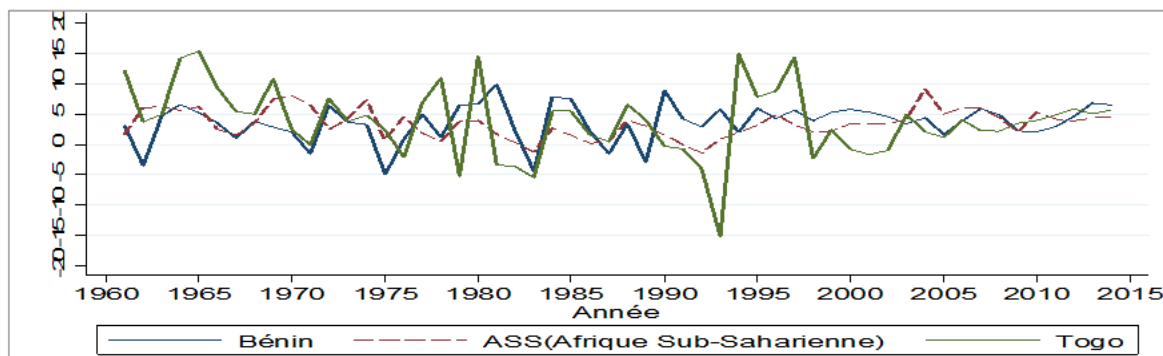
Le Bénin et le Togo sont deux pays de la région Ouest africaine, membres de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA), et de la Communauté économique des états de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO), ainsi que de plusieurs autres institutions régionales et internationales. L'appartenance des deux pays à ces institutions sous régionales, régionales et internationales, fait qu'ils participent aux efforts d'intégration économique et monétaire qui visent à accroître la coopération et la coordination de politiques économiques afin d'assurer la stabilité économique dans les pays et à l'échelle des régions et d'assurer le bien-être des peuples.

Le Bénin s'étend sur une superficie de 112, 622 km<sup>2</sup> avec une population de 11.8 millions d'habitants en 2019 (Données Banque mondiale, 2021). Le Bénin est limité au Nord-Est par le fleuve Niger (qui le sépare de la République du Niger), au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique. Le Togo quant à lui, est un pays plus petit que le Bénin tant en termes d'étendue que de population. Long de 56,785 km<sup>2</sup>, le Togo compte une population estimée à 8 millions d'habitants en 2019 (Ibid). Le Togo est limité au Nord par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Ghana, à l'Est par le Bénin et au Sud par l'Océan Atlantique, qui fait qu'il développe tout comme le Bénin une économie maritime ; les deux pays étant des concurrents dans la sous-région.

Sur le plan politique, les deux pays connaissent une bonne stabilité politique comparativement à certains de leurs voisins de la région Ouest Africaine. En 1989, le Bénin sort du régime communiste marxiste-léniniste pour un système politique démocratique, avec l'élaboration d'une nouvelle constitution en 1990 qui trace la voie d'une démocratie participative.

Depuis 1990, des élections présidentielles y sont régulièrement organisées chaque quinquennat. Le pays a connu quatre alternances au pouvoir depuis 1990. Toutefois, le pays connaît depuis 2019 une crise politique après la réforme du code électoral et du système des partis politiques, qui est de nature à compromettre la forte participation politique et donc la stabilité politique observée depuis 1990. Au Togo, la première alternance politique de ces 50 dernières années est survenue après le décès en 2005 du président Gnassingbé Eyadema, qui avait dirigé le pays de 1967 à 2005. Son fils Faure Gnassingbé qui lui a succédé est actuellement à son quatrième mandat. On note donc contrairement au Bénin, une certaine continuité d'un même régime politique au pouvoir au Togo depuis la fin des années 1960. La différence entre ces deux contextes politiques présente un intérêt pour cette analyse comparative qui se veut de comprendre les facteurs à l'origine de l'efficacité des politiques publiques dans l'éducation et la santé entre les deux pays.

Graphique 1. 3 : Taux de croissance annuelle du PIB, 1960-2015



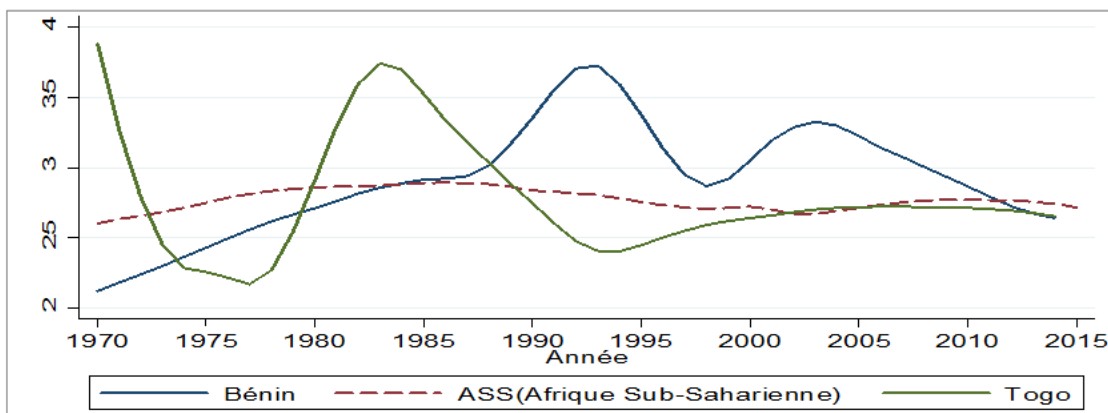
Source: Données Banque mondiale, 2016

Sur le plan économique, le Bénin et le Togo présentent des taux de croissance économique variés, mais qui semblent converger depuis 2009 (Graphique 1.3). Aussi, leurs taux de croissance économique sont depuis 2011 supérieurs à la moyenne des pays d'Afrique sub-saharienne (ASS) (plus de 5% en moyenne), ce qui indique de bonnes performances économiques au sein de ces deux pays. Par ailleurs, les secteurs porteurs de la croissance économique au Bénin et au Togo sont

les secteurs des services et de l'agriculture. Le secteur industriel reste embryonnaire. Au Bénin, la valeur ajoutée de l'agriculture dans le produit intérieur brut (PIB) tourne autour de 25% depuis 2010 bien que sa tendance soit à la baisse depuis 1998 (Données Banque mondiale, 2017).

Pour le secteur tertiaire, la valeur ajoutée des services présente une tendance à la hausse avec une contribution de plus de 50% au PIB depuis 2011 (Ibid). La situation inverse est observée au Togo. En effet, au Togo, la valeur ajoutée du secteur agricole présente une tendance à la hausse avec une contribution au PIB de plus de 40% en 2014. Pour le secteur tertiaire, la tendance est vers la baisse avec une contribution au PIB d'un peu plus de 40% en 2014. Ces tendances inverses suggèrent qu'un choc symétrique sur le secteur de l'agriculture ou le secteur tertiaire aura un impact très différencié sur le bien-être économique et social dans ces deux pays et sur leur capacité à financer le développement. Étant entendu que le Bénin et le Togo sont en union monétaire, l'analyse des politiques sociales dans ces pays doit prendre en compte les caractéristiques internes et externes qui affectent la mise en place de politiques efficaces.

Graphique 1. 4 : Taux de croissance de la population, 1970-2015



Source: Données Banque mondiale, 2016

Au plan social, le taux de pauvreté au Bénin et au Togo reste très élevé. Le taux national de pauvreté en 2014 est de 36,2 % au Bénin pendant qu'il est de 58,7% au Togo (Données PNUD, 2015). 73,4% des ménages ruraux au Togo vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 36,4% en milieux urbains. Au Bénin, 39,7% des ménages ruraux vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 31,4% en milieux urbains (Données Banque mondiale, 2016). À ces inégalités géographiques, s'ajoutent celles du genre. Outre les taux élevés de mortalité maternelle et infantile

liés au faible accès des femmes aux services de santé, ces dernières manquent cruellement d'opportunités économiques. Le manque d'opportunité économique est entretenu par un faible niveau d'éducation des femmes comparées aux hommes. Au Bénin, le nombre moyen d'années d'éducation des filles est de 2.1 contre 4.6 pour les hommes en 2014 ; et de 3 contre 6.3 au Togo (Données PNUD, 2015). Cette situation sociale se traduit par un faible niveau de développement humain dans les deux pays.

Selon le rapport sur le développement humain de 1990, le développement humain est un processus qui conduit à l'élargissement des possibilités offertes à chacun (PNUD, 1990). Elle implique la réalisation de trois conditions essentielles à savoir : vivre longtemps et en bonne santé, acquérir un savoir et avoir accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable (Ibid). Sur la base de cette définition, trois dimensions composent donc l'indice du développement humain : la santé mesurée par l'espérance de vie à la naissance, l'éducation mesurée par le nombre d'années espéré d'éducation et le revenu mesuré par le revenu national brut par habitant (UNDP, 2015b). En 1990, à la création de l'IDH, l'éducation était mesurée par l'alphabétisation et le revenu par le PIB par habitant (PNUD, 1990). En 2010, le PNUD a introduit l'IDH ajusté des inégalités pour couvrir les déficits de développement humain qui sont dus aux inégalités dans la santé, l'éducation et le niveau de revenu (PNUD, 2010).

Entre 1990 et 2014, le taux de croissance annuel moyen de l'IDH était de 1.4 et de 0.75, respectivement au Bénin et au Togo (Données PNUD, 2015), amenant à s'interroger sur les facteurs à l'origine de l'accélération de la croissance de l'IDH au Bénin comparativement au Togo. Cette question est d'autant plus pertinente lorsqu'on sait que la croissance de la population au Bénin est restée plus forte que celle du Togo sur les deux dernières décennies (Graphique 1.4).

Étant entendu qu'un fort taux de croissance de la population contribue à une forte demande des services de santé et d'éducation, on peut raisonnablement admettre que le Bénin fait face à une demande de services de santé et d'éducation plus forte que le Togo ; déjà que sa population a toujours été supérieure à celle du Togo. Ces constats entre les deux pays évoquent la question de l'efficacité et de l'efficience dans la mise en œuvre des politiques sociales devant contribuer à l'amélioration du développement humain.

## **1.4 Cadre théorique et énoncé de la problématique de thèse**

Cette section présente le corpus théorique sur lequel se fonde notre étude. Trois grandes théories sont mobilisées pour analyser l'importance des politiques sociales dans les pays en développement en vue du renforcement du capital humain et d'un développement plus inclusif et durable qui met les personnes les plus pauvres et vulnérables au cœur des politiques publiques. Il s'agit de la théorie du capital humain, la théorie des capacités et de celle des biens publics.

### **1.4.1. Définition, fondements et outils de la politique sociale dans les pays en développement**

Il convient avant tout de présenter une définition de la politique sociale dans le contexte des pays en développement et les débats théoriques qu'elle suscite. La politique sociale a fait l'objet de nombreuses définitions, que ce soit en référence aux objectifs ciblés ou sur la base des instruments mobilisés pour sa mise en œuvre. En l'occurrence, pour Mkandawire (2004), la politique sociale est l'ensemble des interventions au sein de l'économie visant à influencer l'accès à une subsistance adéquate et assurée dans un pays. La mise en place de la politique sociale passe alors par plusieurs instruments, allant des lois et réglementations diverses dans les secteurs sociaux et économiques notamment, vers la mise en place des dépenses publiques sociales qui traduisent l'exécution des politiques publiques.

Pour des auteurs, tels que Barr (2004) et Iatridis (1994), la mise en place de la politique sociale est largement influencée par des conceptions idéologiques sous l'impulsion de certaines écoles de pensées qu'il est possible de classer dans deux principales catégories. D'un côté, on retrouve les libertariens, défenseurs de la non-intervention de l'État. Les principaux arguments des tenants de l'école libertarienne, dont Hayek (1944) et Nozick (1974)<sup>6</sup>, sont d'ordre économique, moral et éthique. L'intervention publique, pour des raisons de justice sociale, nécessite le prélèvement des taxes et impôts ; or ces derniers découragent l'activité économique du fait, entre autres, de la baisse des incitations à travailler, de la baisse de l'épargne et des investissements. Le paiement de taxes au-delà du strict minimum pour assurer les fonctions étatiques de base (défense nationale, police,

---

<sup>6</sup> Pour une analyse plus approfondie, voir Barr (2004).

faire appliquer la loi, etc.) est vu par Nozick (1974) comme une coercition qui fait de la taxation une forme de travail forcé, un travail dont la rémunération est perçue par l'État.

D'un autre côté, on peut regrouper quasiment toutes les autres écoles de pensées bien que leurs arguments diffèrent sous la catégorie des théories allant dans le sens de la justification (parfois conditionnelle) d'une intervention publique à caractère social. Au titre des arguments à vocation économique, on retrouve les libéraux, proches des libertariens, qui justifient la nécessité de la politique sociale du fait des défaillances du marché (Iatridis, 1994 ; Barr, 2004). En s'appuyant sur les travaux théoriques de George Akerlof, Michael Spence et Joseph Stiglitz<sup>7</sup>, Barr (2004) montre que le marché à lui seul ne peut assurer l'efficacité économique du fait de l'existence des asymétries d'information<sup>8</sup> qui occasionnent des coûts de transaction ne pouvant être réduits que par l'intervention de l'État. Plusieurs auteurs ont démontré l'importance de l'intervention de l'État à partir de l'imperfection des marchés des capitaux. Selon les défenseurs de cette perspective, l'imperfection des marchés du crédit ne permet pas aux pauvres d'accéder aux ressources suffisantes pour effectuer une quantité significative d'investissement en capital physique et humain. Ainsi, une politique sociale de redistribution permet de combler ce gap (Aghion et Bolton, 1992 ; Barr, 2004 ; Galor et Zeira, 1993 ; Aghion et al., 1999). Cette perception basée sur l'imperfection des marchés est d'une grande pertinence pour les pays en développement où le marché des capitaux est peu développé.

L'argument basé sur la constitution de stock de capital humain a été théorisé par les travaux de Schultz (1961) et Becker (1964) dans le cadre des théories économiques de l'accroissement de la productivité individuelle et collective aux fins de l'accélération de la croissance économique. L'intervention de l'État à travers la politique sociale peut alors permettre d'investir dans le capital humain au niveau national pour accélérer la croissance. Ces arguments ont été repris par les tenants des théories de la croissance endogène développées initialement par Paul Romer (1986) et Robert

---

<sup>7</sup> Ces auteurs obtiennent le prix Nobel d'économie en 2001 grâce à leur contribution sur les limites du marché du fait de l'existence d'asymétrie d'information.

<sup>8</sup>L'asymétrie d'information désigne une situation dans laquelle, un individu détient plus d'informations qu'un autre sur un bien ou sur un état de la nature, ce qui peut limiter, ou même empêcher, les transactions entre eux. Cette situation est à l'origine des phénomènes tels que le risque moral et l'antisélection qui freinent l'efficacité des mécanismes du marché (Guerrien et Ozgur, 2012).

Lucas (1988) et qui mettent en avant le rôle de l'innovation, le capital physique, auxquels contribue l'intervention sociale de l'État notamment dans l'éducation et la santé.

L'intervention de l'État au travers de la politique sociale et en particulier dans les secteurs tels que l'éducation et la santé a été également défendue par des courants de pensée centrés autour des droits humains, de l'égalité des êtres humains, portés par des écoles socialistes et les organisations internationales (UNICEF, OMS, UNESCO, etc.). Depuis la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 (ONU, 1948), différentes conventions internationales ont été élaborées pour faire de la politique sociale un outil de promotion des droits à l'égalité et à la dignité humaine et un instrument qui permet d'assurer un niveau de capital humain qui offre des possibilités économiques aux populations en situation de vulnérabilité, dont les femmes et les filles<sup>9</sup>.

Aussi, en plus des fondements de l'intervention sociale de l'État qui soient d'ordre économique ou liés aux droits humains, des arguments politiques sont souvent avancés dans la littérature. Plusieurs théories notamment celles du cycle politico-budgétaire et des choix publics mettent en évidence la possibilité d'opportunisme des pouvoirs publics dans la mise en place des politiques sociales. En référence à la théorie du cycle politico-budgétaire développée par Nordhaus (1975), les auteurs comme Rogoff et Sibert (1988), Rogoff (1990) et Persson et Tabellini (2002) ont élaboré des modèles d'analyse basés sur la manipulation des dépenses courantes, particulièrement des dépenses sociales à des fins électoralistes. D'autres travaux de l'école des choix publics, comme ceux de Brennan et Buchanan (1980), ont déjà évoqué l'intervention publique à des fins opportunistes visant à satisfaire des groupes spécifiques de la population. Selon Miliband (1983), ces groupes spécifiques proviennent des classes capitalistes dominantes qui pèsent sur la structure de gouvernance publique et l'action de l'État. Les répercussions de cette pression de classes dominantes sont entre autres, le renforcement des inégalités sociales, car les groupes marginalisés et les plus pauvres sont davantage exclus des systèmes sociaux alors qu'ils devraient être les premiers bénéficiaires. D'après les travaux de Wagstaff (2002), les dépenses publiques de santé dans les pays en développement profitent davantage aux riches qu'aux pauvres, ce qui renforce les inégalités sociales déjà très marquées. L'influence de l'électeur médian sur les dépenses sociales

---

<sup>9</sup> Ceci est rendu possible grâce au renforcement de l'accès de ces populations aux services de santé et d'éducation, à des formations qui leur donnent la possibilité d'intervenir dans les activités économiques et ainsi dans le développement social et économique.

est également analysée par Meltzer et Richard (1981) à la lumière de la théorie de l'électeur médian. Cette théorie suppose que dans un processus démocratique, l'électeur médian est l'agent décisif dans la mesure où les candidats à la compétition électorale finissent par se positionner sur ses préférences (Downs, 1957). Selon Meltzer et Richard (1981), un électeur médian pauvre dans des pays à fortes inégalités crée une forte demande sociale qui entraîne une forte redistribution par l'État. Toutefois, selon Romer et Rosenthal (1979) les dépenses publiques ne peuvent dépendre uniquement des préférences des électeurs, elles dépendent aussi de la structure des institutions politiques.

En résumé, les fondements de la politique sociale, et de la mise en place de ses outils comme les dépenses sociales sont tout autant idéologiques, économiques, politiques que liés à la lutte contre les inégalités et les injustices sociales. Toutefois, les modèles développés à partir de ces arguments semblent avoir un point commun : leurs cadres théoriques ne semblent pas offrir la possibilité de mieux cibler la partie de la population exclue des processus de développement économique, et donc de permettre de lutter contre les inégalités sociales qui affectent les populations les plus vulnérables, les groupes marginalisés, notamment les femmes et les enfants<sup>10</sup>.

#### **1.4.2. Financement de la politique sociale dans les pays en développement**

La mise en œuvre des politiques sociales et leur financement sont deux questions étroitement liées. Le financement de la politique sociale implique les enjeux relatifs à la mobilisation de ressource, et à son allocation ainsi qu'aux acteurs et institutions impliqués dans ce processus (Hujo et McClanahan, 2009). Dans les domaines de la santé et l'éducation, le financement fait intervenir des acteurs publics et privés, des acteurs internationaux ainsi que les organisations non étatiques (Bloom et al., 2000 ; Schieber et Maeda, 1999 ; Jee-Peng et al., 1986 ; Gautier et Ridde, 2017). L'implication du secteur privé et des acteurs non étatiques permet à l'État de réduire sa charge de financement de l'offre de services sociaux (Mok, 2005).

Le financement privé en provenance des fondations philanthropiques et des firmes dans le domaine de la santé a connu une augmentation considérable en Afrique depuis les années 1990 (Chabat et

---

<sup>10</sup> Il faut noter que l'intervention sociale de l'État permet de limiter les conséquences liées aux éventuels conflits entre les parents et les enfants dans la couverture des frais de certains services sociaux notamment les soins de santé primaires et l'éducation de base (Munro, 2001).

Sexton, 2011). Par exemple, la fondation Bill et Melinda Gates est le deuxième bailleur dans le domaine de la santé après le gouvernement américain (Barry et Yaya, 2015). Les financements privés soulèvent cependant des défis liés à leur transparence, légitimité, et efficacité qui appellent à des modes de régulations capables de canaliser les fonds privés pour un véritable développement sanitaire dans les pays les plus pauvres (Chabat et Sexton, 2011). Ces régulations sont d'autant plus importantes que les décisions des acteurs qui financent ne sont pas toujours basées sur des critères objectifs comme la morbidité ou la mortalité (Siffman et al. 2002). Par exemple les programmes de VIH Sida attirent plus de ressources avec une charge de morbidité plus faible (30% de l'aide contre 6% de charge de morbidité) (Berthelemy, 2008).

Par ailleurs, le financement privé par les ménages et les structures d'assurance constitue une part importante du financement privé dans la santé (Pauly et al., 2006 ; Witter, 2002). Dans les pays pauvres, le fort taux d'activités dans le secteur informel et le faible niveau de revenu des populations sont des obstacles au financement par les structures d'assurance privée (Sekhri et Savedoff, 2005 ; Witter, 2002).

L'appui des partenaires techniques et financiers notamment dans la santé a été impacté par les grands engagements internationaux (Diskett et Nickson, 1991 ; WHO, 2016). La part de l'aide aux secteurs sociaux (santé, éducation, eau, etc.) dans l'aide totale vers les pays en développement s'est considérablement améliorée depuis les années 1990. Elle est passée de moins de 5% dans les années 60, à 10% dans les années 70, 15% dans les années 80 et 90, et 25% dans les années 2000 (Barry et Yaya, 2015). L'aide à la santé quant à elle s'est triplée entre 2000 et 2010 avec une croissance annuelle moyenne de plus de 11% (Ibid). Si l'aide aux secteurs sociaux a augmenté en général, elle a moins profité au secteur de l'éducation (CONFEM, 2017). Dans le domaine de l'éducation, les promesses d'aide aux pays pauvres faites lors de la conférence de Jomtien de 1990 et de Dakar en 2000 n'ont pas été tenues (UNESCO, 2014b ; Bennell et Furlong, 1998 ; Buchert, 1995). Selon Bennell et Furlong (1998), l'aide à l'éducation s'est globalement réduite dans la période après la conférence de Jomtien contrairement aux engagements des pays donateurs et institutions internationales. Ces mêmes engagements renouvelés au sommet de Dakar en 2000 n'ont pas été respectés. L'aide à l'éducation s'est réduite depuis les années 2009 et 2010 et en particulier dans les pays à faible revenu, qui sont très dépendants de ressources extérieures (UNESCO, 2014b ; CONFEM, 2017). Toutefois, l'aide aux secteurs sociaux a eu un effet positif

sur les dépenses sociales du gouvernement dans plusieurs pays en développement (Hujo et McClanahan, 2009). Dans la santé par exemple, l'aide au développement a contribué à la réduction de la mortalité infantile, de la morbidité, ainsi que de la prévalence du paludisme (Negeri et Halemariam, 2016 ; Odokonyero et al., 2015 ; Marty, 2017). Selon Odokonyero et al., (2015), l'efficacité de l'aide est plus grande lorsque les ressources sont orientées vers les communautés qui en ont le plus besoin. Autrement dit, une approche de ciblage des communautés vulnérables permet d'accroître l'efficacité de l'aide.

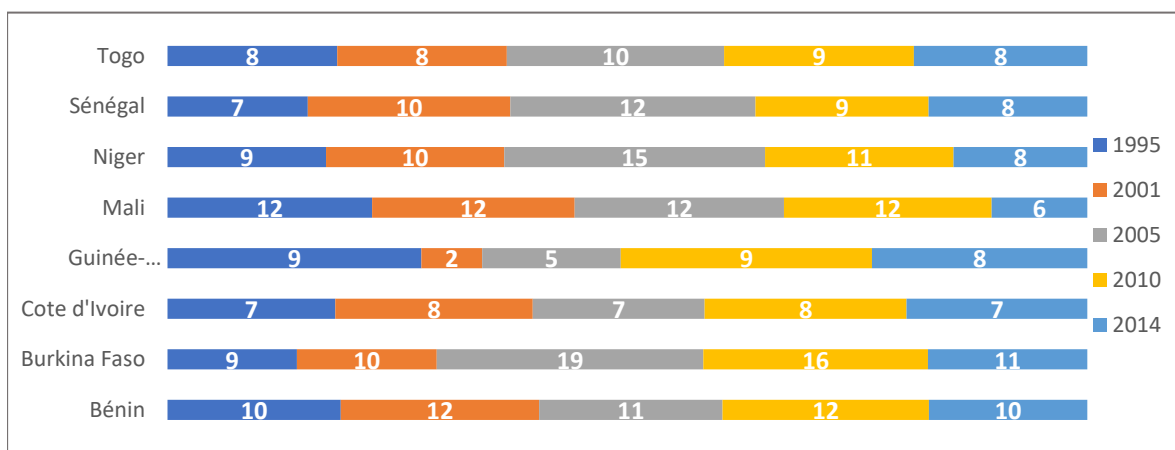
Dans le domaine de l'éducation, l'aide s'est aussi révélée comme un facteur ayant un effet positif sur certains indicateurs comme le taux de scolarisation dans l'éducation de base ainsi que le taux d'achèvement du primaire (Riddell et Niño-Zarazúa, 2016 ; Dreher et al., 2008 ; Yogo, 2017). Toutefois, une amélioration de l'allocation des ressources d'aide à l'éducation est nécessaire pour assurer son efficacité surtout dans les pays les plus dépendants de l'aide au développement (Fredriksen, 2010). L'efficacité de l'aide reste cependant controversée et pose un problème de fongibilité (Amprou et Chauvet, 2004). De plus, l'aide en provenance des acteurs internationaux est instable et ainsi difficile à planifier sur le long terme (Lensink et Morrissey, 2000 ; Bulíř et Hamann, 2008 ; Gnanon & Brun, 2019 ; Kharas, 2008).

L'intervention des organisations non étatiques notamment les ONG est devenue de plus en plus importante depuis la déclaration d'Alma Ata où le rôle des communautés dans le système de santé a été mis en avant (OMS, 1978), ainsi que depuis la conférence de Jomtien sur l'éducation (UNESCO, 1990). Cependant, l'efficacité de leurs interventions auprès des populations reste à prouver (Preker et al., 2002). En analysant les systèmes d'assurance communautaire dans la santé, Doumbouya et Yaya (2010) évoquent les difficultés liées à la faiblesse des effectifs des adhérents, les risques d'anti-sélection et l'incapacité de couvrir les coûts élevés liés à certaines maladies qui sont susceptibles d'entraver l'efficacité des systèmes d'assurance communautaire dans les pays en développement.

Quant au financement public de la politique sociale, il peut passer par divers mécanismes : impôt ou taxe, financement direct des services par l'État, subvention publique. Le financement par l'impôt ou la taxe présente des défis en termes d'efficacité dans le contexte des pays en développement du fait du fort taux d'activités informelles et du faible niveau de revenu des

populations (Sekhri et Savedoff, 2005). Le financement direct des services sociaux par l'État est le mécanisme le plus pertinent qui permet d'assurer l'offre de services sociaux en ciblant directement la demande des populations ayant besoin de ces services (Bennett et Gilson, 2001). Il permet ainsi d'améliorer les conditions sociales des groupes vulnérables (ou groupes en situation de vulnérabilité), au profit du développement socio-économique de l'ensemble. En prenant l'exemple du domaine de la santé, le financement a connu des changements de paradigme passant de la gratuité des soins assurée par l'État dans les années 1970 au recouvrement des coûts des usagers après l'Initiative de Bamako de 1987 (Chabat et Sexton, 2011). Lors de la conférence d'Abuja en 2001, des engagements ont été pris par les pays africains pour accroître le financement dans la santé. Les pays africains se sont engagés à allouer au minimum 15% de leur budget annuel à la santé (WHO, 2016 ; Chabat et Sexton, 2011). Cependant, les faits révèlent que ces engagements n'ont pas été tenus. Dans l'espace UEMOA par exemple, la part des dépenses de santé dans les dépenses totales du gouvernement reste en 2014 (années de disponibilité des données de l'OMS en 2021) en deçà de la cible de 15%, et même inférieure à la situation dans laquelle certains pays se trouvaient en 1995, bien avant Abuja 2001 (Graphique 1.5). Quelques progrès ont été notés dans certains pays comme le Burkina Faso, le Niger et le Bénin, mais n'ont pas pu se maintenir dans la durée.

Graphique 1. 5: Part des dépenses générales de santé du gouvernement dans les dépenses totales du gouvernement (en %), 1995-2014, UEMOA



Source : OMS, 2021, *Dépenses générales de santé du gouvernement en pourcentage des dépenses totales du gouvernement*.

Face aux contraintes financières auxquelles les pays africains font face, il convient de se demander par quels mécanismes le financement des services sociaux peut atteindre efficacement les

populations ayant le plus besoin de ces services. Des débats ont eu lieu sur ces questions dans le cadre des régimes politiques qui privilégient des mesures universalistes d'une part, ou des mesures de ciblage d'autre part ou encore des mesures mixtes qui intègrent à la fois le ciblage et l'universalisme.

### **1.4.3. Politiques de ciblage et d'universalisme**

Les débats sur l'universalisme et le ciblage dans les politiques sociales ont une longue histoire dans les pays développés, mais ne sont devenus attractifs dans les pays en développement que dans la fin des années 1980 (Weiss, 2005). L'universalisme est une doctrine qui défend l'idée que certains bénéfices sociaux doivent être disponibles pour tous sans distinction de revenu, statut social, origine (Munro, 2002). La vision universaliste voit ainsi l'accès aux services sociaux comme un droit pour tout citoyen et une manière de pallier les stigmatisations et les barrières à l'accès (Munro, 2002). Les mesures à caractère universel présentent aussi un intérêt politique dans la mesure où l'offre de services sociaux pour tous, y compris pour les classes moyennes, permet d'assurer le soutien politique de celles-ci (Ibid). À l'inverse, la doctrine du ciblage ou sélection défend l'idée que les politiques sociales doivent cibler les populations qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire celles qui n'ont pas les moyens de les acquérir sur le marché (Munro, 2002) ou les populations dites « *pauvres méritants* » (Mkandawire, 2005).

Dans les années 1960 et 1970, les politiques sociales dans les pays développés étaient plus orientées vers les programmes universels jusque dans les années 1980 où les politiques de ciblage sont devenues plus convoitées aussi bien dans les pays développés que ceux en développement (Mkandawire, 2005). La montée des idéologies socialistes, la question du développement et celle de la construction des nations ont conduit plusieurs pays en développement à se pencher vers l'universalisme de certains services y compris la santé, l'éducation et les subventions alimentaires (Mkandawire, 2005). Le démantèlement du pacte social derrière diverses formes d'universalisme dans les pays en développement, la montée du néolibéralisme dans le contexte de la crise d'endettement des pays du sud, l'influence des pays donateurs et les institutions financières internationales dont les politiques sont orientés vers le marché ont influé sur les changements de paradigme et conduit à l'émergence des régimes politiques de ciblage des services sociaux (Mkandawire, 2005). Le rapport sur le développement dans le monde de la Banque mondiale de

1990 met l'accent sur les mesures de ciblage comme un moyen important d'augmenter les coûts-efficacité des interventions sociales dans le contexte de contrainte budgétaire (Banque mondiale, 1990). En effet, bien qu'il existe des exceptions, les régimes de ciblage des services sociaux vers les pauvres sont plus susceptibles d'avoir un impact plus important sur la pauvreté que les régimes universels (Banque mondiale, 1990). Cette vision qui a été le paradigme dominant dans les années 1990 (Weiss, 2005) a cependant été largement critiquée. Des études montrent que les coûts (administratifs) des programmes de ciblage sont très élevés (Weiss, 2005, Srivastava, 2005). Aussi, dans le cadre des programmes envers les pauvres, l'identification de ces derniers avec précision requiert des capacités administratives qui tendent à ne pas exister dans les pays en développement (Srivastava, 2005). Les critiques du régime politique de ciblage mettent l'accent sur deux types d'erreurs associés au ciblage : l'erreur de type 1 qui consiste à exclure des personnes éligibles à l'intervention et l'erreur de types 2 qui consiste à inclure des personnes non éligibles dans les bénéficiaires (Weiss, 2005, Mkandawire, 2005).

La question fondamentale n'est cependant pas d'opposer l'universalisme et le ciblage, mais plutôt de déterminer dans quelles mesures ou dans quels domaines appliquer l'une ou l'autre et les compromis qui sont nécessaires (Munro, 2002), d'autant que les régimes politiques sont souvent hybrides (ni purement universalistes, ni purement basés sur le ciblage) (Mkandawire, 2005). Skocpol (1991) propose la notion de « *ciblage dans l'universalisme* » pour combiner les deux approches dans des modèles de politiques universelles qui offrent des avantages supplémentaires disproportionnés pour aider les personnes non privilégiées sans les stigmatiser. Cette notion a plus tard en 2010 été reprise sous le concept d'universalisme proportionnel, qui fait également référence à la notion d'universalisme progressif dans la littérature (Francis-Oliviero et al., 2020). L'universalisme proportionnel suggère des actions universelles mais avec une échelle d'intensité qui est proportionnelle au niveau de désavantage dans le gradient social (Carey et al., 2015). La perspective théorique de ce concept est de lier le ciblage et l'universalisme pour une réduction effective des inégalités en santé (Francis-Oliviero et al., 2020).

L'application de cette approche dans les politiques publiques pose cependant des défis d'ordre méthodologique et technique dans la mesure où il n'existe presque pas de guide sur la mise en œuvre de cette approche par les gouvernements et les décideurs politiques (Carey et al., 2015 ; Francis-Oliviero et al., 2020). En conséquence, les interventions basées sur cette approche sont

rare depuis 2010, et les quelques-unes qui existent ne respectent pas toujours le principe de l'approche (Francis-Oliviero et al., 2020). Dans cette absence de modèle de référence dans la mise en œuvre de l'universalisme proportionnel, certains auteurs vont mettre l'accent sur la stratégie de sélection des bénéficiaires. Selon Carey et al. (2015), deux types de sélection peuvent être identifiés. La sélection négative basée sur une évaluation des moyens dont disposent les individus (means testing) et la sélection positive basée sur les besoins. Le ciblage dans le modèle de l'universalisme proportionnel doit selon ces auteurs, être basé sur des principes de sélection positive, d'autant que les expériences antérieures basées sur la prise en compte des moyens (means testing) ont abouti à de mauvais résultats en termes d'équité (Carey et al., 2015).

Il est donc important de tenir compte des spécificités des programmes de protection sociale ainsi que les conséquences que divers types de programmes peuvent avoir (Munro, 2002). Nelson (2007) souligne les interdépendances dans la composition des systèmes de sécurité sociale et met l'accent sur les interactions institutionnelles entre les programmes et les politiques de ciblage ou universels.

#### **1.4.4. Vulnérabilité et politique sociale**

La notion de vulnérabilité a fait l'objet de plusieurs définitions dans la littérature qui varient selon les disciplines. Les économistes approchent la question de la vulnérabilité du point de vue du risque, par exemple le risque pour les ménages de tomber dans la pauvreté (Naudé et al., 2008). Ce risque survient aussi bien à une échelle microéconomique (comme le risque qui touche aux ménages), que macroéconomique (risque subi par un pays). Selon Guillaumont (2009), la vulnérabilité par rapport à la pauvreté des ménages résulte en grande partie de la vulnérabilité macroéconomique des pays d'appartenance. Le risque pour un pays d'être négativement affecté par un choc interne ou externe contribue à déterminer le niveau de vulnérabilité du pays. Lorsque les pays subissent des chocs négatifs qui affectent leurs économies, ces chocs participent à aggraver le niveau de vulnérabilité des plus pauvres. Les crises économiques comme la crise financière de 2008 illustre bien la corrélation entre la vulnérabilité au plan macroéconomique et celle microéconomique. La crise sanitaire de la COVID19 survenue en 2020 montre également que les chocs qui affectent les pays contribuent à accroître la vulnérabilité des ménages d'autant que les mesures qui sont prises par les gouvernements en réponse à la crise sanitaire, y compris

les mesures de confinement, ont contribué à fragiliser les plus pauvres notamment ceux qui dépendent d'activité du secteur informel et qui vivent sur la base de revenus journaliers dans les pays où l'assistance sociale pour pallier les conséquences de la crise reste presque inexistante.

Naudé et al. (2008) soulignent que la vulnérabilité des personnes ne peut en général être éliminée et que les stratégies de mitigation de risques et de renforcement de la résilience des ménages sont indispensables. Ainsi, les efforts des ménages pour s'assurer contre les risques doivent être accompagnés par la communauté, le gouvernement et les actions internationales.

La littérature économique distingue deux types de stratégies de mitigation de risques de vulnérabilité des ménages. Il s'agit des stratégies ex-ante qui incluent les mesures de diversification de sources de revenus pour réduire l'impact d'un choc sur une source de revenu et les mesures ex post qui concernent essentiellement des mesures assurantielles et de couverture de risques. L'analyse basée sur le risque a permis à certains auteurs de mettre en évidence des facteurs qui sont à l'origine des risques, qu'ils soient idiosyncratiques (ménages) ou agrégés (national). Selon Naudé et al. (2008), les risques idiosyncratiques incluent le niveau d'éducation, l'état de santé, la localisation résidentielle, faisant ainsi de la disponibilité des services d'éducation une importante stratégie de réduction du risque dans les pays en développement.

Selon Danis et Patrick (2010) les politiques publiques dans le domaine de la santé impactent le niveau de vulnérabilité des individus. En effet, la politique publique est un ensemble de décisions légale, législative, administrative, et sociale qui sont mises en place à divers degrés et dans divers secteurs et qui définissent l'attribution des ressources (Ibid). En déterminant l'attribution des ressources entre différents programmes, la politique publique met les populations en compétition, participant ainsi à renforcer les inégalités et exposer les plus vulnérables (Erickson et Patrick, 1993; Danis et Patrick, 2010). Danis et Patrick (2010) définissent les populations vulnérables dans le domaine de la santé comme celles étant à risque à n'importe quel moment particulier dans le temps du fait des différences qui existent dans les ressources intrinsèques et extrinsèques associées à une bonne santé. Cette définition établit que tout individu à un moment donné de sa vie peut être vulnérable pour ce qui est de la jouissance d'une bonne santé. Elle établit aussi que la vulnérabilité est une notion relative qui est attachée à la capacité pour un individu d'accéder aux opportunités pouvant permettre de répondre à ses besoins sanitaires. La définition de Danis et Patrick (2010)

renvoie également à la notion de vulnérabilité universelle qui stipule que tout individu est vulnérable et que cette vulnérabilité peut être temporelle. Dès lors, l'intervention de l'État peut s'appuyer sur des mécanismes de politique sociale universelle pour assurer que tous les individus soient couverts des risques de vulnérabilité à divers moments de leur vie.

D'après la théorie du risque, les populations vulnérables dans le domaine de la santé sont celles à risque d'avoir un faible niveau de santé physique, psychologique et/ou social, qui n'est pas ultimement lié à leurs caractéristiques fixes, mais qui est aussi lié aux disparités dans le capital social et humain (Aday, 1994). Aday (1994) établit que certaines populations du fait de leur faible capital social et humain sont plus susceptibles de recevoir de faibles bénéfices que d'autres, rendant ainsi leurs conditions plus vulnérables. Ainsi, les faibles résultats observés au niveau de ces populations sont largement attribuables aux inégalités dans plusieurs domaines avec des facteurs tels que l'éducation, le revenu, de même que des facteurs culturels.

Par ailleurs, la définition et la perception de la vulnérabilité ont fait l'objet de débat dans la littérature. Selon Danis et Patrick (2002), la catégorisation des individus selon qu'ils soient vulnérables ou non laisse entendre une forme de différenciation sociale selon laquelle l'individu vulnérable serait différent des autres, et objet de pitié de la part de la société. Cette perception de la vulnérabilité qui a plus tard soutenu l'idée d'une vulnérabilité universelle de la part des auteurs, souligne que le concept de vulnérabilité peut renfermer une composante péjorative et peut être mal perçue par les personnes qualifiées comme telle. Selon Brock (2002) les politiques publiques dans le secteur social doivent être orientées vers la prise en compte des vulnérabilités humaines plutôt que d'opter pour des classifications de la vulnérabilité au sein des populations. La notion de vulnérabilité appliquée au sein des populations permet néanmoins de mettre en évidence les aspects significatifs des groupes marginalisés qui sont injustement oubliés par les politiques publiques ou écartés par les normes sociales (patriarcat, sexisme, xénophobie, racisme, ethnocentrisme, etc.) (Blacksher et Stone; 2002).

Selon Shivayogi (2013), le terme population vulnérable peut être défini de diverses façons. Il peut indiquer entre autres les groupes désavantagés de la communauté qui requièrent des attentions particulières et des protections renforcées, tels que les enfants, les mineurs, les femmes enceintes,

les personnes âgées, des minorités ethniques. Du fait de l'immaturation des enfants<sup>11</sup>, ils sont sujets à des influences adverses qui peuvent entraver le processus normal de leur développement (Brown et al., 2017). Par exemple, la violence est l'un des sérieux problèmes auxquels les enfants font face dans le monde (Devries et al., 2017) et qui entraîne des répercussions sur la santé. Les violences physiques, sexuelles, émotionnelles, ont de lourdes conséquences à court et à long terme sur les enfants allant des troubles mentaux au suicide en passant entre autres par de faible niveau de scolarisation et la contraction de maladie sexuellement transmissible (Norman et al., 2012 ; Devries et al. 2014 ; Boden et al., 2007). Les filles sont aussi victimes de discrimination du fait des normes sociales qui font porter aux filles la responsabilité des activités domestiques et la prise en charge des plus jeunes sœurs et frères (Devries et al., 2017). Les traditions sociales et familiales, la discrimination des sexes sont autant de facteurs qui entravent la scolarisation des filles dans les pays en développement (USAID, 2004). Même en milieu scolaire, les filles font face à des violences basées sur le genre qui incluent le harcèlement sexuel et toute autre violence qu'elle soit dans les rapports élève-élève ou enseignant-élève (Ibid). La situation de vulnérabilité de ces groupes appelle donc à des mesures particulières dans le cadre des politiques sociales pour s'assurer que les barrières soient levées pour que les enfants, les filles et les femmes en particulier puissent jouir de bonnes conditions de vie qui participent au renforcement de leur développement humain et par conséquent le renforcement du développement humain de l'ensemble de la population.

#### **1.4.5. Énoncé de la problématique de thèse**

La théorie du capital humain de Schultz (1961) et Becker (1964) met l'accent sur l'investissement dans l'éducation et la santé. La constitution du capital humain se réalise chaque fois qu'un individu acquiert des connaissances ou des savoir-faire lui permettant d'améliorer son efficacité productive. Le capital humain est ainsi un stock composé d'aptitudes innées et d'acquis mentaux inséparables de la personne et de son détenteur. Son accumulation peut passer par des investissements dans le domaine de l'éducation et la formation et dans le domaine de la santé (Beitone et al., 2013). L'accumulation du capital humain permet d'assurer une forte productivité économique qui

---

<sup>11</sup> En son article premier, la Convention relative aux droits de l'enfant définit l'enfant comme tout être humain de moins de dix-huit ans d'âge, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui est applicable (ONU, 1989).

participe à la croissance économique et au bien-être (Schultz, 1961 ; Becker, 1964). Malheureusement, la croissance économique n'assure pas toujours le rôle de bien-être social qui lui est souvent attribué (Dreze et Sen, 2002 ; Myrdal, 1978 ; Deaton, 2006, 2011 ; Knight, 2013)<sup>12</sup>. C'est le cas dans l'espace UEMOA et particulièrement au Bénin et au Togo. Bien que les performances économiques soient relativement bonnes dans ces pays depuis deux décennies, le niveau de développement social et humain peine à s'améliorer. Alors que le taux de croissance économique du Bénin et du Togo sur la dernière décennie tourne autour de 5%, le taux de croissance annuelle moyen de l'IDH est de 1.4 et 0.75%, respectivement. La prise en compte de l'IDH ajusté des inégalités conduit à des taux de croissance négatifs pour l'IDH.

Sen (2000) à travers sa théorie des capacités souligne la valeur intrinsèque de l'homme que doit préserver l'investissement dans le capital humain. Il soulève implicitement la question des externalités du capital humain sur d'autres secteurs : opportunités économiques, libertés de participation citoyenne, éclosion intellectuelle et sociale, etc. Cette analyse soutient le recours à la politique sociale pour assurer à chacun les capacités nécessaires qui renforcent l'égalité des chances dans la recherche des opportunités d'existence. Cependant, la théorie de Sen qui tente de connecter capital humain et développement social et humain apporte très peu de précisions quant aux maillons sur lesquels l'intervention publique dans les PED doit se concentrer au regard de la structure de financement dans ces pays. Serait-il nécessaire de privilégier les mesures de ciblage par rapport aux mesures universelles dans le contexte des pays ayant des capacités financières limitées pour s'assurer que des groupes en situation de vulnérabilité bénéficient des services sociaux nécessaires pour leur développement humain ? Cette question est cruciale pour les pays en développement à plusieurs égards. Dans ces pays, on note un dysfonctionnement entre les objectifs visés par les pouvoirs publics et les allocations budgétaires des différentes interventions. Une meilleure illustration d'un tel dysfonctionnement est mise en évidence par Wagstaff (2002) à travers le biais positif du financement public de santé à l'égard des plus riches dans les pays en développement. Or, la théorie des biens publics de Samuelson (1954) indique de focaliser l'intervention publique sur les biens dont le marché est incapable d'assurer une production

---

<sup>12</sup> Pour Deaton (2006, 2011), la relation entre la croissance économique et la réduction des inégalités en santé, mesurées par les taux de mortalités maternelle, infantile et juvénile, l'espérance de vie à la naissance n'est pas évidente. L'intervention politique y est nécessaire.

optimale en raison de leurs caractéristiques (non-rivalité, non-exclusivité). Bien que l'éducation et la santé ne remplissent pas au sens pur du terme les conditions de non-rivalité et non-exclusivité, elles ont largement été admises comme biens publics en vertu de leur dimension éthique et morale, leur poids sur les inégalités sociales et le besoin des États de construire des sociétés plus juste et égalitaire (Tilak, 2008). L'offre de services d'éducation et de santé pour le renforcement du capital humain des groupes en situation de vulnérabilité devient alors une production de biens publics dont les externalités économiques et sociales sont très largement reconnues (Vinokur, 2004 ; Hugon, 2005). Cette production de biens publics assurera une adéquation entre les objectifs de développement et le niveau des indicateurs dès lors que leurs différents leviers sont identifiés. Ainsi, notre cadre théorique combine les trois corpus théoriques précédemment discutés pour mettre en relation le capital humain et le développement social et humain à travers le ciblage des groupes en situation de vulnérabilité dans le cadre des dépenses publiques à caractère social. Notre définition du social se réfère ici à la composante offre publique qui coïncide avec la demande des pauvres dans les domaines de la santé et l'éducation, lesquels sont porteurs des inégalités qui entravent le développement social et humain et qui se perpétuent par un phénomène de cercle vicieux. Une analyse de la politique sociale dans le contexte des pays en union économique et monétaire nécessite une étude du cadre des politiques nationales définies dans un environnement pluri-acteurs. C'est à ce titre que nous proposons une analyse comparative entre deux pays de l'UEMOA, le Bénin et le Togo.

La présente thèse de doctorat se propose ainsi de se focaliser sur les dépenses publiques de santé et d'éducation mises en œuvre lors des interventions au niveau national dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et le renforcement du niveau de développement socio-économique. Cette thèse vise à analyser sur la base des données réelles, les relations entre ces dépenses et les indicateurs de développement en santé et éducation, ainsi que l'indice du développement humain. Ce faisant, les conclusions de cette recherche doctorale offrent un cadre d'analyse pour la mise en œuvre de réformes efficaces dans les politiques de développement socio-économique dans la zone UÉMOA en général et au Bénin et au Togo en particulier. Certaines des leçons tirées de ces pays peuvent s'avérer pertinentes dans les PED en général.

**Ainsi, la présente thèse de doctorat repose sur la problématique de l'analyse d'efficacité et d'efficience des dépenses d'éducation et de santé dans le contexte des pays en développement**

**et l'importance du ciblage des groupes en situation de vulnérabilité dans les politiques d'éducation et de santé.**

## **1.5 Collecte de données et méthodologie de rédaction de la thèse**

Cette section fait le point sur la collecte de données et les approches méthodologiques utilisées dans cette thèse de doctorat.

### **1.5.1. Collecte de données**

La présente étude fait appel à la fois à une analyse qualitative et quantitative. L'analyse qualitative est menée à travers l'étude des documents de politiques nationales, plans stratégiques et les lois de finances exécutées (budget national) ainsi que des rapports d'évaluation de politiques et stratégies nationales. Pour l'analyse quantitative, nous avons eu recours à des bases de données sur des variables économiques, sociales et politiques. Nous avons utilisé principalement des variables relatives aux dépenses sociales de santé et d'éducation au Bénin et au Togo, les taux de mortalité maternelle et des moins de 5 ans, le nombre moyen d'années d'éducation, les taux de scolarisation dans le primaire, l'indice du développement humain, la croissance démographique, la dette publique, le taux de croissance économique, le PIB par tête, l'aide publique au développement et le niveau de corruption. Certaines de ces variables sont disponibles dans les bases de données de la Banque mondiale (BM), du Fonds monétaire international (FMI), de l'Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Certaines variables dans l'éducation sont issues de la base de données de Barro et Lee. Nous avons également consulté les bases de données et rapports de plusieurs autres institutions telles que la Commission de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA), le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), le Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Communauté économique des états de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO), l'Union africaine (UA), la Banque centrale des états de l'Afrique de l'ouest (BCEAO).

La collecte des données sur les dépenses d'éducation et de santé au Bénin et au Togo a nécessité une visite de terrain. En effet, les documents de politiques comme les plans stratégiques de développement et de lutte contre la pauvreté, en particulier les documents de budget et d'exécution

budgétaire, ne sont pas toujours disponibles en ligne ni dans des bibliothèques à l'étranger comme au Canada. Ceci a impliqué une démarche envers les pays concernés pour l'accès aux données pertinentes nécessaires à la réalisation de cette thèse. À cette fin, nous avons identifié, essentiellement quatre ministères (dans les deux pays) avec lesquels nous avons collaboré pour la collecte de données pertinentes liées aux dépenses sociales de santé et d'éducation. Il s'agit des ministères de la santé, de l'éducation, de l'économie et des finances et celui de la planification et du développement. Tous ces ministères sont localisés à Cotonou, capitale économique du Bénin et à Lomé, capitale du Togo où nous avons effectué la collecte des données.

### **1.5.2. Méthodologies**

L'approche méthodologique adoptée dans le chapitre 2 de la thèse est basée sur une analyse économétrique visant à évaluer l'efficacité des dépenses publiques de santé et d'éducation sur les indicateurs de développement dans l'espace UEMOA. Tenant compte des effets d'interdépendance dans les séries entre les pays de l'UEMOA, confirmés par les tests statistiques, un modèle CCEP (common correlated effects pooled) appliqué à un modèle à correction d'erreur (ECM) (Pesaran, 2006 ; Chudik et Pesaran, 2015 ; Banerjee et Carrion-i Silvestre, 2017) est utilisé pour déterminer les effets de court et de long terme dans les relations entre les dépenses et les indicateurs de développement considérés. Dans la littérature sur la prise en compte des effets d'interdépendance dans les séries, plusieurs techniques ont été utilisées dont les plus connues sont l'utilisation de variable muette temporelle dans la régression (Phillips et Sul, 2003), les estimateurs modifiés comme le fully modified ordinary least squares (FMOLS) de Pedroni (2001), le continuous-updated fully modified estimator (CUP-FM) de Bai et Kao (2006) ou le seemingly unrelated median unbiased estimator (SU MUE) de Phillips et Sul (2003). Sur ces différents estimateurs, le CCE a l'avantage de fournir des résultats robustes sur différents types de problème d'interdépendance dans les séries (Chudik et Pesaran, 2015) et est robuste au biais de variables omises (Pesaran, 2006). L'estimateur CCE peut être estimé par moyenne par groupe (CCEMG) ou groupé (CCEP). Le CCEMG fait l'hypothèse de l'existence d'une pente hétérogène dans les séries alors que le CCEP fait l'hypothèse d'une pente homogène. L'estimateur CCEP donne des résultats robustes sur petit échantillon contrairement au CCEMG (Chudik et Pesaran, 2015 ; Pesaran, 2006; Phillips et Sul, 2003). Etant donné que l'analyse d'efficacité des dépenses d'éducation et de santé porte sur 7 pays de l'UEMOA (la Guinée Bissau n'est pas prise en compte pour problème

d'insuffisance de données) et couvre une période de 25 années (1990-2014), la taille de l'échantillon reste petite faisant de l'estimateur CCEP le plus adapté pour cette étude.

Dans le chapitre 3, une méthodologie mixte, qualitative et quantitative, est adoptée pour analyser les facteurs susceptibles d'expliquer les différences de progrès entre le Bénin et le Togo sur la période de 1990 à 2015. L'approche qualitative a consisté à l'analyse des documents de politiques nationales, les rapports et documents annuels d'exécution des dépenses publiques, des rapports d'évaluation de la mise en œuvre de programmes et des stratégies nationales dans le domaine de l'éducation. L'analyse de ces documents est réalisée à la lumière d'une grille définie après la revue de littérature sur les facteurs qui affectent la mise en œuvre des politiques et des dépenses dans le secteur de l'éducation (voir annexe 2). Cette grille d'analyse porte sur le contexte national, la gouvernance du système, la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles, l'évaluation du système et des interventions et l'environnement personnel de l'apprenant qui inclue son contexte familial et social (Hanushek, 1997 ; UNESCO, 2011 ; Fortin et al., 2004 ; Cantin et al., 2012 ; Fuller, 1987 ; Angrist et al., 2013 ; Boissiere, 2004 ; Grantham-McGregor et al., 2007).

Une démarche holistique est adoptée dans la collecte des documents étudiés. Sur la période de 1990 à 2015, tous les documents de politiques et stratégies nationales dans le domaine de l'éducation sont identifiés. Grâce à notre visite de terrain, les rapports et documents d'exécution des dépenses publiques au Bénin et au Togo sont collectés auprès des institutions publiques qui assurent leur production. La mise en place du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) dans les deux pays a contribué à faciliter cette collecte de données notamment au Bénin. En effet, le Bénin a mis en place le SIGFIP depuis 1998 ce qui a permis d'avoir des rapports consolidés sur l'exécution des dépenses publiques dans tous les secteurs de l'économie entre 1998 et 2015. Au Togo, le SIGFIP est rendu opérationnel en 2009 avec un premier document sous forme de fichier Excel qui regroupe toutes les dépenses prévues et exécutées dans chaque secteur de l'économie. Nous avons pu collecter ces documents sur la période de 2009 à 2015. Pour les années antérieures à 2009, des rapports d'exécution budgétaire disponibles ont été consultés et les données regroupées de différentes sources étant donné que les dépenses courantes et les dépenses d'investissement étaient gérées par différentes entités. Pour ce qui concerne les rapports d'évaluation des documents de politiques et de stratégies nationales, les rapports disponibles en

ligne qu'ils soient élaborés par les gouvernements ou des partenaires techniques et financiers ont été collectés. Les différents documents exploités sont présentés en annexe de ce chapitre.

L'approche quantitative quant à elle s'est basée sur une analyse d'efficacité des dépenses d'éducation dans les deux pays. L'analyse d'efficacité est effectuée dans la littérature avec des modèles paramétriques et non paramétriques avec un intérêt pour les modèles non paramétriques. Les méthodes non paramétriques les plus populaires sont celles basées sur les frontières d'efficacité dont le modèle DEA (data envelopment analysis) développé par Charnes et al. (1978) et le modèle FDH (free disposal hull) développé par Deprins et al. (1984). La méthode des frontières d'efficacité a attiré plusieurs chercheurs étant donné qu'elle permet d'analyser la mesure dans laquelle une organisation peut atteindre le maximum d'extrants avec le minimum d'intrants (De Witte et Lopez-Torres, 2017). Alors que les modèles paramétriques exigent une forme fonctionnelle entre les variables (intrants et extrants), les méthodes non-paramétriques n'exigent aucune spécification préalable (De Witte & Lopez-Torres, 2017 ; Simar et Wilson, 2007 ; Bowlin, 1998). La méthode FDH fait l'hypothèse que les intrants et extrants peuvent être librement disposés, rendant possible d'avoir la même technologie de production qui peut augmenter les extrants avec le même niveau d'intrants (Lavado et Cabanda, 2009). La méthode DEA est la plus populaire dans la littérature sur l'analyse d'efficacité (De Witte et Lopez-Torres, 2017). Elle a été appliquée dans cette étude en référence à plusieurs travaux dans la littérature sur l'analyse d'efficacité des systèmes d'éducation (Afonso et al., 2010 ; Afonso et Aubyn, 2005 ; Herrera et Pang, 2005 ; Agasisti, 2011, Fonchamnyo et Sama, 2016).

Afin de comparer les scores d'efficacité d'une année à une autre ou de déterminer les changements dans le score entre deux périodes, nous avons utilisé l'indice de Malmquist développé par Caves et al. (1982). L'indice de Malmquist permet de décomposer le changement de productivité en changement technique et efficacité technique (Coelli, 1996).

Étant donné l'objectif du chapitre 3 qui est d'analyser les facteurs susceptibles d'expliquer les différences de progrès entre le Bénin et le Togo, nous nous sommes également intéressés aux facteurs externes au système éducatif qui ont un effet sur le score d'efficacité. Ces facteurs encore appelés les facteurs environnementaux ont été estimés dans la littérature à l'aide des modèles censurés comme le Tobit étant donné que le score d'efficacité est une valeur bornée (Simar et

Wilson, 2007 ; De Witte et Lopez-Torres, 2017). En tenant compte des critiques de Simar et Wilson (2007) sur l'utilisation du Tobit dans un DEA à deux niveaux, nous avons estimé un modèle tronqué plus performant que le Tobit en présence de corrélation entre les scores d'efficacité (Ibid). Aussi, contrairement à la majorité des travaux qui ont utilisé les dépenses d'éducation totale comme intrants (Aristovnik et Obadic 2014 ; Houck et al., 2010 ; Katharaki et Katharakis, 2010 ; Kempkes et Pohl, 2010 ; Johnes, 2013 ; De Witte et Lopez-Torres, 2017), nous avons utilisé des variables désagrégées de dépenses d'éducation comme les dépenses de personnel, de fonctionnement, et de transfert (les données sur l'investissement n'étant pas disponibles) pour prendre en compte les différents processus de mise en œuvre auxquels ces dépenses répondent. Cette démarche méthodologique est très peu utilisée dans la littérature. On retrouve cette démarche dans Carpenter et Noller (2010) qui utilisent les dépenses désagrégées telles que des dépenses d'investissement et de fonctionnement mais à une échelle micro (école). Dans le cadre de notre études, l'ensemble de ces dépenses est utilisé à une échelle macro (nationale).

La limitation des données n'a pas permis d'appliquer l'estimation DEA aux dépenses spécifiques en direction des groupes en situation de vulnérabilité considérés (enfants, filles, femmes).

Dans le chapitre 4 relatif à l'analyse des facteurs liés au domaine de la santé et qui peuvent expliquer les différences de progrès entre le Bénin et le Togo, une méthodologie similaire à celle appliquée dans le chapitre 3 a été adoptée. Le chapitre 4 analyse également l'efficacité des deux pays dans l'amélioration de l'indice du développement humain en utilisant l'IDH comme extrant et les dépenses d'éducation et de santé comme intrants.

## **1.6 Difficultés rencontrées et limites de la recherche doctorale**

Le projet initial de thèse était organisé autour de trois thématiques qui sont relatives à 1) l'identification des dépenses sociales dans la santé et l'éducation au Bénin et au Togo, 2) l'analyse de leurs impacts sur des indicateurs de développement humain et 3) l'analyse des impacts des déterminants socio-économiques sur ces dépenses sociales. À la suite des travaux de collecte de données réalisés au Bénin et au Togo, il était apparu difficile de suivre le plan initial de la proposition de thèse du fait essentiellement d'un problème de manque de données chronologiques qui a constitué un obstacle dans la conduite de la thèse comme présenté dans la proposition de recherche. Les données financières les plus fiables collectées proviennent du Système Intégré de

Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) qui est mis en œuvre au Bénin depuis 1998 et au Togo depuis 2009. Ainsi, les données désagrégées obtenues pour le Togo couvrent la période de 2009 à 2015 alors qu'elles couvrent la période de 1998 à 2015 au Bénin (l'année 2004 étant manquante). Malgré que des rapports d'exécution budgétaire des dépenses publiques ont été collectés pour certaines années antérieures à l'adoption du SIGFIP, le manque de consistance dans ces rapports et le reportage non systématique de toutes les composantes clés des dépenses n'ont pas permis de les exploiter. Étant donné que la période d'étude est de 1990 à 2015, il était donc difficile d'appliquer les méthodes d'analyse telles que définies dans la proposition de thèse. En conséquence, les trois chapitres de la thèse ont été révisés comme suit :

- Chapitre 2 : Effectiveness of social spending on human development: Evidence from health and education sectors in the West African Economic and Monetary Union
- Chapitre 3 : Politiques d'éducation pour tous au Bénin et au Togo : Efficience des dépenses et importance du ciblage
- Chapitre 4 : Dépenses de santé et développement humain au Bénin et au Togo : Efficience des dépenses et importance du ciblage

Cette thèse de doctorat est structurée autour de ces trois chapitres comme présentés dans la suite. Le dernier chapitre présente la conclusion générale qui fait le point des résultats et discussions, des limitations de l'analyse et des réflexions sur de nouvelles pistes de recherche qui découlent des différents résultats. Le chapitre 2 est présenté en anglais tandis que les autres chapitres sont présentés en français.

En ce qui concerne les limitations, elles reposent essentiellement sur le manque de données, mais les approches méthodologiques adoptées ont permis de minimiser l'effet de ces limitations sur les conclusions de l'analyse. Par exemple dans le chapitre 2, l'analyse a recouru à une technique d'interpolation linéaire pour combler certains manques de données, notamment liés aux dépenses d'éducation dans les pays de l'UEMOA. Le risque d'avoir des estimations qui s'éloignent de la réalité a été minimisé par l'emploi d'une technique d'interpolation qui repose sur les données de la Banque mondiale relatives aux dépenses d'éducation courantes dans les pays en développement. Sachant que ces dépenses représentent plus de 70% des dépenses totales d'éducation, cette variable donne un bon proxy pour la définition de l'évolution des dépenses pour les années manquantes.

Aussi, une technique de bootstrapping a été adoptée dans ce chapitre et permet de tester la robustesse des résultats étant donné la taille de l'échantillon qui n'est pas très large. Dans les chapitres 3 et 4, une analyse de corrélation est effectuée pour analyser l'évolution des dépenses des programmes envers les groupes vulnérables identifiés en lien avec les indicateurs de développement qui peuvent permettre de mesurer les résultats atteints sur ces groupes. Cette analyse de corrélation ne permet pas de tirer des conclusions quant aux effets de causalité entre les dépenses et les indicateurs de résultats, mais elle donne une très bonne image de la réalité des résultats atteints faces aux efforts accomplis par les pouvoirs publics et permet de mettre en évidence les domaines où des efforts doivent être plus accentués. L'incapacité de faire une analyse de causalité est essentiellement liée à la très courte période de disponibilité des données. Toutefois, l'analyse de corrélation a le mérite d'utiliser des données désagrégées au niveau programme qu'aucune étude de ce genre n'a encore réalisé à notre connaissance sur ces deux pays.

Aussi, la revue documentaire de la méthode qualitative utilisée dans les chapitres 3 et 4 peut présenter des limites surtout en ce qui concerne l'utilisation des rapports d'évaluation de politiques, programmes et stratégies nationales dans les domaines de la santé et de l'éducation. Ces rapports d'évaluation exploités sont ceux disponibles en ligne pour ce qui concerne les deux pays. Certains ont été réalisés sous la direction des gouvernements et d'autres par des partenaires techniques et financiers intervenant dans les domaines de l'éducation et la santé en collaboration avec les gouvernements. Les limites liées à l'utilisation de rapports d'évaluation viennent de la validité des évidences présentées dans de tels rapports. Les relations d'influence entre les mandataires d'évaluation et les équipes d'évaluation peuvent affecter la qualité et la crédibilité de certaines évaluations. Pour pallier ce problème, aucune évidence des rapports d'évaluation n'a été utilisée pour les conclusions de ce travail de recherche. Les éléments factuels ont été triangulés avec les données issues des documents nationaux de stratégies et plans d'action ainsi que des données de rapports d'institutions internationales telles que l'UNESCO, le Partenariat mondial pour l'éducation et l'OMS, en particulier, qui jouent un rôle important dans la collecte mondiale de données liées aux domaines de l'éducation et de la santé.

## 1.7 Annexes

**Annexe 1** : Documents de politiques nationales et sectorielles, rapports d'évaluation, rapports de mise en œuvre des dépenses publiques, autres documents de performance dans l'éducation et la santé consultés

Type de document	Bénin	Togo
Politiques nationales / Plans stratégiques / Plans sectoriels dans les secteurs de l'éducation et de la santé	<p><b>Éducation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gouvernement du Bénin. (2006b). Plan décennal du secteur de l'éducation 2006-2015. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.</li> <li>2. Gouvernement du Bénin. (2013b). Plan décennal du secteur de l'éducation actualisé phase 3/ 2013-2015. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.</li> <li>3. Gouvernement du Bénin. (2018c). Plan sectoriel de l'éducation post 2015 (2018-2030). Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.</li> </ol> <p><b>Santé</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gouvernement du Bénin. (2008b). Politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.</li> <li>2. Gouvernement du Bénin. (2008c). Politique nationale de promotion de la santé. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.</li> <li>3. Gouvernement du Bénin. (2009b). Plan national de développement sanitaire 2009-2018. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.</li> <li>4. Gouvernement du Bénin. (2009c). Politique sanitaire 2009-2018. Cotonou :</li> </ol>	<p><b>Éducation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gouvernement du Togo. (2005). Plan d'action national d'éducation 2005-2015. Lomé : Gouvernement du Togo.</li> <li>2. Gouvernement du Togo. (2009b). Lettre de politique sectorielle de l'éducation. Lomé : Gouvernement du Togo.</li> <li>3. Gouvernement du Togo. (2010c). Plan sectoriel d'éducation 2010-2025. Lomé : Gouvernement du Togo.</li> <li>4. Gouvernement du Togo. (2010d). Plan sectoriel de l'éducation 2010-2020 - Maximiser la contribution de l'éducation au développement économique et social du pays. Lomé : Gouvernement du Togo.</li> <li>5. Gouvernement du Togo. (2014b). Plan sectoriel de l'éducation PSE 2014-2025 – Amélioration de l'accès, de l'équité et de la qualité de l'éducation au Togo. Lomé : Gouvernement du Togo.</li> </ol> <p><b>Santé</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gouvernement du Togo. (1998). Politique nationale de santé 1998. Lomé : Gouvernement du Togo.</li> <li>2. Gouvernement du Togo. (2011c). Politique national de santé – Loi d'orientation décennale. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.</li> <li>3. Gouvernement du Togo. (2012). Plan national de développement sanitaire</li> </ol>

	<p>Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.</p> <p>5. Gouvernement du Bénin. (2018e). Plan national de développement sanitaire 2018-2022. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.</p>	<p>2012-2015. Lomé : Gouvernement du Togo.</p> <p>4. Gouvernement du Togo. (2017a). Plan national de développement sanitaire 2017-2022. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.</p>
Stratégies et plans nationaux	<p>1. Gouvernement du Bénin. (2016b). Programme d'action du Gouvernement 2016-2021, Cotonou : Gouvernement du Bénin.</p> <p>2. Gouvernement du Bénin. (2018a). Contribution nationale volontaire à la mise en œuvre des ODD au Forum politique de haut niveau à New-York, Juillet 2018. Cotonou : Gouvernement du Bénin.</p> <p>3. Gouvernement du Bénin. (2018b). Plan national de développement 2018-2025, Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère d'état chargé du plan et du développement.</p>	<p>1. Gouvernement du Togo. (2013b). Stratégie de croissance accélérée de promotion de l'emploi (SCAPE) 2013-2017. Lomé : Gouvernement du Togo</p>
Rapports d'évaluation de politiques nationales /Plans stratégiques et programmes	<p><b>Éducation</b></p> <p>1. Bichard, A., Cossou, M., Adimi, E., O., &amp; Thoreux, M. (2019). Evaluation conjointe à mi-parcours du Programme national d'alimentation scolaire intégré (PNASI), Évaluation décentralisée, Cotonou : Gouvernement du Bénin et Programme alimentaire mondial.</p> <p>2. Boulet, C., &amp; Robert, F. (2018). Rapport de l'Évaluation externe du plan sectoriel de l'éducation post 2015 du Bénin. Cotonou : Coopération Suisse, Partenariat mondial pour l'éducation, et Le Vif du sujet consultants en éducation.</p> <p>3. Garnier, M., &amp; Gbénu, A. P. (2011). Évaluation de la mise en œuvre du paquet éducatif essentiel pour l'accélération de la scolarisation des filles, avec l'appui du</p>	<p><b>Éducation</b></p> <p>1. Ndoye, M., &amp; Oulai, D. (2015). Rapport d'Évaluation du Plan sectoriel de l'éducation (PSE) 2010-2025 et du plan triennal d'action 2014-2016 du Togo. Washington DC : Partenariat mondial pour l'éducation.</p> <p><b>Santé</b></p> <p>1. Gouvernement du Togo. (2016c). Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, année 2015. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.</p> <p>2. Gouvernement du Togo. (2016d). Rapport annuel de performance du Ministère de la santé et de la protection sociale, Année 2015. Lomé :</p>

	<p>Royaume des Pays-Bas 2006-2009, Version Finale, Cotonou : UNICEF et Ministère des enseignements maternel et primaire de la République du Bénin.</p> <p>4. Gouvernement du Bénin. (2018d). Revue conjointe du secteur de l'éducation, Rapport général. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.</p> <p>5. Ministère danois des affaires étrangères (MDAE), et Agence française de développement (AFD). (2012). Évaluation à mi-parcours du Plan décennal de développement du secteur de l'éducation du Bénin PDDSE 2006-2015. Cotonou : MDAE et AFD.</p>	<p>Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.</p> <p>3. Gouvernement du Togo. (2008). Comptes nationaux de santé du Togo 2008, Enquête sur les dépenses de santé en 2008 au Togo. Lomé : Gouvernement du Togo Ministère de la santé.</p> <p>4. Gouvernement du Togo. (2010b). Rapport d'évaluation conjointe Politique nationale de santé 1998 et Plan national de développement sanitaire 2009-2013. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.</p> <p>5. Gouvernement du Togo. (2011b). Comptes nationaux de santé du Togo 2008. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.</p> <p>6. Gouvernement du Togo. (2014c). Rapport d'activité Direction des affaires communes 2014. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.</p> <p>7. Gouvernement du Togo. (2016a). Analyse de la situation du secteur de la santé du Togo, Rapport synthèse. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.</p> <p>8. Gouvernement du Togo. (2016b). Rapport de l'évaluation du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.</p> <p>9. Gouvernement du Togo. (2020). Résultats des comptes de la santé 2015 et 2016, Résumé du rapport. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de l'hygiène publique.</p> <p>10. OMS. (2012). "Le Togo évalue la mise en œuvre de son programme de subvention de la césarienne"</p>
--	--	---

<p>Rapports/Documents d'exécution des dépenses publiques</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gouvernement du Bénin. Compte administratif gestion-1998-2015. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.</li> <li>2. Gouvernement du Bénin. (2013c). Rapport de performance 2012 du ministère de la santé. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.</li> <li>3. Gouvernement du Bénin. (2014b). Rapport d'état du système éducatif - Pour une revitalisation de la politique éducative dans le cadre du programme décennal de développement du secteur de l'éducation. Cotonou : Gouvernement du Bénin Ministère en charge de l'éducation et de l'alphabétisation.</li> <li>4. Gouvernement du Bénin. (2016a). Évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des OMD 2000-2015. Cotonou : Gouvernement du Bénin.</li> <li>5. ONU Bénin et Gouvernement du Bénin. (2016). Évaluation des progrès accomplis par le Bénin dans la réalisation des OMD 2000-2015. Cotonou : PNUD Bénin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gouvernement du Togo. Données budget national issues du SIGFIP-2009-2015. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de l'économie et des finances.</li> </ol>
<p>Rapports globaux d'institutions internationales</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daviet, B. (2016). "Repenser le principe d'éducation comme bien public". Recherche et prospective en éducation, (17). Paris : UNESCO.</li> <li>2. Boissiere, M. (2004). "Determinants of primary education outcomes in developing countries". Washington DC: World Bank, Independent Evaluation Group (IEG).</li> <li>3. GPE. (2012). Rapport sur les résultats de l'éducation 2012 : Pour un dialogue fondé sur les résultats pour le suivi de l'accès à une éducation de qualité, Washington DC: Partenariat mondial pour l'éducation.</li> <li>4. GPE. (2014). L'Éducation de base en danger - Rapport 2014/2015 sur les résultats de l'éducation, Washington DC : Partenariat mondial pour l'éducation.</li> <li>5. GPE. (2016). Rapport sur les résultats du GPE 2015/2016, Washington DC: Partenariat mondial pour l'éducation.</li> <li>6. GPE. (2019). Rapport sur les résultats 2019, Washington DC : Partenariat mondial pour l'éducation.</li> </ol>	

**Annexe 2 : Grille utilisée pour l'analyse des facteurs affectant la mise en œuvre des politiques dans les domaines de la santé et de L'éducation**

Secteur	Facteurs
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contexte national,</li> <li>• gouvernance du système,</li> <li>• ressources financières,</li> <li>• ressources humaines,</li> <li>• ressources matérielles,</li> <li>• évaluation du système et des interventions,</li> <li>• environnement personnel de l'apprenant y compris son contexte familial et social</li> </ul>
Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gouvernance du système,</li> <li>• ressources financières,</li> <li>• ressources humaines,</li> <li>• ressources matérielles</li> </ul>

**Note :** Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de facteurs affectant la mise en œuvre effective des politiques publiques dans les secteurs de l'éducation et la santé, mais d'une liste de facteurs clés qui sont mis en avant dans la littérature sur l'impact des politiques sur les objectifs de développement dans ces domaines.

## **Chapter 2: Effectiveness of social spending on human development: Evidence from health and education sectors in the West African Economic and Monetary Union**

### **2.1 Abstract**

This study provides an assessment of the effectiveness of government spending on health and education focusing on countries in the West African Economic and Monetary Union (WAEMU). We use the common correlated effects pooled (CCEP) estimator applied to an error-correction model (ECM) specification to investigate the dynamic (short vs long run) relationships between education and health expenditures and the human development index (HDI), gross primary school enrollment rate, under-five mortality rate, and per capita GDP over the period 1990- 2014. The findings show that per capita education and health expenditures are not effective either in the short or long run in improving human development indicators in WAEMU, except GDP per capita which is positively affected by health expenditure in the short and long-run. Our findings indicate a variation of results when expenditures as a percentage of tax revenue are considered, pointing to the role of the demography and fiscal policy in the effectiveness of government spending. Health expenditure as a percentage of tax revenue has a positive and significant effect in the long run on HDI while ineffective on the under-five mortality rate. Furthermore, this paper found evidence that the level of education is an important driver of under five mortality in the WAEMU countries. The results of this study call for a more in-depth analysis of the structure of public expenditures in health and education sectors through a country-specific analysis.

## 2.2 Introduction

In the large literature on the effectiveness of government spending on health and education in improving development outcomes, particularly economic growth in the developing countries, little attention has been paid to the West African countries, where progress in human development over the last three decades has been slow despite the important investments made in the social sectors. The limited evidence available on this group of countries has long led to the implementation of policy recommendations drawn from studies conducted at a larger scale (either at the level of developing countries or sub-Saharan Africa as a whole), which may or may not have applicability to the sub-set of West African countries in the WAEMU.

All progress reports on the achievement of the Millennium Development Goals (MDGs) have concluded that the West Africa region has made the least progress in human development, despite significant investments in recent years. Within this region, the member states of the West African Economic and Monetary Union (WAEMU)<sup>13</sup> constitute a specific cluster of countries where progress in human development, as measured by the Human Development Index, was particularly slow.

Since the Declaration of Alma Alta (1978), the World Summit for Children (1990), the World Conferences on Education for all (1990, 2000) and the World Summit on Social Development (1995), the joint implementation of public policies between Governments, technical and financial partners, private sector and civil society in the critical areas of health and education have profoundly improved development indicators in the South. Significant transformations have occurred in the developing countries with the implementation of the Millennium Development Goals (MDGs), the Heavily Indebted Poor Countries Initiative (HIPC) launched in 1996 and accompanied by a debt relief plan for investment particularly in the areas of health and education (Gupta et al., 2002). These investments continue to increase with the implementation of the 2030 Agenda and the Sustainable Development Goals (SDGs). Thanks to these efforts, progress has been made in the fight against maternal, under five mortality, access to education especially for

---

<sup>13</sup> WAEMU was created in 1994 by seven West African countries: Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Senegal and Togo. These countries are united in economic and monetary union, and they share a common currency which is the CFA Franc of the West Africa. Guinea Bissau joined the union in 1997 but still has its own currency.

girls, adult literacy and the improvement of human development. In the countries of the West African Economic and Monetary Union, the human development index (HDI) improved between 1990 and 2014 (Figure 2.6 in the appendix). Some countries, such as Niger and Mali, nearly doubled their HDI in 25 years, moving from 0.214 to 0.348 and 0.233 to 0.419, respectively (UNDP, 2015a). Côte d'Ivoire has made the slowest progress in HDI in the region over this period.

In 1990, Côte d'Ivoire had the second highest HDI in the region, but in 2014 it was fourth, behind Senegal, Togo, and Benin (Figure 2.7 in annex). The case of Côte d'Ivoire shows the harmful impact of armed conflict on the living conditions and human development in that country (Minoiu and Shemyakina, 2014; Dabalén and Paul, 2014; Gaber and Patel, 2013). According to UNDP, conflict and instability are significant impediments to improving human development, especially in sub-Saharan African countries (UNDP, 2015a). With the intervention of armed groups such as Boko Haram in Nigeria, Niger, Mali and Burkina Faso, the West African region presents enormous vulnerabilities that exacerbate the inequalities within and between countries and contribute to the poor livelihood outcomes of the disadvantaged people.

In education, despite the considerable improvement in the gross enrollment rate in primary school (near 90% on average for WAEMU in 2015), the quality of education and the primary completion rate remain key challenges. The average number of years of schooling in WAEMU is below 5 in 2014 (Figure 2.8); Burkina Faso and Niger have some of the lowest levels in the world, 1.4 and 1.5, respectively (UNDP data, 2015). In 2016, Niger ranked 187th out of 188 countries according to the UNDP's HDI ranking (UNDP, 2016). The HDI in the WAEMU states is lower than the average in Sub-Saharan Africa (Figure 2.6). Thus, progress in building human development in WAEMU has been relatively disappointing. Their low level of education and human development impedes economic and social development, and therefore, raises serious questions on the effectiveness and sufficiency of public policies.

In the literature, two major strands are observed on the effectiveness of public policies in social sectors, especially in education and health. Some researchers have demonstrated that public spending on health and education are effective in improving development indicators. Their findings suggest that health and education expenditures are important determinants of the under-

five mortality rate, life expectancy at birth as well as primary and secondary school enrollment rates (Baldacci et al., 2008; Barro, 1991; Gupta, Verhoeven and Tiongson, 2002; Sylwester, 2000). Other researchers have concluded that increased health and education public expenditures do not necessarily affect those development indicators, especially in the low-income countries (Filmer and Pritchett, 1997; Flug, Spilimbergo and Wachtenheim, 1998; Kalindi, 2015; Mingat and Tan, 1998; Musgrove, 1996; Noss, 1991).<sup>14</sup>

Considering these conflicting research results and the low progress observed in WAEMU, this paper seeks to investigate whether public expenditures on health and education have an effect on some development outcomes in the WAEMU countries using a methodological framework that has not yet been used in the literature on developing countries. The methods used by scholars have included some dynamic models in the presence of cross-sectional dependence when assessing the elasticity-social spending of development indicators other than economic growth (Baltagi and Moscone, 2010). Among the few studies that explored this approach, we have the analysis performed by Baltagi and Moscone (2010) on the OECD countries. The authors used the standard common correlated effects pooled (CCEP) model to investigate the long-run relationship between healthcare expenditure and income. Not only did their analysis focus on the industrialized economies, but it was limited to the impact of health spending on income. Also, the use of the standard CCEP does not account for exogeneity bias which might occur in the analysis of public expenditures and development indicators.

This paper seeks to fill these gaps by presenting a dynamic analysis that dissociates the short and long-run effects of education and health expenditures using the common correlated effects pooled (CCEP) estimator applied to an error correction model (ECM) specification. Since the WAEMU countries belong to an economic and monetary union, the CCEP specification appears to be the

---

<sup>14</sup> Mingat and Tan (1998) pointed out the issue of high teacher salaries in some developing nations, particularly in Francophone African countries, which led the countries to achieve less in coverage of their educational needs. The authors compared among other cases, the situation in Niger and Laos where the former country spent more on primary education than the latter but experienced less coverage due to high teacher salaries. Kalindi (2015) demonstrates that public expenditures under the "Education for All" policies in sub-Saharan Africa failed to improve the quality of the education services delivered since public supply was inadequate to the demand. In fact, the lack of infrastructure, school materials, qualified teachers and the large number of pupils have inexorably led to a decline in the quality of education and thus to the inefficiency of public expenditure. This finding reveals the serious consequences of inappropriate policy choices; a serious debate on the effectiveness of social spending is thus in order.

most relevant technique, since it accounts for unobserved common factors bias which usually occurs in the analysis of countries in an economic network.

In the following, section 2.3 discusses the literature review, section 2.4 presents the data and methodology, section 2.5 presents the results and discussion, and the section 2.6 concludes.

### **2.3 Literature review**

Schultz and Becker's early contributions to human capital theory have profoundly affected the perspectives on government intervention in the sectors of health and education. The human capital theory of Schultz (1961) and Becker (1964) has revealed the substantial role that human capital plays in economic growth and the importance of investing in health and education to promote high productivity to achieve high growth. The microeconomic approach adopted by these authors served as a baseline for Romer and Lucas, Nobel Prize winners in economics, to develop in the 1980s, the first models of endogenous growth. Romer (1986) and Lucas (1988) showed that the accumulation of human capital stimulates long-term economic growth through innovation and technological development. Thus, public expenditures that promote this accumulation appeared to be productive. To further investigate on the relationship between human capital and growth, Becker, Murphy and Tamura (1990) and Barro (1991) showed that the accumulation of human capital is positively associated with per capita income growth. The underlying mechanism involves lowering the fertility rate and increasing the level of investment in physical capital. However, Barro (1991) pointed out that government spending, including education spending, that produce tax distortions have adverse effects on private investment and, in turn, on economic growth. His analysis is further elaborated by Blankenau and Simpson (2004), who studied the effects of different education financing mechanisms on the economic growth. Their findings suggest that there is no evidence of the direction of the relationship between education public expenditure and growth due to the crowding out effects of public spending on savings. When combined with non-distortionary taxes, public spending on education has a more significant impact on the savings rate than when it is associated with distortionary taxes. This conclusion is opposed to the results found by Glomm and Ravikumar (1998), who incorporated simultaneous variations in education public expenditure and tax rates in the economic growth model and found

that education spending has a positive effect on growth. Recent empirical studies on education and health expenditures have corroborated the results of Glomm and Ravikumar <sup>15</sup>.

However, addressing human capital challenges in the developing countries requires extensive analysis of social inequalities which could not be limited to the contribution of human capital to economic growth. Two main reasons support this assertion.

First, the economic growth analysis is insufficient to provide a comprehensive explanation on how to address the challenges related to poverty reduction, health and education inequalities as well as climate change challenges faced by developing countries, especially in sub-Saharan Africa. Second, the expected promises of economic growth (e.g., high employment, poverty reduction, etc.) do not necessarily lead to improvements in social welfare (Dreze and Sen, 2002; Knight, 2013; Myrdal<sup>16</sup>, 1978). This is the case for most of the low and middle-income countries including the WAEMU nations, which have shown a good economic growth performance since the 2000s but with a growing health and education inequalities and high levels of poverty.

In the 1980s and 1990s, the contributions of Amartya Sen, Nobel Prize winner in economics, extended the analytical perspectives on the importance of human capital. Through its capabilities approach, Sen (2000) has highlighted the inherent human value that must be preserved by investment in human capital. His perspective takes into consideration the role of education, not only in the market dimension, but in its contribution to building individual freedom as the foundation of any development process <sup>17</sup>. Sen's analysis sheds light on the effects of externalities of public investment in human capital on the individual, economic and social development. Thus, the impact of public investment in human capital goes beyond economic growth, it includes other development indicators that evaluate the improvement in human development. In this perspective, there is an extensive literature on the impact of education and health public expenditure on the development indicators including under five mortality rate, life expectancy at birth, adult literacy and school enrollment rates (primary, secondary or tertiary level). By exploring this literature,

---

<sup>15</sup> see Baldacci et al. (2008)

<sup>16</sup> Myrdal is a Nobel Prize winner in economics

<sup>17</sup> According to Sen (2000), the individual freedom refers to a situation where some essential conditions are guaranteed: political freedom, economic facilities, social opportunities, guarantees of transparency, protective security, etc.

two main trends emerge. Some scholars demonstrated that health and education public expenditure have a positive effect on those development indicators (Baldacci et al., 2008; Baldacci, Guin-Siu and Mello, 2003; Barro, 1991; Gupta, Verhoeven and Tiongson, 2002; Sylwester, 2000), while other authors found a mitigating effect (Filmer and Pritchett, 1997; Flug, Spilimbergo and Wachtenheim, 1998; Mingat and Tan, 1998; Musgrove, 1996; Noss, 1991; Pritchett, 2001).

In the health sector, many studies showed the existence of a negative relationship between health expenditure and the under-five mortality rate on the one hand, and a positive relationship with life expectancy at birth on the other hand (Baldacci et al., 2008; Gupta, Verhoeven and Tiongson, 2002; Anyanwu and Erhijakpor, 2009; and Novignon et al., 2012). According to these authors, health public spending is effective in improving human development outcomes. In the education sector, some scholars have demonstrated that education expenditure has a positive impact on primary and secondary school enrollment rates, improves human capital and thus reduces social inequalities (Barro, 1991; Sylwester, 2000; Gupta, Verhoeven and Tiongson, 2002; and Baldacci et al., 2008).

However, there is no consensus in the literature on this subject. According to Filmer and Pritchett (1997), public health spending is not an effective instrument to explain changes in mortality rates. The variations observed in mortality rates between countries are rather related to other factors such as per capita income, income redistribution inequalities, women's educational level, ethnic divisions, etc. Also, the effectiveness of the public expenditure is compromised by factors related to the quality of the delivered services (Devarajan, Swaroop and Zou, 1996; Pritchett and Summers, 1996), bureaucracy in the funding system, and corruption among health workers (Garrett, 2007). Therefore, the effectiveness of health and education public spending is conditional to the quality of the governance as indicated by Mauro (1998) and Rajkumar and Swaroop (2008). Furthermore, other important factors associated with the effectiveness of the social expenditure have drawn a little attention in the literature.

These factors include budget allocation processes and targeting issues affecting the implementation of public policies. The analysis proposed by Kalindi (2015) illustrated better the role that these factors play. According to Kalindi, the education expenditure under the global

commitment of Education for All in the Sub-Saharan African countries have been followed by a decline in the quality of education. Indeed, the inadequate education supply and the growing demand created by the free education policy has led to overcrowding in primary education with insufficient educational infrastructure, materials and trained teachers. In these conditions, the public education system is unable to deliver the expected educational outcomes, exacerbating the already important deficit in the accumulation of the human capital, especially among the poorest whose access to the private education system is restricted. The dysfunctionality of the budget allocation policies raised by Kalindi (2015) is consistent with the conclusions of Gruber and Kosack (2014) who showed that education spending in developing countries is particularly concentrated in the higher educational sector at the expense of the primary and secondary sectors. These political choices reinforce social inequalities to the extent that the poorest are denied good primary and secondary education and are less likely to reach tertiary education than the elite. Gruber and Kosack, echoing the public choice literature's critique of government spending, emphasized the opportunism and political patronage of certain education expenditures that do not produce the expected effects on social inequalities and welfare. In the same vein, Wagstaff (2002) argued that there is a positive bias in the public health financing towards the rich people in the developing countries. According to him, policymakers tend to allocate less resources to the health issues that affect vulnerable people and the poor. This situation exacerbates the existing social inequalities between rich and poor.

Summarizing the debates on the effectiveness of education and health expenditure, we find a lack of consensus which, according to Baldacci et al. (2008), is associated to the following issues: problems of measurement and data availability on social expenditures; issue of model design (linear or non-linear), failure to capture the interaction between health and education sectors and their spillovers effects, failure to capture the institutional and governance impact and the lack of interest in investigating the feedback effects between social expenditures, indicators and growth through an integrated system.

To these issues can be added three others long neglected in the literature on the effectiveness of public spending: the differentiation of subsets in the panel analysis, the failure to capture the effects of common unobserved factors when focusing on countries that belong to socioeconomic networks (e.g., economic union, monetary union, etc.), and the lack of interest in performing a

dynamic modelling (short vs long run effect) between education and health expenditure and development indicators other than economic growth.

Although the latter two issues refer to some extent to the problem of model design raised by Baldacci et al. (2008), they are not limited to the linear vs non-linear differentiation. Filling these gaps extends the analysis to the dynamic dimension on panel data in the presence of cross-sectional dependence, which usually occurs when countries are in interaction within socio-economic networks (Pesaran (2006), Chudik and Pesaran (2015) and Banerjee and Carrion-i Silvestre (2017)). Banerjee and Carrion-i Silvestre (2017) emphasized that this can be related to market integration process, economic globalization and the presence of a common shock such as an oil price shock. Also, cross section dependence can be explained by the presence of a dominant unit or the proximity of the units (e.g., the degree of commercial exchange between countries).

Although most of these conditions are in place for several groups of countries in sub-Saharan Africa, few studies have focused on adopting a specification that takes into account cross-sectional dependence to investigate the effectiveness of health and education public expenditure. In the case of the WAEMU states, the interactions among countries are an excellent example of the socio-economic networks mentioned by Chudik and Pesaran (2015). Beyond their physical proximity, the WAEMU states have, since 1994, formed an economic and monetary union which defines a framework of public policy coordination under the WAEMU's Convergence, Stability, Growth, and Solidarity Pact. Their central bank (BCEAO) policies related to their common currency and the economic collaboration between the nations are factors that can introduce a cross-sectional dependency into the data and affect the effectiveness of public policies in health and education sector. These arguments are consistent with those of Costantini and Destefanis (2009) who stressed that the central government policies provide a major source of common shocks. According to the authors, areas with active commercial relations and common language, culture and institutional patterns can also undergo common shocks. Given these considerations, the incorporating of cross-sectional dependence in the analysis should be obvious, although major studies on the topic have failed to account for it. In order to provide evidence on this subject, our study proposes to investigate, in the case of WAEMU states, the relationships between education and health expenditure and human development indicators through a dynamic model that takes into account the cross-sectional dependence in the data.

## 2.4 Data and Methodology

This section discusses the data and the methodology used to perform this analysis.

### 2.4.1. Data

We used various data sources including the International Monetary Fund (IMF)<sup>18</sup>, World Bank<sup>19</sup>, United Nations Development Programme (UNDP)<sup>20</sup>, African Development Bank (AfDB), Central Bank of West African States (BCEAO). Additional data came from the national financial account documents, especially in the case of Benin and Togo, for which these data were collected from the Ministry of Economy and Finance and the Ministry of Planning and Development. Also, the interpolation technique was adopted to fill the missing observations for few years, particularly for education expenditures. The interpolation function follows the adjusted savings operating education expenditure calculated by the World Bank as operating expenditure represents an important part of education expenditure. Guinea Bissau was excluded from the sample due to insufficient data. Finally, the empirical analysis focuses on the other seven WAEMU countries namely Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Senegal and Togo and covers the period from 1990 to 2014. The data are recorded in Table 2.1.

The expenditure variables are expressed in local currency which is the CFA franc (FCFA) of West Africa. They are deflated using the harmonized consumer price index based 2008 published by the Central Bank of the West African States (BCEAO). The average real per capita GDP<sup>21</sup> in WAEMU is FCFA 282,029.4 (US\$ 690) over the period 1990-2014. The standard deviation of 153,079.8 (US\$ 307) indicates that GDPpc varies significantly between countries and this

---

<sup>18</sup> Data on education and health expenditure for selected years were taken from the country reports that are produced annually by the IMF. These reports were used for all countries over the study period.

<sup>19</sup> We used data from the World Data Indicators and World Development Reports for selected years.

<sup>20</sup> Data on the HDI, average number of years of schooling are taken from the UNDP database. For Burkina Faso, data are available from 2005 on the UNDP database. We used the human development reports for the years prior to 2005 to fill the gap.

<sup>21</sup> GDP value used is the constant GDP base 2010 of the World Development Indicators (WDI). The value in bracket corresponds to the value of constant GDP in US dollar from WDI.

variation could be explained by the difference in their population size since GDP growth in WAEMU tends to converge in 2014 (Figure 2.1)<sup>22</sup>.

Table 2. 1: Descriptive Statistics

Variables	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Variables in level					
HDI	173	0.3696358	0.0724677	0.212	0.491
HEpc	175	5029.148	3737.762	233.1544	14567.75
EEpc	175	9920.641	8538.673	923.6501	41045.49
EE(%gdp)	175	3.905831	1.082584	1.44371	7.3962
HE(%gdp)	175	2.059658	0.6911977	0.489825	4.091776
PSE	169	72.29774	26.90066	26.80687	128.7081
U5MR	175	150.2634	53.49039	52.3	328.9
GDPpc	175	282029.4	153079.8	127831.2	680521.9

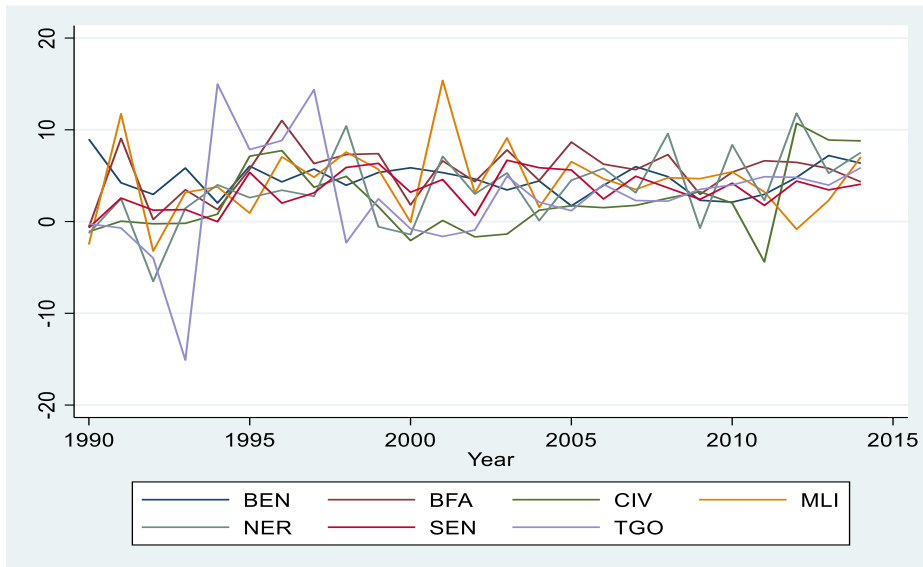
Note: HEpc represents health expenditure per capita (in FCFA); EEpc per capita education expenditure (in FCFA), EE(%gdp) education expenditure as a percentage of GDP; HE(%gdp) health expenditure as a percentage of GDP. PSE gross primary school enrollment rate (%); U5MR under-five mortality rate (%); GDPpc real per capita GDP (in FCFA).

With regard to population growth, Figure 2.2 shows a significant variation across the countries except for Senegal and Burkina Faso, which seem to converge from 2011. The highest population growth in WAEMU is recorded in Niger, i.e., 3.8% per annum. The large variation of the population growth across countries is consistent with the high standard deviation observed in the per capita GDP (Table 2.1).

Figure 2.3 and Figure 2.4 show that the growth of the population under 14 years old is negatively correlated with the gross primary enrollment rate and positively correlated with under-five mortality rate.

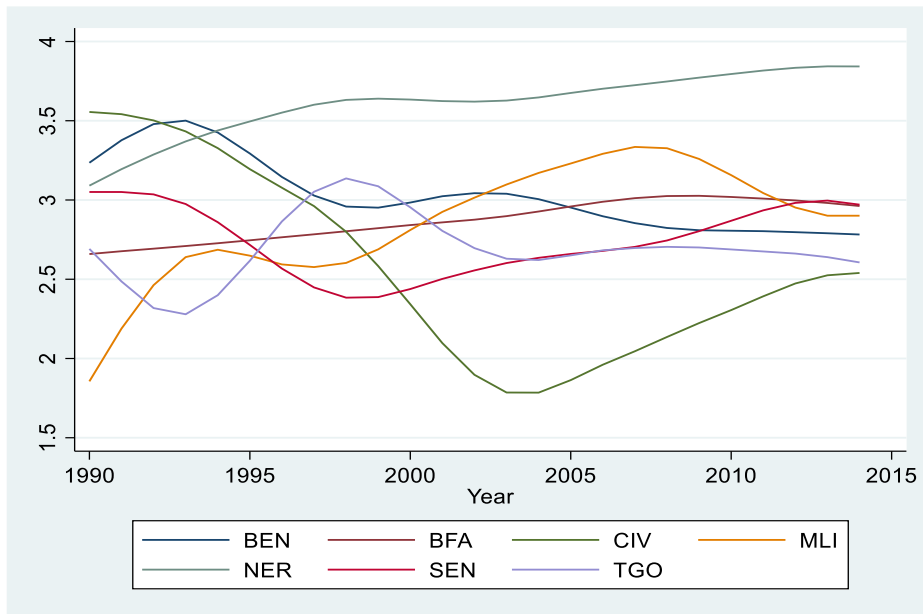
<sup>22</sup> Note that BEN=Benin, BFA=Burkina Faso, CIV=Cote d'Ivoire, MLI=Mali, NER=Niger, SEN=Senegal, TGO=Togo

Figure 2. 1: GDP growth rate in WAEMU, 1990-2015



Source: World Development Indicators, World Bank, 2016

Figure 2. 2: Population growth rate in WAEMU, 1990-2015

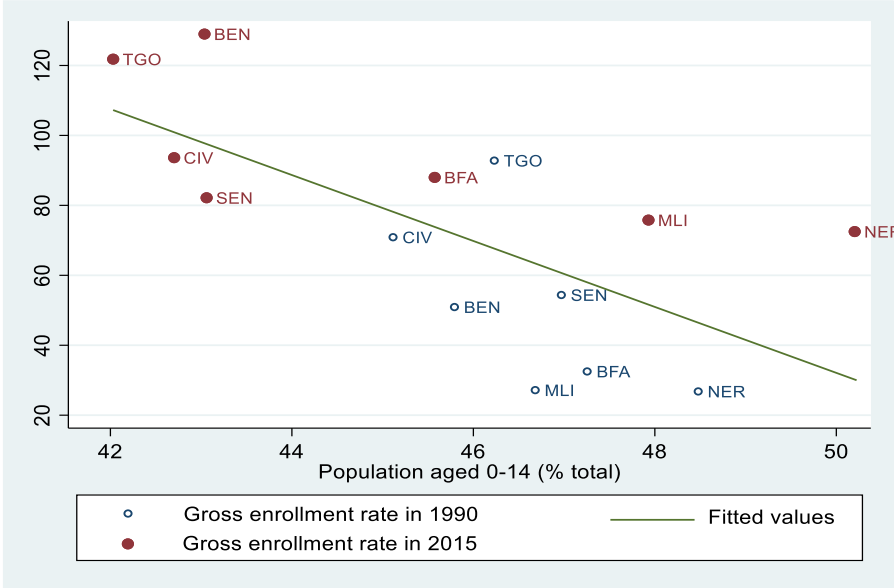


Source: World Development Indicators, World Bank, 2016

Rapid population growth in WAEMU puts pressure on health and education infrastructure when it is not followed by increases in expenditures at least in proportion to the increases in population, and appropriate adjustments of spending and program design to take account of the changing

demographic profile of the country. The high standard deviation of health expenditure and education per capita variables (Table 2.1) supports this assertion. While per capita health and education expenditures are respectively 7,259 FCFA (US\$15) and 15,151 FCFA (US\$30) in Niger, they are 14,568 FCFA (US\$29) and 41,045 FCFA (US\$82) in Côte d'Ivoire (Figure 2.5).

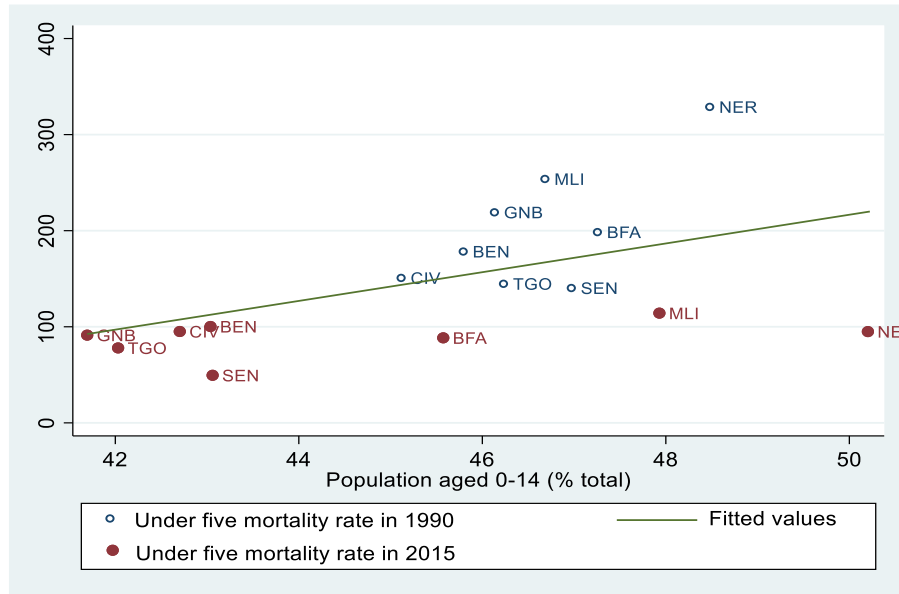
Figure 2. 3: Gross primary enrollment rate function of population aged 0-14, WAEMU, 1990-2015



Source: World Development Indicators, World Bank, 2016

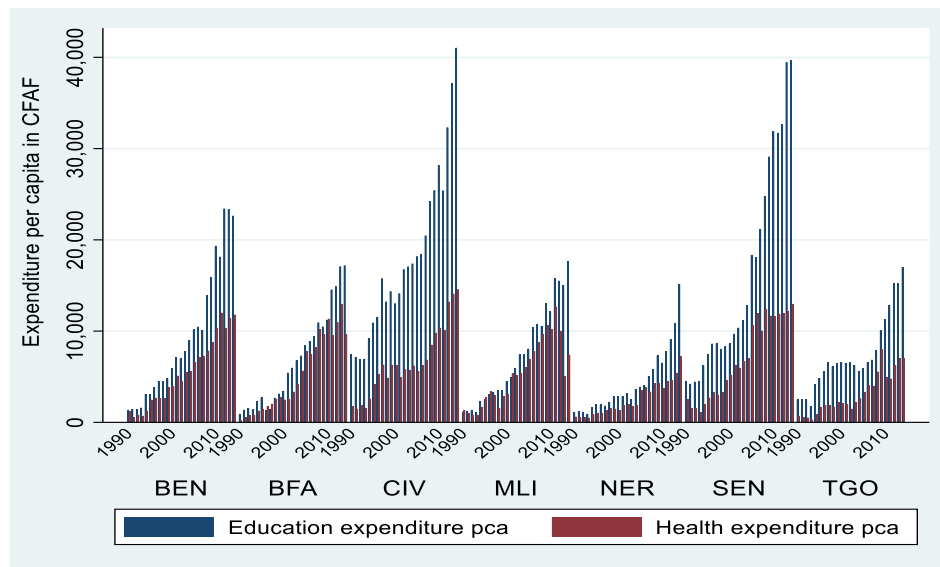
Côte d'Ivoire is indeed the country with the lowest population growth in 2014. These stylized facts reinforce the motivation of our study which aims to answer the question of whether over the years 1990 to 2014, education and health expenditure have helped improve the human development index (HDI), primary school enrollment rate, reduced under-five mortality rate and increased per capita income in WAEMU considering the political and socio-economic transformation observed in the union.

Figure 2. 4: Under five mortality rate function of population aged 0-14, WAEMU, 1995-2015



Source: World Development Indicators, World Bank, 2016

Figure 2. 5: Government expenditure per capita on health and education in WAEMU, 1990-2014



Source: Data from World Bank, IMF, BCEAO, Financial account documents

## 2.4.2. Methodology

This section presents the models and estimation methods to investigate the long-run relationship between education and health expenditure and HDI, under-five mortality rate (U5MR), gross primary school enrollment ratio (PSE) and per capita GDP (GDPpc). The HDI is a composite indicator that incorporates progress in three essential dimensions of human development: living a long and healthy life, having access to knowledge and enjoying a decent standard of living <sup>23</sup> (UNDP, 2015b). By considering HDI as a measure of human development, this analysis is incorporating the multidimensional nature of poverty and thus, explores the impact of social expenditure on poverty in the WAEMU nations.

HDI is bounded between [0; 1] and a logit transformation of the form  $HDI' = \log[HDI/(1 - HDI)]$  was retained in this analysis to define HDI on an infinite interval as is often the case in the literature for bounded indicators between [0; 1] (Espinoza and Prasad, 2010).

The basic model is related to the explanation of HDI by education and health expenditure. The general equation takes into account the dynamic relationship between HDI and public expenditure as well as the unobserved common factors that might affect progress in human development in WAEMU. It is presented as follows:

$$HDI'_{it} = \alpha_{1i} + \beta_{11}HDI'_{i,t-1} + \beta_{12}\ln(HE)_{it} + \beta_{13}\ln(EE)_{it} + \sum_{k=1}^n \beta_{1m}\ln X_{i,t-k} + \mu_{it} \quad (2.1)$$

$$\mu_{it} = \lambda_i f_t + \varepsilon_{it} \quad (2.2)$$

with HE health expenditure, EE education expenditure. X represents the vector of regressors in lag form. f is the vector of unobserved common factors.  $\varepsilon_{it}$  is a country-specific (idiosyncratic) error term which is assumed to be independent and identically distributed. The adoption of this specification is motivated by the assumption (presumably well-founded) of the presence of cross-sectional dependence. As mentioned by Pesaran (2006), Chudik and Pesaran (2015) and Banerjee and Carrion-i Silvestre (2017), the hypothesis of cross-sectional dependence is relevant when data

---

<sup>23</sup> For each of these dimensions, a normalized index is computed. HDI is the geometric mean of these normalized indices.

are related to units (in this case, countries) in socio-economic networks, commercial exchange or facing common shocks. To address this issue, various techniques have been developed among which three most popular methods emerge. First, the most conventional way to handle this problem has been to include a common time dummy in the regression (Phillips and Sul, 2003). According to Phillips and Sul (2003), the time dummy can represent in a cross-country analysis, a common international effect including global shocks, common business cycle factor and also in a panel analysis of purchasing power parity; it can stand for the numeraire currency. Second, some authors have developed modified estimators such as the fully modified ordinary least squares (FMOLS) of Pedroni (2001), the continuous-updated fully modified (CUP-FM) estimator of Bai and Kao (2006) or the seemingly unrelated median unbiased estimator (SU MUE) of Phillips and Sul (2003). The third category of estimation technique and the most popular that emerges in the literature is the common correlated effects (CCE) estimator introduced by Pesaran (2006). In this method, the averages of the variables (dependent and regressors) are included in the estimation to capture the common unobserved factors' effects. These averages augment the model to eliminate the common factors' effect when the cross-sectional dimension tends to infinity. It has the advantage of using the ordinary least squares regression in which cross section means are included. The CCE method is robust to different types of error cross section dependence (Chudik and Pesaran, 2015) and provides robust results to omission bias, making the CCE more suitable compared with the above-mentioned techniques. Therefore, the CCE estimator has been used in this paper.

Several arguments support the use of a cross-section dependence specification in the context of the WAEMU countries. The WAEMU nations have formed, since 1994, an economic and monetary union in which monetary sovereignty is entrusted to their independent central bank, the BCEAO, which implements the monetary policy to contribute to the macroeconomic stability in this region. The institutional reforms adopted by the BCEAO in 2007 led to an inflation targeting policy with the objective of guaranteeing price stability in the West African Economic and Monetary Union. According to Tadenyo (2015), the monetary policies of the BCEAO related to the adjustment of inter-bank interest rates have had a significant impact on the inflation rate in the union. These adjustment policies aim to respond to economic shocks that affect the inflation

rate and all the economies in WAEMU<sup>24</sup>, simultaneously but at different magnitudes. Moreover, policies that influence the inflation rate have a direct effect on the purchasing power and the ability of populations to buy goods and services (including health and education services) in the economy, and the government financial capacity to provide those services. Furthermore, the impact of the economic policies coordinated by the WAEMU Commission to promote economic convergence and fostering social welfare in the union suggest that macroeconomic data on WAEMU nations might be affected by cross-section dependence bias. Therefore, the theoretical specification adopted is the most suitable for this analysis and is confirmed by the statistical tests (Table 2.18, annex). The same specification is used to estimate more specific indicators such as under-five mortality rate (U5MR), gross primary school enrollment rate (PSE), and the per capita GDP (GDPpc). All variables are in their logarithmic form and the equations are presented as follows:

$$\ln(\text{U5MR})_{it} = \alpha_{2i} + \beta_{21}\ln(\text{U5MR})_{i,t-1} + \beta_{22}\ln(\text{EE})_{it} + \beta_{23}\ln(\text{HE})_{it} + \sum_{k=1}^n \beta_{2m}\ln X_{i,t-k} + \mu_{it} \quad (2.3)$$

$$\ln(\text{PSE})_{it} = \alpha_{3i} + \beta_{31}\ln(\text{PSE})_{i,t-1} + \beta_{32}\ln(\text{EE})_{it} + \beta_{33}\ln(\text{HE})_{it} + \sum_{k=1}^n \beta_{3m}\ln X_{i,t-k} + \mu_{it} \quad (2.4)$$

$$\ln(\text{GDPpc})_{it} = \alpha_{4i} + \beta_{41}\ln(\text{GDPpc})_{i,t-1} + \beta_{42}\ln(\text{EE})_{it} + \beta_{43}\ln(\text{HE})_{it} + \sum_{k=1}^n \beta_{4m}\ln X_{i,t-k} + \mu_{it} \quad (2.5)$$

As Banerjee and Carrion-i Silvestre (2017) have indicated, the presence of cross-sectional dependence requires co-integration tests to analyze the existence of long-run relationships in the panel. Before performing this test, we analyzed the order of stationarity of each variable using the Fisher Dfull augmented test. We also performed the "second generation"<sup>25</sup> unit root tests that accounts for the factor structure in the model. Among these unit root tests, two main distinctions

---

<sup>24</sup> Tadenyo (2015) referred to the West African Monetary Union (WAMU) which is composed of the eight WAEMU countries (Benin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Guinea Bisau, Mali, Niger, Senegal, and Togo).

<sup>25</sup> The second generation of panel unit root tests differs from the first on the assumption to regard the cross-section dependence. The latter assumes a cross section independence while the former relies on cross section dependence hypothesise. The first generation of unit root tests in panel data includes the non-exhaustive contribution of Levin and Lin (1992), Levin, Lin and Chu (2002), Im, Pesaran and Shin (1997), Maddala and Wu (1999), Harris and Tzavalis (1999).

can be made. On the one hand, some researchers established an approach that relies on the factor structure analysis in the regression model. These works include the contribution of Phillips and Sul (2003), Moon and Perron (2004), Im and Pesaran (2003) and Bai and Ng (2004). On the other hand, Chang (2002) proposed a different method to address the cross-section dependency in the series. His method relies on the instrumental variables approach which will impose some restrictions on the residuals covariance matrix and therefore solve the nuisance parameter problem caused by the cross-section dependency.

In this analysis, we adopted the approach that relies on the factor structure analysis using the technique of Im and Pesaran (2003). The results show that the models are a combination of series integrated into order 0 and 1 (Table 2.16). The co-integration tests confirm the presence of co-integration between the series<sup>26</sup> (Table 2.17). Based on the results, an error correction model (ECM) is estimated, which is relevant to investigate the long-run relationship in the presence of a combination of I (1) and I (0) co-integrated series.

The ECM model of the basic equation is presented following an autoregressive distributed lag (ARDL) (1,1,1) process as follows:

$$\Delta \text{HDI}'_{it} = \alpha_i + \varphi_i [\text{HDI}'_{i,t-1} - \theta_i^e \ln(\text{EE})_{i,t-1} - \theta_i^s \ln(\text{HE})_{i,t-1} - \lambda_i f_{t-1}] + \beta_i^e \Delta \ln(\text{EE})_{it} + \beta_i^s \Delta \ln(\text{HE})_{it} + \beta_i^f \Delta f_t + \varepsilon_{it} \quad (2.6)$$

⇔

$$\Delta \text{HDI}'_{it} = \alpha_i + \varphi_i \text{HDI}'_{i,t-1} - \varphi_i \theta_i^e \ln(\text{EE})_{i,t-1} - \varphi_i \theta_i^s \ln(\text{HE})_{i,t-1} - \varphi_i \lambda_i f_{t-1} + \beta_i^e \Delta \ln(\text{EE})_{it} + \beta_i^s \Delta \ln(\text{HE})_{it} + \beta_i^f \Delta f_t + \varepsilon_{it} \quad (2.7)$$

---

<sup>26</sup> We performed the co-integration test of Westerlund (2005) with the correction proposed by Levin, Lin and Chu (2002) to mitigate the effect of cross section dependence. In fact, the Westerlund (2005) co-integration test assumes cross section independence while the Westerlund (2007) error-correction-based panel co-integration test provides robust results with bootstrapping when cross section dependence occurs. The latter test was not performed since it is only applied for balanced panel data, which is not the case in this analysis. Therefore, we performed the former test by correcting for the presence of cross section dependence. Levin, Lin and Chu (2002) propose subtracting cross section means before performing the co-integration test. This helps to provide robust results of the test. Also, other tests could be relevant in the presence of cross section dependence. Among them, there are the tests of Gengenbach, Palm and Urbain (2006), Bai and Ng (2004) and Banerjee and Carrion-i Silvestre (2017). These tests are more suitable on large sample data which is not the case in this analysis.

⇔

$$\Delta \text{HDI}'_{it} = \alpha_i + \varphi_i \text{HDI}'_{i,t-1} + \gamma_i^e \ln(\text{EE})_{i,t-1} - \gamma_i^s \ln(\text{HE})_{i,t-1} + \gamma_i^f f_{t-1} + \beta_i^e \Delta \ln(\text{EE})_{it} + \beta_i^s \Delta \ln(\text{HE})_{it} + \beta_i^f \Delta f_t + \varepsilon_{it} \quad (2.8)$$

with  $\varphi_i$  the speed of adjustment at which the economy returns to its long run equilibrium. A negative value between 0 and 1 of this parameter indicates how quickly the economy returns to its equilibrium after a shock created by a variation of the expenditure in the model.  $\theta_i^e = -\gamma_i^e / \varphi_i$  is the long run effect of education expenditure on the human development index and  $\theta_i^s = -\gamma_i^s / \varphi_i$  represents the long term effect of health public spending on HDI. The parameters  $\beta_i^e$  and  $\beta_i^s$  represent respectively the short run effects of education and health expenditures on HDI.

In order to take into account, the unobserved common factors  $f_t$ , the cross section means of the regressors and the dependent variable were included in the model following Pesaran (2006). In doing so, we estimated the common correlated effects estimator. This estimation could be performed either by mean group (CCEMG) or pooled (CCEP). The latter assumes homogeneous slope parameters while the former estimates heterogeneous slope coefficients. By including the unobserved common factors and lagged variables, we obtain the following dynamic form:

$$\begin{aligned} \Delta \text{HDI}'_{it} = & \alpha_i + \varphi_i \text{HDI}'_{i,t-1} + \gamma_i^e \ln(\text{EE})_{i,t-1} + \gamma_i^s \ln(\text{HE})_{i,t-1} + \gamma_i^{fi} \text{HDI}'_{i,t-1} \\ & + \gamma_i^{fe} \ln(\text{EE})_{t-1} + \gamma_i^{fs} \ln(\text{HE})_{t-1} + \beta_i^e \Delta \ln(\text{EE})_{it} + \beta_i^s \Delta \ln(\text{HE})_{it} \\ & + \beta_i^{fi} \Delta \text{HDI}'_{i,t-1} + \beta_i^e \Delta \ln(\text{EE})_{it} + \beta_i^s \Delta \ln(\text{HE})_{it} + \sum_{j=1}^p \gamma_{ij}^{fi} \Delta Z_{t-j} + \varepsilon_{it} \quad (2.9) \end{aligned}$$

With  $Z_t = N^{-1} \sum_{i=1}^N Z_{it}$  and  $Z_{it} = (\text{HDI}'_{it}, \ln(\text{EE})_{it}, \ln(\text{HE})_{it})$ . This specification is based on the common correlated effects mean group (CCEMG) dynamic model estimated by Eberhardt and Presbitero (2015). The inclusion of lagged variables in the model is suggested by Chudik and Pesaran (2015) who relax the assumption of exogeneity of the regressors. According to these authors, the CCEMG is more efficient under certain conditions. The time dimension must be large as it requires the inclusion of sufficient lags of the regressors.  $N$  and  $T$  should tend to infinity to satisfy the rank condition. The maximum value of the parameter  $p$  is defined according to the relation

$p = T^{1/3}$ ,  $T$  is the sample size (Ibid). With  $T = 25$ ,  $T^{1/3} = 2.9$ , which indicates that  $p$  can take the maximum value of 3.

Given the small size of our sample ( $N = 7$  and  $T = 25$ ), the CCEMG estimates could not be trusted unless there are consistent with the CCEP estimates. Indeed, the literature has demonstrated that, in presence of cross-section dependence, pooling estimators provide more efficient results under small sample properties (Chudik and Pesaran, 2015; Pesaran, 2006; Phillips and Sul, 2003).

The smallest value used in the Monte Carlo simulations of Pesaran (2006) is 40, and he shows that the results of the CCEP are robust. In recent literature, Everaert and De Groote (2016) found robust results with values of  $N$  and  $T$  smaller than 40. According to their Monte Carlo simulations, dynamic CCEP estimator provides robust results whatever the value of  $N$  with  $T \geq 25$ .<sup>27</sup> Moreover, when the small sample property occurs, Chudik and Pesaran (2015) found with the CCEMG that Jackknife correction helps to provide more efficient results. Therefore, we estimated dynamic CCEP models applied to an ECM using Jackknife small sample bias correction. We also performed dynamic CCEMG<sup>28</sup> estimates to compare the results with those of the CCEP.

For the estimation of equation 2.9, different measures of the covariates were used. Recall that health expenditure (HE) and education expenditure (EE) are the covariates in equation 2.9. In the first estimates, the per capita values of these variables were used in order to capture the role of the population size in the effectiveness of public spending in health and education sectors in WAEMU. One key assumption is that a high population growth could lower the amount of resources that the government spends on each individual when government expenditures have not grown in proportion to population growth. The low level of expenditure per capita would reflect on the low capacity of the government to effectively address the health and education needs of its population.

In addition to the use of the government expenditure per capita, we also used alternative measures such as the expenditure as a percentage of GDP and tax revenue. GDP measures a country's potential fiscal capacity. Tax revenue, instead, is the real fiscal capacity of a country (Srinivasan,

---

<sup>27</sup> Everaert and De Groote (2016) compared the results obtained with  $N=20$  and  $N=100$  to conclude that the difference in size is negligible when the temporal dimension  $T$  is not too small.

<sup>28</sup> The example of this model applied to an ECM is developed by Eberhardt and Presbitero (2015).

1989; Barro, 2002; Allers and Ishemoui, 2010), particularly in developing countries where tax evasion is a substantial issue. One may argue against the use of GDP as a measure of country fiscal capacity in developing countries because of tax evasion and the low institutional capacity in many low and middle-income countries to effectively collect tax revenue based on GDP trend. To account for this issue, both measures are included in the analysis and allow to capture the differentiated effects of income sources on development outcomes.<sup>29</sup>

To check the robustness of the results, we used alternative methods to investigate the relationships between education and health public expenditures and the development indicators in the WAEMU countries. The use of different methods is also motivated by the results of the cointegration tests. In fact, the Westerlund (2005) cointegration test presented in Table 2.17 (in annexes) shows that the assumption of cointegration holds for two equations (equations 5 and 6) only at 10 percent of significance threshold. These equations are related to the human development index and the gross primary school enrollment rate indicators. Although the Westerlund (2005) test performed accounts for the presence of cross section dependence (see note of Table 2.17), the 10% significance level obtained on HDI and PSE motivated the use of non dynamic methods for robustness. The ordinary least squares pooled (OLSP) estimator appears to be the most suitable technique for two reasons. First, the Pesaran (2006) CCE estimator has the advantage of fitting an OLS estimation when the cross-section averages of dependent variable and regressors are included in the OLS. Second, the choice of conducting a pooling estimation lies in the small size of our sample. In fact, through a simulation experiment conducted by Phillips and Sul (2003), it appeared that "there is information in cross-sectional correlation that is valuable in pooled estimation and that it can be accounted for, at least in situations where the cross-section sample size is not too large". In this analysis, N and T dimensions are not large, so that the pooling estimation appears the most relevant. However, as we compared ECM-CCEP and ECM-CCEMG estimates, the same approach is adopted in the robustness checking. In parallel to the OLSP, we also check the mean group (MG) estimator, which allows for heterogeneous slope coefficient

---

<sup>29</sup> We do not consider debt and aid in this analysis. In fact, debt and aid contribute to a significant part of the government investment in the sectors of health and education in sub-Saharan Africa. However, these sources of financing do not represent the main income source on which national policies rely. Debt and aid do come as a complement to tax income. Also, the WAEMU countries do not have extensive natural resources and so their income sources are essentially tax revenue, debt and aid.

estimation to compare the results with those of the OLSP. The model estimated is presented as follow:

$$\begin{aligned} \Delta \text{HDI}_{it} = & \alpha_i + \beta_i^e \Delta \ln(\text{EE})_{it} + \beta_i^s \Delta \ln(\text{HE})_{it} + \beta_i^{\text{fi}} \Delta \text{HDI}_{it} \\ & + \beta_i^{fe} \overline{\Delta \ln(\text{EE})}_t + \beta_i^{fs} \overline{\Delta \ln(\text{HE})}_t + \sum_{j=1}^p \gamma_{ij}^{\text{fi}} \Delta \bar{Z}_{t-j} + \varepsilon_{it} \end{aligned} \quad (2.10)$$

with  $Z_t = N^{-1} \sum_{i=1}^N Z_{it}$ , and  $Z_{it} = (\text{HDI}_{it}, \ln(\text{EE})_{it}, \ln(\text{HE})_{it})$ .

## 2.5 Results and discussion

This section is organized in three parts related to the (1) results of the per capita expenditure models, (2) results from the use of alternative measures of the covariates and (3) robustness check.

### 2.5.1. Results

Table 2.2 presents the estimates of the impact of education and health expenditure per capita on human development index (HDI), primary school enrollment rate (PSE) and under-five mortality rate (U5MR).

With regard to HDI, the adjustment parameter ECT is equal to -0.279 and significant at 10 percent in the dynamic CCEP (CCEPd) model, indicating the existence of a dynamic relationship between human development index and per capita education and health expenditure, but the short and long-run coefficients are not significant. These results are robust in both standard CCEP (CCEPs) and dynamic CCEP (CCEPd) which includes lags of cross-sectional means) models with a valid residual cross-section dependence test (CD test) after estimation. The validity of the CD test, whose null assumption is residual cross section independence, is critical for decision as regard to whether or not the estimates are valid. When this assumption is rejected the validity of the

estimates cannot hold. In the HDI models (Table 2.2, column 1 and 2), the CD test is valid for both CCEP and CCEPd.

On education, the adjustment coefficient ECT is not significant, which indicates an absence of a dynamic relationship between per capita education and health expenditures and the gross primary school enrollment rate. As shown in Table 2.2, health expenditure variable is included in the models to account for the cross-cutting nature of public health spending and the interaction between the two sectors. In the CCEPd model which is more robust (CD test p-value>0.1), none of the coefficients is statistically significant at 90% confidence level, meaning that per capita health and education expenditures have no significant effect on primary school enrollment rates in WAEMU. This result raises questions on how expenditures are allocated across the education sector and how programs are implemented to improve primary enrollment rates.

The absence of significant effect of education expenditure on gross primary enrollment rates is consistent with the observation of Mingat and Tan (1998), who pointed out the fact that, while Francophone African countries may have invested more in education, they experienced less primary education coverage due to the demographic burden and the high level of teacher salaries. By using the expenditure per capita, the demographic burden is reflected in our analysis, which suggests that the conclusion of Mingat and Tan is still valid in WAEMU two decades later.

Regarding the under-five mortality rates<sup>30</sup>, the CCEPd model (column 6) confirms the existence of a dynamic relationship between expenditure per capita and U5MR. In this model, the CD test confirms the cross-section independence after the estimation, indicating that the results are valid. As in the previous models, short and long-run coefficients are not significant at 90% confidence level, meaning that per capita health and education expenditures have no significant effect on under-five mortality rates in WAEMU.

---

<sup>30</sup> In the literature, this variable is widely used as a measure of health status in the developing countries. IMR is a part of U5MR; the reason for using U5MR is that it is more informative about the impact of certain communicable diseases (e.g., measles, HIV) and about the impact of non-acute conditions such as chronic malnutrition than is IMR. IMR is heavily weighted to perinatal and neonatal mortality, which are more related to the health and nutritional status of the mother during pregnancy and the quality of care at and immediately following birth. In short, U5MR captures all of the informational content of IMR but adds in a lot more information, i.e., the stuff that is captured by CMR. This justifies why the attention is given to the under-five mortality rate in our study.

Table 2. 2: Estimates of CCEP standard and dynamic models exploring the effects of per capita education and health expenditure on HDI, PSE, U5MR

	lnHDI		lnPSE		lnU5MR	
	CCEPs	CCEPd	CCEPs	CCEPd	CCEPs	CCEPd
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Long run						
lnEEpc	-0.052	-0.075	-0.08	0.272	0.166	0.001
	[0.120]	[0.172]	[0.351]	[0.635]	[0.229]	[0.056]
lnHEpc	0.072	0.115	0.15	0.361	-0.019	0.022
	[0.058]	[0.115]	[0.238]	[0.429]	[0.065]	[0.021]
ECT	-0.266**	-0.279*	-0.103	-0.096	-0.065	-0.129**
	[0.121]	[0.160]	[0.067]	[0.105]	[0.054]	[0.050]
Short run						
lnEEpc	0.004	0.006	0.002	0.04	0.002	-0.002
	[0.023]	[0.030]	[0.025]	[0.044]	[0.006]	[0.004]
lnHEpc	0.005	0.008	0.027	0.034	0.001	0.003
	[0.014]	[0.020]	[0.029]	[0.031]	[0.002]	[0.002]
Constant	-1.090**	-0.983	-0.005	-0.179	0.452**	0.364
	[0.512]	[1.291]	[0.222]	[0.323]	[0.222]	[0.341]
Observation	165	165	157	143	168	154
R-squared	0.88	0.93	0.615	0.739	0.985	0.993
Adj R-squared	0.822	0.862	0.417	0.455	0.978	0.987
RMSE	0.019	0.015	0.027	0.026	0.003	0.002
CD test	-1.002	0.177	-2.47	-1.636	-2.824	-1.44
CD test pvalue	0.316	0.86	0.013	0.102	0.005	0.15
Abs Corr	0.291	0.305	0.246	0.257	0.319	0.345

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: CCEPs and CCEPd are respectively the standard CCEP estimated by Eberhardt and Presbitero (2015) and the CCEP model which includes lags of cross section means. The residual cross-section dependence test (CD test) of the CCEPd models indicates that the null hypothesis of cross-sectional independence cannot be rejected (CD test pvalue > 0.1). Therefore, CCEPd estimates are the most robust.

The last development outcome considered in this paper is GDP per capita and the results on this indicator are reported in Table 2.3. Four models are estimated: the standard CCEP (Column 1) and three dynamic CCEP models. The estimation of Column 2 includes one lag of the cross section means, Column 3 two lags and Column 4 three lags. In all four specifications, the residual cross section dependence test (CD test) fails to confirm the independence of the units. We then estimated CCEMG models to compare the direction and the robustness of the estimates. The

results are reported in Table 2.4. Column 1 of Table 2.4<sup>31</sup> shows the results of the standard CCEMG model for which the CD test confirms the validity of the estimates. The findings indicate that per capita health expenditure has a positive impact on GDP per capita both in the short and long run. The results are consistent with the CCEP estimates except for education expenditure whose coefficient was significant in the CCEP but not in the CCEMG. The education expenditure coefficient is also sensitive to the introduction of lags in the CCEPd models indicating it is not robust and therefore has not been taken as a valid estimate in this analysis.

These results show that health expenditure per capita has a positive impact on GDP per capita both in the short and long run in the WAEMU countries. A one percent increase in per capita health expenditure causes a 0.05 percent increase in GDP per capita in the short term and 0.08 percent in the long run in WAEMU. These findings suggest that an increase in health expenditure per capita contributes to economic growth in the West African Economic and Monetary Union.

Following the above-discussed results, per capita health and education expenditures in WAEMU do not have any significant effect on HDI, gross primary enrollment and under-five mortality rates. Given that the CCEP is a pooled estimator which assumes homogeneous slope in the series, the lack of significant results is an indication of presence of heterogeneity across the countries as it relates to the effectiveness of government health and education expenditure per capita. This heterogeneity is consistent with descriptive statistics presented in the data and methodology section, showing large standard deviations in education and health expenditures per capita across the WAEMU countries. It also reflects the role of the demography in the effectiveness of government spending on health and education in this region. For example, population growth in Niger was the highest in the region with about 3.8% annual rate in 2014 (Figure 2.2). As consequences, the country had the lowest per capita health and education expenditure in the region in 2014. While government spending on health and education per capita represented about US\$15 and US\$30, respectively in Niger in 2014, it was respectively US\$29 and US\$82 in Cote d'Ivoire.

---

<sup>31</sup> In Column 2 and 3, CD test fails to reject the independence of the units at 10% of significant level. Therefore, the results of these columns could not be interpreted.

Table 2. 3: Estimations of standard and dynamic CCEP models exploring the effects of per capita education and health expenditure on GDP per capita

	lnGDPpc			
	no lag	lag 1	lag 2	lag 3
	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>Long run</b>				
lnEEpc	0.116** [0.050]	0.073 [0.051]	0.121 [0.105]	0.029 [0.060]
lnHEpc	0.146*** [0.031]	0.086** [0.036]	0.152** [0.063]	0.171** [0.068]
ECT	-0.479*** [0.107]	-0.530*** [0.134]	-0.406** [0.188]	-0.585*** [0.201]
<b>Short run</b>				
lnEEpc	0.041 [0.028]	0.051* [0.026]	0.055 [0.037]	0.025 [0.039]
lnHEpc	0.067*** [0.015]	0.037** [0.017]	0.050** [0.022]	0.071*** [0.021]
Constant	0.323 [3.611]	-5.430 [5.338]	-6.563 [8.183]	-4.294 [6.951]
Observation	168	161	154	147
R-squared	0.753	0.866	0.794	0.794
Adj R-squared	0.638	0.750	0.602	0.582
RMSE	0.022	0.018	0.022	0.020
CD test	-3.478	-3.309	-3.364	-3.363
CD test pvalue	0.001	0.001	0.001	0.001
Abs Corr	0.259	0.265	0.265	0.290

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Table 2. 4: Estimations of CCEMG standard and dynamic exploring the effects of per capita expenditures on GDP per capita

	lnGDPpc		
	no lag	lag 1	lag 2
	(1)	(2)	(3)
<b>Long run</b>			
lnEEpc	0.031 [0.059]	0.067 [0.078]	-0.020 [0.116]
lnHEpc	0.080*** [0.029]	0.045 [0.033]	0.030 [0.051]
ECT	-0.688*** [0.115]	-0.715*** [0.093]	-0.795*** [0.147]
<b>Short run</b>			
lnEEpc	0.019 [0.022]	0.048 [0.040]	0.027 [0.042]
lnHEpc	0.051*** [0.013]	0.025 [0.017]	0.016 [0.016]
Constant	0.367 [2.443]	5.262 [3.914]	-2.191 [9.637]
Observation	168	161	154
RMSE	0.014	0.010	0.006
CD test	-1.140	-1.847	1.844
CD test pvalue	0.254	0.065	0.065
Abs Corr	0.174	0.281	0.326

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

The low level of government expenditures in these two sectors in the region raises the issues of sufficiency of investment in these areas to achieve tangible results. Our findings using per capita expenditure tend to validate the assumption that investments in these sectors in WAEMU are yet to reach their critical level to lead to tangible results on human development, primary school enrollment and under five mortality rates. Given the heterogeneity implication of the results, an in-depth country specific analysis is necessary to assess at country level the composition of

expenditures and factors affecting policy effectiveness beyond demographic growth. Also, the robustness of the positive effect of per capita health expenditure on per capita GDP shows that health investment is a driver of growth in the region while it has no significant impact on under-five mortality rate. These results suggest the need for an in-depth analysis of the composition of health expenditure and the extent to which it reflects government priorities towards addressing under-five mortality issues.

## **2.5.2. Alternative measures' analysis**

As explained in the methodology section, two alternative measures were used in addition to the per capita value of the expenditure. These are the government expenditure on health and education as a percentage of GDP and as a percentage of tax revenue.

### **2.5.2.1. Public expenditure as a percentage of GDP**

Table 2.5 presents the results of the models using health and education expenditure as a percentage of GDP. The results are consistent with the estimates reported in Table 2.2 except for the health indicator (under-five mortality rate) where a significant effect is observed. The Column 6 (Table 2.5) shows that health spending as a percentage of GDP has a perverse and unexpected impact of increasing U5MR in the short term. The short-term coefficient is equal to 0.003 and significant at 10% confidence level, suggesting that health expenditure as a percentage of GDP causes an unexpected increase in under-five mortality. Recall that the use of expenditure as a percentage of GDP aimed to capture the extent to which an increase in expenditure proportionate to the country's financial capacity can affect development outcomes. The positive sign and the significance of the short-term coefficient show the ineffectiveness of health expenditure as a percentage of GDP in reducing the under-five mortality rate. While the significance of the results pertaining to the relationship between health expenditure and under five mortality rate varies with the change in expenditure measure, the results suggest investigating health policy design and composition of expenditure towards under five mortality in WAEMU. However, the small magnitude of the coefficient (0.003) shows that the ineffectiveness does not have a large impact.

Regarding GDP per capita (Table 2.6), the results are very similar to those of the estimates of per capita expenditure at least for the standard CCEP model.

Table 2. 5: Estimates of CCEP standard and dynamic exploring the effects of education and health expenditure as a percentage of GDP on HDI, PSE, and U5MR

	lnHDI		lnPSE		lnU5MR	
	CCEPs (1)	CCEPd (2)	CCEPs (3)	CCEPd (4)	CCEPs (5)	CCEPd (6)
<b>Long run</b>						
lnEE(%gdp)	-0.008 [0.073]	0.012 [0.072]	0.238 [0.332]	0.368 [0.534]	0.200 [0.264]	0.040 [0.034]
lnHE(%gdp)	0.018 [0.049]	0.019 [0.042]	0.210 [0.177]	0.218 [0.436]	0.027 [0.057]	0.021 [0.019]
ECT	-0.419*** [0.160]	-0.498** [0.204]	-0.136*** [0.050]	-0.118 [0.072]	-0.037 [0.043]	-0.137*** [0.046]
<b>Short run</b>						
LnEE(%gdp)	0.004 [0.022]	0.011 [0.029]	0.011 [0.029]	0.017 [0.038]	0.001 [0.003]	0.000 [0.003]
LnHE(%gdp)	0.006 [0.014]	-0.003 [0.020]	0.027 [0.023]	0.014 [0.032]	0.002 [0.002]	0.003* [0.002]
Constant	0.055 [0.101]	-0.016 [0.134]	-0.015 [0.203]	-0.645** [0.300]	0.223*** [0.071]	0.433*** [0.128]
Observation	165	151	157	143	168	147
R-squared	0.886	0.908	0.601	0.734	0.989	0.994
Adj R-squared	0.832	0.818	0.396	0.444	0.983	0.988
RMSE	0.018	0.017	0.028	0.026	0.003	0.002
CD test	-0.57	0.09	-2.100	-1.404	-2.799	-1.257
CD test pvalue	0.568	0.928	0.036	0.16	0.005	0.209
Abs Corr	0.24	0.29	0.248	0.274	0.268	0.278

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Since residual CD test has failed to reject cross-section dependency, we performed the ECM CCEMG as before (see Table 2.12 in the appendix). Here, the results are very sensitive to the inclusion of lags of cross section means. When two lags of each cross-section means are included, the positive effect of health expenditure on GDP appears while an adverse short-term effect of education expenditure is observed. Considering the sensitivity of the results, they should be treated with caution.

Table 2. 6: Estimation of standard and dynamic CCEP models exploring the effects of health and education expenditures in percentage of GDP on GDP per capita

	lnGDPpc			
	no lag (1)	lag 1 (2)	lag 2 (3)	lag 3 (4)
Long run				
lnEE(%gdp)	0.091* [0.051]	0.080 [0.066]	0.009 [0.078]	0.174 [0.145]
lnHE(%gdp)	0.138*** [0.053]	0.060 [0.054]	0.086 [0.087]	0.100 [0.145]
ECT	-0.395*** [0.130]	-0.528*** [0.183]	-0.370** [0.164]	-0.294* [0.170]
Short run				
lnEE(%gdp)	0.011 [0.023]	0.020 [0.030]	-0.004 [0.033]	0.044 [0.038]
lnHE(%gdp)	0.048** [0.019]	0.024 [0.024]	0.031 [0.023]	0.032 [0.023]
Constant	-0.858 [1.408]	-2.764 [2.932]	-1.365 [2.510]	-0.012 [2.414]
Observation	168	161	154	147
R-squared	0.687	0.801	0.807	0.773
Adj R-squared	0.541	0.630	0.625	0.540
RMSE	0.025	0.022	0.021	0.021
CD test	-2.752	-3.278	-2.935	-3.348
CD test pvalue	0.006	0.001	0.003	0.001
Abs Corr	0.212	0.227	0.199	0.309

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

### **2.5.2.2. Public expenditure as a percentage of tax revenue**

Our analysis has also considered health and education expenditure as a percentage of tax revenue as GDP in developing countries is not always a good measure of government's real financial capacity due to tax evasion and weak fiscal capacity. Tax revenue is used as an alternative to GDP in the denominator.

We found that health expenditure as a percentage of tax revenue has a positive and significant impact on human development index in the long run in WAEMU (Table 2.7, Column 2). The residual cross section dependence test (CD test) of the dynamic CCEPd model in column 2 of Table 2.7 indicates valid results. This result suggests that an increase in health expenditure proportionate to the real financial capacity of the government contributes to long term human development. This result is important for policymakers in the WAEMU countries as it calls for more health investment which relies on tax revenue (domestic resources) to boost human development. Domestic resources have the advantage of being stable in times when the country is not faced with crisis, especially economic crisis. Our result suggests that when health expenditure based on government's own stable resources increased, it contributes to improve HDI in the long run. This highlights the importance for the government to improve its capacity to collect more tax revenue and plan its health interventions based on these resources. It emphasizes the important role of fiscal policy in the effectiveness of health expenditure on human development.

We also found that health expenditure as a percentage of tax revenue has a perverse effect on U5MR as in the case of the percentage of GDP, confirming the ineffectiveness of health spending in the reduction of under-five mortality in WAEMU. The positive impact of health expenditure as a percentage of tax revenue on human development can be jeopardized if health policies in WAEMU fail to address the issues of under-five mortality.

Regarding GDP per capita, ECM-CCEP estimates (Table 2.13, annex) appear less robust (CD test p-value < 0.1). Health expenditure as a percentage of tax revenue still has a positive impact on GDP per capita while education expenditure as a percentage of tax revenue appears to have a negative impact in the short run. Since the residual cross section dependence test fails to confirm the independence of the units in the ECM-CCEP models, we compare the results with those

provided by the ECM-CCEMG models (Table 2.14, annex). Table 2.14 shows that education expenditure as a percentage of tax revenue has a negative and significant impact on GDP per capita at 10 percent of confidence level (Column 3).

Table 2. 7: Estimates of standard and dynamic CCEP exploring the effects of education and health expenditure as a percentage of tax revenue on HDI, PSE and U5MR

	lnHDI		lnPSE		lnU5MR	
	CCEPs	CCEPd	CCEPs	CCEPd	CCEPs	CCEPd
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>Long run</b>						
lnEE(%tax)	-0.137*** [0.054]	-0.094 [0.068]	-0.244 [0.164]	-0.131 [0.311]	3.262 [55.491]	0.013 [0.033]
lnHE(%tax)	0.061 [0.041]	0.077* [0.043]	0.022 [0.205]	0.037 [0.289]	-1.780 [30.697]	0.046* [0.026]
ECT	-0.447*** [0.165]	-0.556** [0.217]	-0.165*** [0.057]	-0.160* [0.082]	-0.002 [0.037]	-0.132** [0.057]
<b>Short run</b>						
lnEE(%tax)	-0.023 [0.020]	-0.020 [0.028]	-0.018 [0.021]	-0.009 [0.033]	0.003 [0.003]	0.000 [0.003]
lnHE(%tax)	0.009 [0.015]	-0.002 [0.020]	0.017 [0.032]	0.009 [0.039]	-0.000 [0.002]	0.005** [0.002]
Constant	-0.039 [0.172]	0.115 [0.304]	-0.015 [0.325]	-0.466 [0.350]	0.165** [0.079]	0.383* [0.205]
Observation	165	151	157	143	168	147
R-squared	0.892	0.926	0.629	0.741	0.988	0.994
Adj R-squared	0.841	0.853	0.438	0.458	0.982	0.987
RMSE	0.018	0.016	0.027	0.026	0.003	0.002
CD test	-2.196	-1.057	-1.611	-0.756	-2.954	-1.433
CD test pvalue	0.028	0.29	0.107	0.45	0.003	0.152
Abs Corr	0.198	0.196	0.214	0.295	0.304	0.296

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

This result may have two main explanations. First, education expenditure in the WAEMU countries represents a significant part of tax revenue and the increase of education expenditure over the years has not been followed by the improvement in GDP per capita. Second, the results may be explained by the fact that collecting more tax (other things being equal) to finance education can have a negative impact on the economic growth in the long run. This suggests that WAEMU countries need external resources to cover their education spending needs since domestic resources (i.e., especially tax revenue), are insufficient to address the educational needs and guarantee sustainable economic growth. The dependence on external resources appeals for a fiscal discipline, an improvement of government capacity to effectively collect taxes, based on the trend of the economic activities and annual domestic production.

### **2.5.2.3. Relationship between education level and under-five mortality**

In the second part of this complementary analysis, we investigate the relationship between under-five mortality rate and education level. This analysis aims to answer the following question: If health expenditure has failed to reduce under five mortality in the region, what is the key driver of this mortality indicator in WAEMU?

We focus only on education since the specification adopted is robust to omitted variable bias. It is well known that adult literacy or women's education level impacts the health status of children. Due to data availability issues, gross primary school enrollment is considered as a proxy for adult literacy rate in WAEMU. Table 2.8 presents the results.

The models are estimated using the standard CCEP (CCEPs) and dynamic CCEP (CCEPd) estimators. We found clear evidence in the two models that the gross primary school enrollment rate is an important determinant of under-five mortality in the WAEMU countries. In the long run, primary school enrollment rate has a negative and significant impact on under-five mortality rate in WAEMU. This result is consistent with the literature which has demonstrated that the most educated people provide more health care to their children and thus experience lower under-five mortality than the least educated people.

Furthermore, we explored the impact of per capita GDP on under-five mortality. Our findings (see Table 2.10) suggest no significant effect of GDP per capita on under-five mortality rate in

WAEMU. However, the negative correlation obtained between per capita GDP and U5MR is consistent with the literature (Filmer and Pritchett, 1997).

Table 2. 8: Estimates of the long-term effect of education level on under-five mortality rate

	lnU5MR	
	CCEPs	CCEPd
	(1)	(2)
Long run		
lnHEpc	-0.007 [0.032]	0.018 0.019
lnPSE	-0.195** [0.085]	-0.211* 0.111
ECT	-0.140*** [0.032]	-0.122*** [0.032]
Short run		
lnHEpc	0.001 [0.003]	0.003 [0.002]
lnPSE	-0.003 [0.017]	-0.016 [0.013]
Constant	0.455** [0.193]	0.242 [0.201]
Observation	157	143
R-squared	0.982	0.996
Adj R-squared	0.973	0.991
RMSE	0.003	0.002
CD test	-0.686	-1.407
CD test pvalue	0.493	0.159
Abs Corr	0.369	0.344
Standard deviation in bracket; *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

### 2.5.3. Robustness

Recall that for the robustness check, we estimated the ordinary least squares pooled estimator (OLSP-CCE) and the mean group (MG-CCE) estimator.

The results are reported in Table 2.9 (a and b) and only show the estimates of per capita expenditures. For the alternative measures of public spending (as a percentage of GDP, and tax revenue), the results are available on demand. According to the Table 2.9a, estimates of per capita health and education public expenditures on human development index are robust both in the

OLSP–CCE models since residual cross-section dependence test (CD test) confirms the independence of the units under the three specifications. The results are consistent with the ECM-CCEP standard and dynamic models estimated above meaning that per capita health and education expenditures do not explain the improvement observed in the human development index during the last decades in the WAEMU countries. However, the coefficient of the constant term is positive and significant in the pooled estimations indicating that the human development index has significantly improved in the WAEMU area, but this improvement is not related to the health and education per capita expenditures. The underlying factors must be investigated further before policy recommendations can be identified.

Regarding gross primary school enrollment rate, OLSP estimations indicate no significant impact of health and education per capita expenditures as in the ECM-CCEP models. However, the residual cross-section dependence test fails to confirm the independence in the series, meaning that one may not consider these results as robust. Instead, when heterogeneous slope is allowed in the estimation (MG), health expenditure per capita appears to have a positive and significant impact on gross primary school enrollment rate. For the last specification that includes 2 lags of cross section means in the models, CD test is robust (p-value equal to  $0.135 > 0.1$ ). Although we have a small sample size that appeals for a pooling estimation, one may consider the results observed in the third estimation on education as robust. Therefore, health expenditure per capita could be considered as a driver of primary school enrollment in the WAEMU countries. For the last two development indicators (under-five mortality rate and GDP per capita), the results of the OLSP-CCE and MG-CCE seem less robust, since the residual cross-section dependence test rejects the independence in the series for all specifications. The results observed here suggest that the error correction CCEP and CCEMG specifications estimated in this paper are the most robust to explain the dynamic relationships between public expenditure and the development indicators.

The positive impact of health expenditure on GDP per capita and its perverse effect on under-five mortality rate are observed in the two specifications, meaning that our findings are robust to any specification.

Table 2. 9: Estimations of per capita health and education expenditures on development indicators

	a-OLSP-CCE estimations											
	lnHDI			lnPSE			lnU5MR			lnGDPpc		
	no lag	lag 1	lag 2	no lag	lag 1	lag 2	no lag	lag 1	lag 2	no lag	lag 1	lag 2
lnEEpc	0.007	0.013	0.006	0.023	0.038	0.018	0.003	-0.002	-0.003	0.026	0.045**	0.024
	[0.022]	[0.025]	[0.024]	[0.024]	[0.029]	[0.039]	[0.005]	[0.005]	[0.004]	[0.019]	[0.019]	[0.022]
lnHEpc	-0.000	-0.006	-0.004	0.013	0.02	0.028	0.004	0.005*	0.003	0.045***	0.032*	0.037**
	[0.013]	[0.016]	[0.014]	[0.019]	[0.021]	[0.029]	[0.003]	[0.003]	[0.003]	[0.013]	[0.017]	[0.018]
Constant	0.022***	0.022***	0.029**	0.005	0.002	-0.003	-0.021***	-0.019**	-0.015**	0.013**	0.008	0.019**
	[0.003]	[0.005]	[0.011]	[0.013]	[0.020]	[0.038]	[0.004]	[0.008]	[0.007]	[0.006]	[0.020]	[0.008]
Observation	165	158	151	157	150	143	168	161	154	168	161	154
R-squared	0.781	0.817	0.848	0.413	0.557	0.509	0.931	0.971	0.976	0.618	0.727	0.697
Adjust R-squared	0.734	0.732	0.772	0.278	0.334	0.241	0.916	0.958	0.964	0.538	0.602	0.55
RMSE	0.023	0.022	0.019	0.03	0.029	0.031	0.006	0.004	0.004	0.025	0.023	0.023
CD test	-0.848	-1.036	-1.234	-2.992	-2.3	-2.727	-2.823	-3.317	-3.159	-3.418	-3.421	-3.19
CD test pvalue	0.397	0.3	0.217	0.003	0.021	0.006	0.005	0.001	0.002	0.001	0.001	0.001
Abs Corr	0.226	0.198	0.234	0.207	0.202	0.219	0.461	0.495	0.458	0.191	0.202	0.225

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: Residual cross section dependence test indicates robust results in the specifications of human development index while it suggests less robust results for the primary school enrollment rate, under-five mortality rate and GDP per capita. However, the results are consistent with the findings in the ECM-CCEP and ECM-CCEMG models

	b-MG-CCE estimations											
	lnHDI			lnPSE			lnU5MR			lnGDPpc		
	no lag	lag 1	lag 2	no lag	lag_1	lag 2	no lag	lag 1	lag 2	no lag	lag 1	lag 2
lnEEpc	0.019	0.019	0.012	0.001	0.006	-0.010	0.005**	-0.004	-0.001	-0.002	0.016	0.030***
	[0.016]	[0.016]	[0.023]	[0.019]	[0.012]	[0.024]	[0.002]	[0.003]	[0.001]	[0.012]	[0.013]	[0.010]
lnHEpc	-0.002	-0.009	-0.000	0.023	0.055***	0.026***	0.003***	0.002***	0.003	0.032***	0.032**	0.031***
	[0.007]	[0.010]	[0.007]	[0.018]	[0.018]	[0.010]	[0.001]	[0.001]	[0.002]	[0.002]	[0.014]	[0.008]
Constant	0.008	0.008	0.007	0.003	-0.006	0.028*	0.001	0.001	0.001	0.003	0.005	0.007
	[0.009]	[0.011]	[0.013]	[0.018]	[0.028]	[0.015]	[0.008]	[0.008]	[0.009]	[0.010]	[0.010]	[0.007]
Observation	165	158	151	157	150	143	168	161	154	168	161	154
RMSE	0.017	0.016	0.014	0.022	0.017	0.019	0.004	0.003	0.002	0.019	0.017	0.017
CD test	-0.479	-0.903	-0.745	-2.736	-1.825	-1.495	-2.257	-3.138	-2.871	-2.044	-2.646	-2.373
CD test pvalue	0.632	0.367	0.456	0.006	0.068	0.135	0.024	0.002	0.004	0.041	0.008	0.018
Abs Corr	0.161	0.195	0.214	0.213	0.269	0.212	0.489	0.481	0.421	0.198	0.222	0.240

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: On HDI, OLSP results prevail on MG since CD tests are robust in both cases and the pooling estimation appears the most appropriate with small sample size. On primary school enrollment rate, CD test appears less robust in the pooling estimation than the MG. Specification with (lag 2) shows robust CD test result. Regarding under-five mortality rate and GDPpc, CD tests appear less robust. Therefore, it is relevant to rely on the error correction specification estimated previously although in most cases the results are similar to the error correction estimations.

## **2.6 Conclusion and policy implications**

This study explores the effectiveness of government spending on education and health in seven countries of the West African Economic and Monetary Union. It focuses on four development indicators namely the human development index, gross primary school enrollment rate, under-five mortality rate and GDP per capita, which are often used to measure human development progress.

Unlike previous research on the effectiveness of social spending in developing countries, this study focuses on a regional set of countries which present similarities both in the economic and social dimensions and where progress in human development has been slow over the last three decades and that form an economic and monetary union. In doing so, it provides specific evidence and helps to avoid generalization bias that affects large groups in panel analysis. Also, this analysis accounts for cross section dependence that usually occurs in the context of countries in economic network as it is the case for the WAEMU states. According to the literature (Pesaran, 2006), the presence of unobserved common factors associated to cross-section dependence affects the estimates when not properly addressed. In addition to addressing this dependency, this study proposes a dynamic analysis that dissociates short and long-term effects in the estimates of the impact of social expenditure on human development indicators.

Using the common correlated effects pooled (CCEP) estimator applied to an error correction model (ECM), we found that education and health expenditures per capita are not effective in improving development outcomes (human development index, gross primary school enrollment rate, under-five mortality rate) in WEAMU, except GDP per capita. The size of the population is an important factor since the use of alternative measures gives significant results in some cases. Considering the expenditure as a percentage of tax revenue, we found a positive long-run impact of health expenditure on the level of the human development index. This result indicates that financing health expenditure through the national tax effort is beneficial to long-term human development. However, this impact could be jeopardized if public policies are not effective in fighting against under five mortality since health expenditure appears to have a perverse effect on that indicator.

Education spending per capita seems to affect GDP positively in the long run, but the result is very sensitive to model specification and less robust. However, when we consider the education expenditure as a percentage of tax revenue, taking into account the government's real financial capacity, we found that education spending has a negative impact on GDP in the long run. This result reflects on the one hand, the ineffectiveness of the education expenditure and on the other hand, it points out the poor domestic financial capacity of the WAEMU countries to invest in education. More external resources are needed in these countries besides a range of institutional reforms aiming at improving tax collection capacity of the governments.

In the health sector, we found evidence that health expenditure has a positive and significant impact on GDP both in the short and long term. Nevertheless, the apparently adverse effect of health expenditure on under-five mortality raises questions on the inclusiveness and sustainable nature of development policies in WAEMU. Health expenditure in WAEMU appears to be more effective in promoting economic growth than human development. This finding suggests that health policies in WAEMU should focus more on children to promote inclusive and sustainable development.

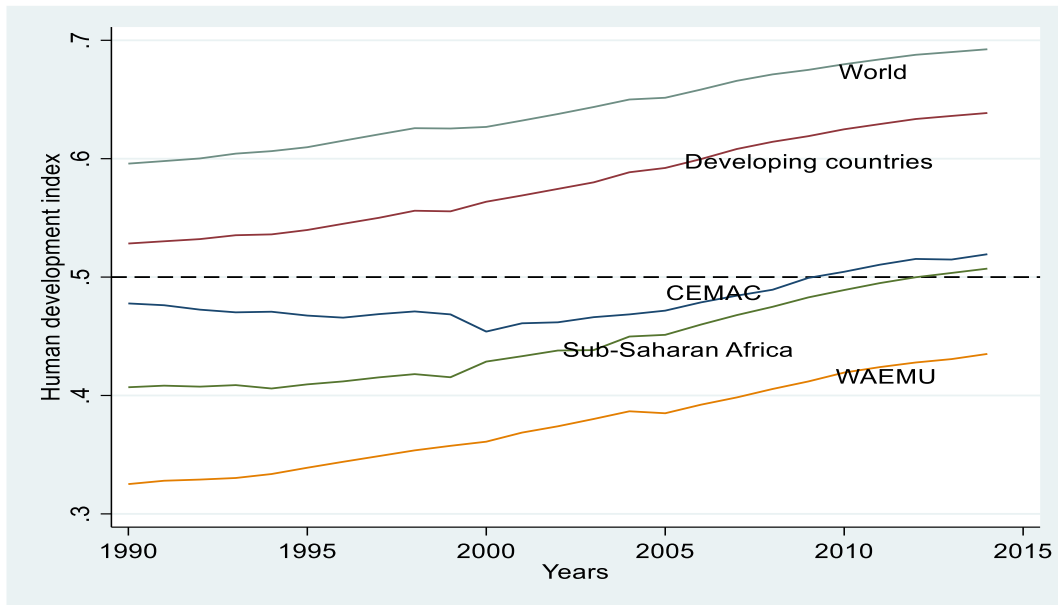
Moreover, this analysis found a negative and significant impact of gross primary enrollment rate on under-five mortality rate in the long run suggesting that the education level is an important driver of reductions in under-five mortality in the WAEMU countries. Considering that education expenditures do not drive primary school enrollment in this region, policymakers must review education policies and expenditure structure to ensure effective implementation and increase in school attendance which has positive spillover effect on under five mortality in the long run. Population growth, resource allocation strategies and policy implementation need more attention in the policy frameworks in WAEMU. To improve the effectiveness of health and education expenditure in these areas, in-depth research is required. Following our findings, two main questions emerge: (1) where is financial effort oriented? And (2) who benefits most from the public expenditures in the areas of health and education?

To answer those questions, it is important to further analyze the structure of public spending through a country-specific analysis. The country-specific analysis is relevant in the WAEMU context for two reasons. First, recall that our ECM-CCEP estimates provide homogeneous slope

coefficients. The non-significant parameters observed could be explained either by the heterogeneity of the impact across countries or the lack of effect in each country. In both cases, country specific analysis will help to better answer the above questions. Second, as indicated in the analysis, WAEMU countries diverge in their population growth rates, and this factor appears to be important in the effectiveness assessment. Therefore, country-specific analysis is required.

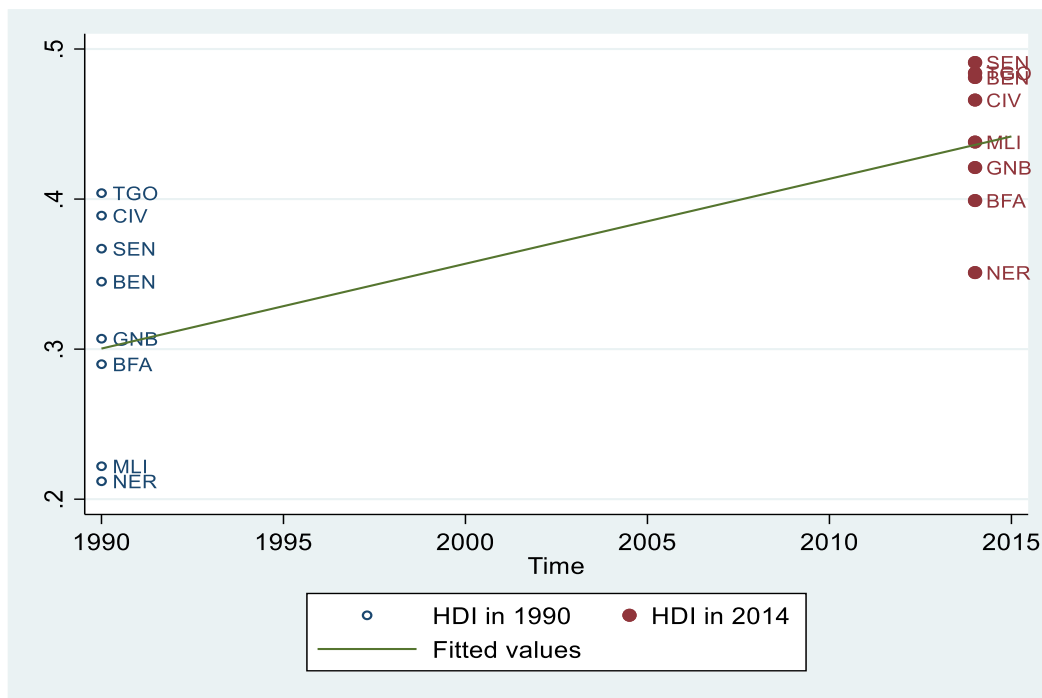
## 2.7. Annexes

Figure 2. 6: Human Development Index trend in WAEMU and other regions, 1990-2014



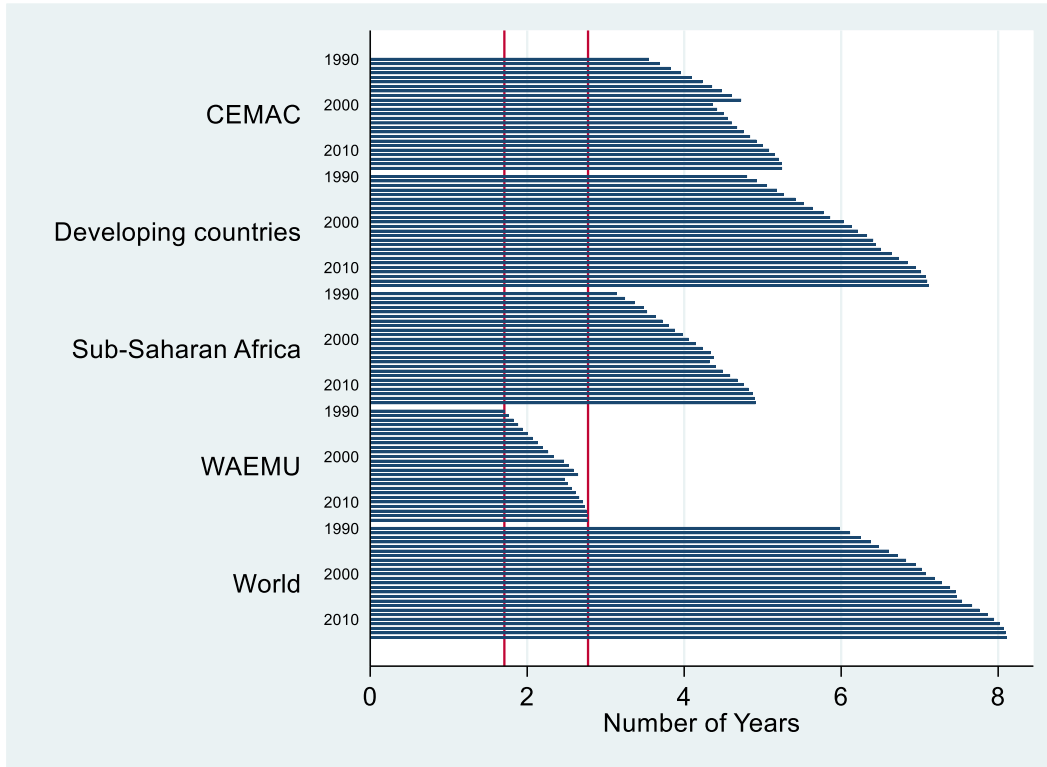
Source: UNDP Data, 2016

Figure 2. 7: Human Development Index trend by country in WAEMU, 1990-2014



Source: UNDP Data, 2016

Figure 2. 8: Number of Average Year of Schooling in WAEMU and other regions, 1990-2014



Source: UNDP Data, 2016

Table 2. 10: Estimation of standard and dynamic ECM-CCEP exploring the effects of per capita health expenditure, and GDP per capita on under-five mortality rate

	lnU5MR	
	CCEPs	CCEPd
Long run		
lnHEpc	0.030 [0.030]	0.054 0.042
lnGDPpc	-0.220 [0.153]	-0.232 0.264
ECT	-0.146** [0.056]	-0.108** [0.053]
Short run		
lnHEpc	0.005* [0.003]	0.006** [0.003]
lnGDPpc	-0.002 [0.014]	0.002 [0.014]
Constant	0.118 [0.285]	-0.100 [0.610]
Observation	131	131
R-squared	0.994	0.997
Adjust R-squared	0.988	0.992
RMSE	0.002	0.002
CD test	0.826	0.854
CD test pvalue	0.409	0.393
Abs Corr	0.531	0.322

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: The estimates of this Table show that GDP per capita is negatively associated with under five mortality in the long run as expected but the result is not statistically significant. The results are robust in the two models. The adverse effect of health expenditure on under five mortality is still valid.

Table 2. 11: Estimation of standard and dynamic ECM-CCEP models exploring the effects of per capita education expenditure, under-five mortality rate and GDP per capita on gross primary school enrollment rate

	lnPSE	
	CCEPs	CCEPd
	(1)	(2)
Long run		
lnEEpc	-0.196	-0.192
	[0.160]	[0.248]
lnU5MR	0.912	0.613
	[1.500]	[2.465]
lnGDPpc	0.115	0.076
	[0.380]	[0.477]
ECT	-0.442**	-0.482*
	[0.185]	[0.252]
Short run		
lnEEpc	-0.022	-0.025
	[0.047]	[0.079]
lnU5MR	-0.156	-1.961
	[1.913]	[2.774]
lnGDPpc	0.109	0.140
	[0.139]	[0.181]
Constant	-3.330	-3.219
	[7.24]	[12.97]
Observation	131	131
R-squared	0.790	0.893
Adj R-squared	0.553	0.653
RMSE	0.023	0.021
CD test	0.335	-1.162
CD test pvalue	0.738	0.245
Abs Corr	0.211	0.278

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: In this Table, we looked essentially to the impact of GDP per capita on school enrollment rate. We found positive parameter sign in short and long term as expected but not significant. The results are robust.

Table 2. 12: Estimation of standard and dynamic ECM-CCEMG models exploring the effects of health and education expenditures as a percentage of GDP on GDP per capita

	lnGDPpc		
	no lag	lag 1	lag 2
	(1)	(2)	(3)
<b>Long run</b>			
lnEE(%gdp)	-0.022	-0.006	-0.055
	[0.114]	[0.071]	[0.068]
lnHE(%gdp)	0.023	0.034	0.035**
	[0.024]	[0.030]	[0.016]
ECT	-0.614***	-0.945***	-0.911***
	[0.073]	[0.085]	[0.148]
<b>Short run</b>			
lnEE(%gdp)	-0.013	-0.033***	-0.038***
	[0.028]	[0.008]	[0.010]
lnHE(%gdp)	0.018	0.038**	0.035**
	[0.021]	[0.019]	[0.014]
Constant	-3.686	0.399	7.131
	[3.296]	[4.957]	[7.106]
Observation	168	161	154
RMSE	0.016	0.010	0.006
CD test	-0.794	-0.122	-0.569
CD test pvalue	0.427	0.903	0.570
Abs Corr	0.205	0.212	0.382

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: Education expenditure as a percentage of GDP appears to have negative impact on GDP per capita in the short run. This result may suggest an ineffectiveness of education expenditure in improving GDP but has to be taken with caution. All three specifications are robust but the significance of the coefficient varies from the standard to the dynamic models. This result should also be taken with caution as it is different from the pooling estimates and based on our small sample size, the pooling estimates should prevail on the mean group estimates.

Table 2. 13: Estimations of standard and dynamic ECM-CCEP exploring the effects of health and education expenditures as a percentage of tax revenue on GDP per capita

	lnGDPpc			
	no lag (1)	lag 1 (2)	lag 2 (3)	lag 3 (4)
<b>Long run</b>				
lnEE(%tax)	-0.087 [0.073]	-0.007 [0.055]	-0.079 [0.114]	-0.135 [0.127]
lnHE(%tax)	0.070 [0.050]	0.066 [0.063]	0.107 [0.088]	0.103 [0.126]
ECT	-0.378*** [0.119]	-0.479** [0.198]	-0.414** [0.180]	-0.299* [0.173]
<b>Short run</b>				
lnEE(%tax)	-0.038* [0.019]	-0.003 [0.029]	-0.042 [0.030]	-0.038 [0.029]
lnHE(%tax)	0.027 [0.019]	0.017 [0.024]	0.027 [0.024]	0.020 [0.033]
Constant	-1.832* [1.036]	-2.164 [1.564]	-1.040 [2.244]	-1.410 [1.086]
Observation	168	161	154	147
R-squared	0.657	0.785	0.760	0.724
Adj R-squared	0.498	0.600	0.534	0.440
RMSE	0.026	0.023	0.024	0.023
CD test	-2.523	-2.915	-2.334	-2.824
CD test pvalue	0.012	0.004	0.020	0.005
Abs Corr	0.258	0.246	0.249	0.271

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: In all models, CD test indicates a cross section dependence which suggests that these specifications might not be robust. The results are compared to those of the CCEMG estimation reported in Table 2.14.

Table 2. 14: Estimations of standard and dynamic ECM-CCEMG models exploring the effect of expenditures as a percentage of tax revenue on GDP per capita

	lnGDPpc		
	no lag (1)	lag 1 (2)	lag 2 (3)
<b>Long run</b>			
lnEE(% tax)	-0.125*	-0.136**	-0.130*
	0.068	0.057	0.068
lnHE(% tax)	0.044*	0.036	0.036
	0.024	0.052	0.086
ECT	-0.838***	-0.716***	-0.708***
	[0.060]	[0.151]	[0.134]
<b>Short run</b>			
lnEE(% tax)	-0.058*	-0.022	-0.029
	[0.030]	[0.031]	[0.035]
lnHE(% tax)	0.008	0.022	0.025
	[0.007]	[0.021]	[0.023]
Constant	-4.578***	-8.899	-14.500
	[0.355]	[7.643]	[8.908]
Observation	168	161	154
RMSE	0.017	0.011	0.009
CD test	-0.930	-1.733	-0.275
CD test pvalue	0.352	0.083	0.783
Abs Corr	0.198	0.211	0.308

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: The signs of the coefficients of the CCEMG estimations are identical to those of the CCEP. The three columns show that education expenditure as a percentage of tax revenue has a negative impact of GDP per capita in the long run. These results suggest that education expenditure seems to have a pressure on tax system which in term is detrimental to economic growth in the long term. The results might also be due to ineffectiveness of expenditure to contribute to growth. Further analysis is required to understand the linkages between public education expenditures and economic growth in the context of the WAEMU countries.

Table 2. 15: Estimation of dynamic CCEP models exploring the effects of per capita expenditures on HDI, Primary school enrollment rate and Under-five mortality rate

	lnHDI		lnPSE			lnU5MR		
	lag 1 (1)	lag 2 (2)	lag 1 (3)	lag 2 (4)	lag 3 (5)	lag 1 (6)	lag 2 (7)	lag 3 (8)
Long run								
lnEEpc	-0.030 [0.127]	-0.075 [0.172]	0.053 [0.471]	0.037 [0.471]	0.134 [0.386]	0.087 [0.150]	0.005 [0.055]	0.043 [0.057]
lnHEpc	0.058 [0.061]	0.115 [0.115]	0.283 [0.332]	0.346 [0.387]	0.170 [0.322]	-0.001 [0.038]	0.018 [0.020]	0.027 [0.022]
ECT	-0.380** [0.189]	-0.279* [0.160]	-0.095 [0.077]	-0.126 [0.110]	-0.147* [0.087]	-0.085 [0.074]	-0.138*** [0.049]	-0.141*** [0.047]
Short run								
lnEEpc	-0.002 [0.040]	0.006 [0.030]	0.009 [0.038]	0.008 [0.052]	0.015 [0.066]	0.001 [0.006]	-0.002 [0.005]	0.002 [0.005]
lnHEpc	-0.006 [0.021]	0.008 [0.020]	0.046 [0.033]	0.049 [0.039]	0.023 [0.035]	0.001 [0.002]	0.003 [0.002]	0.004** [0.002]
Constant	-1.599 [0.974]	-0.983 [1.291]	0.009 [0.379]	-0.043 [0.348]	0.124 [0.451]	0.574* [0.310]	0.494 [0.548]	0.373 [0.467]
Observation	158	151	150	143	137	161	154	147
R-squared	0.893	0.930	0.728	0.708	0.716	0.993	0.994	0.995
Adjust R-squared	0.796	0.862	0.459	0.389	0.377	0.986	0.987	0.989
RMSE	0.019	0.015	0.026	0.028	0.027	0.002	0.002	0.002
CD test	-1.066	0.177	-1.906	-1.987	-0.987	-1.867	-2.437	-1.797
CD test pvalue	0.286	0.860	0.057	0.047	0.324	0.062	0.015	0.072
Abs Corr	0.361	0.305	0.253	0.276	0.252	0.345	0.310	0.303

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: lag 1 refers to inclusion of first lag of cross section means for each variable, lag 2 the inclusion of second lag of cross section means and lag 3 the inclusion of third lag of cross section means for each variable. The first two columns on HDI show consistent estimations and confirm that education and health per capita expenditures have no significant impact on human development index in WAEMU. On education, only the estimation of column 5 (lag 3) is consistent since residual cross section dependence test does not reject the independence of the units. The results are similar to the results of Table 2.2 and confirm that education and health expenditures per capita have no significant impact on primary school enrollment rate in WAEMU. Regarding the health indicator (under-five mortality rate), the residual cross section dependence test fails to confirm the independence of the countries in the three models. However, the results of the estimation with lag 2 are identical to the results of Table 2.2, where a combination of lag variables led to a consistent estimation.

Table 2. 16: Unit root tests

Variables	Augmented Dfuller test of Fisher	Pesaran Pescadf test
	Order of integration	Order of integration
lnHDI	I1	I1
lnEE(%gdp)	I0	I1
lnHE(%gdp)	I0	I1
lnU5MR	I0	I0
lnPSE	I1	I1
lnHEpc	I0	I1
lnEEpc	I1	I1
lnEE(%tax)	I0	I0
lnHE(%tax)	I0	I1
lnGDPpc	I1	I1

Note: The Augmented Dfuller test of Fisher performs Unit root test by assuming a cross section independence in the series. In contrary, Pesaran Pescadf test performs Unit root test in the presence of cross-sectional dependency. According to the Table, the order of integration has changed for some variables (lnEE(%gdp), lnHE(%gdp), lnHEpc, lnHE(%tax)) from the Fisher test to the Pesaran test. This clearly indicates how cross section dependency affects the structure of the series and thus should be taking into consideration. Table 16 shows that lnHDI, lnEE(%gdp), lnHE(%gdp), lnPSE, lnHEpc, lnEEpc, lnHE(%tax) and lnGDPpc are non-stationary and integrated at the order 1 while lnU5MR and lnEE(%tax income) are stationary. Therefore, the estimated models are combination of I0 and I1 variables. In this case, an error correction model appears the most suitable estimation technique to investigate the relationship between the variables.

Table 2. 17: Westerlund (2005) co-integration test

Equation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Dependent variable	lnHDI	lnPSE	lnU5MR	lnGDPpc	lnHDI	lnPSE	lnU5MR	lnGDPpc	lnHDI	lnPSE	lnU5MR	lnGDPpc
Regressor 1	lnEEpc	lnEEpc	lnEEpc	lnEEpc	lnEE(%gdp)	lnEE(%gdp)	lnEE(%gdp)	lnEE(%gdp)	lnEE(%tax)	lnEE(%tax)	lnEE(%tax)	lnEE(%tax)
Regressor 2	lnHEpc	lnHEpc	lnHEpc	lnHEpc	lnHE(%gdp)	lnHE(%gdp)	lnHE(%gdp)	lnHE(%gdp)	lnHE(%tax)	lnHE(%tax)	lnHE(%tax)	lnHE(%tax)
t-statistic	1.7016	1.9587	3.7179	1.9968	1.3408	1.409	2.8187	2.6788	2.7455	2.4392	3.7583	4.7346
p-value	0.0444	0.0251	0.0001	0.0229	0.09	0.0794	0.0024	0.0037	0.003	0.0074	0.0001	0.000
Cointegration	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

Standard deviation in bracket; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Note: H0: no cointegration; HA: some panels are cointegrated. The null hypothesis is rejected in all equations either at 1, 5 or 10 percent. In this test, we used the option "demean" to mitigate the impact of cross-sectional dependence as suggested by Levin, Lin and Chu (2002). Using demean option, subtracts the cross-sectional averages from the series before performing the test. According to the results, cointegration occurs in all the relationships that are investigated.

Table 2. 18: Cross sectional dependence test- CD test

	t statistic	p-value
Variable in level		
lnHDI	21.44	0.000
lnEEpc	21.8	0.000
lnHEpc	21.44	0.000
lnEE(%gdp)	6.54	0.000
lnHE(%gdp)	8.22	0.000
lnPSE	18.89	0.000
lnU5MR	22.47	0.000
lnGDPpc	17.69	0.000
Variable in first difference		
$\Delta$ lnHDI	3.82	0.000
$\Delta$ lnEEpc	7.36	0.000
$\Delta$ lnHEpc	7.35	0.000
$\Delta$ lnEE(%gdp)	0.68	0.493
$\Delta$ lnHE(%gdp)	2.51	0.012
$\Delta$ lnPSE	0.59	0.553
$\Delta$ lnU5MR	14.57	0.000
$\Delta$ lnGDPpc	5.3	0.000

H0: cross sectional independence

H1: cross sectional dependence

## **Chapitre 3 : Politiques d'éducation pour tous au Bénin et au Togo : Efficience des dépenses et importance du ciblage**

### **3.1 Résumé**

Ce chapitre se focalise sur le secteur de l'éducation et analyse les facteurs à l'origine de l'accélération des progrès en développement humain au Bénin qui ont permis d'atteindre et de dépasser le niveau de l'IDH du Togo entre 1990 et 2015. À travers une méthodologie mixte, qualitative et quantitative, une analyse des facteurs est réalisée ainsi qu'une étude d'efficience des dépenses publiques d'éducation désagrégées à l'aide de la méthode data envelopment analysis (DEA) avec l'indice de Malmquist et une régression tronquée. Les résultats montrent une légère amélioration de l'efficience dans les années 2014-15 au Bénin contre une détérioration au Togo. Les facteurs comme l'inflation et la corruption ont un effet négatif sur le score d'efficience. La gouvernance du système d'éducation et la stabilité du contexte national jouent un rôle primordial dans la mise en œuvre effective des politiques. L'effort pour initier et financer des programmes spécifiques envers les filles est apparu comme un levier important dans l'amélioration de la scolarisation des filles, plaçant le ciblage de groupes en situation de vulnérabilité au cœur de l'efficacité des stratégies nationales d'éducation dans les deux pays.

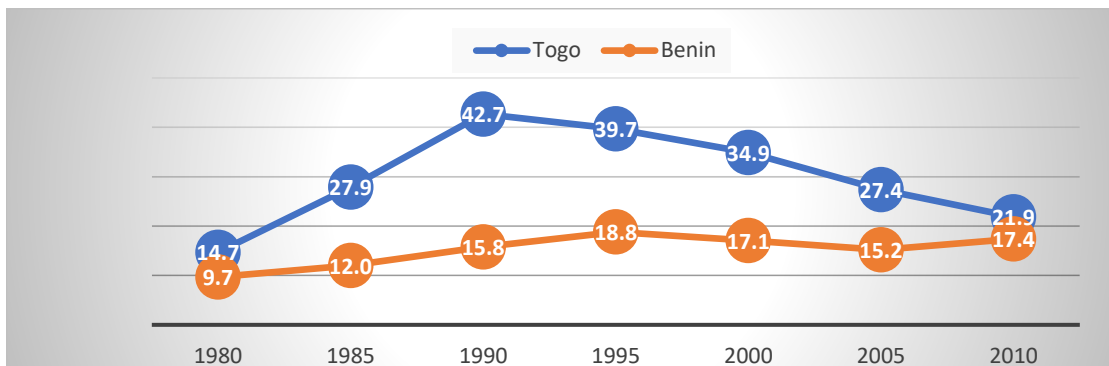
## 3.2 Introduction

Les accords post-Washington Consensus se sont accompagnés dans les pays en développement d'une intervention plus substantielle dans l'offre des services sociaux, en particulier, les services d'éducation et de santé (Gupta et al., 2002). Avec le concours de l'élaboration en 1990, de l'indice du développement humain (IDH) par le PNUD, les efforts des pays moins avancés se sont davantage accentués dans l'éducation et la santé qui sont deux domaines prioritaires dans l'amélioration du développement humain. Le secteur de l'éducation a ainsi pris une place prépondérante dans les politiques nationales visant à promouvoir le développement humain et une croissance économique inclusive et durable. En 1990, les États adoptent à Jomtien la Déclaration mondiale sur l'Éducation pour Tous (EPT) qui définit le cadre d'action dans le domaine de l'éducation en vue d'assurer à tous une éducation de base qui permet de satisfaire aux besoins éducatifs fondamentaux. Cette déclaration et son cadre d'action élaboré au forum mondial sur l'éducation de Dakar (2000) sont censés guider la mise en place de politiques nationales d'éducation dans les pays en développement. Grâce aux efforts déployés, certains pays se sont positivement illustrés dans l'amélioration de leur niveau d'éducation et de développement humain mesuré par l'IDH. Les pays d'Afrique Subsaharienne, en particulier ceux d'Afrique de l'Ouest restent à la traîne malgré quelques progrès enregistrés dans l'amélioration de l'IDH (Graphique 3.14, annexe 1). Deux pays de cette région (Bénin et Togo) se sont illustrés avec une tendance de convergence de l'IDH qui suscite l'attention et interpellent sur l'efficacité et l'efficience des politiques publiques visant à renforcer le développement humain.

En 1990, le Togo présentait le niveau d'IDH le plus élevé au sein de l'Union économique et monétaire ouest africaine (Graphique 3.15, annexe 1). Entre 2004 et 2007 (Données PNUD, 2020), le Bénin, pays voisin du Togo, précédemment en quatrième position derrière la Côte d'Ivoire et le Sénégal, réduit l'écart avec le Togo et affiche depuis lors un niveau d'IDH supérieur à tous les pays de l'UEMOA. Cette convergence indique que les deux pays ont progressé à différentes vitesses lorsqu'il s'agit de l'amélioration du niveau de développement humain. C'est également le cas lorsqu'on élargit l'observation aux autres pays de l'UEMOA (l'IDH du Mali s'est accru deux fois plus que celui du Burkina Faso et

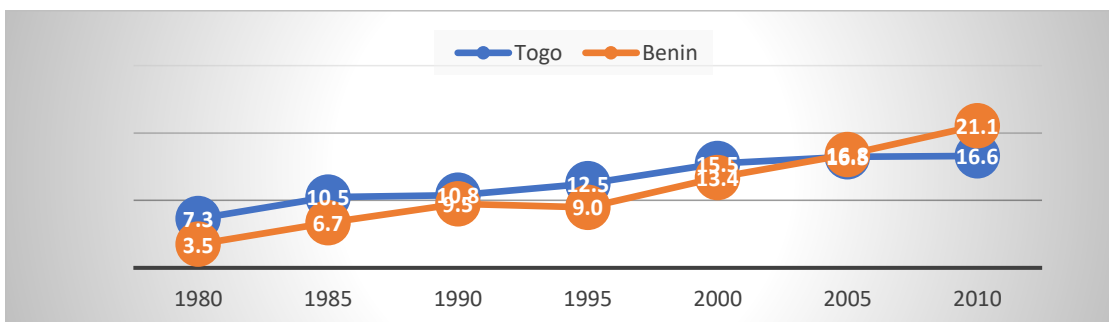
la Guinée). Ces différences remarquables de tendance témoignent de l'hétérogénéité de ces pays dans l'amélioration du niveau de développement humain, qui pourrait être liée à l'efficacité des politiques publiques dans les secteurs économiques et sociaux dans certains des pays. Nos études antérieures (Chapitre 2) sur les pays de l'UEMOA ont montré la nécessité d'approfondir l'analyse d'efficacité des politiques, dans les secteurs sociaux, à travers des études de cas pour mieux prendre en compte la spécificité des pays.

Graphique 3. 1: Part de la population de 15 - 24 ans ayant le primaire comme niveau le plus élevé complété



Source: Données issues de Barro et Lee, 2013

Graphique 3. 2: Part de la population de 15-24 ans ayant le secondaire comme niveau le plus élevé complété

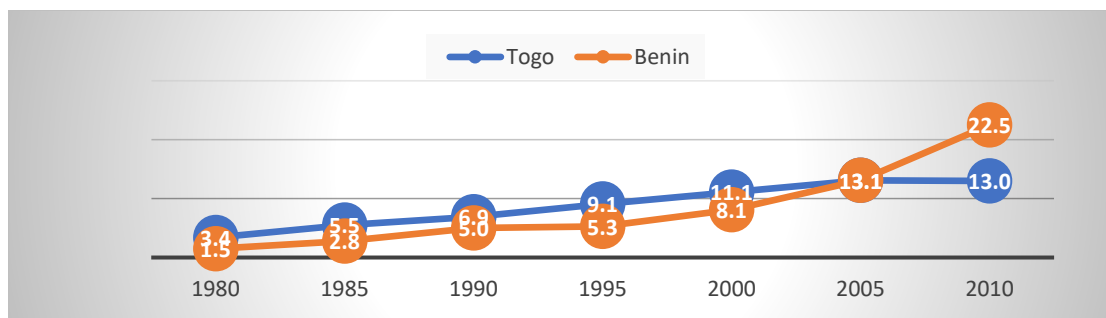


Source: Données issues de Barro et Lee, 2013

Le Togo a reculé sur certains indicateurs clés pendant que des progrès sont observés au Bénin. Entre 1990 et 2010, le pourcentage de la population jeune de 15-24 ans ayant atteint un niveau d'éducation maximum de primaire a drastiquement baissé au Togo (Graphique 3.1). Cette baisse pourrait s'expliquer d'une part par une population qui s'éduque de plus en plus ou par une augmentation de la part des jeunes n'ayant pas pu compléter le niveau d'éducation primaire. La part de cette population ayant le secondaire comme niveau

d'éducation le plus élevé (Graphique 3.2) s'est stagné au Togo depuis les années 2000 montrant que l'hypothèse d'accroissement du niveau d'éducation est peu soutenable. L'hypothèse la plus plausible est donc que le pays a du mal à répondre au besoin en matière d'éducation de sa population qui est de plus en plus jeune. La situation du Bénin semble bien meilleure que celle du Togo avec une population jeune de 15 à 24 ans qui accroît son niveau d'éducation (Graphiques 3.1 et 3.2). Les progrès du Bénin sont plutôt positifs dans les trois niveaux d'éducation, notamment dans le secondaire et le supérieur (Graphiques 3.2 et 3.24 en annexe 4). Les progrès enregistrés dans le secondaire s'expliquent notamment par l'amélioration de l'éducation des filles (Graphique 3.3) démontrant ainsi l'importance de la prise en compte des groupes vulnérables dans les politiques d'éducation.

Graphique 3. 3: Pourcentage des filles de 15-24 ayant le secondaire comme niveau le plus élevé complété



Source: Données issues de Barro et Lee, 2013

Le choix porté sur le Bénin et le Togo dans cette étude comparative est essentiellement guidé par l'objet de l'analyse qui se veut de comprendre si la convergence liée à l'indice du développement humain trouve son explication d'une part, dans une efficacité relative des politiques publiques d'éducation au Bénin par rapport au Togo, et d'autre part, dans une efficacité relative dans l'allocation des ressources entre les deux pays. La question de recherche est d'identifier les facteurs à l'origine des progrès relativement importants observés dans le domaine de l'éducation au Bénin par rapport au Togo sur la période de 1990 à 2015. L'identification de ces facteurs permettra de mieux orienter les politiques publiques notamment dans le contexte des ODD où le développement humain est au cœur des discussions sur l'inclusivité des groupes vulnérables dans les processus de

développement socio-économique durable. Une attention particulière est portée aux groupes vulnérables notamment les filles qui ont longtemps constitué un groupe marginalisé dans les politiques d'éducation et de développement en général. Ce faisant, ce chapitre analyse l'efficacité du ciblage de groupes en situation de vulnérabilité dans les politiques d'éducation.

La suite de ce chapitre est organisée comme suit : la partie 3.3 présente la revue de littérature, la partie 3.4 présente les données et méthodologie, la partie 3.5 présente une analyse générale sur les politiques d'éducation pour tous en Afrique, la partie 3.6 présente une étude de cas entre le Bénin et le Togo et discute des facteurs pouvant expliquer l'efficacité et l'efficience relative des politiques d'éducation entre les deux pays. Elle est suivie de la conclusion.

### **3.3 Revue de littérature**

Les conférences de Jomtien de 1990 et de Dakar de 2000 ont joué un rôle de premier plan dans la planification stratégique et la prise en compte de la vulnérabilité dans le secteur scolaire en mettant l'accent sur l'« Éducation pour Tous » (EPT) et les « besoins éducatifs fondamentaux » qui ont servi de référence dans l'élaboration des politiques nationales d'éducation. Ces concepts ont mis l'accent sur un modèle inclusif dans l'offre d'éducation afin de garantir que les populations vulnérables, les groupes minoritaires, les filles et les enfants de familles pauvres, ainsi que les personnes avec handicaps puissent bénéficier des mêmes chances d'accéder à l'éducation et acquérir les compétences nécessaires pour la vie.

L'adhésion des pays au paradigme de l'EPT a conduit à des vagues de politiques nationales d'éducation primaire universelle après la conférence de Jomtien de 1990 (Buchert, 1995). Bien que la conférence de Jomtien ait participé à créer un engouement des organisations nationales et internationales vers l'EPT, elle n'a pas réussi à drainer les ressources nécessaires pour accompagner les pays en développement dans la mise en œuvre de leurs stratégies nationales d'éducation pour tous (Buchert, 1995; Bennell et Furlong, 1998). Il a fallu par exemple plus de 15 ans au Bénin (1990-2006) et 17 ans (1990-2008) au Togo pour que l'éducation primaire devienne gratuite. En 2006, le gouvernement du Bénin a rendu

l'éducation gratuite pour tous les enfants dans l'enseignement primaire public et pour les filles des classes de 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> du premier cycle du secondaire (Gouvernement du Bénin, 2013b)<sup>32</sup>. Au Togo, le gouvernement a adopté en 2008 une mesure de gratuité de l'enseignement primaire (BIT et OCDE, 2018) qui s'ajoute à la subvention de 30% des frais scolaires pour les filles dans l'enseignement secondaire en vigueur depuis l'arrêté interministériel de 1998 (Gouvernement du Togo, 2017b). Ces mesures vont s'accompagner d'une augmentation des dépenses publiques dans l'éducation. Dans l'enseignement primaire au Bénin, les dépenses pour la prise en charge de la scolarité dans les écoles maternelle et primaire du secteur public (incluant la prise en charge des frais d'écolage, l'acquisition et distribution de manuels scolaires et cahiers d'activité et les frais de scolarité des filles) sont passées de 110 millions de FCFA à 4.7 milliards de FCFA entre 2006 et 2007 (valeur constante 2008)<sup>33</sup>, soit une augmentation de plus de 4170% en deux ans (Gouvernement du Bénin, 2006a et 2007)<sup>34</sup>. En 2014, ces dépenses atteignent 10.3 milliards FCFA (Gouvernement du Bénin, 2014). La forte croissance observée entre 2006 et 2007 est liée à l'introduction dans le budget du ministère de l'éducation, de nouvelles lignes budgétaires telles que la prise en charge des frais d'écolage et l'acquisition de manuels scolaires et cahiers d'activité au profit des écoliers (Ibid). Pour ce qui concerne les filles, certains programmes spécifiques comme le Paquet éducatif essentiel (PEE), les programmes de scolarisation des filles ainsi que les appuis aux lycées de jeunes filles ont également vu leurs budgets accroître significativement sur la période. De 580 millions FCFA environ en 2006, les dépenses de ces programmes ont atteint 928 millions en 2008, puis 1.9 milliards en 2015, incluant les subventions aux universités qui représentent la plus grosse part de ces dépenses (soit 79%) (Gouvernement du Bénin, 2007, 2008a, 2009a, 2010, 2011, 2012, 2013a, 2014a, 2015). Au Togo, les données disponibles montrent une

---

<sup>32</sup> Les classes de 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> sont les deux premières classes du premier cycle du secondaire de l'enseignement général qui compte 4 années (6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>). Le deuxième cycle de l'enseignement général secondaire compte trois années (2<sup>nd</sup>, 1<sup>ère</sup>, Terminal).

<sup>33</sup> Toutes les valeurs ont été exprimées en valeur constante en corrigeant les valeurs nominales issues des documents des gouvernements des deux pays par l'indice harmonisé des prix à la consommation base 2008 publié par la BCEAO. Lors de la rédaction de cette thèse, l'IHPC base 2008 était la plus à jour.

<sup>34</sup> Les données sont issues des documents de comptes administratifs de gestion produits par le gouvernement du Bénin. Les calculs de désagrégation et de regroupement des dépenses sont effectués par nous-même comme expliqué plus loin dans le document.

augmentation des dépenses pour la gratuité des frais d'écolage de 1.6 milliard en 2009 à 2.3 milliards de FCFA en 2013 où elles ont atteint leur plus haut niveau, avant de connaître une baisse à 1.2 milliard FCFA en 2015 (Gouvernement du Togo, 2013a, 2014a, 2015). L'évolution de ces dépenses témoigne de la volonté des États de financer les programmes inclusifs, mais aussi leur difficulté à maintenir le cap dans le financement, notamment lorsqu'on sait que la forte croissance démographique de ces pays appelle à des investissements plus importants dans le domaine de l'éducation.

Mais suffit-il d'augmenter les dépenses pour atteindre plus de résultats dans les secteurs sociaux, en particulier l'éducation ?

Les travaux de Barro (1991), Gallagher (1993), Sylwester (2000) et Gupta et al., (2002), Mankiw et al., (1992), Baldacci et al. (2008) s'accordent à reconnaître l'impact positif des dépenses d'éducation sur les taux de scolarisation notamment dans le primaire et le secondaire, l'amélioration du capital humain éducatif, et ainsi la réduction des inégalités sociales. Cependant, de récents travaux montrent que les dépenses dans l'éducation présentent des résultats mitigés. Kalindi (2015) indique que les dépenses d'éducation mises en place dans le cadre des politiques d'« Éducation pour Tous » dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne s'accompagnent d'une baisse de la qualité de l'éducation du fait de l'inadéquation de l'offre d'éducation face à une demande grandissante dont les effets sont entre autres : des effectifs pléthoriques dans l'enseignement primaire, l'absence d'infrastructures éducatives, l'insuffisance d'enseignants formés, l'insuffisance de matériels éducatifs, etc. Les déficits dans l'acquisition de connaissances constituent ainsi l'une des critiques à l'efficacité des dépenses d'éducation. Pour Gruber et Kosack (2014), ces déficits de connaissances sont une source future d'inégalités dans les PED. Il est donc nécessaire d'étudier, dans le domaine de l'éducation, la qualité, la composition et la complémentarité des dépenses publiques et leurs relations avec les indicateurs d'inégalités pour assurer que les politiques mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales soient efficaces.

Par ailleurs, plusieurs travaux dans le domaine de l'éducation s'accordent à reconnaître que l'augmentation des dépenses publiques et même de l'aide n'est pas suffisante pour déterminer le niveau de progrès réalisé sur les indicateurs de développement (Hanushek, 1997; UNESCO, 2011). Certains travaux se sont orientés vers l'impact des intrants (inputs) du système éducatif sur les résultats scolaires (extrants). Pour l'UNESCO (2011), les principaux intrants pédagogiques peuvent être catégorisés en ressources matérielles (matériels d'enseignement et d'apprentissage, infrastructure et installations matérielles), humaines et bonne gouvernance. L'UNESCO (2011) souligne que mettre l'accent sur les intrants ne suffit pas, car ils ne couvrent pas tous les aspects des éléments nécessaires à la réussite d'un système éducatif. L'UNESCO évoque ainsi la complexité du système éducatif qui selon Rasera (2005), interpelle une interrelation entre différents facteurs. En effet, la capacité d'un système éducatif à transformer des ressources disponibles en apprentissage pour tous (notamment pour les pauvres) dépend de sa capacité à définir et à mettre en œuvre une politique, à planifier, à financer, à évaluer les élèves, à gérer les ressources humaines ainsi qu'à mettre en place des partenariats intergouvernementaux et externes (UNESCO, 2011). Il se dégage ainsi que le contexte national dans lequel les politiques sont définies et mises en œuvre, la gestion des ressources financières, matérielles et humaines, la gouvernance du secteur y compris la coordination des acteurs sont des facteurs importants dans l'efficacité des politiques éducatives.

Plusieurs études empiriques recensées par Hanushek (1997) s'accordent à reconnaître qu'il n'y a pas de relation forte entre les ressources scolaires et les performances des élèves. Nombreux sont les facteurs qui interviennent dans la performance scolaire : les facteurs d'ordre familial, la structure de gouvernance du système éducatif qu'elle soit centralisée ou décentralisée, les mécanismes de motivation des acteurs dont notamment les enseignants, etc. (Hanushek, 1997). Hanushek (1997) a réalisé une méta-analyse sur 277 études relatives à l'impact des intrants sur les résultats dans le système scolaire. Les indicateurs les plus utilisés pour mesurer les intrants sont les ressources réelles de classe (éducation de l'enseignant, son expérience, ratio élèves/enseignants), les ressources financières agrégées (dépenses par élève et salaire des enseignants) et autres ressources scolaires incluant les caractéristiques spécifiques des enseignants, les intrants

administratifs et infrastructures, etc. Il existe peu de preuve pour soutenir l'idée qu'une augmentation des ressources conduit automatiquement à de meilleurs résultats dans le système scolaire. Les facteurs jouant un rôle primordial dans la performance scolaire incluent la compétence des enseignants qui est corrélée avec la performance des élèves, la disponibilité de matériels pédagogiques indispensables pour l'amélioration de l'apprentissage notamment dans les milieux pauvres, ainsi que le temps alloué à l'enseignement (UNESCO, 2011, Hanushek, 1997).

Sur la gouvernance du système éducatif, Summers et Johnson (1996) observent que les systèmes de gestion centralisée du système éducatif ne sont pas très efficaces dans la mesure où ils n'assurent pas une bonne allocation des ressources. Toutefois, la décentralisation de la prise de décision pour accroître la performance du système ne suffit pas; des objectifs clairs doivent être définis et un système pour assurer une redevabilité directe doit être mis en place (Ibid).

La conclusion principale de la méta-analyse de Hanushek (1997) est que l'organisation du système éducatif ainsi que les mécanismes d'incitation existants ne permettent pas d'assurer que les ressources additionnelles soient efficacement utilisées. Les études plaident pour une orientation des ressources vers les programmes qui marchent. Ceci suppose d'évaluer l'efficacité des programmes, en particulier l'efficacité du ciblage des groupes vulnérables dans les programmes et politiques du secteur de l'éducation. Ainsi, une analyse de l'efficacité et l'efficience des programmes est importante pour comprendre l'efficacité des stratégies dans la prise en compte des groupes vulnérables.

Deux catégories de mesures sont utilisées dans la littérature pour mesurer l'efficience ou la performance du secteur public: des mesures d'ordre macro et des mesures d'ordre micro (Afonso et al., 2010). Les mesures d'ordre macro évaluent les dépenses publiques dans leur entièreté alors que les mesures micro se focalisent sur un secteur particulier ou sur une fonction budgétaire particulière (Dépenses de santé, dépenses hospitalières, de protection contre le paludisme, le sida, etc.). Dans cette étude, l'analyse se portera sur une étude de type micro.

### 3.4 Données et Méthodologie

Cette section présente les données utilisées et les méthodes d'analyse.

#### 3.4.1. Données

Les données de l'étude proviennent de sources primaire et secondaire. Les données primaires sont relatives aux dépenses désagrégées dans l'éducation qui sont collectées auprès des institutions publiques qui assurent leur production, notamment le ministère du Plan et du Développement, le ministère de l'Économie et des Finances et les ministères sectoriels de l'éducation au Bénin et au Togo. Les données secondaires sont relatives aux indicateurs d'éducation (taux brut et net de scolarisation dans le primaire et le secondaire, taux d'achèvement dans le primaire et le secondaire, le ratio élèves-enseignant, etc.), ainsi que les données agrégées des dépenses publiques et des agrégats macroéconomiques collectées auprès des institutions internationales (Banque mondiale, UNESCO, etc.). Cette étude a également fait recours à des évaluations des plans sectoriels dans l'éducation et s'est largement appuyée sur les documents stratégiques nationaux.

Les données désagrégées concernent les informations sur les différents programmes qui ont été mis en œuvre par l'État dans le domaine de l'éducation. Elles concernent aussi les dépenses par catégorie : dépenses de personnel, dépenses de fonctionnement, dépenses de transfert et dépenses d'investissement. Ces dépenses proviennent des rapports annuels d'exécution du budget national de l'État qui s'appuient sur les données du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) en vigueur au Bénin depuis 1998 et au Togo depuis 2009. Au Bénin, ces rapports sont appelés *Comptes Administratifs de Gestion* et sont produits chaque année. Au Togo, les données collectées proviennent directement des bases de données du SIGFIP sous forme de fichier Excel nommé *Budget*. Du fait de la crédibilité des données du SIGFIP, les données désagrégées par programme utilisées n'intègrent pas les données issues des rapports financiers des années antérieures à la mise en place du SIGFIP. Par conséquent, l'étude comparative entre le Bénin et le Togo n'a pas pu être menée sur une longue période. Pour le Bénin, les données utilisées couvrent la période 1998 - 2015, sauf 2004 où elles ne sont pas disponibles et au Togo de 2009 à 2015. En considérant les données par catégorie (dépenses de personnel, fonctionnement, transfert

et investissement), elles sont disponibles sur une période plus longue pour les deux pays (1998-2015) avec toutefois quelques données manquantes (2004 au Bénin)

### **3.4.2. Méthodologie**

Pour atteindre l'objectif de cette étude, une méthodologie mixte, qualitative et quantitative, a été utilisée. L'analyse qualitative telle que décrite dans le chapitre 1 (méthodologie) a consisté à une revue documentaire suivant une grille d'analyse des facteurs d'efficacité et d'efficience des dépenses d'éducation définie à partir de la revue de littérature. Sur la base d'une revue de littérature, les facteurs suivants ont été identifiés : le contexte national, la gouvernance du système, la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles, l'évaluation du système et des interventions et l'environnement personnel de l'apprenant qui inclue son contexte familial et social (Hanushek, 1997; UNESCO, 2011, Fortin et al., 2004; Cantin et al., 2012; Fuller, 1987; Angrist et al., 2013; Boissiere, 2004; Grantham-McGregor et al., 2007).

Trois groupes de documents sont mobilisés pour la revue documentaire : les documents de stratégies nationales et sectorielles dans le domaine de l'éducation développés sur la période de 1990 à 2015; les rapports annuels d'exécution des budgets de l'État évoqués dans la section précédente sur les données; les rapports d'évaluation des stratégies nationales et sectorielles ainsi que des programmes disponibles en ligne qu'ils soient réalisés par les gouvernements ou des institutions internationales (voir annexe 1 chapitre 1).

L'analyse des documents a été complétée par une analyse de corrélation entre des indicateurs de résultats dans le secteur de l'éducation et les dépenses de certains programmes spécifiques touchant aux filles. Les programmes retenus sont les programmes de promotion de la scolarisation des filles, le PEE, les appuis budgétaires aux lycées et établissements dédiés à l'éducation des filles, et les programmes de prise en charge des frais d'écolage dans le maternel et le primaire. Les données analysées portent sur l'enseignement maternel, primaire et secondaire qui sont mis ensemble sous l'appellation de l'enseignement de base (voir annexe 6 au Chapitre 3).

L'analyse quantitative s'appuie sur une étude d'efficacité par la méthode DEA. Dans une revue de littérature réalisée par De Witte et Lopez-Torres (2017), plus de 200 études ont été recensées sur l'utilisation des DEA dans l'analyse de la performance ou de l'efficacité des systèmes d'éducation. Le modèle DEA est un modèle non paramétrique qui permet de mesurer le niveau d'efficacité de chaque unité d'analyse par rapport à une frontière qui est définie sur la base de la meilleure combinaison linéaire possible des intrants (inputs) et des extrants (outputs) dans les observations (Afonso et al., 2010). Autrement dit, cette frontière est déterminée par la combinaison linéaire pour laquelle les dépenses d'éducation permettent d'obtenir le plus grand niveau possible des résultats d'éducation. À ce titre, le niveau d'efficacité dépend du nombre d'intrants et de résultats considérés. Toutefois, dans une analyse comparative entre des unités sur la base des mêmes types d'intrants et de résultats, cette méthode devient un outil important permettant d'apprécier l'efficacité relative.

L'équation de base à estimer dans le cadre de cette analyse est la suivante :

$$Y_i = f(X_i), \text{ avec } i \text{ l'unité d'analyse ici un pays. } i = (1, 2, \dots, n) \quad (3.1)$$

$Y_i$  est un vecteur des résultats du pays  $i$  et  $X_i$  est un vecteur des intrants du pays  $i$ . Cette modélisation est similaire au modèle de Afonso et al. (2010) qui est le modèle à rendement d'échelle variable de Banker et al., (1984). Il se présente comme suit :

$$\text{Min } \varphi, \lambda \Phi, \quad (3.2)$$

Sc

$$- y_i + Y \lambda \geq 0,$$

$$\varphi x_i - X \lambda \geq 0,$$

$$N1' \lambda = 1,$$

$$\lambda \geq 0$$

avec  $X$  une matrice ( $k \times n$ ) des intrants et  $Y$  une matrice ( $m \times n$ ) des résultats.  $\varphi$  est la part d'intrant  $X$  utilisée pour produire  $Y$  et donc ne peut être supérieur à l'unité ( $\varphi \leq 1$ ).  $\Phi$  est le score d'efficacité qui mesure la distance entre un pays et la frontière d'efficacité.  $\lambda$  est un vecteur de constants ( $n \times 1$ ) qui mesure le poids utilisé pour déterminer la position d'un pays inefficace si ce dernier devrait devenir efficace.  $N1' \lambda = 1$  est une restriction pour

imposer que la frontière soit convexe selon le modèle des rendements d'échelle variables par opposition aux rendements d'échelle constants où la fonction est concave. N est le nombre de pays, ici 2, car l'étude est restreinte sur le Bénin et le Togo.

Pour déterminer la variation annuelle du score d'efficacité d'une année à une autre, l'indice de Malmquist est utilisé. Cet indice donne le changement dans le temps et la décomposition de la productivité des facteurs à partir d'un modèle DEA (voir Caves, et al., 1982; Prasetyo et Zuhdi, 2013; pour des détails sur la modélisation mathématique).

Pour comprendre les facteurs à l'origine des différences entre les pays, l'analyse DEA a été complétée par une étude des facteurs qui affectent le score d'efficacité des pays dans le domaine de l'éducation. Cette démarche méthodologique est qualifiée d'estimation DEA à deux niveaux. Le deuxième niveau consiste à estimer un modèle de régression censurée qui est estimé en présence de variable dépendante limitée ou bornée pour déterminer l'effet de variables externes au système scolaire sur le score d'efficacité. Les modèles Tobit et tronqué ont été utilisés dans la littérature pour cette analyse (Simar and Wilson, 2007). L'équation estimée est la suivante :

$$\text{Score d'efficacité}_{it} = f(x_{it}) \quad (3.3)$$

avec  $x$  un vecteur de variables externes au système d'éducation,  $i$  représente le pays et  $t$  la dimension temporelle. L'étude d'efficacité est réalisée en tenant compte des grandes composantes de dépenses publiques d'éducation que sont les dépenses de personnel, de fonctionnement, les transferts et les investissements. Contrairement aux autres études existantes dans la littérature sur l'efficacité des dépenses publiques d'éducation qui utilisent les dépenses totales d'éducation, la présente étude utilise les dépenses désagrégées par grande catégorie (personnel, fonctionnement, transfert et investissement). L'hypothèse derrière l'utilisation des dépenses désagrégées est que chacune de ces composantes est mise en œuvre selon des processus qui ne sont pas identiques et donc leur sommation ne peut permettre de capter l'impact de ces processus différenciés dans l'exécution des dépenses. Par exemple, les dépenses de personnel sont des charges non compressives exécutées par l'État central alors que les dépenses de transfert sont gérées par des structures plus

déconcentrées, ainsi que les dépenses de fonctionnement. Ainsi le poids de chacune de ces composantes dans la détermination des résultats ne peut être le même.

### **3.5 La politique d'éducation pour tous dans les pays en développement**

La fin des années 1980 et le début des années 1990 ont été marqués par des changements importants dans le domaine de l'éducation. Les années 1980 ont connu un important recul de l'éducation dans un contexte marqué par une forte crise d'endettement des pays pauvres, la menace de stagnation et de déclin économique alors même que la croissance de la population est restée forte dans les pays les moins avancés. Ce contexte a favorisé la montée des idées néolibérales qui soutenaient une présence minimale de l'État dans les secteurs sociaux y compris l'éducation. Mais face aux besoins en éducation devenant grandissant quatre décennies après la Déclaration universelle des droits de l'homme dans laquelle les États ont affirmé que toute personne a droit à l'éducation (article 26, ONU, 1948), et la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 (article 28, ONU, 1989), les nations du monde se sont réunies à Jomtien (Thaïlande) en 1990 pour prendre de nouvelles orientations et engagements en matière d'éducation avec la Déclaration mondiale sur l'Éducation pour Tous (EPT) (UNESCO, 1990 ; Haggis, 1991 ; Fordham, 1992 ; Windham, 1992 ; Windham, 1992). Le concept de l'Éducation pour Tous (EPT) est basé sur la prise en compte des besoins éducatifs fondamentaux de chaque personne -enfant, adolescent, jeune, adulte- avec un accent particulier sur l'égalité des sexes et l'inclusion des plus pauvres et marginalisés jusque-là largement exclus du système éducatif dans bon nombre de pays en développement (UNESCO, 1990). La perspective de l'éducation fondée sur les droits humains a particulièrement influencé la Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous dont les recommandations peuvent être analysées comme s'inscrivant dans les courants de pensée sur le développement du capital humain, de capacité et la perception de l'éducation comme un 'bien public' que l'État doit contribuer à assurer dans le cadre de ses fonctions régaliennes. Le rôle des acteurs non étatiques a été reconnu dans la déclaration mondiale sur l'EPT par le principe relatif aux actions communautaires (UNESCO, 1990). Le rôle du secteur privé dans l'offre d'éducation devient également central sous le contrôle d'un État qui assure la régulation du système éducatif. Dans cette perspective, l'éducation s'apparente plus comme un 'bien commun' qui présente une

dimension collective et qui contribue à l'intérêt général, le renforcement de la société en permettant aux individus de mieux vivre (Daviet, 2016).

La Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous a également mis l'accent sur la coopération bilatérale et internationale au service du renforcement des capacités nationales endogènes pour le développement du secteur de l'éducation et l'appui financier aux pays en développement, notamment les plus pauvres (UNESCO, 1990). L'une des recommandations clés de la Déclaration est l'universalisation à l'an 2000, de l'éducation primaire ou de tout autre niveau d'éducation plus élevé considéré comme « fondamental » (UNESCO, 1990). Ce principe d'universalisation va conduire notamment dans les décennies 1990 et 2000 à des vagues de politiques de gratuité de l'enseignement, notamment dans le primaire.

### **Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et les politiques éducatives dans les pays en développement**

À la suite de la Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous, des vagues de réforme de politiques éducatives sont observées dans certains pays en développement. Dans le cadre de ce papier, l'attention est portée sur les pays d'Afrique subsaharienne, plus particulièrement les pays d'Afrique de l'Ouest qui ont enregistré les plus faibles progrès lors du bilan des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2015 et 25 ans après l'engagement de Jomtien.

Conformément à la Déclaration de Jomtien de 1990 basée sur les dispositions de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (ONU, 1948) et de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 (ONU, 1989), ainsi que d'autres engagements internationaux et régionaux qui soulignent le droit intrinsèque de toute personne à l'éducation, l'éducation a été inscrite comme un droit humain dans les textes de loi fondamentaux comme la constitution nationale dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. C'est le cas du Bénin (constitution de 1990), du Togo (constitution de 1992), de la Côte d'Ivoire (constitution de 2000), pour ne citer que ceux-là. Tout au long des décennies 1990 et 2000, des textes de loi ont été pris par les États pour rendre obligatoire l'enseignement de base (loi no 2004-37 du 15 décembre 2004 au Sénégal, loi n°99-046 du

28 décembre 1999 au Mali, loi d'orientation du système éducatif de 1998 au Niger, loi no 013-2007 portant loi d'orientation de l'éducation de 2007 au Burkina Faso, etc.) (Journal Officiel du Sénégal, 2005; République du Mali, 1999; Journal Officiel du Niger, 1998; Journal Officiel du Burkina Faso, 2007). À cela s'ajoute l'élaboration des plans d'action pour l'éducation pour tous et des plans sectoriels de développement du secteur de l'éducation, qui sont des outils de planification stratégique qui témoignent de la volonté des États de traduire dans les faits leurs engagements internationaux.

On note toutefois que les plans d'action nationaux pour l'éducation pour tous dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest ont été élaborés dans la décennie 2000 après le Forum mondial sur l'éducation tenu à Dakar au Sénégal en 2000 et consacré au bilan des politiques qui ont découlé de la Déclaration de Jomtien de 1990. Cela démontre un certain retard ou passivité des pays dans la mise en œuvre des engagements pris à Jomtien. À la suite du forum de Dakar qui a reconnu aussi bien les avancées depuis 1990, mais aussi et surtout l'urgence d'accélérer les progrès de l'EPT pour respecter les engagements internationaux et nationaux en termes de réduction de la pauvreté et des inégalités à l'horizon 2015 des OMD, une vague de politiquise de gratuité de l'éducation primaire est observée en Afrique de l'Ouest. À travers la loi no 2004-37 du 15 décembre 2004, le Sénégal rend obligatoire la scolarisation de tous les enfants âgés de 6 à 13 ans et souligne la responsabilité de l'État de fournir gratuitement l'éducation pour ce groupe d'âge dans les établissements publics d'enseignement. La gratuité de l'école a été également institutionnalisée en Côte d'Ivoire sur la base des dispositions de la constitution de 2000, et ce pour tous les enfants depuis la classe du cours primaire 1 (CP1) jusqu'en 3<sup>ème</sup> qui marque la fin du premier cycle du secondaire. Au Bénin, la gratuité a été décrétée par le gouvernement en 2006, au Togo en 2008 et au Burkina Faso en 2007. Dans d'autres pays comme la Guinée-Bissau, des réformes sont en cours avec l'appui des partenaires techniques et financiers, dont la Banque mondiale et le Partenariat mondial pour l'éducation (GPE) pour assurer la gratuité de l'enseignement primaire.

L'une des observations importantes dans la mise en œuvre des politiques d'éducation pour tous basée sur l'universalisation de l'éducation jugée fondamentale est liée à la variation des mesures entre les pays en termes de période de mise en œuvre et de l'ampleur des

politiques. Pendant que les réformes pour l'EPT ont démarré en début des années 2000 en Côte d'Ivoire et au Sénégal, il faut attendre vers la fin de la décennie (en 2008 avec application à partir de 2009) pour une réforme de la gratuité de l'enseignement primaire au Togo. Au Bénin, la réforme de la gratuité ne s'est pas limitée aux enfants des deux sexes du cycle d'enseignement primaire, mais elle a également touché les filles du premier cycle de l'enseignement secondaire en particulier dans le cadre d'une politique de discrimination positive pour avancer l'égalité des sexes dans le secondaire où les inégalités de genre commençaient par s'accroître. Contrairement à cette mesure observée au Bénin, le Togo par exemple avait mis en place depuis 1998, une politique de réduction de 30% des frais scolaires pour les filles dans l'enseignement secondaire.

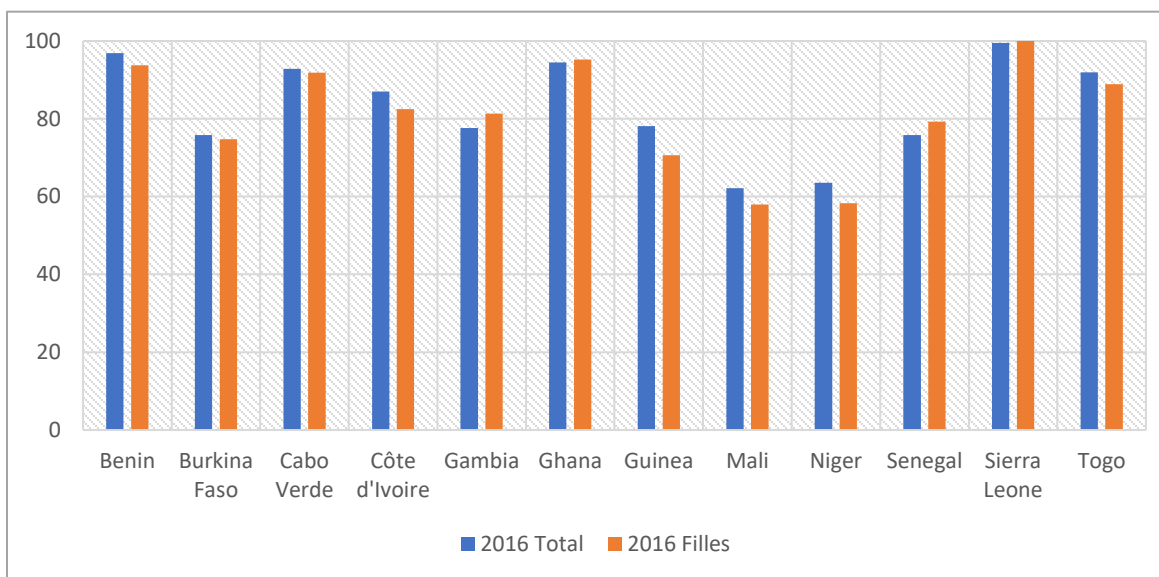
La lenteur dans la mise en œuvre des mesures et leur ampleur ont contribué à impacter différemment les résultats en matière de scolarisation des enfants en général et de celle des filles en particulier dans les différents pays. Le taux net de scolarisation (TNS)<sup>35</sup>, qui mesure le nombre d'enfants fréquentant un cycle d'enseignement donné et ayant l'âge de fréquenter ce cycle sur la population en âge de fréquenter ce cycle, montre des vitesses d'accroissement très variées entre les pays dans l'espace économique de la CEDEAO (Communauté économique des états de l'Afrique de l'Ouest). Les données de l'UNESCO montrent un accroissement entre 1990 et 2016<sup>36</sup> de 145% du TNS au Bénin, 179% au Burkina Faso, 228% en Guinée, 177% au Niger, 68% au Sénégal, 42% au Togo pour ne citer que ceux-là. En 2016, les plus forts TNS sont enregistrés au Sierra Leone (99.48%), au Bénin (96.9%), au Ghana (94.47%), au Cap Vert (92.86%) et au Togo (91.95%). Le Mali (62%) et le Niger (63.57%) ont enregistré des taux d'accroissement du TNS plus faibles.

---

<sup>35</sup> Le taux net de scolarisation (TNS) est utilisé dans cette section à des fins de comparaison pour voir comment chacun des pays se positionne par rapport à un objectif de 100% du taux net de scolarisation qui suppose que tous les enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire le sont.

<sup>36</sup> L'année 2016 a été considérée comme étant l'année d'après les ODD qui ont défini l'horizon 2015 pour la réalisation de résultats clés en matière d'éducation après le forum de Dakar de 2000.

Graphique 3. 4: Taux net de scolarisation (%) dans le primaire en Afrique de l'Ouest, 2016



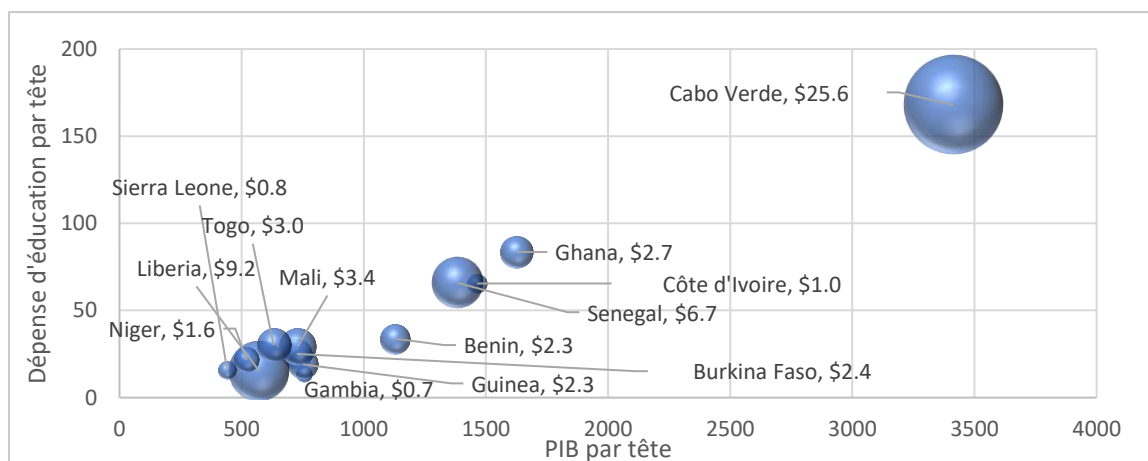
Source : Données UNESCO, 2020

Les pays comme la Sierra Leone, le Bénin, le Ghana, le Cap Vert et le Togo ont réalisé des progrès importants tant en matière de TNS total que de TNS relative aux filles dans l'enseignement primaire. Le Togo par contre, bien qu'ayant un TNS élevé pour les deux catégories est le pays à l'exception du Cap Vert qui avait le TNS le plus élevé en 1990. En effet, en 1990, le Togo était le pays classé au premier rang selon l'indice du développement humain (IDH) devant la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Bénin dans l'espace UEMOA (Données PNUD, 2020).

En observant les progrès au niveau de la scolarisation des filles, le Bénin était en 2016 le pays ayant le TNS le plus élevé pour les filles (93.7%) dans l'espace UEMOA et le troisième dans la CEDEAO derrière la Sierra Leone (100%) et le Ghana (95.2%). En se focalisant sur les pays de l'UEMOA, on constate que le Bénin est resté le meilleur élève dans l'amélioration du taux net de scolarisation des filles en 2016. Sachant que les filles sont souvent désavantagées dans le domaine de l'éducation, il est pertinent de se demander si le Bénin a mis en œuvre des programmes particuliers dans le domaine de l'éducation qui auraient permis de faire ces progrès plus importants que les autres pays de l'UEMOA. Ce constat interpelle également sur l'efficacité des politiques dans ces pays.

Par ailleurs, la mise en œuvre des politiques de l’EPT suppose la disponibilité de ressources financières qu’elles soient domestiques ou provenant des partenaires techniques et financiers. Le manque de ressources suffisantes dans les pays pauvres a été reconnu lors de la conférence de Jomtien de 1990 (UNESCO, 1990) et a motivé l’appel à la solidarité internationale (article 10 de Jomtien) pour soutenir les pays les plus pauvres dans leurs efforts de mise en œuvre des mesures de politique d’EPT. Malheureusement, force est de constater que la solidarité internationale n’a pas été au rendez-vous des attentes envers les pays les plus pauvres. L’évolution de l’aide à l’éducation montre que le niveau de richesse du pays et sa capacité à investir dans l’éducation ne semblent pas déterminer l’aide internationale dans ce domaine (Graphique 3.5).

Graphique 3. 5: Dépenses publiques d’éducation par tête en fonction du PIB par tête et de l’aide à l’éducation par tête, CEDEAO 2015, en \$US, constant 2017



Source : Données UNESCO, Banque mondiale et OCDE, 2020

La tendance croissance observée dans le Graphique 3.5 sur les données de 2015<sup>37</sup> montre que plus les pays deviennent riches, plus ils financent leurs besoins en éducation, mais ne reçoivent pas forcément moins d’aide à l’éducation. Le volume de la boule représente le niveau d’aide par tête reçue par le pays. L’aide à l’éducation par tête reçue par plusieurs

<sup>37</sup> Les données de 2015 sont utilisées en référence à la période d’étude. Mais la tendance observée est identique à celle des données plus récentes de 2018.

pays très pauvres (Gambie, Guinée, Burkina Faso, Niger, Sierra Leone) est inférieure à l'aide par tête reçue dans certains pays moins pauvres (Sénégal, Ghana, Cap Vert).

En effet, selon le niveau de revenu, deux groupes de pays peuvent se dégager du Graphique 3.5. Il s'agit des pays à PIB par tête inférieur à 1000\$US et les pays à PIB par tête supérieur à 1000\$US. Dans le premier groupe, le Liberia et la Sierra Leone ont les revenus les plus faibles par tête, mais le Libéria reçoit la deuxième plus grande part d'aide à l'éducation dans la région (après le Cap Vert) alors que la Sierra Leone fait partie des pays qui reçoivent le moins d'aide avec la Gambie. Dans cette catégorie, le Togo et le Mali apparaissent comme ceux qui financent le plus l'éducation en fonction de leur faible niveau de revenus et reçoivent relativement plus d'aide que les autres pays de la même catégorie (Niger, Gambie, Sierra Leone, Guinée, Burkina Faso). Dans le deuxième groupe de pays, on retrouve le Bénin, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Cap Vert. Le Bénin est le pays ayant le plus faible revenu de cette catégorie et il a reçu en 2015 la plus faible part d'aide à l'éducation à l'exception de la Côte d'Ivoire. Ces données montrent que l'aide à l'éducation par tête reçue par les pays n'est pas relative à leur capacité financière mesurée par le PIB par tête. Ainsi, la disponibilité des ressources dans les pays à plus faible capacité financière peut être un des facteurs importants dans la mise en œuvre des politiques d'éducation pour tous.

Afin de mieux comprendre les implications des politiques d'EPT, le contexte de leur financement et l'efficacité du ciblage des groupes vulnérables, notamment les filles, il convient de se focaliser sur des études de cas de pays membres de la région de l'Afrique de l'Ouest.

### **3.6 Étude de cas du Bénin et du Togo**

Cette section présente une étude de cas sur deux pays (Bénin et Togo) dont les progrès dans le domaine du développement humain et en particulier dans l'éducation présentent un intérêt pour une analyse de la mise en œuvre efficiente des dépenses d'éducation.

### **3.6.1. Politiques d'éducation pour tous au Bénin et au Togo : importance de la prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité**

Le cadre institutionnel du Bénin est favorable à la promotion de l'éducation. La constitution du 11 Décembre 1990, les résolutions des États Généraux de l'Éducation, la Loi d'Orientation de l'éducation nationale (Loi No 2003-17 du 17 Octobre 2003) expliquent la volonté de l'État de faire de l'éducation sa priorité et de l'école l'instrument de promotion de l'éducation qui permet l'accès à la culture, à la science, au savoir-faire et savoir-être. La constitution de 1990 dispose en son article 13 que « L'État pourvoit à l'éducation de la jeunesse par des écoles publiques. L'enseignement primaire est obligatoire. L'État assure progressivement la gratuité de l'enseignement public ». Cette disposition de la loi fondamentale est censée guider l'action publique dans le secteur de l'éducation, qui reste essentiellement assurée par l'État, avec toutefois une place importante pour le secteur privé à but lucratif et les organisations non gouvernementales à but non lucratif. En 2015, l'offre de service d'éducation émanant du secteur privé occupait 32% dans l'enseignement maternel, 22% du primaire, 14% du secondaire premier cycle, 19% du secondaire second cycle, 35% du secondaire technique et 24% du supérieur (Gouvernement du Bénin, 2018c). Le sous-secteur de l'alphabétisation est depuis 1990 ouvert à d'autres acteurs tels que les ONG et les partenaires techniques et financiers qui en sont devenus les principaux acteurs. Cette ouverture du secteur de l'alphabétisation aux acteurs non étatiques bien que s'inscrivant dans les principes d'action de la Déclaration de Jomtien de 1990 (UNESCO, 1990), a présenté dans le contexte du Bénin un effet pervers qui est celui d'une présence minimale de l'État qui a conduit à un sous financement du sous-secteur ainsi que des problèmes de coordination et de réglementation.

L'État béninois a élaboré en 2004 la politique nationale de promotion de l'éducation pour tous (EPT) au Bénin (voir les objectifs en annexe 2). L'accent est mis sur les groupes en situation de vulnérabilité avec une attention particulière portée à l'éducation des filles, des enfants en situation difficile, des enfants des milieux défavorisés, l'alphabétisation des femmes pour éliminer les disparités de genre et renforcer l'équité dans l'accès à l'éducation.

Pour assurer la mise en œuvre de la politique pour l'EPT, le gouvernement a élaboré en 2006, le Plan Décennal du secteur de l'éducation 2006-2015 qui a été actualisé en 2013 après la prise de certaines mesures d'application de la politique telles que la gratuité des frais scolaires dans les enseignements maternels et primaires, et pour les filles des classes de 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> de l'enseignement secondaire général ainsi que pour les étudiants non-bénéficiaires d'allocation universitaire.

Du point de vue du ciblage des filles, des initiatives pilotes ont été mises en œuvre par le gouvernement béninois dans les années 2000. Entre 2000 et 2005, 19 communes sur les 77 que compte le pays avaient été sélectionnées pour des interventions ciblées à l'endroit des filles. Les données rapportées par le gouvernement indiquent qu'une nette amélioration de la progression de la scolarité des filles est notée dans les régions ciblées. Alors que la performance nationale affichait une progression de la scolarité des filles de 40.2% à 43.68%, ce pourcentage est passé de 34.8% à 41.4% dans les communes ciblées entre 2000 et 2005 (Gouvernement du Bénin, 2006b), soit plus du double du progrès enregistré au niveau national. Sur la base de ces résultats, le gouvernement du Bénin a ciblé dans le Plan actualisé 2013-2015, 25 communes ayant les plus faibles taux d'achèvement des filles pour y concentrer les actions et mettre en œuvre des mesures d'accompagnement pour les enfants en difficulté (Gouvernement du Bénin, 2013b).

Par ailleurs, d'autres mesures d'équité dans le secteur éducatif béninois incluent le développement du Paquet éducatif essentiel (PEE) comme stratégie pour accélérer la scolarité des filles. Le concept de PEE évoque l'idée de la mise en place d'un ensemble de services et produits de base afin de faciliter l'accès à l'éducation des enfants et essentiellement des filles. Selon le Plan décennal 2006-2015, le PEE a cinq composantes centrales que sont : i) l'amélioration de l'environnement physique de l'école, ii) le recrutement et la formation des enseignants, iii) le soutien aux filles et aux enseignants, iv) la sensibilisation, la mobilisation et le renforcement des capacités des parents et des communautés, v) le suivi et l'évaluation, y compris l'organisation de recherche-action (Gouvernement du Bénin, 2006b).

La stratégie du gouvernement décrite dans le plan décennal 2006-2015 vise à renforcer des actions de proximité avec l'implication des parties prenantes clés telles que les enseignants, les élus locaux, les groupements de femmes ainsi que des ONG. Le gouvernement se veut également d'accompagner les familles à travers des crédits aux familles défavorisées pour encourager la scolarisation des filles. Malheureusement, force est de constater que de tels programmes n'ont pas abouti au Bénin après analyse des documents d'exécution des budgets de l'état sur la période de 1998 à 2015.

En alternative, le gouvernement béninois a mis l'accent sur les mesures de rétention des enfants à l'école, incluant les enfants des ménages les plus pauvres à travers le programme d'alimentation scolaire. Ce programme a été mis en place depuis 2000 avec le soutien des partenaires techniques et financiers, notamment le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'UNICEF, pour encourager le maintien des enfants à l'école, en particulier ceux issus des ménages les plus pauvres, et les enfants issus des milieux déshérités. Ces programmes visent également à contribuer au développement de capacité cognitive chez les enfants à travers l'amélioration de leur alimentation.

Dans le cas du Togo, le cadre institutionnel et politique a également été favorable à la promotion de l'éducation. Le droit à l'éducation est garanti par la constitution de 1992 qui dispose en son article 35 que « l'État reconnaît le droit à l'éducation des enfants et crée les conditions favorables à cette fin. L'école est obligatoire pour les enfants des deux sexes jusqu'à l'âge de 15 ans ». Cette disposition constitutionnelle ainsi que les conventions internationales ratifiées par le pays sont censées guider l'action du gouvernement dans le secteur de l'éducation. Tout comme au Bénin, l'État est l'acteur principal du secteur de l'éducation au Togo. Cependant, le secteur privé joue un rôle très important dans l'offre d'éducation, avec environ 70% des effectifs dans l'enseignement technique inscrit en 2011 dans le privé (Gouvernement du Togo, 2010c). Le sous-secteur de l'alphabétisation connaît une présence minimale de l'État, et est principalement assuré par les Partenaires techniques

et financiers (PTF), les organisations de la société civile<sup>38</sup> et des ONG. En 2015, 70% du financement de l’alphabétisation provenait des PTF dont notamment l’UNESCO, l’UNICEF et Terre des Hommes. La situation du secteur de l’alphabétisation laisse comprendre que la limitation des ressources dans ce pays a conduit à la priorisation de certains sous-secteurs de l’éducation au détriment d’autres comme l’alphabétisation.

En 2005, le Togo a lancé son Plan d’action national d’Éducation Pour Tous (EPT) conformément aux engagements internationaux sur l’EPT. À la suite des états généraux de l’éducation tenus en 2006, une lettre de politique sectorielle d’éducation est adoptée en 2009. Plusieurs réformes ont été introduites par le gouvernement togolais pour promouvoir une éducation plus inclusive. En 2008, l’État supprime les frais scolaires dans l’enseignement primaire public (Gouvernement du Togo, 2014b). En ce qui concerne les mesures spécifiques envers les filles, le plan d’action national pour l’EPT 2005 (PAN 2005) (Gouvernement du Togo, 2005) a prévu de renforcer la sensibilisation à l’endroit des familles notamment dans les régions à faible taux de scolarisation des filles comme les savanes et d’augmenter le pourcentage des enseignantes qui sera porté de 13% à 40% à travers une collaboration plus élargie avec les organisations non étatiques qui interviennent dans le domaine.

Les actions envers les filles visent à éliminer la discrimination entre les sexes au niveau des activités scolaires et des responsabilités, extirper des manuels scolaires les images sexistes. Le gouvernement visait à élaborer une politique nationale spécifique en faveur de la scolarisation des filles, et des lois qui protègent les enfants, en particulier les filles.

Le PAN 2005 souligne également des mesures envers les mères d’enfants démunies et/ou engagées dans les programmes d’alphabétisation. Il s’agit dans le cadre de la promotion de

---

<sup>38</sup> Le terme « organisations de la société civile » est couramment utilisé pour faire référence à un large éventail d’organisations non gouvernementales à but non lucratif qui ne se limite pas aux ONGs mais qui incluent les organisations à but non lucratif qui animent la vie publique et défendent les intérêts et les valeurs de leurs membres ou autres. On y retrouve des groupements communautaires, ONGs, syndicats, organisations de populations autochtones, organisations caritatives, groupements religieux, associations professionnelles et fondations privées. Perspective monde : <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1631>, consulté le 7 novembre 2021.

l'éducation préscolaire, d'octroyer des allocations de microcrédits aux mères plus vulnérables. Le gouvernement a prévu des cantines scolaires notamment pour les enfants des zones rurales et des zones à déficit alimentaire. L'UNICEF est identifié comme le principal partenaire de mise en œuvre des programmes de cantines scolaires avec une contribution financière de près de 50% des ressources disponibles (20,6 millions sur 46 millions, Gouvernement du Togo, 2005).

L'analyse des mesures envers les filles dans le PAN 2005 ainsi que celles énoncées dans les plans sectoriels d'éducation post PAN 2005-2015, fait remarquer que le gouvernement du Togo à planifier plusieurs mesures en direction des filles avec des ressources limitées tant au niveau sectoriel que national, ce qui a conduit à la non-réalisation de ces mesures d'après l'analyse des documents d'exécution des dépenses publiques sur la période de planification. L'appui à la scolarisation des filles par le canal de l'accessibilité financière reste très restreint et se limite notamment au 30% de subvention accordée à l'éducation des filles dans l'enseignement secondaire outre la gratuité de l'enseignement primaire.

### **3.6.2. Financement de l'éducation pour tous au Bénin et au Togo**

En matière de financement de l'éducation, la contribution des ménages au Bénin constitue la part la plus élevée des dépenses d'éducation. En 2006, les ménages contribuaient à hauteur de 35% aux dépenses nationales d'éducation, avec un accent sur l'enseignement secondaire. Dans l'enseignement primaire, la contribution des ménages au Bénin est estimée à plus du quart des dépenses nationales d'éducation malgré les mesures de gratuité adoptées en 2006 dans l'éducation primaire (Gouvernement du Bénin, 2006b).

Les dépenses publiques courantes dans l'enseignement de niveau maternel et primaire (MEMP), secondaire et technique (MESTFP), et supérieur (MESRS)<sup>39</sup> ont augmenté respectivement de 23%, 36% et 70% entre 2010 et 2015 au Bénin alors que les effectifs scolarisés dans le public dans les trois niveaux d'enseignement ont augmenté respectivement de 11%, 40% et 8% (Gouvernement du Bénin, 2018c). La part des dépenses orientées vers l'enseignement maternel et primaire dans les dépenses courantes a baissé de

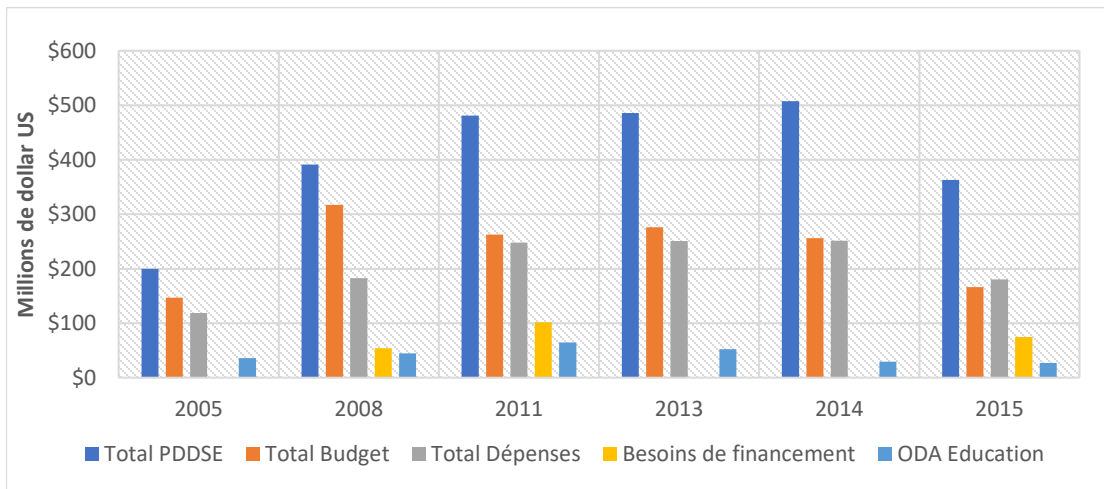
---

<sup>39</sup> Dépenses hors bourses à l'étranger.

55% à 48%, celle des enseignements secondaire, technique et professionnel est restée stable (29-30%) alors que celle en direction du supérieur a augmenté de 6 points de pourcentage (16% à 22%) (Gouvernement du Bénin, 2018c). Ces données montrent que les enseignements maternel et primaire ainsi que secondaire reçoivent un faible niveau de financement alors que les besoins dans ces ordres d'enseignement restent élevés particulièrement lorsqu'on tient compte de la forte croissance démographique au Bénin (2.7 en 2018).

Le Graphique 3.6 montre l'évolution des dotations de ressources à l'élaboration du Plan Décennal 2006-2015 (PDDSE 2006-2015), ainsi que les budgets et dépenses annuels, les besoins de financement identifiés et l'apport d'aide à l'éducation des pays de Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE. Le Bénin n'a réussi à mobiliser en moyenne que la moitié (50%) des dépenses annuelles prévues au titre du PDDSE 2006-2015, avec un faible taux d'exécution des ressources mobilisées observé jusqu'en 2008 (Gouvernement du Bénin, 2006b). Les besoins de financement identifiés par le gouvernement sont restés supérieurs à l'aide à l'éducation reçue des pays du CAD. Ces données révèlent un défi majeur en matière de mobilisation de ressources, mais également, appellent à une planification plus orientée vers les capacités internes de mobilisation de ressources.

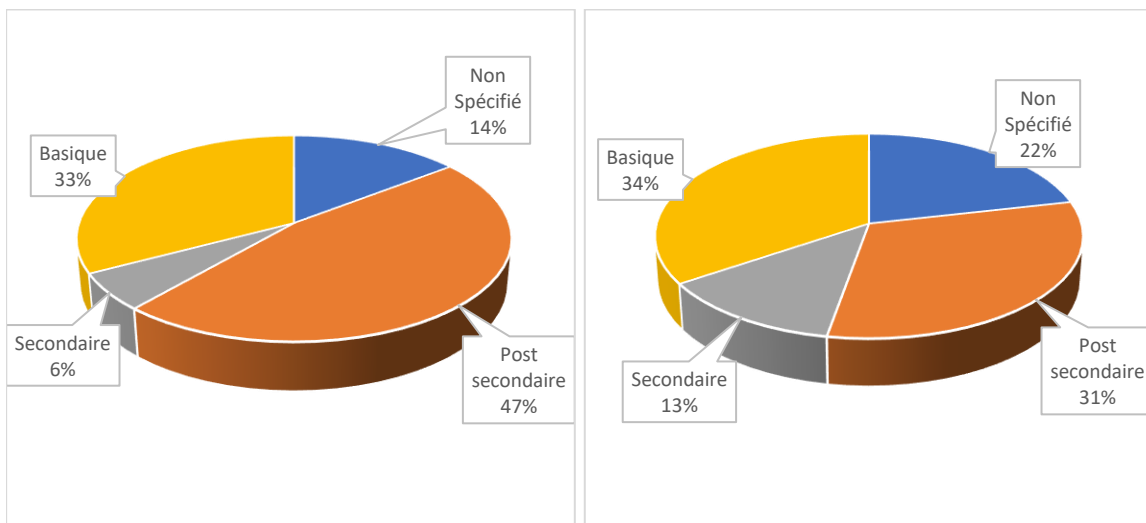
Graphique 3. 6: Évolution des dépenses d'éducation totales et l'APD à l'éducation au Bénin, 2005-2015, million USD, constant 2017



Source : Plan décennal 2006-2015 et PDDSE 2013-2015, ODA pays du DAC, OCDE, Données Taux de change du FMI

Graphique 3. 7: Aide publique au développement dans l'éducation au Bénin, 2002-2018

Graphique 3.7.a: APD éducation, 2002-2010 Graphique 3.7.b: APD éducation, 2011-2018



Source: Données OCDE, 2020

Les programmes spécifiques envers les filles et les programmes pour promouvoir l'EPT ont connu une forte attractivité sur la période de 2005 à 2015 au Bénin (Tableau 3.1).

Tableau 3. 1: Évolution des dépenses exécutées des programmes spécifiques dans le primaire, million de FCFA, constant 2008

Type de dépenses	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prise en charge des frais d'écolage dans les EPP et EM	.	.	2881.32	7265.54	5142.86	4921.13	5858.34	6303.64	6822.93	6944.64	.
Acquisition et distribution de manuels scolaires et cahiers d'activités	.	.	1744.93	1874.05	3525.74	3492.75	3627.64	3993.13	3387.69	3258.3	.
Programme de promotion de la scolarisation des jeunes filles	.	.		116.15	.	.	.	.	.	.	.
Scolarité des jeunes filles	161.58	110.04	55.02	166.16	62.04	81.1	79.43	87.15	73.1	99.09	81.74
Total prise en charge de la scolarisation primaire	161.58	110.04	4681.26	9421.89	8730.64	8494.98	9565.41	10383.91	10283.72	10302.03	81.74
Part des frais d'écolage dans le total	.	.	62%	77%	59%	58%	61%	61%	66%	67%	.
Part du matériel scolaire dans le Total	.	.	37%	20%	40%	41%	38%	38%	33%	32%	.
Part de la scolarité des filles	100%	100%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	100%

Sources : Données issues des Comptes Administratifs du Bénin de 2005 à 2015, constant 2008

Le tableau 3.1 présente les données des programmes dans l'enseignement primaire qui visent à promouvoir à la fois l'éducation pour tous (EPT), mais plus particulièrement l'éducation des filles. Trois grandes composantes ont été identifiées : i) le programme de prise en charge des frais scolaires dans l'enseignement maternel et primaire (EPP et EM), ii) le programme d'acquisition et de distribution de matériels scolaires, et le iii) programme de promotion de la scolarisation des filles (ou scolarité des jeunes filles). La prise en charge des frais de scolarisation est intervenue en 2007, après l'introduction de la réforme de suppression des frais d'écolage dans le primaire en 2006. Ces dépenses représentent en moyenne 64% des dépenses totales des programmes d'EPT et de promotion de la scolarisation des filles dans le primaire. Elles sont suivies des dépenses d'acquisition de matériels didactiques (manuels scolaires, cahiers d'activité, etc.) qui représentent 35% en moyenne sur la même période. Les dépenses spécifiques à la scolarisation des filles font 1% des dépenses totales dans cette catégorie. On observe que ces dernières dépenses ont chuté de 161.6 millions FCFA à 81.7 millions FCFA entre 2005

et 2015, mais cette baisse pourrait s'expliquer par l'introduction de la gratuité en 2006 qui couvre plusieurs besoins pour l'éducation des filles. Au total, les dépenses de cette catégorie sont passées de 4.7 milliards à 10.3 milliards de FCFA entre 2007 et 2014, soit une augmentation de 87%, ce qui témoigne d'une volonté réelle du gouvernement de promouvoir l'éducation pour tous. Cependant, le compte administratif de 2015 ne comporte aucune ligne budgétaire pour les frais scolaires et les matériels didactiques qui représentaient les années antérieures 99% des dépenses totales de cette catégorie (Tableau 3.1).

En analysant les données à travers les trois niveaux d'enseignement (Primaire, Secondaire, Supérieur) (Tableau 3.2), on note qu'une attention est portée aux filles à la fois dans le primaire, le secondaire et le supérieur au Bénin. Les dépenses combinées des programmes spécifiques qui ciblent les filles dans ces trois ordres d'enseignement sont passées de 555 millions FCFA à 1.9 milliards entre 2005 et 2015, soit une augmentation réelle de 169%, avec la plus grande part allant vers le supérieur (79%). Le secondaire et le primaire ont reçu respectivement 17% et 4% de ces dépenses. Il faut noter que la part du supérieur n'est pas exclusive aux filles,<sup>40</sup> mais concerne les subventions universitaires alors que les parts du secondaire et primaire sont exclusives aux filles. Toutefois, on note une forte variation annuelle des dépenses qui peut refléter des problèmes de planification ou d'exécution budgétaire.

Tout comme le Bénin, l'État togolais est le premier acteur qui assure l'organisation et la planification du système d'éducation au Togo. Les ménages togolais restent cependant les premiers contributeurs au financement de l'éducation. Selon le Plan Sectoriel de l'Éducation 2010-2025, 63% de l'effort national de financement de l'éducation relève en moyenne de la contribution des familles (Gouvernement du Togo, 2010c) comparativement à 35% au Bénin.

---

<sup>40</sup> Les détails sur les subventions universitaires qui vont vers les filles n'étant pas disponibles, nous avons ici considéré toutes les subventions reçues par le niveau supérieur, mais aussi sommes conscients qu'elles ne reflètent pas les programmes qui touchent directement les filles. Aussi, sachant que l'analyse n'est pas focalisée sur le niveau supérieur, ces dépenses sont inscrites à titre indicatifs. Les dépenses les plus pertinentes pour notre analyse sont celles relatives aux sous-secteurs du primaire et du secondaire.

Tableau 3. 2: Évolution des dépenses dirigées vers les filles pour promouvoir leur scolarité, million de FCFA, constant 2008

Type de dépenses	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Paquet essentiel pour la scolarisation des filles	.	.	309.13	332.00	333.29	305.28	317.07	324.57	329.61	329.13	.
Programme de promotion de la scolarisation des jeunes filles	.	.	0.00	116.15	.	.	.	.	.	.	.
Scolarité des jeunes filles	161.58	110.04	55.02	166.16	62.04	81.10	79.43	87.15	73.10	99.09	81.74
Construction d'un internat de jeunes filles au Lycée technique	46.06	0.00	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Construction et équipement des foyers de jeunes filles d'Abomey, Parakou et Porto-Novo.	220.16	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Foyer de jeunes filles	84.28	109.43	65.97	85.86	36.09	11.84	.	.	.	.	.
Foyer de jeunes filles d'Abomey_Autres transferts courants	.	236.57	.	8.48	19.69	26.70	19.39	37.87	38.45	14.69	38.78
Foyer de jeunes filles de Lokossa_Autres transferts courants	.	.	.	19.70	26.56	24.88	23.06	32.46	32.96	16.46	33.24
Foyer de jeunes filles de Natitingou_Autres transferts courants	.	.	.	14.41	28.18	27.44	23.98	43.19	43.95	21.94	44.32
Foyer de jeunes filles de Ouidah_Autres transferts courants	.	.	.	3.85	18.82	18.82	8.64	31.37	31.86	31.82	32.13
Foyer de jeunes filles de Parakou_Autres transferts courants	.	.	.	29.40	26.63	31.18	27.59	37.87	38.45	19.20	38.78
Foyer de jeunes filles de Porto-Novo_Autres transferts courants	.	.	.	11.52	15.90	18.61	13.68	32.46	32.96	16.46	32.69
Lycée militaire de jeunes filles de Natitingou_Autres transferts Courants	.	.	19.31	.	.	.	8.71	17.85	18.13	18.10	4.43
Scolarité des jeunes filles_Autres Transferts Courants	.	110.04	9.28	26.13	46.89	55.46	24.85	61.67	69.81	59.93	96.80
Projet de promotion des filles à l'ETFP	24.60	.	9.59	104.92	111.33	.	.	61.82	20.93	.	.
Lycée militaire des jeunes filles de Natitingou (achats de biens et services)	18.44	13.78	19.31	9.73	8.74	2.29	1.94	3.08	2.82	2.13	0.78
Appui aux mesures de gratuité des inscriptions dans les universités du Bénin_Subvention d'exploitation	.	.	.	.	853.30	338.71	852.13	1,295.39	1,483.79	1,481.63	1,496.49
Total	555.13	579.86	487.60	928.31	1,587.46	942.30	1,400.46	2,066.74	2,216.82	2,110.58	1,900.20
Part des programmes au Primaire	29%	19%	75%	66%	25%	41%	28%	20%	18%	20%	4%
Part des programmes au Secondaire	71%	81%	25%	34%	21%	23%	11%	17%	15%	10%	17%
Part des programmes au Supérieur	.	.	.	.	54%	36%	61%	63%	67%	70%	79%

Source : Données issues des comptes administratifs du gouvernement du Bénin de 2005 à 2015

Pour ce qui concerne le financement public, on note une forte augmentation de la contribution de l'État dans l'éducation dans la décennie 2000 au Togo. Entre 2000 et 2011, la contribution de l'État passe de 39.9 milliards FCFA à 79.4 milliards FCFA, avec 27.6% des dépenses courantes hors dette allouées à l'éducation sur la période de 2010 à 2011 (Gouvernement du Togo, 2014b).

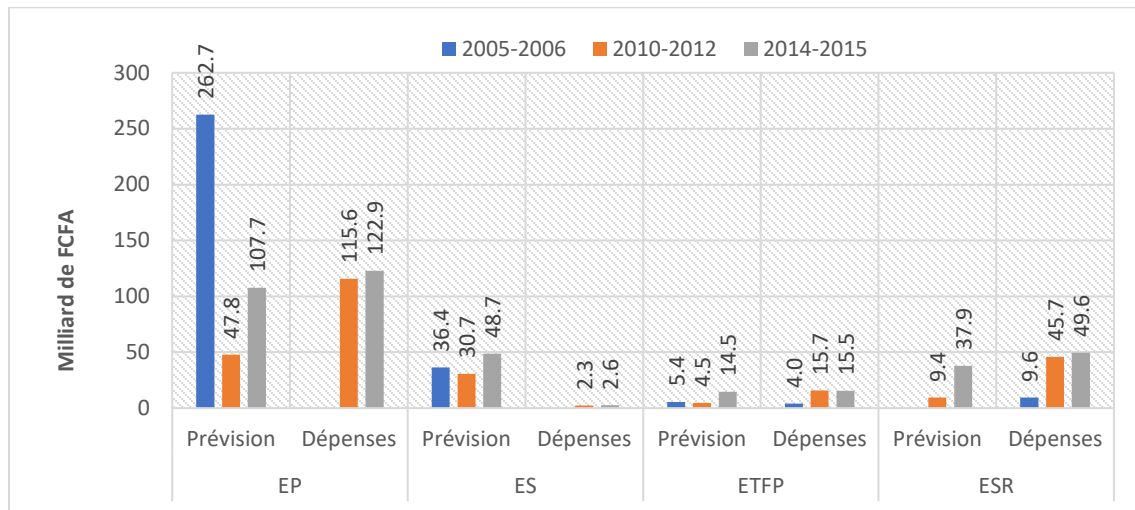
En analysant l'évolution du financement par sous-secteur, l'enseignement primaire reçoit la part la plus importante des dépenses courantes d'éducation, soit environ 48% selon les données de 2011 contre 1.4% pour le préscolaire et l'alphabétisation (Ibid). Dans l'enseignement secondaire, la part de la contribution de l'État a baissé de 24% à 15% des dépenses courantes, entre 2007 et 2011. Pour les sous-secteurs de l'enseignement technique et professionnel et de l'enseignement supérieur, les parts ont chuté et s'établissaient respectivement à 6.1% et 17% en 2011 (Ibid).

En s'appuyant sur les données issues des documents stratégiques du secteur de l'éducation sur la période de 2005 à 2015 (Graphique 3.8), on constate que l'enseignement secondaire (ES) reçoit la part la plus faible du financement public au Togo. L'enseignement primaire (EP) est le premier sous-secteur suivi de l'enseignement supérieur (ESR), de l'enseignement technique et professionnel (ETP) puis l'enseignement secondaire général en dernier lieu, malgré que le secondaire soit apparu dans les prévisions comme le deuxième ordre d'enseignement prioritaire pour le gouvernement togolais.

Le Graphique 3.8 montre que le gouvernement du Togo a été ambitieux dans les années 2005 et 2006 notamment avec la promotion de l'éducation primaire universelle, la protection et la promotion de la petite enfance. Plus de 262 milliards de FCFA ont été planifiés dans les plans sectoriels d'éducation entre 2005 et 2006. L'enseignement préscolaire et primaire a fait l'objet de priorité sur la période de 2005 à 2015. Les dépenses exécutées sont au-dessus des planifications entre 2010 et 2015, mais la non-disponibilité

des données de 2005 et 2006<sup>41</sup> sur les exécutions ne permet pas de mieux apprécier l'ampleur des investissements dans cet ordre d'enseignement.

Graphique 3. 8: Évolution des dépenses planifiées dans les Plans sectoriels de l'éducation et dépenses effectuées de 2005 à 2015, Togo, en milliard de FCFA, constant 2008



Sources : Plans sectoriels de l'éducation entre 2005 et 2015, Données SIGFIP

En revanche, les dépenses relatives à l'enseignement secondaire montrent que cet ordre d'enseignement est loin d'atteindre le niveau d'affectation de ressources prévues dans les PSE. Seulement 7.6% des dépenses planifiées sont exécutées entre 2010 et 2012 et 5.4% entre 2014 et 2015. La chute significative des dépenses entre 2005-2006 et 2010-2012 est l'expression d'une part d'une planification budgétaire qui ne tient pas compte des capacités de mobilisation de ressources et d'autre part des difficultés de mobilisation de ressources dans le secteur. L'ampleur des dépenses prévisionnelles entre 2005 et 2006 peut être en partie expliquée par la reprise des relations internationales avec les principaux partenaires techniques et financiers après la suspension de la coopération avec ces partenaires, intervenue en 1993 à la suite de l'instabilité politique qu'a connue le pays<sup>42</sup>. L'année 2006 marque la reprise de la coopération internationale avec les PTF, notamment avec l'Union Européenne, suite à l'engagement du gouvernement à tenir des élections justes (UMG,

<sup>41</sup> Nous nous sommes appuyés sur les données du SIGFIP pour les dépenses exécutées. Rappelons que le SIGFIP qui permet d'avoir les données les plus précises n'a commencé qu'en 2009 au Togo, ce qui explique qu'il n'y a pas d'exécution considérée pour la période 2005-2006.

<sup>42</sup> Voir plus d'explication dans l'analyse sur les facteurs.

2019). Par exemple, la Banque mondiale n'a développé aucun projet au Togo entre 2000 et 2007 (Ibid). À partir de 2006, les prévisions budgétaires se sont considérablement augmentées tenant compte des promesses de financement des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour assurer l'accès universel à l'éducation primaire. Mais la chute observée à partir de 2010-2012 témoigne des difficultés dans la mobilisation de ressources, particulièrement dans un contexte où le financement extérieur en direction de l'éducation est à la baisse (UNESCO, 2014b; CONFEM, 2017). Cependant, dans les enseignements technique et professionnel ainsi que supérieur, les dépenses exécutées sont au-delà des prévisions, notamment sur la période de 2010 à 2015, témoignant d'une priorité accordée par le gouvernement à ces niveaux d'enseignement.

En analysant la contribution des PTF, notamment l'aide publique à l'éducation en provenance des pays du CAD, il se dégage que l'enseignement supérieur reçoit plus de 50% de la contribution des bailleurs, qui est passée de 76% entre 2002-2010 à 50% entre 2011-2018. Cette baisse de proportion a profité à l'enseignement secondaire dont la part est passée de 5% à 31% entre les deux périodes. L'enseignement primaire quant à lui reçoit une part stable de 13-15% de l'aide totale à l'éducation.

En ce qui concerne les groupes en situation de vulnérabilité, la scolarité des filles a été indiquée comme une composante essentielle du budget de l'éducation dans le plan d'action national pour l'EPT avec un budget prévisionnel de 4.7 milliards de FCFA<sup>43</sup>, représentant 1.4% du coût total de mise en œuvre de la stratégie sur la période 2005-2006 (Gouvernement du Togo, 2005). En l'absence de données fiables pour comparer les réalisations de dépenses avec les prévisions du PAN 2005 sur la scolarisation des filles, la présente étude s'est focalisée sur les données de la période 2009-2015 issues du SIGFIP.

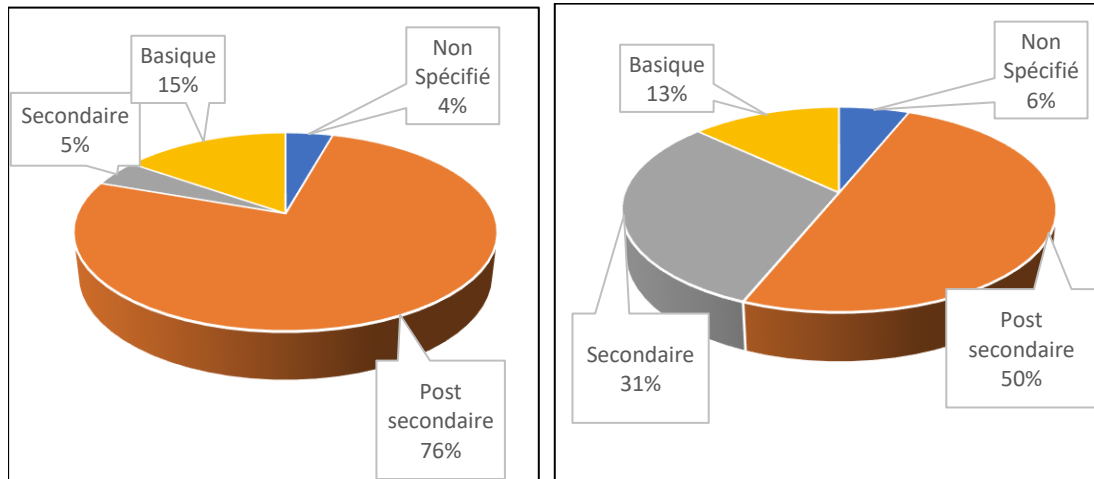
Le seul programme identifié dans les données du SIGFIP du Togo qui touchent directement aux filles sur la période 2009-2015 est relatif à la gratuité de l'école dans l'enseignement primaire (tableau 3.3). Le tableau 3.3 montre également une forte variabilité annuelle des dépenses.

---

<sup>43</sup> Comme énoncé plus haut dans le document, tous les chiffres issus des documents du gouvernement sont pris en valeur réelle en utilisant l'indice harmonisé des prix à la consommation base 2008 de la BCEAO.

Graphique 3. 9: Aide publique au développement dans l'éducation au Togo, 2002-2018

Graphique 3.9.a :APD éducation, 2002-2010 Graphique 3.9.b:APD éducation, 2011-2018



Source : Données OCDE. 2020

Tableau 3. 3: Dépenses du programme de gratuité de l'école au Togo, million de FCFA, constant 2008

Programmes	Année	Prévisions	Dépenses	Taux d'exécution
Appui à la gratuité de l'école	2009	2,074.20	1,628.79	79%
	2010	2,104.40	1,961.12	93%
	2011	2,179.20	2,179.18	100%
	2012	2,137.78	2,137.78	100%
	2013	2,276.20	2,272.23	100%
	2014	1,710.30	855.15	50%
	2015	1,160.60	1,160.60	100%

Source : Données du SIGFIP du Togo, 2009-2015

### 3.6.3. Analyse des facteurs pouvant être à l'origine des progrès différenciés entre le Bénin et le Togo dans le domaine de l'éducation

Comme énoncé dans la section sur la méthodologie, cette analyse est réalisée à la lumière d'une grille des facteurs clés définie dans la littérature et portant sur : le contexte national, la gouvernance du système, la disponibilité des ressources financières, humaines et

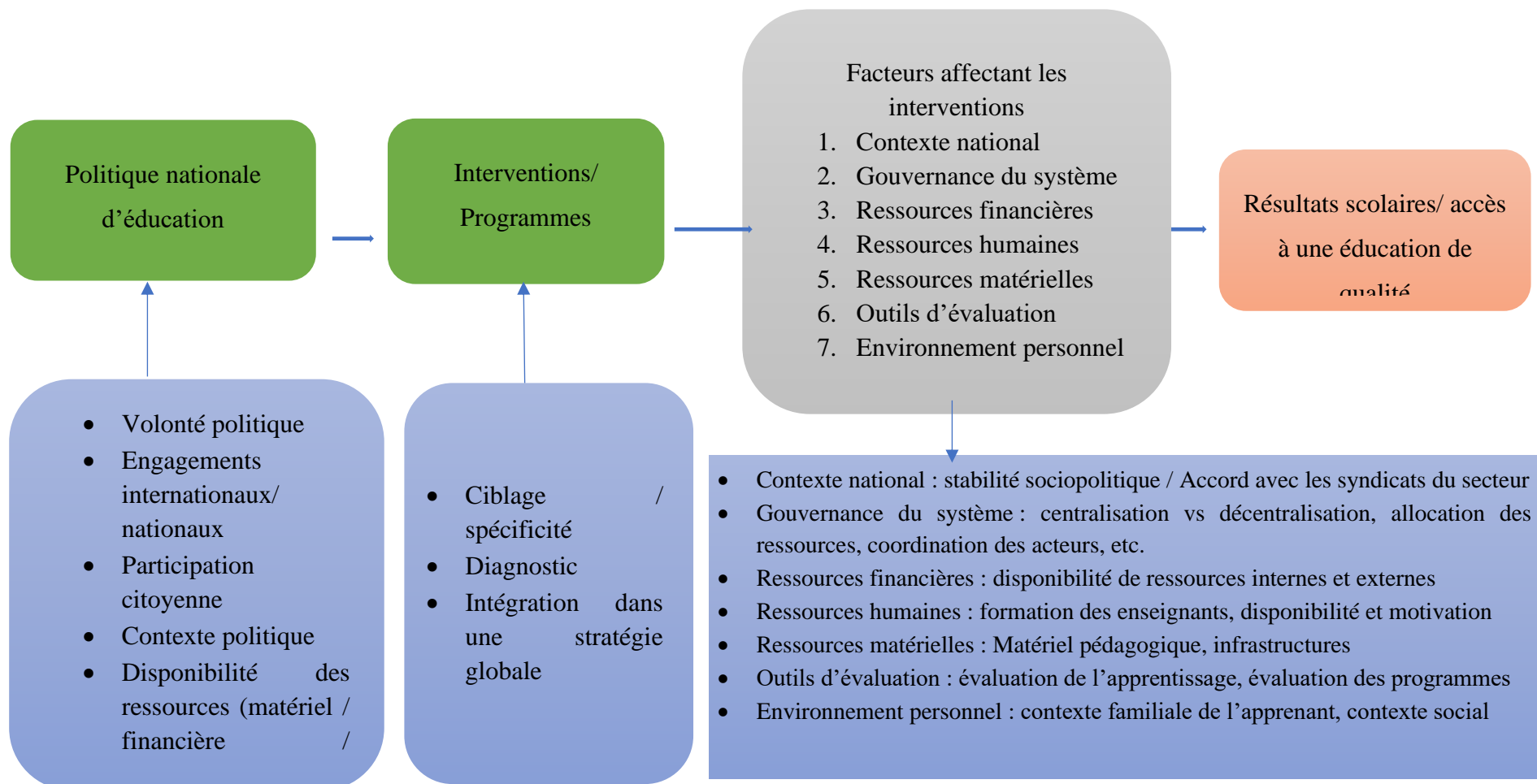
matérielles, l'évaluation du système et des interventions et l'environnement personnel de l'apprenant qui inclue son contexte familial et social. Sur la base de ces facteurs, nous avons construit le cadre d'analyse des politiques d'éducation et du ciblage des groupes vulnérables comme présenté par le Graphique 3.10. Le facteur lié à l'évaluation du système éducatif incluant l'évaluation des apprentissages n'est pas pris en compte dans cette analyse pour insuffisance de données.

Cette analyse est réalisée en tenant compte de l'interdépendance entre les différents facteurs. Par exemple, le contexte national est déterminant dans la mise en œuvre des politiques et programmes. L'instabilité sociale et politique affecte négativement la disponibilité des ressources, la gouvernance du secteur ainsi que tous les autres facteurs. La gouvernance du secteur a un impact sur les allocations de ressources et leur disponibilité et détermine la coordination des acteurs et la structure organisationnelle.

**Contexte national :** le rôle du contexte national est central dans la mise en œuvre des programmes dans le secteur de l'éducation. Après la constitution de 1990, il est observé au Bénin sur la période de 1990 à 2015, une alternance au pouvoir entre trois présidents de la République (Nicéphore Soglo, Mathieu Kerekou et Boni Yayi). Les crises post-électorales ont été maîtrisées grâce à une forte participation citoyenne et la participation des partis politiques à la gestion de l'État. Dans le même temps, les plus grandes crises socio-politiques survenues dans la région de l'Afrique de l'Ouest sont des crises électorales (Côte d'Ivoire en 2010) et plus récemment les crises liées au terrorisme (Mali, Burkina Faso, Niger, Nigeria, etc.).

Contrairement au Bénin qui a connu un contexte socio-politique plus stable sur la période 1990-2015, le Togo a connu plusieurs épisodes de crises post-électorales et liées à une forte demande citoyenne de démocratie participative qui ont fragilisé le tissu social et affecté la mise en œuvre des politiques dans le domaine de l'éducation. On peut citer notamment les crises sociopolitiques de 1993, de 2000 et de 2005. L'ampleur de la crise sociopolitique de 1993 a conduit plusieurs partenaires techniques et financiers, dont l'Union Européenne et la Banque Mondiale à suspendre leur appui financier au Togo (UMG, 2019), alors que le pays est très dépendant de l'aide extérieure.

Graphique 3. 10: Schéma du cadre d'analyse des politiques dans l'éducation et prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité



Ce n'est qu'en 2006, que l'Union européenne renoue la coopération internationale avec le Togo (Ibid). La crise socio-politique a eu un impact sur le système éducatif à travers la fermeture des écoles normales d'instituteurs (ENI) provoquant une pénurie d'enseignants (UNESCO, 2014a).

Au-delà des crises et des situations d'instabilité politique et sociale, les deux pays ont connu des années difficiles pour le système éducatif marquées par des grèves du personnel qui ont également affecté le temps alloué à l'enseignement et la formation et donc la qualité de l'enseignement. Pour pallier les problèmes de grève récurrente dans le système éducatif, les ménages se retrouvent à privilégier l'enseignement privé dont les coûts sont bien plus élevés. Ainsi, les enfants des ménages pauvres et ceux habitant dans les milieux déshérités sont les plus affectés, car incapables d'accéder à l'enseignement privé. Ce contexte contribue donc à aggraver les inégalités dans l'accès à une éducation de qualité par tous. En 2018, le gouvernement togolais adopte le statut particulier du cadre des fonctionnaires de l'enseignement qui consacre la valorisation et la protection de la fonction, dans le but de créer un climat d'apaisement pour le bon fonctionnement du système (Gouvernement du Togo, 2018)<sup>44</sup>. Il reste cependant trop tôt pour apprécier l'impact de cette nouvelle réglementation sur le climat social. Le grand défi réside dans la gestion d'un système éducatif à double vitesse (systèmes publique et privé).

**Gouvernance du système éducatif:** plusieurs aspects de la gouvernance du système éducatif ont été analysés dans cette étude, incluant les réformes du système, la décentralisation de l'offre d'éducation, la coordination des acteurs, tous en lien avec la prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité.

Sur la qualité des réformes dans le secteur de l'éducation, des progrès sont notés dans les deux pays notamment sur la prise en compte de la vulnérabilité, en particulier la prise en charge des filles et des enfants en général. Le Bénin a adopté en 2006 la gratuité de l'éducation primaire. Au niveau de l'enseignement primaire, la gratuité est appliquée à tous

---

<sup>44</sup> Consulté le 19 Novembre 2020 : <https://www.republiquetogolaise.com/education/2908-2153-le-gouvernement-adopte-le-statut-particulier-du-cadre-des-fonctionnaires-de-l-enseignement>

les enfants y compris les filles et les enfants issues des ménages les plus pauvres. Des différences importantes existent cependant dans la prise en compte des filles dans l'éducation entre les deux pays. Ces différences s'observent à partir du premier cycle de l'enseignement secondaire. L'éducation au premier cycle du secondaire est gratuite au Bénin pour les filles des classes des 6ème et 5ème depuis 2006 (Gouvernement du Bénin, 2006b). Au Togo, une réduction de 30% des frais scolaires est accordée aux filles tout au long du secondaire depuis 1998 (Gouvernement du Togo, 2017b). Dans un contexte où les frais scolaires restent un obstacle à l'éducation des enfants des ménages les plus pauvres, et où les arbitrages se font dans les familles en défaveur des filles lorsque les ressources sont limitées pour assurer l'éducation de tous les enfants, la réforme de 30% est certes un progrès vers l'universalité de l'éducation, mais elle reste peu inclusive qu'une réforme de gratuité totale. Ces différences de politiques sont en lien avec les données sur les progrès réalisés. En effet, et comme le montre le Graphique 3.3 dans la partie introductive, le pourcentage des filles ayant achevé l'éducation secondaire sur la population des filles de 15 à 24 est passé de 8.1% à 22.5% entre 2000 et 2010, soit une augmentation de 178% au Bénin, contre 17% au Togo sur la même période (11.1% à 13%) (Données de Barro et Lee, 2013). L'analyse basée sur cette génération des filles d'âge de 15-24 permet de mieux apprécier l'effet des réformes des décennies 1990 et 2000 sur l'amélioration du capital humain au sein de la jeune génération. Les divers programmes déployés dans le primaire au Bénin (scolarisation des filles, paquet essentiel d'éducation, etc.) et l'accompagnement au secondaire semblent avoir porté des fruits dans l'amélioration du niveau d'achèvement scolaire qui est un indicateur déterminant du capital humain. Les conclusions du rapport sur les résultats du Partenariat Global pour l'Éducation de 2019 vont dans le même sens que les résultats précédemment énoncés en soulignant que les filles continuent d'être défavorisées pour l'accès à l'éducation et l'achèvement du primaire et du premier cycle du secondaire au Togo (GPE, 2019).

Par ailleurs, des programmes ont été mis en place dans les deux pays pour assurer la rétention des enfants à l'école. Un programme de cantine scolaire est mis en œuvre avec l'appui notamment de l'UNICEF, du PAM et de la Banque Mondiale qui est le principal partenaire financier du programme au Togo (3/4 du financement) (PAM, 2020). Ce

programme a été mis en place au Togo depuis 2008 et couplé avec les mesures de gratuité de l'enseignement primaire. L'importance des cantines scolaires pour promouvoir la scolarité des filles a été démontrée par des études empiriques sur les pays subsahariens où les repas à l'école combinés avec des rations à emporter à la maison augmenteraient de 12% le taux de scolarisation des filles (PAM, 2020). Le gouvernement togolais a élaboré une loi relative à l'alimentation scolaire qui a été adoptée par le parlement en juin 2020. Ce renforcement du cadre réglementaire et institutionnel témoigne de l'engagement du gouvernement du Togo à promouvoir l'alimentation scolaire comme un pilier de sa politique de protection sociale comme énoncé dans son plan national de développement. Cependant, la dépendance au financement extérieur ne garantit pas la durabilité du programme. Au Bénin par contre, l'État joue un rôle central dans le financement et l'exécution du programme. Le Bénin a une plus longue expérience avec le programme des cantines scolaires que le Togo. Entre 2000 et 2015, ce programme est exécuté au Bénin par des services techniques du Ministère des Enseignements Maternel et Primaire (MEMP), mais son évaluation en 2019 a souligné des résultats non satisfaisants (Bichard et al., 2019). Le programme est confié en 2017 au PAM, ayant plus d'expérience et d'expertise, dans le souci d'une plus grande efficacité. L'évaluation à mi-parcours du PNASI 2017-2021 révèle que les enjeux de vulnérabilité (inclusion des plus vulnérables, sensibilité aux filles) ne sont pas suffisamment pris en compte (Bichard et al., 2019). Cependant, des enquêtes nationales révèlent des taux de rétention accrue dans le primaire au Bénin (GPE, 2012).

L'analyse de la gouvernance du système porte également sur la structure organisationnelle de l'offre des services d'éducation. Le système éducatif reste centralisé et directement administré par l'État central dans les deux pays malgré que les plans de développement du secteur de l'éducation fassent la promotion de la décentralisation de l'offre et sa gestion par les structures déconcentrées (Gouvernement du Bénin, 2013b; Gouvernement du Togo, 2014b) comme c'est le cas dans bon nombre de pays développés. Par exemple, des plans régionaux d'éducation sont développés pour le PSE 2010-2020 au Togo, mais après la mise à jour du nouveau plan (PSE 2014-2025), aucune mise à jour n'a été faite dans les régions (UMG, 2019), ce qui témoigne de la faible importance accordée à une gestion stratégique et la prise de décision sur les enjeux liés à l'éducation au niveau décentralisé. La

centralisation des processus de décisions dans l'éducation est également confirmée au Bénin par l'évaluation du PDDSE 2006-2015 (MDAE et AFD, 2012), où les collectivités locales ne sont pas réellement impliquées dans la planification et la gestion de l'éducation. La forte concentration pose d'énormes défis en termes d'allocation de ressources, que ce soient les ressources humaines, matérielles et financières. Par exemple, le degré d'aléas dans l'allocation des enseignants s'est dégradé au Bénin, passant de 39% à 52% entre 2007 et 2011 (UNESCO, 2014a). Au Togo, les données disponibles sont plus récentes et montrent une détérioration de l'allocation des enseignants dans l'éducation primaire avec un aléa qui est passé de 36% à 41% entre 2011 et 2017 (UMG, 2019)<sup>45</sup>. Les communes et les zones où les besoins sont les plus importants ne sont pas forcément celles qui bénéficient le plus des ressources. L'évaluation des besoins pour leur meilleure prise en compte au niveau déconcentré est rendue difficile par la centralisation de l'offre et de l'administration des services. Malgré qu'il existe des structures étatiques au niveau déconcentré pour adresser les questions du système éducatif, le pouvoir de décision ainsi que l'allocation des ressources n'est pas assuré par des autorités locales. Cette forme de gestion participe à réduire la prise en compte des besoins des plus vulnérables et participe à une planification limitée des interventions au niveau national.

Sur la coordination des acteurs, le Bénin et le Togo se différencient dans le rôle joué par l'État. L'État reste le premier acteur dans le système éducatif, mais les acteurs privés, ONG et partenaires externes ont pris une place importante dans les deux pays, en particulier au Togo. Au Togo, le sous-secteur de l'alphabétisation est quasiment financé par les organisations non gouvernementales et les partenaires techniques et financiers qui financent plus de 70% des ressources. La capacité du système éducatif togolais reste très fragile et fortement dépendante des ressources externes (UMG, 2019). La question des acteurs privés est également une question centrale étant donné leur forte présence dans l'offre de services d'éducation, le contrôle par l'État de la qualité de leur offre n'est pas

---

<sup>45</sup> L'aléa mesure le degré auquel la distribution des enseignants dans les écoles est liée à d'autres facteurs que les facteurs définis pour l'allocation des enseignants. Selon l'UNESCO (2014), il existe de critères bien définis pour l'allocation des enseignants aux établissements. Le nombre d'enseignants alloué à un établissement est fonction du nombre de groupes pédagogiques dont il dispose (UNESCO, 2014).

systématiquement assuré dans les deux pays. Tous les acteurs privés n'ont pas l'agrément pour offrir les services éducatifs, ce qui pose des défis sur la qualité de l'offre. En 2019, le gouvernement du Bénin a lancé une réforme d'assainissement du secteur privé d'éducation pour s'assurer que les acteurs qui y interviennent sont agréés par l'État et sont sous son contrôle. L'impact de cette mesure reste cependant à démontrer. La coordination des acteurs joue donc un rôle important dans l'offre et la qualité de l'éducation.

**Environnement personnel** : les deux pays ont également initié l'accompagnement des parents d'élèves, notamment les familles pauvres, des habitants des zones déshéritées dans la scolarisation des enfants, en particulier celle des filles. Malheureusement, ces mesures n'ont pas été mises en œuvre comme prévu. La stratégie développée dans le cadre du Bénin consistait à accompagner les familles dans leur effort de scolarisation de leurs enfants. Force est de constater qu'aucun accompagnement n'a été réalisé dans le cadre de transfert aux familles pauvres pour la scolarisation de leurs enfants. Aucune ligne budgétaire n'existe dans les données consultées à ce propos. Aussi, aucun rapport d'évaluation n'est disponible sur l'appui du gouvernement aux familles les plus pauvres pour l'accès des enfants, notamment des filles à l'éducation. Par contre, au Bénin, le programme de Paquet éducatif essentiel (PEE) initié en 2003 avec l'appui de l'UNICEF et les Pays-Bas a permis de développer des initiatives pour accompagner des groupements de femmes dans la formation et l'équipement afin qu'elles puissent développer des activités génératrices de revenus pour l'inscription et le maintien des enfants à l'école (Garnier et Gbénu, 2011). Ce programme a permis également dans les communes bénéficiaires de développer une initiative de mentorat entre les filles du primaire avec les filles plus jeunes de leur communauté pour guider leurs premiers pas dans le système scolaire. À travers cette initiative, des progrès significatifs ont été notés dans la participation des filles à l'école (Ibid). Au Togo, aucun programme spécifique financé par le gouvernement n'est identifié sur la période d'étude pour promouvoir la scolarisation des filles par l'amélioration de leur environnement social. La plupart des initiatives sont menées par des partenaires bilatéraux ou multilatéraux ou les ONG. Dans les PSE, l'UNICEF est positionné sur l'accompagnement financier de familles démunies, mais la mise en œuvre de ces programmes ainsi que leurs résultats restent à prouver, car les rapports d'exécution ne sont

pas disponibles. Le rapport d'évaluation du programme de Paquet éducatif essentiel réalisé par l'UNICEF au Bénin (Garnier et Gbénou, 2011) a permis de voir que des petites interventions au niveau communautaire peuvent être des leviers pour accompagner les efforts du gouvernement dans l'offre de services éducatifs pour tous, notamment pour les filles.

**Disponibilité des ressources humaines :** Sur la formation et la disponibilité des enseignants, les deux pays font face à un réel défi de pénurie d'enseignants qualifiés. Vers la fin de la décennie 1990 et avec le courant des ajustements structurels, le retrait de l'État des secteurs sociaux dont l'éducation a profondément affecté la formation, le recrutement des enseignants et par ricochet la qualité de l'éducation. L'école publique aussi bien au Bénin qu'au Togo a été ouverte à des enseignants auxiliaires dits contractuels ou communautaires recrutés le plus souvent par les communautés et les écoles. La formation professionnelle de qualification à la fonction enseignante n'était pas requise pour exercer une telle fonction dont la rémunération restait très faible. Le recrutement massif des enseignants contractuels et communautaires a largement contribué à baisser la qualité de l'éducation et donc les performances du système scolaire (UNESCO, 2014a). La situation au Togo s'est aggravée par la crise sociopolitique de 1993 qui a conduit à la suspension des activités de formation des deux Écoles Normales d'Instituteur (ENI) (de Notsè et de Kara), l'École Normale d'Instituteurs de Jardin d'enfants (ENIJE) de Kpalimé et l'École Normale Supérieure d'Atakpamé, aggravant les besoins en enseignants qualifiés pendant que le nombre d'élèves en âge de scolarisation continuait de croître (UNESCO, 2014a).

Face à ces défis, des efforts sont notés dans les deux pays, mais restent largement insuffisants au regard des besoins. Au Bénin, le gouvernement a procédé en 2006 au reversement des enseignants contractuels en agents contractuels de l'État avec pour plan de les former de manière progressive. En 2015, 15,355 enseignants du primaire sont identifiés par le gouvernement comme n'ayant aucune qualification (Données MEMP, 2020). Ce chiffre reste sous-estimé lorsqu'on considère les zones difficiles d'accès et l'enseignement privé qui sont très affectés par la pénurie d'enseignants qualifiés. Au Togo, le gouvernement avec l'appui de la coopération française, a mis en place dans le cadre du PSE 2010-2020, le programme de formation initiale de rattrapage (FIR) des enseignants

auxiliaires du préscolaire et du primaire avec la réouverture de la plus ancienne ENI. Le FIR est élaboré et mis en œuvre entre 2007-2008 et 2010-2011 (UNESCO, 2014a) avec pour but de renforcer les capacités des enseignants auxiliaires et volontaires du préscolaire et du primaire de manière à améliorer la qualité des enseignements et des apprentissages. L'équipe chargée de faire le suivi post-formation estime que 68 % des enseignants auxiliaires et 77 % des directeurs d'école ont été formés (UNESCO, 2014a). Le programme a permis la résorption à 59,9 % du déficit en enseignants du public formés, à la rentrée scolaire de 2012-2013 et 78,3 % du déficit en enseignants auxiliaires formés en poste dans les écoles publiques (Ibid). Les données récentes du Partenariat mondial pour l'éducation soulignent des améliorations dans le ratio élève-enseignants formé au Bénin entre 2014 et 2016 (de 67.9 à 59.1) et une détérioration au Togo sur la même période (de 54 à 56.9) (GPE, 2019). Ces chiffres restent largement supérieurs au ratio élèves-maître de 40-1 fixé par l'Initiative Fast Track pour les pays qui aspirent accélérer la réalisation de l'Éducation pour Tous (Tournier et Gottelmann-Duret, 2015). Malgré les efforts accomplis, le recrutement d'enseignants communautaires reste une réalité dans les deux pays, notamment dans les milieux les plus pauvres, participant ainsi à aggraver les inégalités d'accès à une éducation de qualité entre pauvres et non pauvres.

L'une des stratégies identifiées dans les PSE pour promouvoir l'éducation des filles dans les deux pays était la promotion des femmes dans la fonction enseignante pour faciliter l'éducation des filles. Les données montrent des régressions significatives dans l'accès des femmes à la fonction enseignante tant dans le primaire que le secondaire dans les deux pays, en particulier au Togo. Au Bénin, le pourcentage de femmes enseignantes dans le cycle primaire a chuté de 24.55% à 17.36% entre 1990 et 2006, avant de connaître une reprise pour atteindre 23.9% en 2015 et 26.15% en 2019. Ces données montrent qu'en 2015 au bilan des OMD, le rapport homme/femme dans la fonction enseignante s'est légèrement détérioré en référence à la situation de 1990. La même tendance est observée au Togo, où ce pourcentage initialement plus faible que celui du Bénin a chuté de 19.48% à 11.56% entre 1990 et 2005, avant de connaître une reprise pour atteindre 15.83% en 2015 et puis 17% en 2019 (Données UNESCO, 2020). Ainsi, en 2019, le rapport homme/femme est plus détérioré que la situation de 1990 au Togo. Les données pour le secondaire sont plus

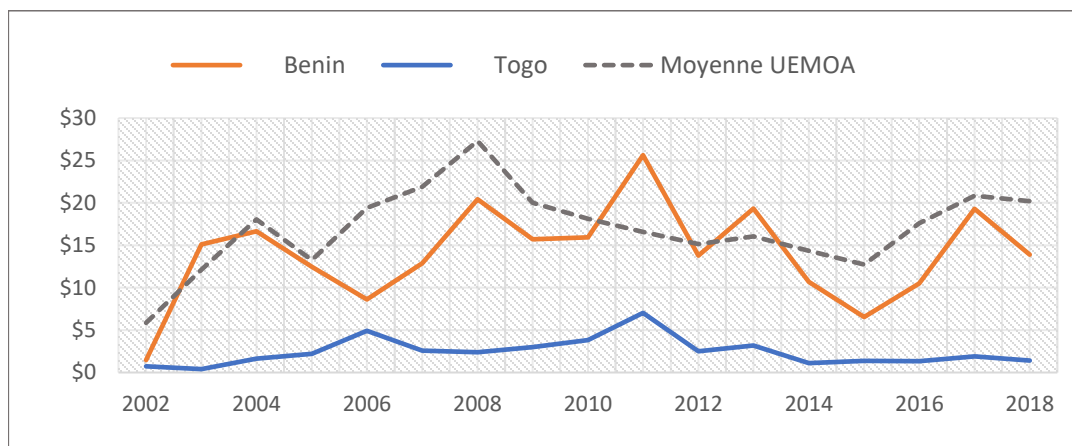
alarmantes. Elles sont passées au Bénin de 12.19% à 12.12% entre 1999 et 2015 puis à 9.95% en 2016. Au Togo, la chute est bien plus drastique, soit de 11.72% en 1990 à 6.75% en 2007 (année de disponibilité des données de l'UNESCO, 2020). Ces chiffres montrent l'échec de la politique de promotion des femmes dans la fonction enseignante dans les deux pays, même si le Bénin reste un meilleur élève relativement au Togo.

**Disponibilité des ressources financières :** Sur le plan du financement, des divergences s'observent entre les deux pays tant sur les volumes de financement que sur les sources de financement. Les dépenses publiques d'éducation par tête sont plus élevées au Bénin qu'au Togo et elles ont connu une forte progression au Bénin depuis les réformes de 2006 (voir Graphiques à l'annexe 6). Toutefois, en analysant les données prévisionnelles issues des plans sectoriels d'éducation avec les dépenses réellement exécutées par l'État, il se dégage que l'État béninois peine à mobiliser les ressources prévues dans les plans alors que le Togo semble être plus en phase avec ces prévisions, du moins sur la période de 2010 à 2015. Entre les sous-secteurs de l'éducation, des écarts s'observent au Togo entre les prévisions et réalisations dans l'enseignement secondaire général où le taux de mobilisation de ressources reste très faible. Ces constats semblent concorder avec les progrès limités observés dans l'amélioration de la part de la population d'âge de 15-24 ayant complété le cycle d'enseignement secondaire au Togo (Graphiques 3.2 et 3.3).

Sur les sources de financement, le Togo contrairement au Bénin s'appuie essentiellement sur la contribution des partenaires techniques et financiers, notamment pour ce qui concerne les dépenses d'investissement dans l'éducation. Dans les plans sectoriels de l'éducation, seuls 10% des ressources planifiées sont indiquées être disponibles contre 90% à mobiliser. Cette forte dépendance du budget togolais à l'aide fragilise la mise en œuvre des actions prioritaires et des investissements dans le secteur éducatif. Lors de notre mission de terrain, les données sur les investissements dans l'éducation étaient difficiles à mobiliser, en raison même du mode de financement des investissements qui sont le fait des contributions des bailleurs. En revanche, au Bénin, le financement extérieur ne représente qu'une faible portion du financement de l'éducation. Le financement extérieur inscrit au budget de l'État et retranscrit dans le SIGFIP a augmenté de 5.2 milliards en 2010 à 10.9 milliards de FCFA en 2015, ce qui représentait respectivement 5.4% et 9% des dépenses

d'éducation dans l'enseignement maternel et primaire en 2010 et 2015 (Gouvernement du Bénin, 2010, 2015). Aussi, faut-il souligner que ce financement extérieur exclut les appuis directs apportés par les partenaires techniques et financiers au secteur de l'éducation à travers les projets et programmes directement mis en œuvre sur le terrain avec leurs partenaires d'exécution. L'aide à l'éducation des pays donateurs du CAD est relativement plus faible et plus volatile au Bénin que la moyenne de l'UEMOA, mais très supérieure à l'aide reçue par le Togo sur la période de 2002 à 2018 (où les données de l'OCDE sont disponibles, Graphique 3.11).

Graphique 3. 11: Évolution de l'APD à l'éducation de base au Bénin et au Togo, 2002-2018, million de dollar US, constant 2017



Source : Données OCDE, Décaissement brut des pays du DAC, constante 2017, 2020

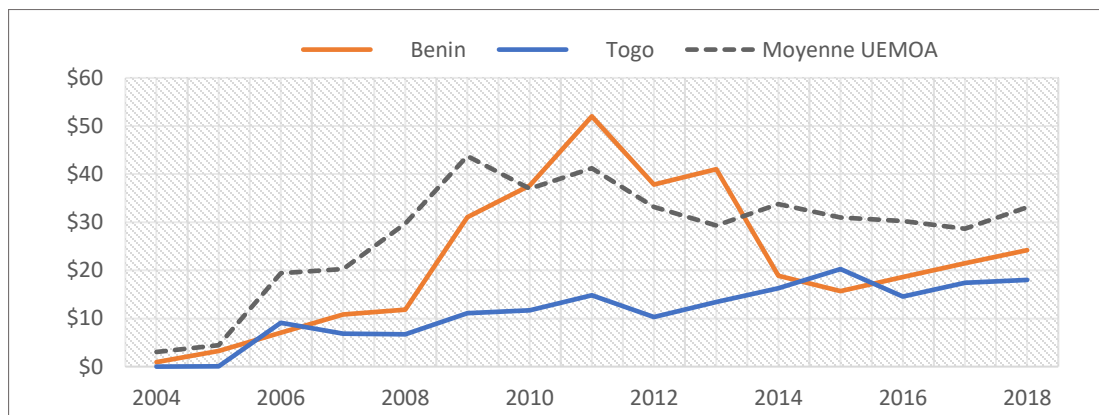
L'analyse de la composition de l'aide à l'éducation ou de ses canaux de transmission montre que l'appui budgétaire des partenaires techniques et financiers a considérablement baissé au Bénin depuis 2011, passant de 52 millions USD à 24 millions USD en 2018 (valeur constante 2017)<sup>46</sup>, après une forte croissance entre 2004 et 2011 (0.9 million USD à 52 millions USD) (Graphique 3.12). Au Togo, par contre, une tendance croissante est observée depuis 2005 où l'aide au secteur public ou budgétaire est passée de 0.04 millions à 18 millions en 2018. Le pic d'aide a été observé en 2015 (20 millions USD) (Graphique 3.12).

<sup>46</sup> Les valeurs d'aide au développement ont été prise en constant 2017 comme calculé par l'OCDE.

Si l'appui budgétaire dans l'aide à l'éducation a baissé au Bénin entre 2011 et 2018, on note une tendance à la hausse pour ce qui concerne l'aide aux ONG et organisations de la société civile (OSC) intervenant dans le secteur. Ceci exprime une certaine préférence des partenaires techniques et financiers pour l'appui aux organisations de la société civile et ONG plutôt que d'appuyer le budget de l'État dans l'éducation. D'une part, cette préférence peut être un indicateur d'une faible confiance des partenaires dans les institutions publiques à promouvoir l'accès équitable à l'éducation notamment pour les populations les plus pauvres et celles habitant dans les zones déshéritées. Ces populations qui sont presque exclues du système d'offre publique ne peuvent se contenter que de l'offre apportée par les organisations non gouvernementales. D'autre part, l'orientation de l'aide vers les ONG peut également être le fruit d'un environnement plus démocratique où l'État ne concentre pas les ressources extérieures sur le financement du budget, mais où les PTF voient le potentiel des ONG et organisations de la société civile plus proches des populations à la base et capable d'assurer efficacement l'offre de services d'éducation. Cette dernière hypothèse semble la plus valable avec l'observation des données du Togo où la tendance est très différente.

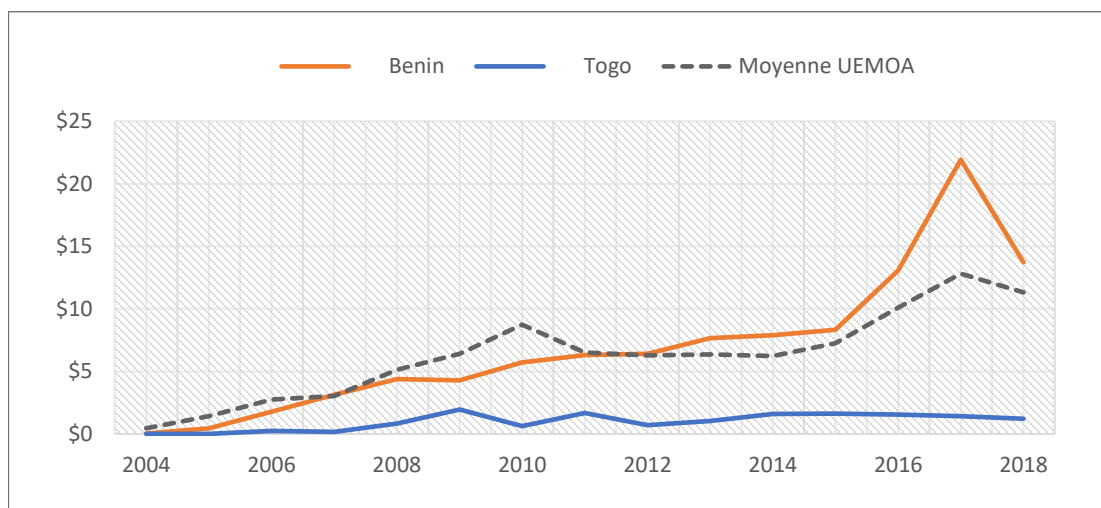
Au Togo, l'aide aux ONG et OSC reste plus faible que la moyenne des pays de l'UEMOA (Graphique 3.13). Alors que l'aide aux ONG et OSC au Bénin s'élevait en 2017 à 21.9 millions USD, elle était de 1.4 million USD au Togo.

Graphique 3. 12 : Évolution de l'APD à l'éducation au secteur public au Bénin et au Togo, 2004-2018, million de dollars US, constant 2017



Source : Données OCDE, Décaissement brut des pays du DAC, constant 2017, 2020

Graphique 3. 13: Évolution de l'APD à l'éducation aux OSC au Bénin et au Togo, million de dollar US, constant 2017



Source : Données OCDE, Décaissement brut des pays du DAC, constant 2017, 2020

En effet, alors que le Bénin jouit d'une démocratie plus participative, avec la liberté pour les PTF d'appuyer certains leviers comme les interventions dans les zones les plus reculées, avec en appui des partenaires d'exécution comme les ONG et OSC, le gouvernement togolais dirigé depuis 1967 par un seul parti politique a une tendance à la centralisation des ressources extérieures. Cette centralisation est d'autant plus évidente que les prévisions du secteur de l'éducation indiquent une forte dépendance au financement extérieur dans les plans sectoriels de développement du secteur de l'éducation au Togo. La conséquence de cette centralisation est que les populations les plus vulnérables et celles habitant dans les milieux où l'infrastructure éducative est défaillante souffrent d'une double exclusion du système éducatif (système étatique et non étatique). Elle compromet ainsi l'objectif d'inclusion et de lutte contre les inégalités dans le secteur de l'éducation poursuivi par l'État.

En analysant les volumes de financement entre les deux pays, une analyse de corrélation est réalisée pour étudier la relation entre l'aide à l'éducation, notamment l'éducation de base et certains résultats dans le cycle primaire (voir analyse de corrélation en annexe 3). L'analyse de la corrélation entre la variation de l'aide à l'éducation de base et les variations du taux d'achèvements total et celui des filles au primaire montre une très forte relation

positive dans le cas du Bénin. Les coefficients de corrélation sont respectivement de 0.92 et 0.75 pour le taux d'achèvement total et le taux d'achèvement des filles et sont significatifs à 1% et 10%, respectivement. Ce résultat suggère qu'une variation annuelle positive de l'aide à l'éducation de base s'accompagne d'une progression du taux d'achèvement total des enfants et particulièrement celui des filles dans le primaire au Bénin. Cette corrélation n'est pas vraie pour le Togo. L'aide à l'éducation serait donc un levier du financement de l'éducation pour la promotion de la scolarisation des filles au Bénin. Les données tendent à suggérer que le Bénin bénéficie de plus d'aide dans le domaine de l'éducation que le Togo et affiche plus de meilleurs résultats (annexe 3).

Étant donné les volumes de financement entre les deux pays et les corrélations obtenues, il est pertinent d'étudier l'efficacité inter et intra pays pour comprendre si les différences de progrès sont également liées à une meilleure gestion financière. Un modèle DEA est utilisé pour cette analyse.

#### **3.6.4. Analyse quantitative basée sur l'efficacité des dépenses d'éducation au Bénin et au Togo**

À la suite de la discussion sur les facteurs qui affectent les résultats dans le domaine de l'éducation, cette section présente les résultats des modèles DEA sur l'efficacité des systèmes d'éducation dans les deux pays.

Une analyse d'efficacité a été réalisée pour mesurer le niveau d'efficacité des deux pays dans la mise en œuvre des dépenses d'éducation pour atteindre les résultats escomptés dans le secteur. Les dépenses considérées sont des dépenses publiques dans l'éducation dans l'enseignement primaire et secondaire qui sont regroupées sous l'appellation de dépenses envers l'éducation de base. Pour des raisons de manque de données dans l'enseignement secondaire, les résultats considérés sont essentiellement ceux de l'enseignement primaire. Ils concernent les taux d'achèvement ainsi que le rapport enseignement-élève. Comme démontré dans la littérature (Hanushek, 1997) et discuté dans la section précédente, la disponibilité d'un enseignant formé dans une salle de classe est un facteur qui a un impact positif sur les résultats scolaires des élèves. Étant donné que des données chronologiques sur une longue durée ne sont pas disponibles pour mesurer la qualité de l'apprentissage

dans la durée, nous avons considéré la disponibilité d'enseignement formé comme un proxy de la qualité de l'enseignement sous l'hypothèse réaliste qu'un enseignant dans une salle de classe pléthorique est moins en mesure de fournir un enseignement de qualité qu'un enseignant dans une classe plus petite. Pour ce qui concerne le taux d'achèvement, il reflète le nombre d'enfants ayant progressé dans le système scolaire en passant d'un cycle d'enseignement à un autre. Il existe un nombre important de données manquantes sur les taux d'achèvement dans le cycle d'enseignement secondaire pour la période de 1998 à 2015<sup>47</sup>. Face à cette contrainte, nous avons considéré uniquement les résultats obtenus dans le primaire. Ainsi, le taux d'achèvement dans le primaire et le rapport enseignant-élève dans le primaire sont considérés comme extrants (outputs) et comme intrants (inputs) les différentes composantes des dépenses publiques d'éducation à savoir les dépenses de personnel, de fonctionnement, de transfert et d'investissement (voir tableau annexe 7). Le choix des variables est effectué en s'appuyant sur la littérature. En effet, plusieurs travaux ont utilisé dans les modèles DEA les dépenses d'éducation comme intrants et comme extrants le taux de scolarisation primaire brut et net, le taux de scolarisation secondaire brut et net, l'alphabétisation, le nombre moyen d'années d'éducation, le taux d'achèvement, etc. (Afonso et Aubyn, 2005 ; Herrera et Pang, 2005 ; Agasisti, 2011, Fonchamnyo et Sama, 2016).

Le DEA orienté sur les intrants est utilisé pour estimer le score d'efficacité de chacun des pays pour chacune des années de la période d'analyse (1998-2015). Après cette estimation, nous nous sommes intéressés à la variation du score d'efficacité d'une année à l'autre pour comparer si les deux pays sont dans une tendance d'amélioration ou de détérioration. Pour réaliser cette analyse, nous avons utilisé l'indice de Malmquist qui a été développé par Caves et al., (1982) et qui étudie à la fois la décomposition de l'efficacité des facteurs et la variation d'une période à l'autre.

---

<sup>47</sup> Les données de la Banque mondiale qui reposent sur celles de l'UNESCO sur les questions d'éducation montrent une forte insuffisance de données sur la période de 1998 à 2015 au Bénin et au Togo.

## Résultats de l'analyse :

Les résultats du modèle DEA sont présentés comme suit :

Il s'agit à la fois des résultats basés sur un rendement d'échelle constant (REC) et un rendement d'échelle variable (REV). Le modèle REC fait l'hypothèse que les unités de prises de décision (UPD) analysées opèrent à une échelle optimale. Or d'après Coelli (1996), plusieurs facteurs y compris les contraintes financières de l'UPD peuvent contribuer à ce que cette hypothèse ne soit pas vérifiée. Dans ce cas un modèle REV est le plus approprié et cette spécification a été largement utilisée (Coelli, 1996, Alfonso et al., 2010). Dans cette analyse nous avons à la fois présenté les résultats du REC et du REV :

Le Tableau 3.4 montre qu'il y a très peu d'années où les deux pays ont été efficaces dans la mise en œuvre des dépenses d'éducation pour atteindre de meilleurs résultats en termes de taux d'achèvement du primaire et du ratio élève-enseignant. Dans les années plus récentes, une forte inefficience a été observée dans les modèles REC. Dans les modèles REV, on constate que pour plusieurs années le score d'efficacité est égal à 1 et supérieur à 1 pour certaines années au Bénin. Cela indique que pour ces années, le Bénin arrive à préserver son niveau d'efficacité tout en augmentant proportionnellement ses intrants comme décrit par Andersen et Petersen (1993).

L'analyse par l'Indice de Malmquist a permis de voir la variation d'une année à l'autre du score d'efficacité ce qui permet de mesurer le niveau d'amélioration des pays au fil des années. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le Tableau 3.5.

En observant la variation de la productivité totale des facteurs (TFPCH), on constate pour le Bénin, que la plus forte baisse de productivité dans le secteur de l'éducation est intervenue entre 2000 et 2001 (-7.09%). Sachant que l'année 2001 était une année électorale dans le pays, ce résultat va dans le sens d'une perte d'efficacité lorsque le pays est en période électorale. Les résultats de la période 2010-2011 (-0.43%) vont dans le même sens, mais la perte d'efficacité est beaucoup plus petite. Pour cette dernière période, la décomposition du TFPCH montre une perte d'efficacité technique de 2%.

Tableau 3. 4: Score d'efficacité des estimations REC et REV dans l'éducation

DMU	Année	REC	REV
Bénin	1998	1	1
Bénin	1999	1.400989	1.463773
Bénin	2000	1	1
Bénin	2001	1	1
Bénin	2002	0.965076	0.969372
Bénin	2003	0.998111	1
Bénin	2004	0.947444	0.949745
Bénin	2005	0.907692	1.120352
Bénin	2006	0.879595	1.103584
Bénin	2007	0	1.309694
Bénin	2008	0.888996	0.893088
Bénin	2009	0.846769	1.050392
Bénin	2010	0.852571	0.883812
Bénin	2011	0.846862	0.891273
Bénin	2012	0.846809	0.900152
Bénin	2013	0.842023	0.935938
Bénin	2014	0.850417	1
Togo	2004	1	1
Togo	2005	1	1
Togo	2006	1	1
Togo	2007	.	.
Togo	2008	0.914349	0.914518
Togo	2009	0.921454	0.95154
Togo	2010	0.914225	0.915417
Togo	2011	0.881961	0.90368
Togo	2012	0.879685	1
Togo	2013	0.876284	1
Togo	2014	0.891454	1

Note : **Intrants** : dépenses d'éducation de personnel, dépenses d'éducation de fonctionnement, dépenses d'éducation de transfert et les dépenses d'investissement pour les secteurs d'éducation primaire, secondaire et technique. **Extrants**: ratio élève-enseignant dans le primaire, taux d'achèvement total dans le primaire.

Tableau 3. 5: Indice de Malmquist sur la variation de l'efficacité dans l'éducation

Pays	Période	TFPCH	TECH	TECCH	Variation <sup>48</sup> du TFPCH	Variation du TECH	Variation du TECCH
Bénin	2000~2001	0.9291	1	0.9291	-7.09%	0%	-7%
Bénin	2001~2002	1.0106	1	1.0106	1.06%	0%	1%
Bénin	2002~2003	0.976	1	0.976	-2.40%	0%	-2%
Bénin	2003~2004	1.0269	1	1.0269	2.69%	0%	3%
Bénin	2010~2011	0.9957	0.978	1.0182	-0.43%	-2%	2%
Bénin	2011~2012	0.9979	1.0041	0.9937	-0.21%	0%	-1%
Bénin	2012~2013	0.9836	0.996	0.9875	-1.64%	0%	-1%
Bénin	2013~2014	1.011	1.0224	0.9889	1.10%	2%	-1%
Togo	2004~2005	0.8646	1	0.8646	-13.54%	0%	-14%
Togo	2005~2006	1.3782	1	1.3782	37.82%	0%	38%
Togo	2008~2009	0.9666	1	0.9666	-3.34%	0%	-3%
Togo	2009~2010	0.9754	1	0.9754	-2.46%	0%	-2%
Togo	2010~2011	1.0258	1	1.0258	2.58%	0%	3%
Togo	2011~2012	1.0534	1	1.0534	5.34%	0%	5%
Togo	2012~2013	0.9664	1	0.9664	-3.36%	0%	-3%
Togo	2013~2014	0.9067	1	0.9067	-9.33%	0%	-9%

Note : les périodes qui ne figurent pas dans ce tableau sont des périodes pour lesquelles les données sont manquantes pour calculer l'indice de Malmquist. TFPCH=Changement dans la productivité totale des facteurs ; TECH= Changement dans l'efficacité technique ; TECCH=Changement technologique.

Pour le Togo, les résultats vont dans le même sens avec une perte d'efficacité encore plus forte lorsque le pays passe d'une année non électorale à une année électorale. La plus forte perte en efficacité est observée entre 2004 et 2005 (-13.54%). Rappelons que l'année 2005 marque le décès du président Gnassingbé Eyadema qui a dirigé le pays de 1967 à 2005. Cette année a connu une forte instabilité politique où le Togo a dû faire une nouvelle élection présidentielle deux ans après la précédente élection en 2003. Aussi, entre 2013 et 2014, on note une forte baisse en efficacité (-9.33%) au Togo. Sachant que l'année 2014 est une année pré-électorale, les résultats vont dans le sens d'une perte d'efficacité en période pré-électorale et électorale. Le résultat obtenu sur la période de 2008 à 2009 aussi confirme cette observation (-3.34%), l'année 2009 étant une année pré-électorale. Ainsi,

<sup>48</sup> La variation est obtenue en soustrayant le changement de score de période de l'unité (TFPCH-1).

l'instabilité politique en périodes pré-électorale et électorale a donc eu comme conséquence une perte d'efficacité dans la gestion et la mise en œuvre des dépenses publiques dans le secteur de l'éducation. En revanche, on observe que durant la période post élection (2005-2006), le pays a enregistré un fort gain en efficacité (37.82%) ce qui consolide les résultats dans le sens de l'effet positif (négatif) de la stabilité politique (instabilité politique) sur l'efficacité des dépenses publiques dans l'éducation.

Pour étayer cette analyse, nous nous sommes intéressés aux facteurs pouvant avoir un impact sur l'efficacité des dépenses publiques dans le secteur de l'éducation, en l'occurrence dans l'éducation de base. Plusieurs études recensées par Simar et Wilson (2007) ont utilisé une méthodologie DEA à deux étages pour répondre à de telle question. Cette technique consiste dans un premier temps à estimer un DEA pour calculer les scores d'efficacité, puis dans une deuxième phase, estimer des variables dites environnementales qui peuvent influencer le score d'efficacité (Ibid). Ces variables sont d'ordre institutionnel, structurel et liés aux caractéristiques socio-économiques de l'unité d'analyse (Worthington, 2001). La littérature a largement utilisé les modèles censurés comme le modèle Tobit pour réaliser une telle analyse étant donné que les scores d'efficacité sont bornés dans l'intervalle 0 et 1 (De Witte et López-Torres, 2017). Il faut noter cependant que dans certains cas, la valeur du score peut être supérieure à 1. Dans ce cas, l'UPD arrive à préserver son niveau d'efficacité tout en augmentant proportionnellement ses intrants (Andersen et Petersen, 1993).

Selon Simar et Wilson (2007), l'estimation du score d'efficacité par une méthode censurée (Tobit) pose des limites dans la mesure où les scores d'efficacité estimés par DEA sont corrélés. En conséquence, les méthodes d'inférences standards sont invalides. Simar et Wilson (2007) font recours à une expérimentation Monte-Carlo pour démontrer qu'un modèle tronqué est plus efficace qu'un modèle Tobit en présence de corrélation sérielle dans les scores estimés avec une application de bootstrapping des données. Ainsi, nous avons eu recours au modèle tronqué dans cette analyse.

Très peu d'études sur l'efficacité dans le secteur de l'éducation se sont focalisées sur l'échelle nationale comme c'est le cas dans cette recherche. De Witte et Lopez-Torres

(2017) dans une méta-analyse sur l'efficacité dans le secteur éducatif recensent sur plus de 200 études conduites jusqu'en 2015, seulement 9 qui se sont concentrés sur le niveau national. Les autres études se sont focalisées sur les unités d'analyse comme le département, le district, la ville, l'école, la classe ou l'élève. Ainsi, il n'existe pas assez de références sur l'application à une échelle nationale (pays) de la méthode DEA à deux niveaux qui permet d'identifier au deuxième niveau les facteurs en dehors du système éducatif qui ont un impact sur l'efficacité dans le système. En se basant sur les types de facteurs d'ordre institutionnel, structurel et socio-économique utilisés dans la littérature (Agasisti 2014 ; Fonchamnyo et Sama, 2016 ; Prasetyo et al., 2013 ; Giménez et al., 2007 ; Gupta et Verhoeven, 2001 ; Thieme et al., 2012 ; Herrera et Pang, 2005), nous avons identifié les facteurs du tableau 3.6 comme pouvant avoir un impact sur l'efficacité dans le système éducatif. Bien qu'étant conscients qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, les facteurs identifiés dans cette analyse reflètent les facteurs clés qui peuvent agir sur les résultats scolaires au niveau macro-économique.

Les résultats basés sur le modèle tronqué (tableau 3.7) montrent que l'indice des prix à la consommation harmonisé et le niveau de corruption sont deux facteurs importants qui influent sur le score d'efficacité calculé sur la base du modèle des rendements d'échelle constants (REC). Les résultats ne sont pas significatifs dans le cas du modèle à rendements d'échelle variables. Étant donné le conflit de résultats entre le REC et le REV, nous avons effectué un modèle MCO avec une transformation logarithmique du score d'efficacité comme certains auteurs l'ont effectué (De Witte et Lopez-Torres, 2017). Les résultats sont consignés dans le tableau 3.11 en annexe 5. Le pouvoir explicatif du modèle REC est de 0.932 alors qu'il est de 0.190 pour le modèle REV, ce qui suggère que la spécification REV n'est pas la meilleure. Dans ces conditions nous considérons la spécification du modèle REC dans l'estimation du modèle tronqué.

Pour l'indice harmonisé des prix à la consommation utilisé pour mesurer l'inflation, les résultats du modèle REC donnent un coefficient négatif (-0.47) et significatif au seuil de 1% de significativité (Tableau 3.7). Pour la variable relative à la corruption, le coefficient est négatif (-0.123) et significatif au seuil de 1% de significativité. Ces résultats indiquent le niveau d'inflation et la corruption sont des facteurs défavorables à l'amélioration de

l'efficacité dans le secteur de l'éducation. Les résultats sur l'effet négatif de la corruption sur l'efficacité sont conformes aux résultats de Fonchamnyo et Sama (2016) sur l'analyse de l'efficacité dans l'éducation et la santé au Cameroun, au Tchad et en Centrafrique.

Tableau 3. 6: Variable et hypothèses

Variable	Hypothèse de choix de la variable
L'indice des prix à la consommation harmonisé (facteur socio-économique). Variable Log(HCPI)	Mesure le niveau d'inflation dans l'économie qui peut affecter négativement la capacité des ménages à consommer des biens et services dans l'économie y compris les services d'éducation et donc agir sur les résultats scolaires.
L'aide au développement en pourcentage du PIB (facteur structurel). Variable Log(APD/PIB)	La volatilité de l'aide au développement peut affecter négativement la capacité de mobilisation de ressources dans les pays en développement qui en dépendent fortement et ainsi affecter le financement de l'éducation
Services de la dette publique en pourcentage des exportations de biens et services et du revenu primaire (facteur institutionnel et structurel). Variable Log(SD)	Le poids de la dette dans un contexte où les pays sont en union monétaire et contraints par les règles de convergence, peut réduire la capacité de financement du pays. Aussi comme défendue dans la littérature le poids de la dette peut être un facteur de responsabilité de l'État. Dans tous les deux cas, un niveau d'endettement élevé aura un impact négatif sur le score d'efficacité.
Le PIB par tête (facteur économique) Variable Log(PIB/hab)	Cette variable est utilisée pour mesurer l'impact du niveau de richesse du pays dont l'effet attendu est un effet positif sur le score d'efficacité, car l'accroissement continu de richesse d'un État peut être un signal de bonne performance dans la gestion et la gouvernance, ainsi que le signe que les ménages peuvent disposer davantage de ressources pour mieux investir dans l'éducation.
Le contrôle de la corruption (facteur institutionnel) Variable Indice Corruption	Cette variable est utilisée pour prendre en compte le degré de responsabilité du gouvernement vis-à-vis de ces citoyens et la qualité des institutions. La variable contrôle de la corruption utilisée mesure la perception vis-à-vis de la qualité des institutions publiques.

Note : Toutes ces variables proviennent de la Banque mondiale à l'exception de l'indice des prix à la consommation issu de la base de données de l'UEMOA.<sup>49</sup>

<sup>49</sup> Ces données ont été téléchargées en 2019.

Tableau 3. 7: Résultats des estimations sur les facteurs affectant le score d'efficacité dans l'éducation

<b>Modèle tronqué</b>		
	(1) REC	(2) REV
Log(HCPI)	-0.470*** (0.0742)	-0.252 (0.229)
Log(APD/PIB)	-0.0154 (0.0239)	-0.0467 (0.0640)
Log(SD)	-0.00337 (0.0185)	-0.0306 (0.0647)
Log(PIB/hab)	0.00628 (0.00480)	0.00782 (0.0173)
Indice Corruption	-0.123*** (0.0399)	0.0758 (0.138)
sigma	0.0221*** (0.00372)	0.0800*** (0.0161)
Constant	2.998*** (0.324)	2.318** (1.047)
Observations	24	25
Standard errors in parentheses		
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Les résultats de l'estimation REC relatifs à l'aide publique au développement en pourcentage du PIB, les services de la dette en pourcentage des exportations de biens et services et du revenu primaire montrent des coefficients négatifs et non significatifs. Le signe négatif des coefficients indique que l'aide en pourcentage du PIB, a un effet négatif sur le score d'efficacité dans le secteur de l'éducation. Bien que ce résultat ne soit pas significatif, il va dans le sens d'un effet négatif de l'aide sur l'efficacité des dépenses publiques dans le secteur de l'éducation au Bénin et au Togo. Pour la variable relative aux services de la dette, l'effet négatif du coefficient va dans le sens qu'un niveau d'endettement élevé (qui se traduit par des services de la dette élevés) est défavorable à l'amélioration du score d'efficacité dans le domaine de l'éducation. Ce résultat bien que n'étant pas significatif s'aligne sur les travaux qui soutiennent qu'un fort niveau d'endettement est un mauvais indicateur de performance du gouvernement, laquelle performance peut être mesurée par le score d'efficacité. Selon Montes et al. (2019),

l'endettement extérieur public est un facteur qui permet de mesurer la responsabilité étatique vis-à-vis des ressources publiques, laquelle détermine l'efficacité des dépenses publiques.

Concernant le PIB par tête, son effet positif sur le score d'efficacité est conforme à l'hypothèse émise dans le tableau 3.6 qui stipule que l'accroissement du PIB par tête peut être un bon indicateur de performance économique du gouvernement et donc un facteur qui peut avoir un effet positif sur le score d'efficacité. Toutefois, ce résultat reste non significatif, ce qui ne permet pas de tirer de conclusion.

### 3.7 Conclusion

Ce chapitre a exploré la mise en œuvre des politiques d'éducation pour tous en focalisant sur le Bénin et le Togo, et analyse les facteurs liés à l'éducation qui sont susceptibles d'expliquer le fait que le Bénin est atteint et dépassé le niveau de développement humain du Togo mesuré par l'IDH. La prise en compte de la vulnérabilité a constitué un aspect important de cette analyse et l'attention s'est portée sur les filles.

Les facteurs qui ont influé sur les performances des deux pays sont des facteurs d'ordre institutionnel liés à la qualité de la gouvernance en lien avec la prise de politique claire et de mesures fortes pour encourager la scolarisation des filles. Il est clairement apparu que l'État béninois sur la période de 1990 à 2015 a mis en place des réformes et des programmes qui ont encouragé une plus forte inclusion des filles notamment la gratuité dans les premières années du cycle secondaire et les programmes spécifiques dans le primaire comme le programme complémentaire de scolarisation des filles et le Paquet éducatif essentiel. De telles réformes n'ont pas été notées au Togo sur la même période. Ces constats suggèrent qu'au-delà des bonnes intentions des États qui sont traduites dans les documents stratégiques, l'insuffisance d'actions concrètes reste un handicap à la lutte contre les inégalités dans le secteur de l'éducation et surtout dans la promotion de l'éducation des filles. Aussi faut-il noter l'importance de programmes spécifiques plutôt que des mesures générales qui touchent tous les groupes de personnes dans le système scolaire. Le ciblage et l'ampleur des mesures mises en œuvre sont importants pour améliorer l'accès des filles à l'éducation dans les deux pays étudiés.

Autres facteurs incluent la promotion d'une démocratie participative pour un climat social apaisé, des efforts financiers publics importants pour la mise en place de programmes spécifiques envers les plus vulnérables, comme c'est noté au Bénin comparativement au Togo sur la période d'étude. Certains facteurs restent cependant communs aux deux pays comme les questions de disponibilité du personnel et de ressources financières. Bien que la disponibilité du personnel reste un défi pour les deux pays, on note cependant une plus forte participation des femmes à la fonction enseignante au Bénin comparé au Togo, ce qui est susceptible de favoriser la scolarisation des filles.

L'analyse d'efficience a révélé que le Bénin et le Togo n'ont pas été efficaces sur la période d'étude. Les fortes variations annuelles dans le score d'efficience sont intervenues dans les années où le pays est passé d'une période non électorale à une période électorale. Ces variations sont plus fortes au Togo qu'au Bénin, alors que le Togo a connu sur la période des années électorales caractérisées par des tensions et une instabilité institutionnelle. Il est donc raisonnable d'argumenter que l'instabilité institutionnelle a contribué à réduire le niveau d'efficience dans les deux pays et principalement au Togo. Aussi faut-il souligner que la corruption est apparue comme un facteur qui affecte négativement le score d'efficience selon les estimations du modèle tronqué sur la base du REC. Ceci conforte le rôle des facteurs institutionnels sur l'efficience de l'État dans le domaine de l'éducation. À cela s'ajoute aussi le rôle du niveau d'inflation. Une forte inflation a un effet négatif sur l'efficience. Bien qu'une étude plus approfondie soit nécessaire pour comprendre tous les canaux de transmission de cet effet, ce dernier semble selon nos hypothèses passer par une plus faible capacité des ménages à consommer les services d'éducation sachant que malgré la gratuité de l'enseignement primaire dont les résultats ont été utilisés dans cette étude, les ménages continuent de supporter des charges liées soient à certaines fournitures, uniformes scolaires, l'alimentation et le déplacement selon leur localisation. Le manque de ressources peut ainsi affecter la capacité des ménages les plus pauvres à maintenir leurs enfants à l'école jusqu'à ce qu'ils complètent le cycle d'enseignement primaire utilisé comme l'un des résultats principaux dans cette étude.

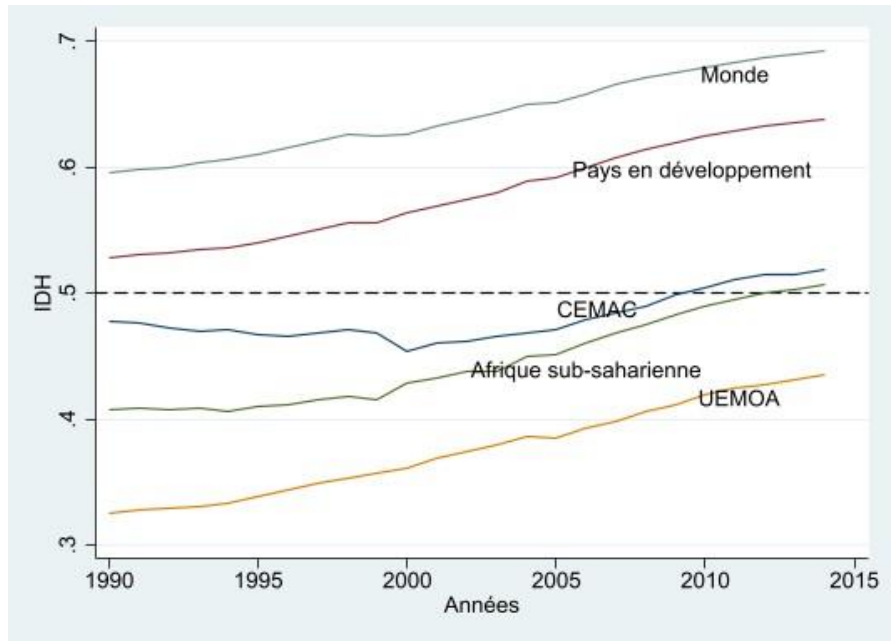
L'analyse révèle aussi que dans la mise en œuvre des politiques d'éducation pour tous dans les PED, la solidarité internationale n'a pas été au rendez-vous des attentes. L'aide au secteur de l'éducation n'est pas principalement orientée vers les pays les plus pauvres de la région de l'Afrique de l'Ouest, chose qui peut freiner la mise en œuvre des politiques. L'aide à l'éducation au Bénin tend à être plus orientée vers les ONG qui offrent directement les services aux populations à la base plutôt qu'au Togo où l'aide est plus orientée vers le budget de l'État. D'après l'analyse de corrélation réalisée, l'aide semble s'accompagner de bons résultats en termes d'achèvement du primaire chez les filles au Bénin contrairement au Togo. La centralisation de l'aide au Togo peut être également liée à la structure de gouvernance qui tend à concentrer les ressources vers l'État central.

Une gestion plus décentralisée et l'appui aux organisations de la société civile et les ONG peuvent permettre d'améliorer les résultats dans les deux pays. L'État jouerait un rôle de coordinateur qui s'assure que les règles soient respectées et que les acteurs opèrent dans un environnement qui facilite l'atteinte des objectifs pour l'amélioration du niveau de scolarisation, du capital humain qui participera à un développement humain et économique plus inclusif et durable.

### 3.8 Annexes

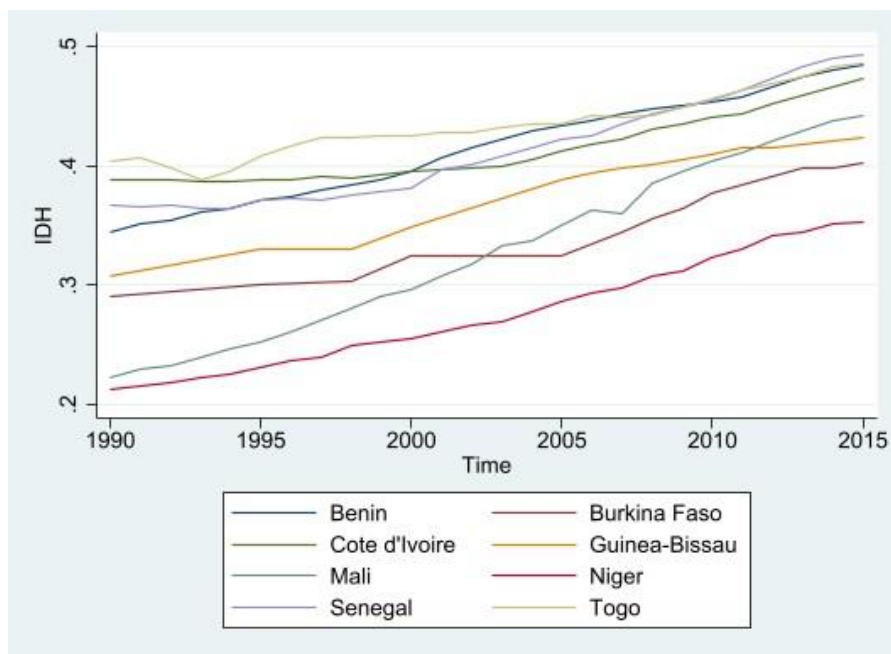
#### Annexe 1 :

Graphique 3. 14: Évolution de l'IDH par région, 1990-2015



Source: Données PNUD, 1990-2017

Graphique 3. 15: Évolution de l'IDH dans l'UEMOA, 1990-2015



Source: Données PNUD, 1990-2017

## **Annexe 2 :**

### **Objectifs de la Politique nationale de promotion de l'éducation pour tous au Bénin, 2004**

- Développer et améliorer sous tous leurs aspects, la protection et l'éducation de la petite enfance, et notamment des enfants les plus vulnérables et défavorisés ;
- Faire en sorte qu'à l'horizon 2015 tous les enfants, notamment les filles, les enfants en difficulté et ceux appartenant à des minorités ethniques, aient la possibilité d'accéder à un enseignement primaire obligatoire et gratuit de qualité et de le suivre jusqu'à son terme ;
- Répondre aux besoins éducatifs de tous les jeunes et de tous les adultes en assurant un accès équitable à des programmes adéquats ayant pour objet l'acquisition de connaissances ainsi que de compétences nécessaires dans la vie courante ;
- Améliorer de 50% les niveaux d'alphabétisation des adultes et notamment des femmes, à l'horizon 2015 et assurer à tous les adultes un accès équitable aux programmes d'éducation de base et d'éducation permanente ;
- Éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire et instaurer l'égalité dans ce domaine à l'horizon 2015, en veillant notamment à assurer aux filles un accès équitable et sans restriction à une éducation de base de qualité avec les mêmes chances de réussite ;
- Améliorer, sous tous ses aspects, la qualité de l'éducation dans un souci d'excellence, de façon à obtenir pour tous les résultats d'apprentissage reconnus et quantifiables, notamment en ce qui concerne la lecture, l'écriture et le calcul et les compétences indispensables dans la vie courante (Gouvernement du Bénin, 2006b)

### Annexe 3 :

#### Analyse de corrélation basée sur les dépenses des programmes touchant directement aux filles

Comme énoncé dans la méthodologie, l'analyse de corrélation est basée sur l'étude du rapport de corrélation entre les dépenses envers certains groupes spécifiques, notamment les filles, et quelques indicateurs de développement qui permettent de mesurer les progrès à leur niveau. Ainsi, les dépenses considérées dans cette analyse sont les dépenses qui visent à accroître l'accès des filles à l'éducation et aussi celles qui permettent d'assurer la prise en charge gratuite des frais d'écolage dans l'enseignement maternel et primaire. Sur la base de ces dépenses, nous avons identifié les indicateurs de développement suivant: taux de scolarisation et d'achèvement dans le primaire et particulièrement le taux de scolarisation et le taux d'achèvement du primaire des filles, l'indice de parité filles-garçons dans l'enseignement primaire.

Les tableaux ci-dessous présentent les données utilisées qui portent sur les programmes touchant aux filles en particulier.

Tableau 3. 8: Données sur l'éducation au Togo de 2009 à 2015, million de FCFA, constant 2008

Programmes	Année	Prévisions	Dépenses	Taux d'exécution
Appui à la gratuité de l'école	2009	2,074.20	1,628.79	79%
	2010	2,104.40	1,961.12	93%
	2011	2,179.20	2,179.18	100%
	2012	2,137.78	2,137.78	100%
	2013	2,276.20	2,272.23	100%
	2014	1,710.30	855.15	50%
	2015	1,160.60	1,160.60	100%
Subvention aux cantines scolaires	2014	1,140.20	1,140.20	100%
	2015	1,160.60	1,160.60	100%

Source : Données du SIGFIP au Togo, 2009-2015

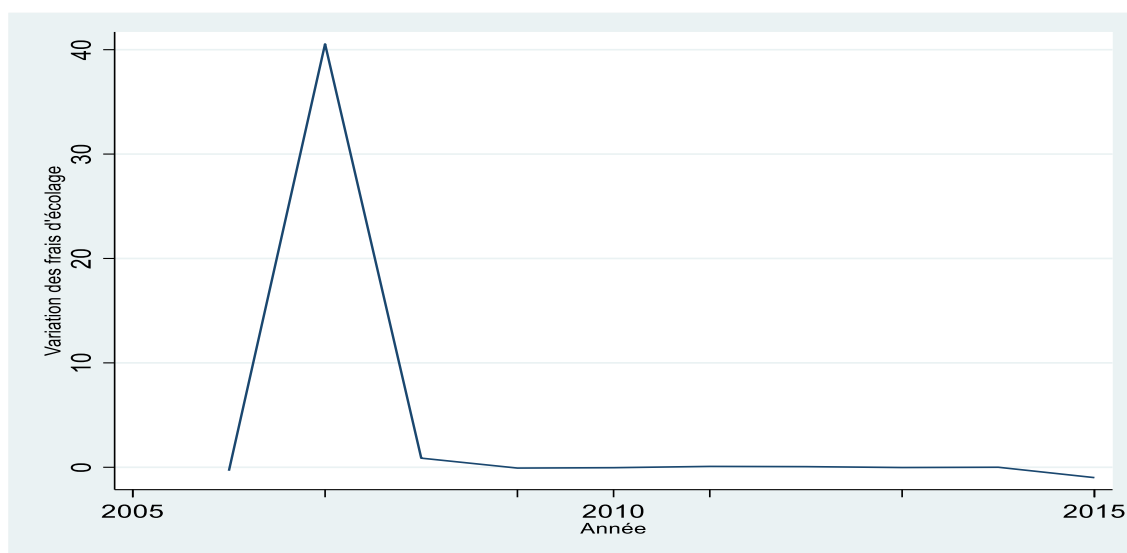
Tableau 3. 9: Données sur l'éducation au Bénin de 1998 à 2015, million de FCFA, constant 2008

Années	Cantines scolaires (y compris les transferts à la direction de l'alimentation scolaire)			Scolarité des filles dans le primaire			Scolarité des filles dans le secondaire			Mesure de gratuité dans le supérieur			Programme envers les filles			Prise en charge des frais d'ecolage dans les EPP et EM
	Prévisions Cantine	Dépenses Cantine	Taux d'exécution	Prévisions Scol fille primaire	Dépenses Scol fille primaire	Taux d'exécution	Prévisions Scol fille Sec	Dépenses Scol fille Sec	Taux d'exécution	Prévisions gratuite sup	Dépenses gratuite sup	Taux d'exécution	Prévisions prog filles	Dépenses prog filles	Taux d'exécution	Dépenses frais scolaire EPP EM
1998	7.66	5.75	75%			.									.	
1999	19.19	8.07	42%			.							307.00	30.70	10%	
2000	16.41	16.40	100%			.							437.53	437.53	100%	
2001			.			.									.	
2002			.			.									.	
2003	932.25	910.56	98%			.							110.18	110.00	100%	
2004	1,085.92	0.00	0%			.	122.61	0.00	0%				527.80	0.00	0%	
2005	1,133.22	1,015.42	90%	173.28	161.58	93%			.				784.55	555.13	71%	161.58
2006	1,325.30	511.17	39%	259.11	110.04	42%	259.11	110.04	42%				1,062.67	579.86	55%	110.04
2007	13,570.78	188.32	1%	344.05	55.02	16%	45.11	9.28	21%				683.86	487.60	71%	4,681.26
2008	2,143.07	835.27	39%	452.54	282.30	62%	130.66	26.13	20%				1,082.15	928.31	86%	9,421.89
2009	2,092.82	1,754.86	84%	127.29	62.04	49%	105.72	46.89	44%	853.32	853.30	100%	1,562.09	1,587.46	102%	8,730.64
2010	1,526.40	956.36	63%	101.76	81.10	80%	107.16	55.46	52%	1,093.92	338.71	31%	1,570.98	942.30	60%	8,494.98
2011	1,585.35	1,240.29	78%	105.69	79.43	75%	72.93	24.85	34%	1,136.17	852.13	75%	1,531.90	1,400.46	91%	9,565.41
2012	2,077.25	2,067.21	100%	93.04	87.15	94%	74.65	61.67	83%	1,295.39	1,295.39	100%	1,777.80	2,066.74	116%	10,383.91
2013	1,706.72	1,572.49	92%	109.87	73.10	67%	75.81	69.81	92%	1,483.79	1,483.79	100%	1,930.41	2,216.82	115%	10,283.72
2014	1,998.99	444.72	22%	109.71	99.09	90%	75.70	59.93	79%	1,481.63	1,481.63	100%	1,906.31	2,110.58	111%	10,302.03
2015	2,240.65	1,914.28	85%	110.81	81.74	74%	123.00	96.80	79%	1,496.49	1,496.49	100%	1,972.11	1,900.20	96%	81.74

Source: Données issues des comptes administratifs de gestion du Bénin provenant du SIGFIP, 1998-2015

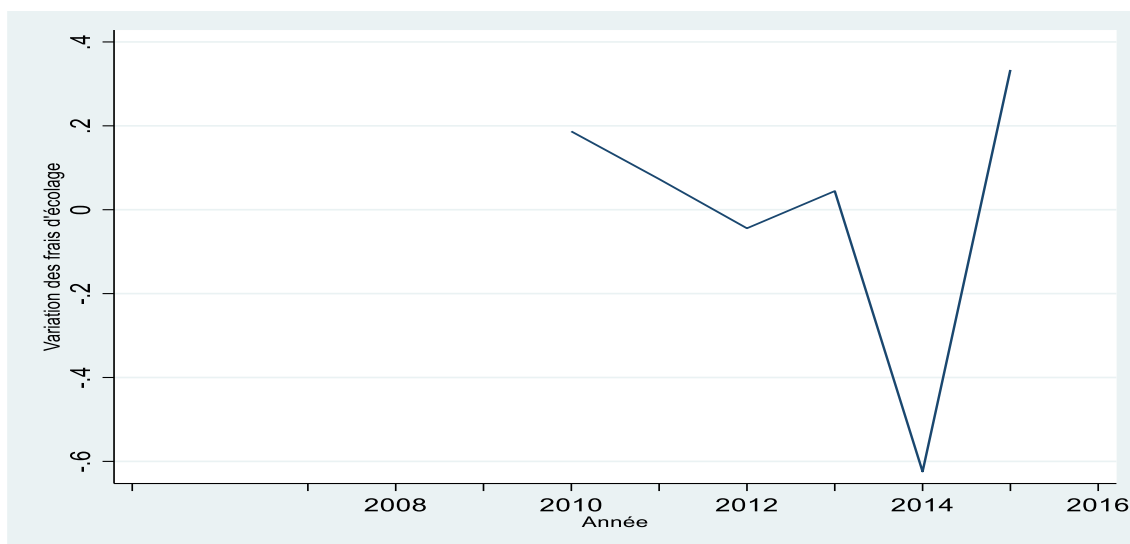
Les graphiques 3.16 et 3.17 présentent la variation relative annuelle des dépenses de gratuité de l'école dans les deux pays qui constituent la base la plus solide de comparaison en l'absence de dépenses spécifiques à l'endroit des filles au Togo.

Graphique 3. 16: Variation des dépenses de gratuité de l'école incluant les mesures envers les filles au Bénin



Sources: Données SIGFIP Bénin

Graphique 3. 17: Variation des dépenses de gratuité de l'école incluant les mesures envers les filles au Togo



Source: Données SIGFIP Togo

On observe au Bénin une variation substantielle entre 2006 et 2007 où les dépenses pour la gratuité de l'école ont varié de plus de 40 points de pourcentage en une année. Cette forte variation s'explique par la mesure de gratuité de l'enseignement primaire décrétée par le gouvernement en 2006, couplée avec la gratuité de l'enseignement des filles au premier cycle du secondaire. Le Togo quant à lui a adopté en 2008, la gratuité de l'enseignement primaire, qui s'est ajoutée à la subvention de 30% pour la scolarisation des filles dans le secondaire (BIT et OCDE, 2018). L'analyse de corrélation vise à étudier si les différences observées dans les politiques sont corrélées avec les progrès observés dans les deux pays.

Selon l'UNESCO, l'indice de parité genre (IPG) dans le premier cycle de l'enseignement secondaire est de 85% au Bénin en 2016 contre 78% au Togo (Données UNESCO, 2020). Ce constat indique que le Bénin se positionne mieux par rapport au Togo sur l'égalité des sexes dans le premier cycle du secondaire où le gouvernement béninois a initié depuis 2006 des mesures de gratuité pour la scolarité des filles dans les deux premières années du premier cycle du secondaire contrairement au Togo. Par contre, dans le second cycle de l'enseignement secondaire, le Togo présente un léger progrès sur le Bénin avec un IPG de 58% en 2017 contre 53% au Bénin en 2016, les données pour 2017 n'étant pas disponibles pour le Bénin. Il est ici intéressant de voir que lorsque l'État intervient dans le premier cycle du secondaire au Bénin plus qu'au Togo, les différences sont remarquables dans les résultats. Mais les gains enregistrés tendent à disparaître avec la réduction de l'intervention publique au profit des filles dans le second cycle du secondaire.

Tableau 3. 10: Indice de parité du genre entre le Bénin et le Togo selon les données récentes de l'UNESCO (en %)

Année	Bénin	Togo	Type d'enseignement
2015	94	96	Primaire
2016	85	78	Premier cycle secondaire
2017	53 (2016)	58	Second cycle secondaire
2017	44	45	Supérieur
2018	51	N/A	Supérieur

Source : Données UNESCO 2020

Dans l'enseignement primaire, les deux pays ont presque atteint l'égalité du genre en 2018 avec l'indice de parité genre pour le taux brut de scolarisation de 94% pour le Bénin contre 96% pour le Togo. En 2015, ils étaient respectivement à 93% et 95%. Dans l'enseignement supérieur, l'écart entre les deux pays semble se réduire au fil des années jusqu'en 2017 où l'IPG était de 44% au Bénin contre 45% au Togo. Les données récentes pour le Bénin indiquent un IPG de 51% en 2018 ce qui correspond à une progression significative en un an (Données UNESCO 2020).

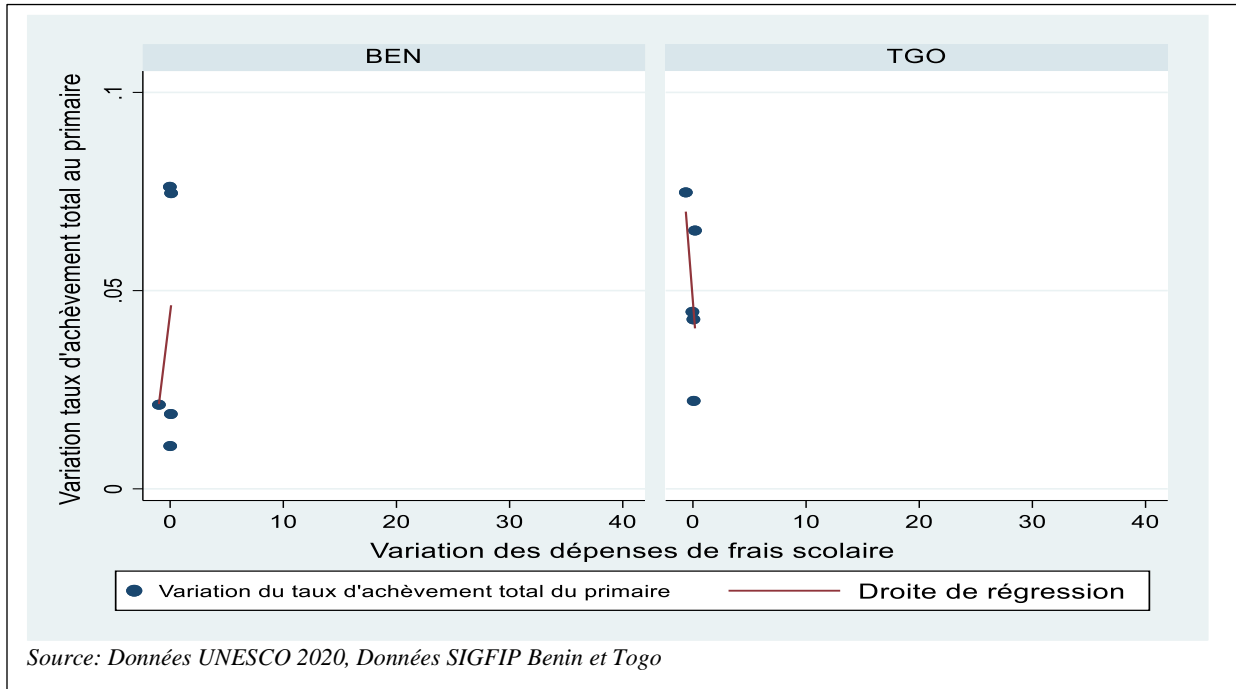
Il ressort de cette analyse qu'en appliquant une mesure de ciblage des filles plus importante que le Togo dans le premier cycle du secondaire, le Bénin a eu de meilleurs résultats en matière d'égalité des sexes dans cet ordre d'enseignement. Dans le second cycle du secondaire où on note une subvention de 30% au Togo contre une absence d'intervention publique au Bénin, les résultats du Togo sont légèrement meilleurs. Ainsi, l'ampleur des mesures de ciblage est donc aussi importante que la mesure de ciblage elle-même. Cette analyse est corroborée par l'étude de Lau et Chou (2019) sur la lutte contre la pauvreté des enfants à travers les mesures de politiques à caractère universel ou de ciblage à Hong Kong. Selon les auteurs, la définition des programmes soulignée par Munro (2002) est un aspect important. L'efficacité des initiatives politiques envers des groupes spécifiques peut être améliorée en agissant sur plusieurs dimensions qui incluent le type de programme (sélectif ou universel), le niveau des bénéficiaires et les méthodes de délivrance (Lau et Chou, 2019).

Dans le cas du Bénin et du Togo, le niveau des bénéficiaires (gratuité totale contre subvention de 30% des frais scolaires) semble avoir eu un effet sur l'égalité des sexes dans le système scolaire.

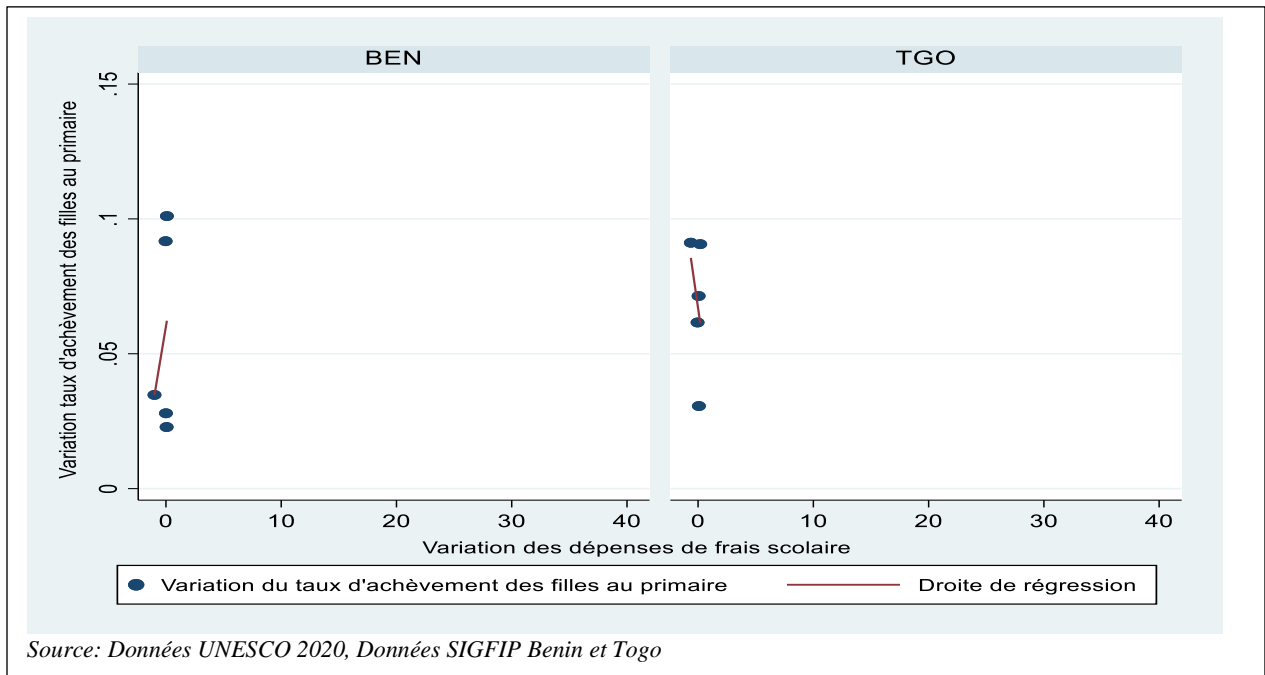
- **Variation des dépenses de prise en charge des frais d'écolage et variation du taux d'achèvement général et celui des filles du primaire**

Les Graphiques 3.18 et 3.19 présentent la relation entre la variation des dépenses de frais scolaires des enfants et les taux d'achèvement général et celui des filles, respectivement. Le Graphique 3.18 montre une relation positive dans le cas du Bénin et négative dans le cas du Togo.

Graphique 3. 18: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement total au primaire et la variation des dépenses publiques de frais scolaires

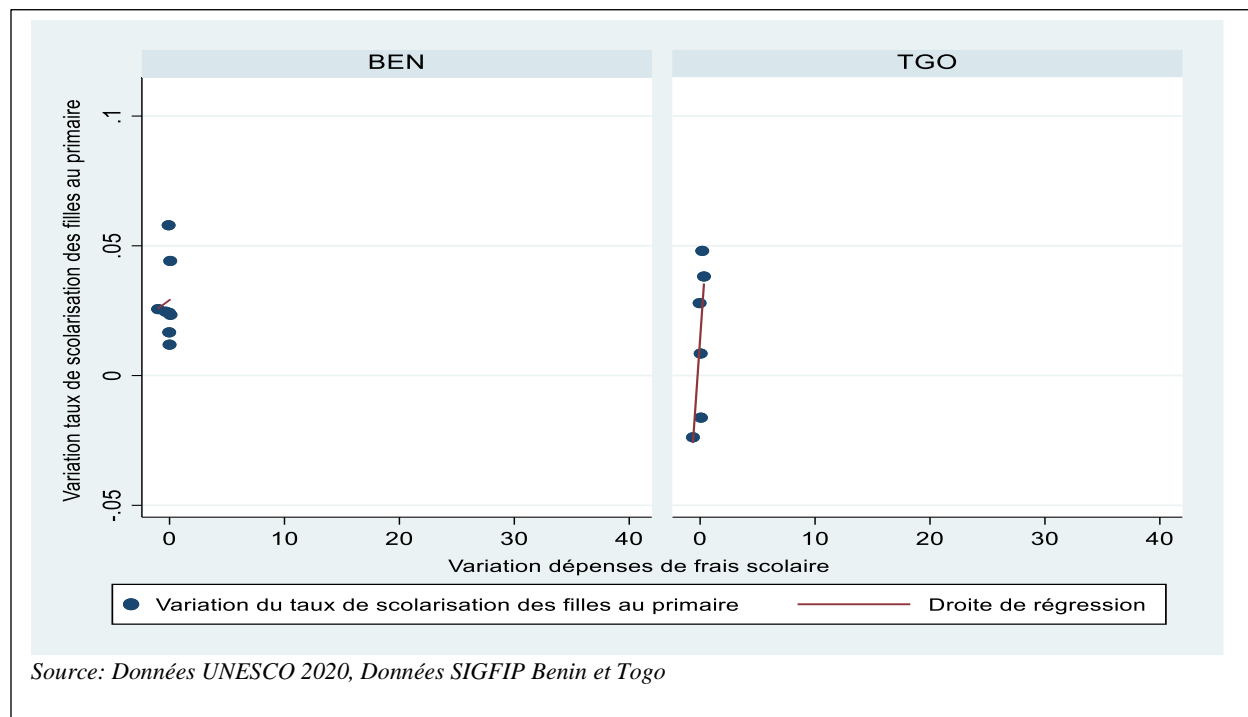


Graphique 3. 19: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement des filles au primaire et la variation des dépenses publiques de frais scolaires



Pour le Bénin, le coefficient de corrélation entre la variation du taux d'achèvement total du primaire et la variation des dépenses des frais scolaires est de 0.33 et non significatif. Pour le Togo, il est de -0.56, plus élevé que celui du Bénin, mais reste non significatif. Une relation positive suppose qu'une variation des dépenses s'accompagne d'une augmentation du taux d'achèvement, ce qui suppose que les politiques de prise en charge des droits scolaires pour maintenir les enfants à l'école pourraient avoir porté des fruits. Mais la non-significativité du résultat ne permet pas de conclure à une relation forte entre les deux variables. Pour le Togo, le résultat obtenu suggère une certaine inefficacité des dépenses sur le taux d'achèvement au primaire. Mais il faut rappeler qu'il s'agit d'une analyse de corrélation et non de causalité donc la conclusion ne peut se limiter au fait que la concordance entre les deux grandeurs va dans le sens souhaité ou non.

Graphique 3. 20: Corrélation entre la variation du taux de scolarisation des filles au primaire et la variation des dépenses publiques de frais scolaire

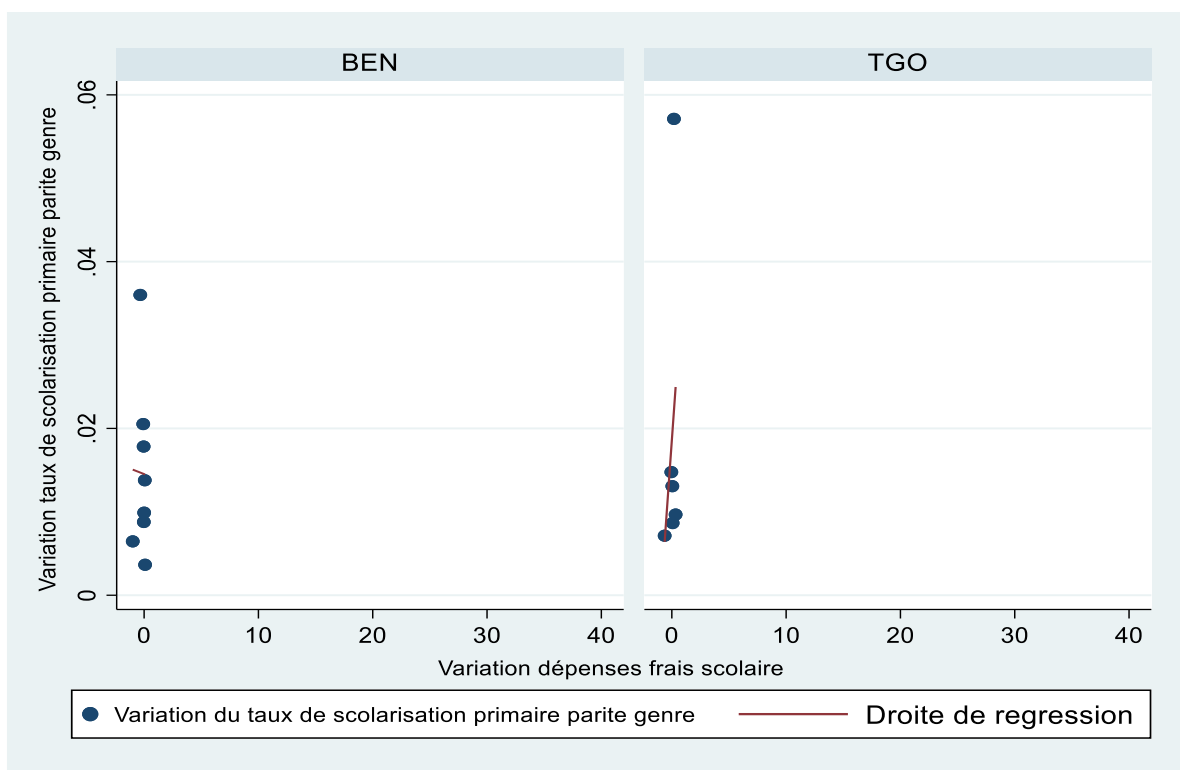


Le Graphique 3.19 analyse la relation entre la variation du taux d'achèvement des filles au primaire et les dépenses pour la scolarisation. Pour le Bénin, le coefficient de corrélation est de 0.31 et non

significatif. Pour le Togo, il est de -0.38, et non significatif. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés dans le premier cas et suggèrent statistiquement que les dépenses pour la scolarisation des enfants s'alignent avec l'atteinte des résultats en matière d'achèvement des filles dans le cycle primaire au Bénin.

Pour la scolarisation des filles au primaire, le coefficient de corrélation entre la variation du taux de scolarisation des filles et la variation des dépenses de frais scolaires est de 0.077 au Bénin contre 0.72 au Togo, mais non significatif dans les deux pays à 90% de seuil de confiance. Le fort coefficient au Togo suggère une forte relation qui indique qu'une croissance des dépenses pour la prise en compte de la scolarisation s'accompagne d'une croissance de la scolarisation des filles dans le primaire. Ce résultat suggère que des mesures de prise en charge de la scolarité des filles au Togo pourraient être considérées comme leviers pour la promotion de la scolarisation des filles.

Graphique 3. 21: Corrélation entre la variation du taux de scolarisation primaire parité fille-garçon et la variation des dépenses publiques de frais scolaires



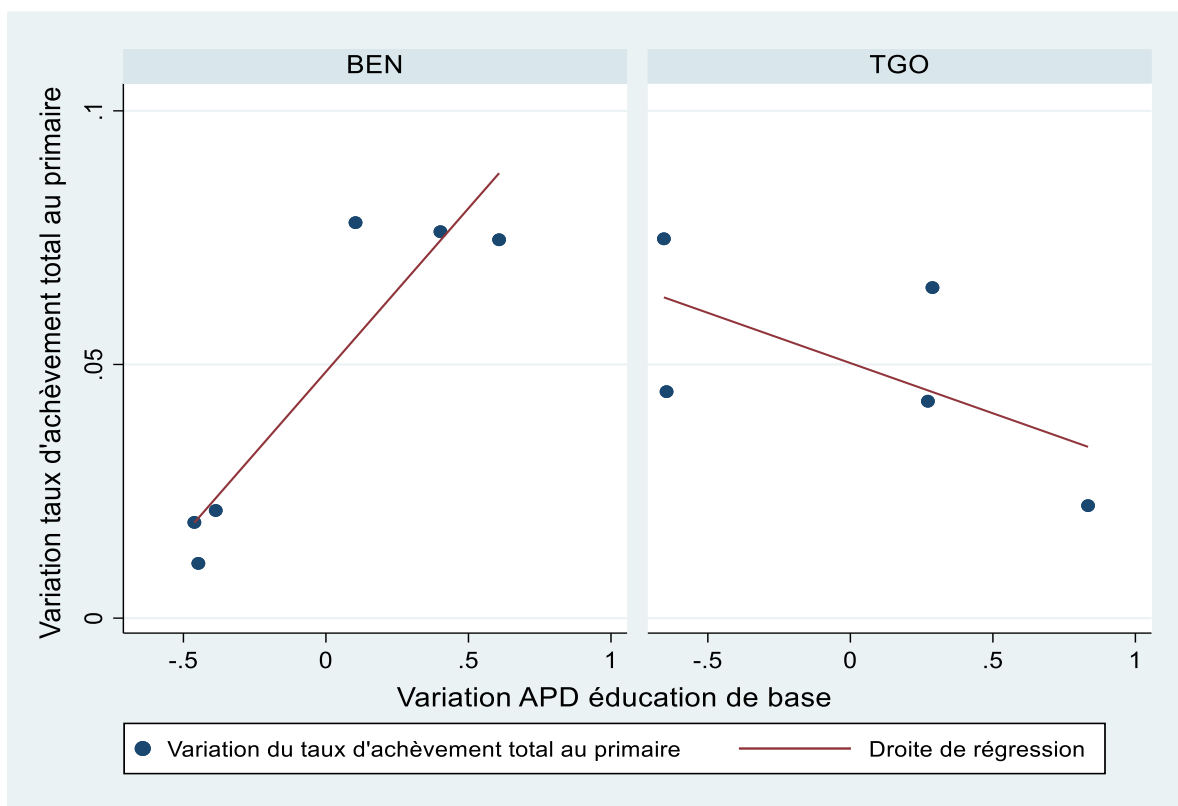
Source: Données UNESCO 2020, Données SIGFIP Benin et Togo

Concernant l'indice de parité des sexes pour la scolarisation des enfants au primaire (Graphique 3.21), le coefficient de corrélation entre la variation du taux de scolarisation au primaire parité des sexes et la variation des dépenses en frais scolaires est de -0.018 au Bénin contre 0.33 au Togo, mais non significatif dans les deux pays à 90% de seuil de confiance. Le coefficient très faible au Bénin va dans le sens d'une absence de relation alors qu'au Togo le coefficient suggère une certaine relation positive entre la croissance des dépenses et l'amélioration de la parité fille-garçon dans l'enseignement primaire.

L'analyse s'est également portée sur la contribution des partenaires techniques et financiers dans le domaine de l'éducation.

- **Aide publique à l'éducation**

Graphique 3. 22: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement total au primaire et la variation de l'APD à l'éducation de base, pays CAD, OCDE



Source: Données UNESCO 2020, Données OCDE 2020

En raison de la limitation des données sur les progrès enregistrés dans l'égalité des sexes au niveau secondaire et supérieur sur une longue période, l'analyse s'est focalisée sur les résultats atteints dans le cycle primaire en s'appuyant sur les indicateurs comme le taux d'achèvement scolaire des filles, le taux de scolarisation des filles ainsi que la parité filles-garçons dans l'enseignement primaire.

L'analyse de la corrélation entre la variation de l'aide à l'éducation de base et les variations du taux d'achèvements total et celui des filles au primaire montre une très forte relation positive dans le cas du Bénin avec des variations des indicateurs de résultats supérieurs à zéro. Les coefficients de corrélation sont respectivement de 0.92 et 0.75 pour le taux d'achèvement total et le taux d'achèvement des filles et sont significatifs à 1% et 10%, respectivement. Cela suggère qu'une variation annuelle positive de l'aide à l'éducation de base s'accompagne d'une progression du taux d'achèvement total des enfants et particulièrement celui des filles dans le primaire au Bénin. L'aide à l'éducation serait donc un levier du financement de l'éducation pour la promotion de la scolarisation des filles au Bénin.

Au Togo, la corrélation est plutôt négative suggérant une baisse de performance qui accompagne l'aide à l'éducation de base (-0.6 et -0.53, respectivement). Mais étant donné que les résultats ne sont pas significatifs à 90% de seuil de confiance, il est difficile de tirer de conclusion. Toutefois, rappelons que le Bénin reçoit une aide à l'éducation supérieure à l'aide reçue au Togo. La relation négative de l'aide au Togo peut également informer sur l'inconsistance de l'aide à l'éducation au Togo qui n'aurait pas atteint son objectif souhaité<sup>50</sup>.

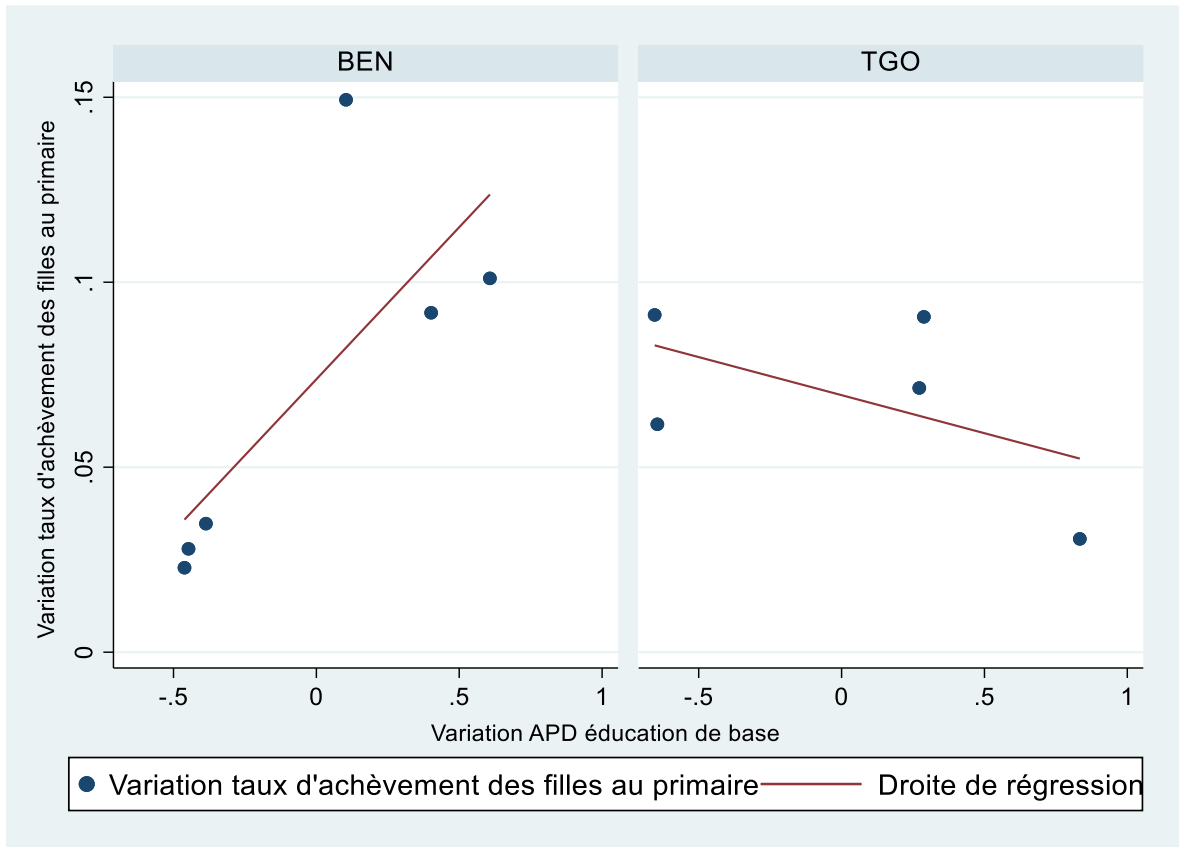
Rappelons également que l'aide à l'éducation au Bénin sur ces dernières années est plus orientée vers les organisations de la société civile et ONG qui facilitent l'accès à l'éducation des populations les plus vulnérables et celles habitant dans les zones reculées qui sont plus frappées par l'abandon des filles de l'école pour de multiples raisons. Au Togo par contre, l'aide à l'éducation est plus centralisée et va largement en soutien au budget de l'État. Les données

---

<sup>50</sup> L'analyse s'est également orientée vers les taux de scolarisation des filles et l'indice de parité filles-garçons dans le primaire. Les résultats ne sont pas concluants, car les coefficients sont tous très faibles (inférieur à 0.3) et non significatifs.

suggèrent donc que le canal des organisations de la société civile et des ONG peut faciliter l'amélioration du taux d'achèvement scolaire des filles et permettre à l'État d'atteindre plus rapidement les objectifs pour l'éducation pour tous. Toutefois, il s'agit d'une analyse de corrélation qui n'est pas une analyse de causalité et donc ne peut établir un rapport de causalité. Les résultats observés indiquent cependant qu'il faut des études approfondies sur l'efficacité de l'aide à l'éducation selon les divers canaux par lesquels elle est transmise aux deux pays.

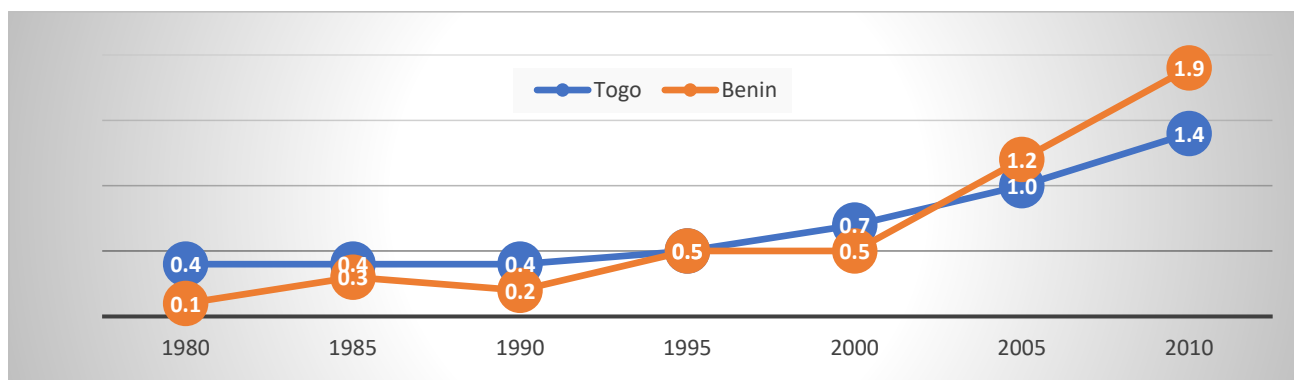
Graphique 3. 23: Corrélation entre la variation du taux d'achèvement des filles au primaire et la variation de l'APD à l'éducation de base, pays CAD, OCDE



Source: Données UNESCO 2020, Données OCDE 2020

#### Annexe 4 :

Graphique 3. 24: Évolution du taux d'achèvement universitaire, population de 15-24 ans



Source: Données issues de Barro et Lee, 2013

#### Annexe 5 :

Tableau 3. 11: Résultats d'estimation des modèles tronqués et MCO (Moindres Carrés Ordinaires)

Modèle tronqué	Modèle MCO - Effets fixes	
	(1) REC	(2) REV
Log(HCPI)	-0.470*** (0.0742)	-0.252 (0.229)
Log(APD/PIB)	-0.0154 (0.0239)	-0.0467 (0.064)
Log(SD)	-0.00337 (0.0185)	-0.0306 (0.0647)
Log(PIB/hab)	0.00628 (0.0048)	0.00782 (0.0173)
Indice Corruption	-0.123*** (0.0399)	0.0758 (0.138)
sigma	0.0221*** (0.00372)	0.0800*** (0.0161)
Constant	2.998*** (0.324)	2.318** (1.047)
Observations	24	25
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		
	Modèle MCO - Effets fixes	
	(1) REC	(2) REV
Log(HCPI)	-0.451*** (0.0904)	-0.254 (0.656)
Log(APD/PIB)	-0.0174 (0.0377)	-0.0493*** (0.0162)
Log(SD)	0.00355 (0.0165)	-0.0275 (0.132)
Log(PIB/hab)	0.00604* (0.00332)	0.00754 (0.0149)
Indice Corruption	0.0296 (0.0478)	0.0491 (0.210)
Constant	2.017*** (0.356)	1.307 (3.065)
Observations	24	25
Nbre de pays	2	2
R-carré	0.932	0.190
Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

## **Annexe 6 :**

### **Évolution des grandes composantes de dépenses d'éducation de 1998 à 2015**

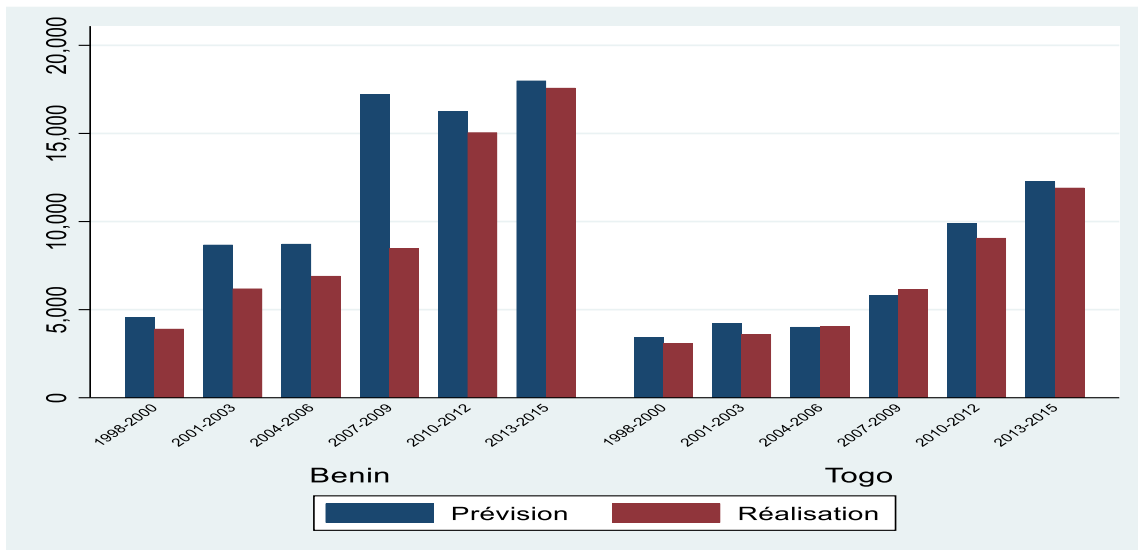
Les dépenses publiques dans l'éducation ont été regroupées en deux grandes catégories : les dépenses envers l'éducation de base et celles envers l'éducation supérieure. La pertinence d'une telle classification dans le contexte des deux pays étudiés repose sur l'évolution de l'organisation des ministères en charge des ordres d'enseignement primaire, secondaire, technique et supérieur. Au Togo, de 1995 à 2003, le secteur de l'éducation était sous tutelle de deux institutions publiques. D'une part, le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique s'occupait des ordres d'enseignement général du premier, deuxième et troisième cycle qui correspondent respectivement au niveau d'éducation primaire, secondaire et supérieure. D'autre part, le ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle était chargé, comme son nom l'indique, de l'enseignement technique et professionnelle. À partir de 2004, le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique est subdivisé en deux ministères; l'un en charge des enseignements primaire et secondaire et l'autre en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Cette nomenclature a été maintenue jusqu'en 2009, année où l'alphabétisation a été rattachée au portefeuille du ministère des enseignements primaire et secondaire. Récemment, l'enseignement technique et professionnel est mis sous tutelle du ministère de l'éducation primaire et secondaire. Ainsi, en 2018, on peut distinguer deux ministères en charge des ordres d'enseignement : le ministère des enseignements primaire, secondaire et de la formation professionnelle et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Au Bénin, le constat est similaire. De 1998 à 2001, les divers ordres d'enseignement (primaire, secondaire, technique et supérieur) étaient sous tutelle d'un seul ministère : le ministère de l'éducation nationale et de la recherche scientifique. En 2002, trois ministères sont créés : le ministère des enseignements primaire et secondaire, le ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. En 2008, le gouvernement selon ces orientations politiques dans le secteur de l'éducation, a opéré une réorganisation des ministères en charge de l'éducation. Seul le ministère en charge de l'enseignement

supérieur et de la recherche scientifique reste inchangé. Les deux autres ministères sont désormais réorganisés. Un ministère a été instruit pour la promotion de l'enseignement maternel et primaire et un autre pour l'enseignement secondaire et la formation technique et professionnelle. Cette organisation des institutions en charge de l'éducation est maintenue jusqu'en 2015, période de fin de cette étude.

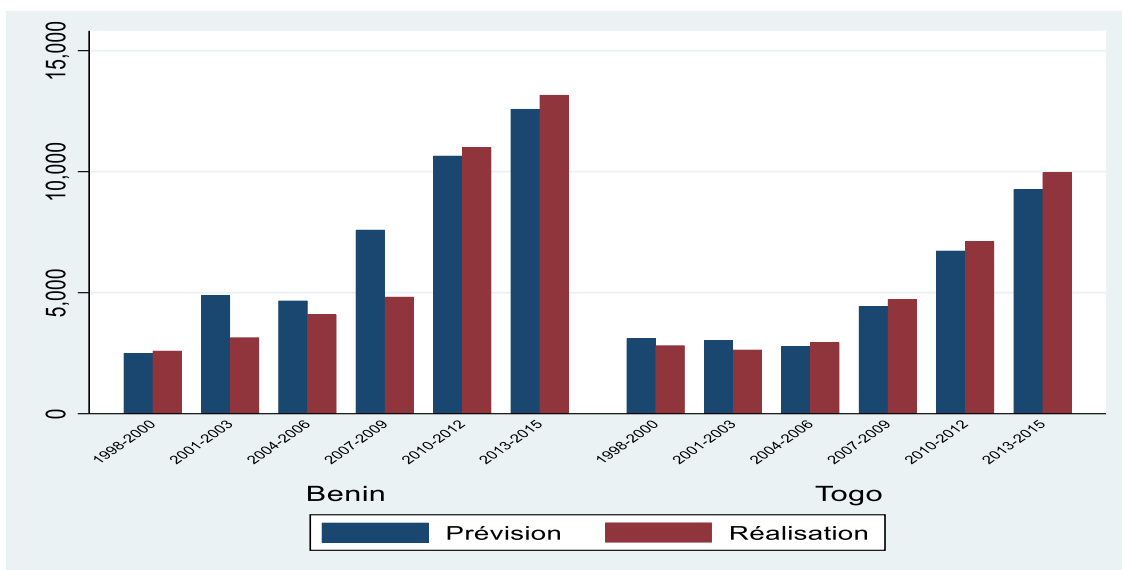
Au regard de ces évolutions et changements institutionnels dans les deux pays sur la période d'étude, il apparaît que seul le ministère en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique est resté plus longtemps séparé alors que les autres ministères se sont chevauchés au fil des années. Aussi, les nouvelles réformes dans le secteur de l'éducation dans les deux pays qui sont inscrits dans les plans sectoriels de l'éducation tournent autour du regroupement de l'éducation préscolaire, primaire et secondaire premier cycle sous la catégorie de l'éducation de base. Il est donc pertinent de regrouper les ministères en charge des enseignements maternel, primaire, secondaire et technique sous une même catégorie (dénommée éducation de base) et le ministère de l'enseignement supérieur sous une autre pour une analyse plus juste et prospective pour l'avenir.

Graphique 3. 25: Évolution des dépenses réelles par tête dans l'éducation de base au Bénin et au Togo entre 1998 et 2015



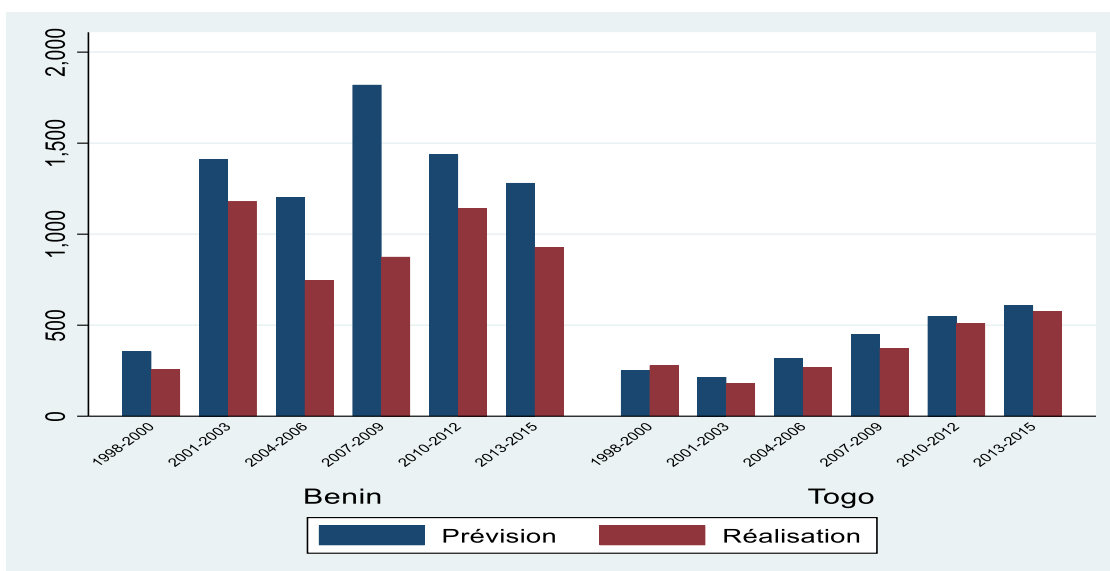
Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 3. 26: Éducation de base, dépenses réelles de personnel par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015



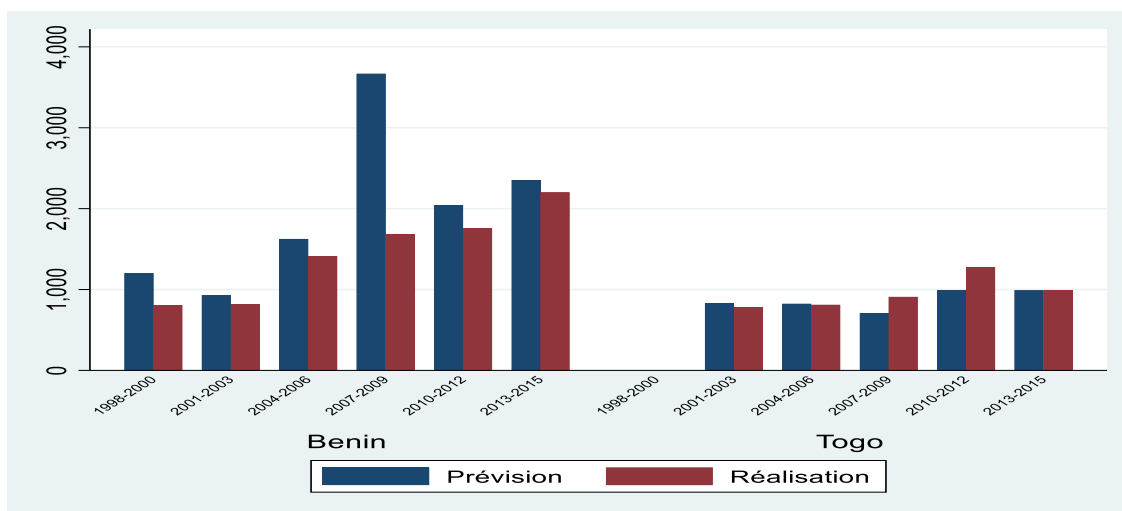
Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 3. 27: Éducation de base, dépenses réelles de fonctionnement par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015



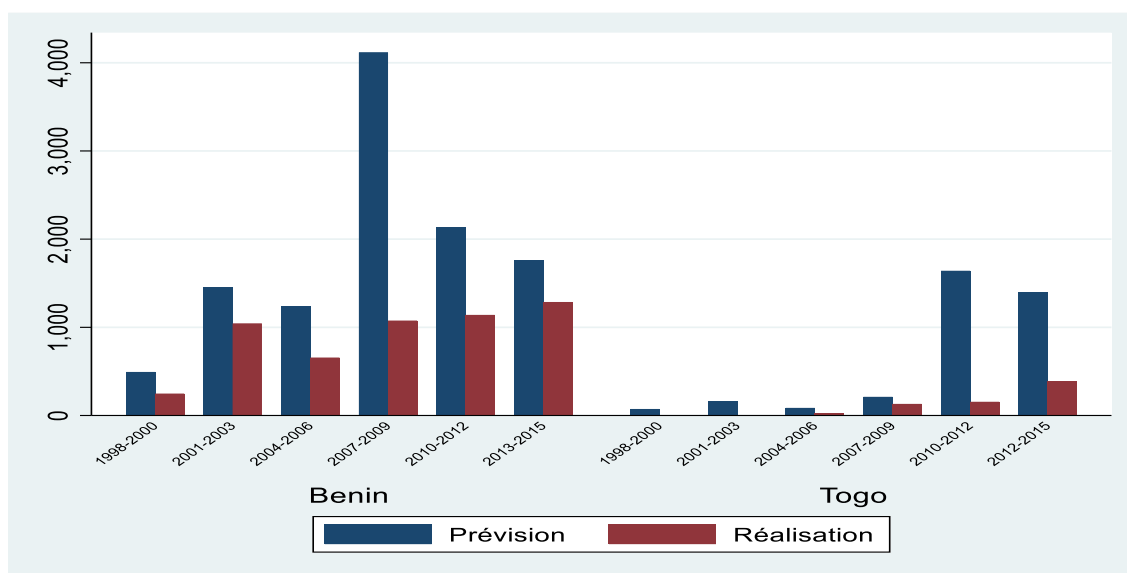
Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 3. 28: Éducation de base, dépenses réelles de transfert par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015



Source:Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 3. 29: Éducation de base, dépenses réelles d'investissement par tête, Bénin et Togo de 1998 à 2015



Source:Données SIGFIP Bénin et Togo

Les dépenses d'éducation de personnel représentent la part la plus importante des dépenses d'éducation de base. Elles sont suivies par les dépenses de transfert, les dépenses de fonctionnement et celles d'investissement. Pour le Togo, les données sur l'exécution des dépenses d'investissement ne sont pas disponibles ce qui explique les écarts importants entre les prévisions et les réalisations. Cette dernière catégorie de dépenses a donc été exclue de l'analyse d'efficience.

Ainsi, nous nous sommes focalisés sur les dépenses de personnel, de fonctionnement et de transfert pour lesquelles une bonne disponibilité des données est assurée. Étant donné que les données collectées sont des données nominales, elles ont été corrigées du niveau d'inflation à travers l'indice harmonisé des prix à la consommation base 2008 de la BCEAO. Une moyenne de trois ans est utilisée pour réduire l'hétérogénéité intertemporelle. Pour l'analyse des programmes spécifiques, les données sont utilisées de façon annuelle et sont directement issues du SIGFIP.

Annexe 7 :

Tableau 3. 12: Dépenses d'éducation par tête par catégorie dans l'éducation de base (enseignement maternel, primaire et secondaire), en FCFA, constant 2008

Pays	Année	Dépenses du personnel par habitant	Dépenses de fonctionnement par habitant	Dépenses de transfert par habitant	Dépenses d'investissement par habitant
Bénin	1998	2296.8	123.7	178.8	1389.1
Bénin	1999	2630.1	136	269.2	103.9
Bénin	2000	2871.5	509	298.1	226.8
Bénin	2001	1837.1	789.8	491.1	953.8
Bénin	2002	3563.7	378.2	983.4	771.9
Bénin	2003	3058.7	871	1119	727.5
Bénin	2004	3651.9	791.1	543	991.5
Bénin	2005	3979.4	629.2	753	1523.2
Bénin	2006	4513.6	724.9	676.1	1719
Bénin	2007	1200.6	196.3	316.1	1297.3
Bénin	2008	6378.1	1303.5	1631	1544.2
Bénin	2009	6911.7	1127	1283	2211.1
Bénin	2010	10264	1215.1	1355.8	1636.4
Bénin	2011	11286.4	1004.8	816.8	1625.6
Bénin	2012	11481.7	1210.5	1250	2005.5
Bénin	2013	13097.2	1134.4	1360.7	2272
Bénin	2014	13244	720.7	1214	2131.6
Togo	1998	2865.8	332.2	.	0
Togo	1999	2709	280.8	.	0
Togo	2000	2867.3	221.8	.	0
Togo	2001	3071.6	166.3	.	0
Togo	2002	2499.5	155.3	.	1149.6
Togo	2003	2362.1	217.8	.	1186.3
Togo	2004	2591.5	226.2	22.1	355
Togo	2005	2490.2	278	53.6	1287.2
Togo	2006	3738.7	294.8	7.8	794.1
Togo	2007	3903.4	277.8	.	468.6
Togo	2008	5127.4	458.3	128.1	725.5
Togo	2009	5182.7	387.8	135.5	1531.8
Togo	2010	5297.5	508.8	169.9	1815.9
Togo	2011	7644	508.8	184.6	990.5
Togo	2012	8440.2	512.2	112.5	1023.2
Togo	2013	9134.2	533.3	157	1083.3
Togo	2014	10791.2	620.7	620.7	895.4

Source : Données SIGFIP Bénin et Togo

## **Chapitre 4 : Dépenses de santé et développement humain au Bénin et au Togo : Efficience des dépenses et importance du ciblage**

### **4.1 Résumé**

Ce chapitre étudie les facteurs liés à la santé qui peuvent expliquer la convergence observée entre le Bénin et le Togo sur l'IDH entre 1990 et 2015. L'importance du ciblage de groupes en situation de vulnérabilité comme levier dans l'efficacité des politiques de santé est analysée en focalisant sur les enfants, les filles et les femmes. L'efficience des dépenses publiques de santé est analysée à l'aide d'un DEA avec l'indice de Malmquist et d'une régression tronquée. Les facteurs liés à la mobilisation de ressources et à la dépendance à l'aide à la santé sont des facteurs importants qui jouent plus en défaveur du Togo que du Bénin. La mise en œuvre de programmes spécifiques envers les enfants, les filles et les femmes tend à conduire à plus de résultats que lorsqu'il existe très peu de programmes spécifiques à l'attention de ces groupes. Ces résultats soulignent l'importance des mesures de ciblage dans le contexte du Bénin et du Togo pour accélérer les progrès dans le domaine de la santé. D'après l'analyse d'efficience, les deux pays ont connu une amélioration assez limitée de leur score d'efficience sur les trois dernières années de la période d'étude. La corruption, l'inflation et l'aide publique au développement en pourcentage du PIB affectent négativement le score d'efficience.

## 4.2 Introduction

L'accès aux services de santé a été reconnu comme un droit par plusieurs déclarations internationales (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme; Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, etc.) et transcrit dans les textes de loi fondamentaux dans plusieurs pays en développement. C'est le cas de la constitution de 1990 du Bénin, et de la constitution de 1992 du Togo<sup>51</sup>. Des politiques nationales sont élaborées à l'échelle des pays pour définir le rôle de l'État dans le secteur de la santé en vue de faciliter l'accès de tous aux services de santé de qualité. Ces politiques s'alignent sur les engagements internationaux, y compris les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et les objectifs du développement durable (ODD) à l'horizon 2030. On observe dans plusieurs pays des progrès importants dans l'accès à la santé, qui ont contribué à l'amélioration du niveau de développement humain. L'Afrique de l'Ouest est l'une des régions ayant enregistré les progrès les plus faibles sur l'amélioration du développement humain durant la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement. On identifie dans cette région deux pays (Bénin et Togo) dont l'évolution en matière de développement humain interpelle sur l'efficacité des politiques publiques dans les secteurs qui touchent au développement humain dont la santé.

Dans la décennie 1990, le niveau de développement humain mesuré par l'indice du développement humain (IDH) affichait une nette progression du Togo sur le Bénin. L'IDH du Bénin était de 0.348 contre 0.405 au Togo en 1990 (Données PNUD, 2020)<sup>52</sup>. Le Togo avait l'IDH le plus élevé de la zone UEMOA, suivi de la Côte d'Ivoire, le Sénégal, puis le Bénin. Une convergence est observée en 2004 où le Bénin et le Togo ont atteint un niveau d'IDH de 0.434 et 0.435 respectivement. La réduction des écarts entre les deux pays s'est produite suite à une vitesse d'accroissement de l'IDH de 25% au Bénin contre 7.4% au Togo sur la même période. En 2015, l'IDH au Bénin était de 0.51 contre 0.502 au Togo et

---

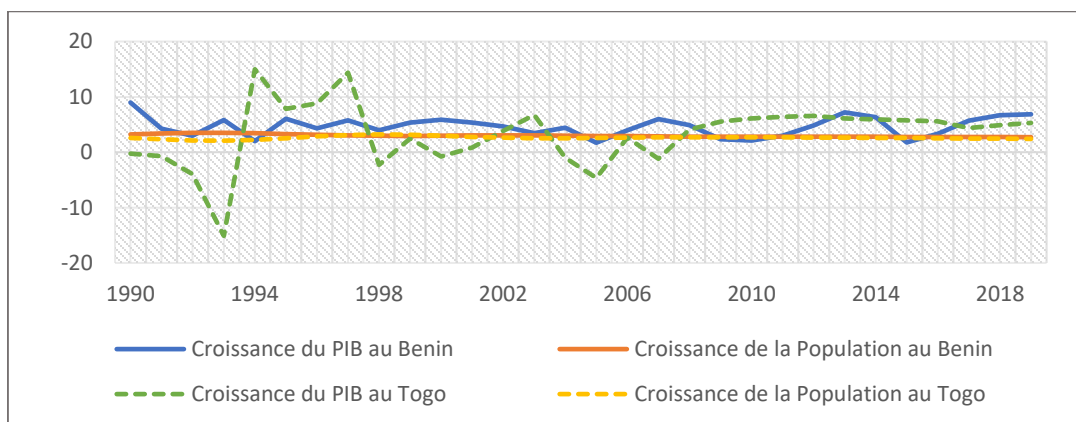
<sup>51</sup> L'article 34 de la constitution du Togo de 1992 dispose que « *L'État reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir* ». L'article 8 de la constitution béninoise de 1990 dispose que « *La personne humaine est sacrée et inviolable. L'État a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploi* ». (Constitution Béninoise de 1990).

<sup>52</sup> Données de l'IDH du PNUD, 2020

0.52 contre 0.513 en 2018 (Ibid). Il faut donc se demander si les politiques publiques dans le secteur de la santé, ainsi que les efforts d'allocation budgétaire ont contribué à accélérer les progrès au Bénin comparativement au Togo. Il s'agit de s'interroger sur les facteurs pouvant permettre de mieux comprendre les écarts observés entre les deux pays, notamment dans le domaine de la santé, étant donné que l'IDH est un indicateur composite qui intègre à la fois les progrès en santé, en éducation et sur les conditions de vie.

Dans le domaine de la santé, les progrès au Bénin en matière de réduction de la mortalité maternelle ont été légèrement plus remarquables que les progrès observés au Togo dans la dernière décennie (soit une réduction de 14% contre 10% entre 2010 et 2017). Sur le plan socio-économique, la trajectoire de croissance démographique entre le Bénin et le Togo montre une évolution similaire entre les deux pays avec un taux de croissance légèrement supérieure au Bénin qu'au Togo (2.7 % contre 2.4 % en 2019) alors que la réduction de la croissance de la population observée au Bénin était de 19% (3.2% à 2.7%) entre 1990 et 2019 contre 6% (2.56% à 2.4%) au Togo sur la même période. La croissance économique annuelle est restée très volatile au Togo avec une moyenne de 3.3% contre 4.6% au Bénin entre 1990 et 2019. Sur les trois dernières années (depuis 2017), la croissance s'est établie en moyenne à 6% au Bénin contre 5% au Togo, avec de bonnes perspectives selon le FMI, malgré la crise sanitaire et économique liée à la pandémie de COVID 19.

Graphique 4. 1: Évolution de la croissance du PIB et de la population (%), Bénin et Togo, 1990 à 2019



Source: Données Banque mondiale, 2020

Sur le plan politique, la gouvernance dans les deux pays se distingue d'une part par une alternance politique au Bénin depuis 1990 et d'autre part une gouvernance uni-parti au Togo depuis 1967. Depuis sa constitution de 1990, le Bénin a connu une alternance politique au pouvoir avec 4 présidents de la république démocratiquement élus au suffrage universel témoignant d'une large participation des partis politiques à la gestion de l'État. Le Togo depuis sa constitution de 1992 est dirigé par le parti du feu président Gnassingbé Eyadema venu au pouvoir en 1967. Depuis 2005, son fils Faure Gnassingbé dirige le pays à la suite du décès du père. Il fut réélu en février 2020 pour un 4<sup>ème</sup> mandat présidentiel.

L'intérêt de comparer ces deux pays réside dans le fait qu'ils permettent d'établir si le dépassement observé entre le Bénin et le Togo par rapport à l'IDH est lié d'une part à l'efficacité dans la mise en œuvre des politiques sanitaires, plus précisément l'efficacité dans le ciblage des groupes plus vulnérables, et d'autre part, analyser les conditions sous lesquelles cette efficacité a été possible. Afin d'atteindre cet objectif, ce chapitre a adopté une approche qui consiste à analyser l'évolution des engagements politiques pris dans le cadre des documents stratégiques et de leurs plans d'action et des dépenses réelles qui sont mises en œuvre, pour analyser d'une part les capacités de planification, et d'autre part la priorité donnée à la santé, et au ciblage des groupes en situation de vulnérabilité dans la planification et l'exécution des programmes de santé.

La suite du chapitre est présentée comme suit. La section 4.3 présente une revue de littérature sur les politiques publiques dans la santé. La section 4.4 présente les données et la méthodologie, suivie de l'analyse des politiques de santé au Bénin et au Togo dans la section 4.5, puis la conclusion.

### **4.3 Revue de littérature**

La conférence d'Alma Ata de 1978 a contribué au renforcement de la planification stratégique nationale dans les pays en développement. Elle a réussi à promouvoir l'adoption d'une politique sanitaire basée sur les Soins de santé primaires (SSP) afin de faciliter l'accès de tous, y compris les plus vulnérables aux services essentiels de santé (OMS, 1978). La prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité notamment les femmes, les filles et les enfants a fait l'objet de priorité pour les pays. Par exemple au

Bénin, les programmes de santé qui touchent directement aux femmes et aux enfants sur la période d'étude incluent quatre grands volets de programmes à savoir les programmes de VIH/SIDA, de paludisme, de vaccination et de soins obstétricaux y compris la césarienne gratuite. Les trois derniers programmes sont des composantes essentielles du programme de santé maternelle et celle des moins de 5 ans mis en œuvre dans plusieurs pays en développement en vue d'améliorer la santé et réduire les taux de mortalité maternelle et des moins de 5 ans. Les dépenses de ces programmes représentent en moyenne 11% des dépenses publiques de santé au Bénin sur la période de 2005 à 2015 (Données Comptes Administratifs, 2005-2015). Elles ont connu une forte croissance réelle entre 2005 et 2015, soit de 256% en passant de 2.6 milliards de FCFA à 9.35 milliards FCFA, avec une forte volatilité annuelle (Ibid). Au Togo, les données désagrégées disponibles sur les mêmes programmes couvrent la période de 2009 à 2015 et montrent que les dépenses des programmes ciblant directement les enfants et les femmes représentent en moyenne 8% des dépenses publiques de santé sur la période (Données SIGFIP Togo, 2009 à 2015). Ces dépenses ont cependant connu une forte croissance relative sur la période en passant de 660 millions FCFA environ à 2.3 milliards de FCFA entre 2009 et 2015, avec également une forte volatilité annuelle (Ibid). Avec respectivement 11% et 8% des dépenses totales de santé, les dépenses touchant directement les femmes et les enfants ont une faible attractivité dans les politiques sanitaires au Bénin et au Togo. Mais suffit-elle d'augmenter les dépenses pour atteindre plus de résultats dans le secteur de la santé?

De nombreuses études soutiennent que les dépenses en santé de ces dernières décennies ont permis de réduire les taux de mortalité infantile et juvénile (Baldacci, 2008 ; Gupta et al., 2002, 2003). Baldacci et al., (2008) ont développé un modèle d'estimation de l'effet des dépenses de santé (en pourcentage du PIB) sur le taux de mortalité des moins de 5 ans. Pour ces auteurs, ce taux de mortalité représente un bon proxy pour le stock de capital en santé dans un pays. Cette analyse reste cependant limitée dans la mesure où le taux de mortalité infantile ou des moins de 5 ans ne prend pas en compte les pertes en capital santé liées à un fort taux de mortalité maternelle, qui est l'un des défis majeurs pour les PED.

D'autres auteurs par contre soutiennent que l'effet des dépenses publiques de santé sur les indicateurs de santé est très mitigé. Cet effet reste faible et statistiquement non significatif

sur les taux de mortalité infantile et juvénile (Filmer et al., 1998; Musgrove, 1996). Ces travaux soulignent un bas niveau des dépenses sociales qui affecte l'efficacité des politiques à l'endroit des populations vulnérables qui portent la charge des inégalités sociales. Une telle analyse semble remettre en cause l'efficacité des dépenses publiques de santé, laquelle serait liée à la qualité de la gouvernance dans les pays (Mauro, 1998). Une analyse approfondie de la qualité des dépenses sociales est donc indispensable pour comprendre les facteurs à l'origine de l'efficacité des politiques publiques de santé, en particulier celles envers des groupes en situation de vulnérabilité.

Cette analyse est d'autant plus nécessaire que plusieurs travaux dans le domaine de la santé s'accordent à reconnaître que l'augmentation des dépenses publiques et même de l'aide n'est pas suffisante pour déterminer le niveau de progrès réalisé sur les indicateurs de développement. En effet, le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de l'efficacité des dépenses sont jugés indispensables (Mathonnat, 2008). Selon Berthelemy (2008) l'accent doit être mis sur les réformes nécessaires pour améliorer l'efficacité et l'équité des politiques de santé. Berthelemy (2008) souligne que l'absence de corrélation entre les dépenses de santé et l'état de santé montre que l'augmentation des dépenses de santé ne suffit pas. Il se base sur la comparaison entre l'espérance de vie à la naissance et les dépenses par tête entre les pays, et montre que les allocations de ressources sont un facteur important. Par exemple les programmes de VIH-Sida attirent plus de ressources alors qu'ayant une charge de morbidité plus faible (30% de l'aide contre 6% de charge de morbidité) (Berthelemy, 2008). Plusieurs autres facteurs sont identifiés comme importants dans l'efficacité des dépenses de santé. Il s'agit de la formation et la disponibilité des personnels de santé (OMS, 2007), la corruption dans le secteur de la santé, les problèmes de coordination des acteurs (Dodd et al., 2007), les réformes institutionnelles (Perrot, 2006), la qualité des politiques, des institutions et de la gouvernance (Mathonnat, 2008). Pour Mathonnat (2008), la qualité de la chaîne de la dépense publique de santé qui englobe l'ensemble des processus et procédures allant de la décision d'effectuer la dépense jusqu'au décaissement des fonds est un facteur capital<sup>53</sup>. L'efficacité des dépenses de santé dépend

---

<sup>53</sup> L'auteur fait référence à la gouvernance, la destination et la disponibilité des ressources.

aussi du ciblage des groupes spécifiques. Selon Audibert et al., (2003), des études montrent que lorsque les dépenses ciblent correctement les plus pauvres notamment les enfants, elles contribuent à améliorer leur état de santé, alors que dans les pays en développement les plus pauvres (ceux qui sont dans les 20% et 40% des ménages ayant les revenus les plus faibles) bénéficient comparativement peu des services publics de santé, notamment les services de base. Ces différents facteurs qui sont interdépendants sont donc susceptibles d'influer différemment sur la mise en œuvre des politiques de santé entre les pays et donc la réalisation de résultats dans le secteur de la santé. Cette étude vise donc à apporter une telle analyse de facteurs pour comprendre les progrès différenciés entre le Bénin et le Togo.

Dans le cadre de cette analyse, l'accent sera mis sur les politiques et des programmes spécifiques découlant de leur mis en œuvre, ainsi que les facteurs qui affectent l'efficacité de l'action publique dans le secteur de la santé. En termes de groupes vulnérables, ce chapitre se focalise sur les filles, les femmes et les enfants.

#### **4.4 Données et Méthodologie**

La présente section présente les données utilisées et les méthodes d'analyse.

##### **4.4.1. Données**

Les données utilisées sont des données désagrégées issues des rapports annuels d'exécution du budget national de l'État qui s'appuient sur les données du Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP) en vigueur au Bénin depuis 1998 et au Togo depuis 2009. Ces rapports sont appelés « *Comptes Administratifs de Gestion* » au Bénin. Au Togo, les données proviennent de fichiers Excel « *Budget* » extraits du SIGFIP. Du fait de la crédibilité des données du SIGFIP, l'analyse des données désagrégées s'est limitée à celles-ci. Ainsi pour le Bénin, les données sont considérées de 1998 à 2015 et au Togo de 2009 à 2015. Elles sont collectées auprès du Ministère de l'Économie et des Finances en 2017 lors de notre étude de terrain dans les deux pays.

En ce qui concerne les données par grandes composantes (personnel, fonctionnement, transferts, investissement), elles sont disponibles pour les deux pays de 1998 à 2015 avec toutefois des données manquantes pour quelques années. Pour le Togo en particulier, les

données sur les dépenses d'investissement ne sont pas disponibles. En utilisant une moyenne de trois ans, les Graphiques 4.12 à 4.16 (en annexe) présentent une évolution des dépenses de personnel, de fonctionnement, les transferts et les investissements dans les deux pays. Il se dégage de ces Graphiques que les dépenses publiques de personnel représentent la part la plus importante des dépenses de santé. Elles sont suivies par les dépenses de transferts, les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement qui non seulement représentent la part la moins importante, mais aussi la composante pour laquelle les données sur les exécutions budgétaires sont le moins disponibles notamment au Togo. Étant donné que les données collectées sont nominales, elles ont été corrigées du niveau d'inflation avec l'indice harmonisé des prix à la consommation.

#### **4.4.2. Méthodologie**

L'objectif de ce chapitre est d'étudier les facteurs du domaine de la santé qui peuvent permettre d'expliquer les différences de progrès entre le Bénin et le Togo selon le niveau de développement mesuré par l'IDH.

Pour atteindre cet objectif, une méthodologie mixte, qualitative et quantitative, a été employée. L'approche qualitative est similaire à celle adoptée dans le chapitre 3. Elle est basée sur une analyse de contenu consistant à analyser les documents stratégiques de planification dans le domaine de la santé ainsi que des rapports annuels de résultats et des rapports d'évaluation disponibles à l'aide d'une grille définie sur la base de la revue de littérature. Elle porte sur les facteurs suivants : la gouvernance du système, les ressources humaines, les ressources matérielles, et les ressources financières. Cette analyse met l'accent sur les réformes qui touchent certains groupes vulnérables, notamment les filles, les femmes et les enfants. Elle est complétée par une étude de corrélation focalisée sur les groupes vulnérables en analysant la relation entre les dépenses envers les programmes qui touchent directement ces groupes et les résultats de développement obtenus. Les programmes identifiés portent sur les programmes de promotion de la santé maternelle et infantile qui incluent les programmes de lutte contre le paludisme, la diarrhée, les programmes de gratuité de la césarienne. Aussi, les programmes de lutte contre le VIH

Sida ont été considérés d'autant que les femmes sont les plus affectées et impactées par le VIH Sida dans les pays en développement.

L'approche quantitative s'est basée sur une analyse d'efficacité effectuée à partir de la méthode DEA avec l'indice de Malmquist qui permettent de déterminer le score d'efficacité de chacun des deux pays et d'étudier la variation de leur score d'efficacité d'une année à une autre. Sachant que le score d'efficacité est déterminé par les dépenses dans la santé qui sont internes au système de santé, l'analyse s'est ensuite étendue à l'identification de l'effet de facteurs externes au système de santé (encore appelés variables environnementales) sur le score d'efficacité, comme c'est le cas dans le chapitre 3. Étant donné que le score d'efficacité est censuré, un modèle tronqué est utilisé pour tenir compte des problèmes de corrélation entre les scores qui rendent invalide l'inférence statistique dans les modèles Tobit (Simar et Wilson, 2007).

Les dépenses de santé ont été considérées comme intrants dans plusieurs études (Afonso et Aubyn, 2004 ; Herrera et Pang, 2005 ; Lui et al., 2019 ; Kim et al., 2020 ; Sun et al., 2017, Ouertani et al., 2018 ; Fonchamnyo et Sama, 2016). Les variables extrants souvent utilisées dans la littérature incluent l'incidence de la tuberculose, le taux de mortalité des moins de 5 ans, le taux de mortalité infantile, l'espérance de vie à la naissance (Kim et al., 2020 ; Sun et al., 2017 ; Fonchamnyo et Sama, 2016).

En ce qui concerne les variables environnementales, elles peuvent être liées à la situation macroéconomique, les facteurs d'ordre social et culturel, les ressources humaines et en infrastructures, et l'environnement politique et institutionnel (Sun et al., 2017). Ouertani et al. (2018) utilisent la taille du gouvernement, l'inflation, la croissance du PIB par tête et l'investissement. Fonchamnyo et Sama (2016) trouvent que la corruption a un effet négatif sur l'efficacité dans le de la santé.

## **4.5 Analyse des politiques de santé au Bénin et au Togo et des résultats de développement**

### **4.5.1. Politique nationale de santé et prise en compte des groupes en situation de vulnérabilité**

#### **4.5.1.1. Bénin**

Le système de santé au Bénin présente une structure pyramidale qui comprend trois niveaux. Le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique. L'État reste l'acteur principal qui assure l'offre de service de santé, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, le secteur privé, des acteurs de la médecine traditionnelle et des organisations de la société civile et ONG.

L'offre de services de santé au Bénin a été promue par la souscription du pays aux accords internationaux depuis la conférence d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, en passant par la conférence d'Ottawa de 1986 sur la promotion de la santé, l'Initiative de Bamako de 1987 sur le financement de la santé et de multiples accords régionaux et internationaux dont la signature de la déclaration d'Abuja de 2001 où les pays d'Afrique Subsaharienne se sont engagés pour allouer 15% de leur budget national aux dépenses de santé. À cela s'ajoutent aussi les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015 ainsi que l'agenda des Objectifs du développement durable (ODD) 2030.

Afin de traduire la volonté du gouvernement à concrétiser les engagements nationaux, régionaux et internationaux, le Bénin organise en 1995 une table ronde sur la santé à l'issue de laquelle le ministère de la santé s'est engagé dans l'élaboration des plans quinquennaux de développement sanitaire, avec le premier Plan National de Développement Sanitaire adopté en 2009 pour mettre en œuvre la politique sanitaire 2009-2018 (Gouvernement du Bénin, 2018e). Dans cette politique sanitaire, le Bénin a affiché une réelle volonté de répondre aux besoins sanitaires des populations en tenant compte des déterminants sociaux de la santé. L'objectif de la politique nationale était d'« améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes » (Gouvernement du Bénin, 2009c). L'accent est mis sur la santé maternelle et

infantile, la prise en charge des populations pauvres et vulnérables, le renforcement du système de santé et la promotion d'une approche communautaire pour mieux servir les populations à la base. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 découlant de la politique sanitaire définit cinq domaines prioritaires. Il s'agit 1) de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, prévention, lutte contre la maladie et amélioration de la qualité des soins; 2) la valorisation des ressources humaines; 3) le renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la déontologie médicale; 4) l'amélioration du mécanisme de financement du secteur ; et 5) le renforcement de la gestion du secteur (Gouvernement du Bénin, 2009b).

Sur la décennie 2000, de légers progrès ont été enregistrés en matière de fréquentation des soins de santé par les populations. Le taux de fréquentation des structures sanitaires par les populations a augmenté de 38% à 46.8% entre 2003 et 2010, avec de fortes disparités entre les riches et les pauvres, les populations rurales et urbaines. Les mesures sanitaires publiques pour promouvoir l'inclusion sanitaire, l'équité dans l'accès aux soins de santé ont été élaborées en référence au concept de paquet minimum de soins de santé primaire, qui promeut l'offre de services primaires à tous. Cette planification basée sur la déclaration d'Alma Ata de 1978 vise à assurer à tous l'accès aux services essentiels de santé, avec l'implication active des communautés.

Plusieurs mesures ont été initiées par l'État béninois pour faciliter la prise en charge des plus vulnérables, notamment les enfants, les personnes avec handicaps, les femmes enceintes, les adolescents et jeunes, ainsi que les personnes de troisième âge. Pour ce qui concerne les personnes avec handicaps, le cadre législatif et juridique a été amélioré en 2017 pour faciliter une plus large inclusion des personnes souffrant de handicaps. Le Bénin a adopté en 2017, une loi sur la protection et promotion des droits des personnes

handicapées, qui garantit des mesures de prévention et de prise en charge du handicap (Gouvernement du Bénin, 2018a)<sup>54</sup>.

Pour ce qui concerne les enfants ainsi que les femmes enceintes, des programmes ont été mis en place avec l'appui des partenaires techniques et financiers, notamment le programme de prise en charge intégrée des nourrissons et des femmes enceintes rendu opérationnel en 2003, le programme de prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes rendu opérationnel en 2012. En 2009, le gouvernement du Bénin rend opérationnel un programme de gratuité de la césarienne pour accompagner les femmes enceintes et réduire les risques de mortalité maternelle liés à l'accouchement. L'élaboration du programme de gratuité de la césarienne s'est accompagnée de la création de l'Agence nationale de la gratuité de la césarienne qui a permis de toucher 11543 bénéficiaires dans les trois derniers trimestres de la première année de la mise en œuvre du programme - avril à décembre 2009.

Les mesures envers les groupes vulnérables incluent également les mesures pour faciliter l'accès des adolescents et jeunes notamment les jeunes filles aux services de santé sexuelle et reproductive, dans un contexte où plus de 50% des accouchements sont réalisés par les jeunes filles de moins de 20 ans.

Afin de mieux cibler les plus pauvres, le gouvernement dans son PNDS 2009-2018 a envisagé la mise en œuvre du programme d'assurance santé RAMU (Régime d'Assurance Maladie Universelle), dont le développement reste en cours en 2021. L'objectif de ce programme est d'assurer une couverture et un accès universel aux soins essentiels de santé à tous les Béninois dans un contexte de quasi-absence de système public d'assurance

---

<sup>54</sup> Le vote de telle loi participe à la mise en place d'un arsenal juridique qui permet de promouvoir les droits et les services aux personnes souffrant de handicaps. Le dispositif juridique de cette loi institue la carte « d'égalité des chances » qui permet à son titulaire de bénéficier des droits et avantages (réduction ou gratuité) en matière d'accès aux soins de santé, à la réadaptation et aux aides techniques et financières. La loi va encore plus loin en prévoyant que les matériels spécifiques destinés aux personnes handicapées soient exonérés d'impôt. Il en est de même pour les dons au profit des associations œuvrant pour la promotion des personnes avec handicaps. La loi prévoit également que la violation des dispositions de cette loi expose les mis en cause à des sanctions en termes d'amendes allant à une peine d'emprisonnement.

maladie pouvant couvrir les populations les plus démunies. Ces dernières sont largement dans le secteur informel sans assurance et pour la plupart n'ont pas les moyens de contracter ni d'assurances privées, ni rejoindre des mutuelles communautaires qui exigent des cotisations de membres.

En 2015, les progrès réalisés au Bénin en matière de mortalité maternelle et celle des moins de 5 ans restaient très en deçà des cibles des OMD. Contre une cible de 125 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, le Bénin était en 2015 à 421 décès maternels (Données Banque mondiale, 2020) soit plus de trois fois supérieurs à la cible. Selon les données de l'Enquête à indicateurs multiples (MICS) 2014, la mortalité des moins de 5 ans était à 115,2 pour 1 000 naissances vivantes contre une cible de 65 pour 1 000 en 2015 (ONU Bénin et Gouvernement du Bénin, 2016), soit près du double de la cible. Le rapport sur les OMD au Bénin indiquait que, au rythme des progrès, il faut attendre 2053 pour atteindre la cible de 125 décès maternels prévue pour 2015 (Ibid)<sup>55</sup>. Autrement dit, si les leviers du progrès ne sont pas identifiés et des actions conséquentes mises en œuvre, le Bénin ne pourrait pas atteindre ses cibles à l'horizon 2030 et plusieurs décès maternels et des moins de 5 ans évitables ne seraient pas évités.

#### **4.5.1.2. Togo**

Le cadre institutionnel au Togo dispose que la santé est un droit pour tous. La constitution de la IV République du 14 octobre 1992 garantit aux citoyens togolais le droit à la santé, sur lequel s'est fondé la Politique Nationale de Santé élaborée en 2011 (Gouvernement du Togo, 2017a). La politique de santé au Togo reste basée sur les soins de santé primaires avec une prise en compte des engagements internationaux et régionaux.

En 1998, le gouvernement élabore sa politique nationale de santé qui repose sur « l'amélioration continue de l'accessibilité pour tous, et particulièrement les plus démunis ainsi que le couple mère-enfant, aux services de santé de bonne qualité » (Gouvernement

---

<sup>55</sup> Selon les données indiquées dans ce rapport, le Bénin avait enregistré en 2014, 347 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, soit une réduction de 30% par rapport à 1996 (498).

du Togo, 1998). Mais l'absence de stratégie globale pour promouvoir l'accès universel a constitué un frein à l'atteinte de cet objectif.

Sur la période de 1998 à 2020, le gouvernement du Togo a élaboré deux documents de politique nationale de santé, l'une en 1998 et l'autre en 2011 pour l'horizon 2022. La vision de la PNS 2011 est « d'assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capables de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables » (Gouvernement du Togo, 2016b). Ces politiques définissent la vision du gouvernement togolais dans le domaine de la santé et sont mises en œuvre à travers des plans nationaux de développement sanitaires (PNDS) et les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT). La politique nationale de santé de 1998 a été mise en œuvre par les plans nationaux de développement sanitaire 2002-2006 et 2009-2013. Depuis la dernière politique nationale de santé de 2011, deux PNDS ont été élaborés pour l'opérationnalisation de la politique. La première couvre la période de 2012-2015 et la deuxième couvre la période 2017-2022. L'objectif énoncé par le gouvernement dans ce PNDS est double. D'une part, le gouvernement se veut de répondre aux défis identifiés dans la mise en œuvre du précédent PNDS et les problèmes pressant en matière de santé et d'autre part de s'inscrire dans le respect des engagements internationaux, notamment les objectifs de développement durable (ODD) et la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (Gouvernement du Togo, 2017a). Ce PNDS repose sur la vision d'un « Togo où le niveau de santé le plus élevé possible est assuré à la population à travers le développement d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables » (Ibid).

Pour ce qui concerne les populations les plus vulnérables notamment les femmes, les filles et les enfants, le Togo dispose selon le PNDS 2017-2022 d'un cadre politique cohérent, mais les difficultés dans la mise en œuvre résident dans l'insuffisance des allocations de ressources publiques et des faiblesses du pilotage et de gestion du secteur. L'évaluation du PNDS 2012-2015 a révélé que de faibles performances voire contre-performances ont été

enregistrées dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale ainsi que dans le domaine des maladies non transmissibles. Le taux de mortalité maternelle ne s'est pas réduit entre 2008 et 2015 où il était respectivement de 350 et 368 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (NV). La cible du Togo pour les OMD étant de 167 décès maternels pour 100.000 NV en 2015, les résultats atteints en 2015 restent très éloignés de la cible. Pour la mortalité des moins de 5 ans, l'enquête EDST III réalisée en 2014 montre qu'elle était de 88 pour 1000 NV contre une cible de 71 pour 1000 NV en 2015 (Gouvernement du Togo, 2016b).

Les faibles performances dans le domaine de la mortalité maternelle et néonatale sont d'après le PNDS 2017-2022, le résultat de problèmes d'insuffisance de ressources et de gestion du système qui restent néfaste à la situation des plus vulnérables notamment les enfants et les femmes. L'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo réalisée en 2016 a permis de mettre en lumière les causes immédiates et sous-jacentes des principaux problèmes de santé qui sont liés entre autres aux taux élevés de morbidité et mortalité maternelle, néonatale et des moins de 5 ans (Gouvernement du Togo, 2016a). Le niveau encore très élevé de ces taux de mortalité est le résultat des problèmes d'accès limité (tant géographique que financier) aux soins essentiels de qualité, faible qualité des interventions à haut impact sur la santé maternelle et des moins de 5 ans. La dépendance excessive aux paiements directs des ménages est un facteur qui exclut les populations les plus vulnérables, notamment dans un contexte où les mécanismes de financement alternatifs comme par exemple les mécanismes de partage des risques sont peu développés (Gouvernement du Togo, 2016b), ainsi que des mécanismes pour assurer la gratuité de certains soins à certains groupes de population.

Les mécanismes de protection sociale en santé au Togo sont très limités. Le système de santé dispose de mécanismes d'allocation budgétaire de financement des soins publics et des dispositifs de couverture du risque de maladie et d'événement de santé. On distingue :

- des mécanismes de gratuité :
  - subvention partielle ou totale de la prise en charge des frais des soins aux indigents dans les formations sanitaires,

- gratuité des soins préventifs de certaines couches vulnérables,
- gratuité du traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes depuis 2013 et pour le traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans,
- gratuité des Anti-Rétroviraux (ARV) pour les PVVIH (personne vivant avec le VIH) depuis 2008,
- subvention de la césarienne depuis 2011 (le taux de césarienne est passé de 2.3% en 2010 à 6.4% en 2015 (Gouvernement du Togo, 2016b),
- gratuité ou subvention de la prise en charge de certaines maladies chroniques telles que la dialyse, tuberculose, lèpre, etc.),
- des mécanismes assurantiels de protection contre le risque financier :
  - CNSS prenant en charge les risques professionnels, assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et leur ayant droit depuis 2011,
  - mutuelles de santé communautaire,
  - société d'assurance maladie privée à visé lucrative.

Dans ce contexte, seul 7.6% de la population togolaise était couverte par un mécanisme d'assurance maladie en 2015 (Gouvernement du Togo, 2016b). En 2015, 59% des soins de santé sont fournis par le secteur public contre 41% par le secteur privé, avec une forte disparité régionale, les grands pôles urbains comme Lomé enregistrent la forte concentration des structures sanitaires. Ces disparités dans l'offre de services de santé sont également présentées dans les catégories socioculturelles. En effet, le PNDS 2017-2022 indique qu'en 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans des 20% les plus riches est presque trois fois moindre que celle des 20% les plus pauvres (Gouvernement du Togo, 2017a).

Le rapport d'évaluation du PNDS 2009-2013 a établi que malgré une volonté exprimée du gouvernement pour faire de la promotion de la santé une priorité nationale, les actions peinent à se concrétiser. Les actions allant dans le sens de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de 5 ans sont timidement évoquées, ainsi que l'alimentation des nourrissons, particulièrement lorsqu'on sait que la malnutrition est l'une des trois causes principales de mortalité des enfants, après le paludisme et la diarrhée

(Gouvernement du Togo, 2010b). Le rapport d'évaluation pointe du doigt une mauvaise planification à tous les niveaux qui se traduit par une insuffisance dans la prise en compte des réalités et aspirations des populations (Ibid). Couplée avec une mauvaise gouvernance du secteur, la mauvaise planification n'a pas permis une meilleure inclusion et prise en compte des besoins des populations, notamment celles qui habitent dans des zones déshéritées et celles qui sont les plus pauvres. Force est de constater que malgré l'urgence d'assurer aux populations pauvres les services essentiels de santé, le gouvernement togolais a tardé à introduire dans les documents stratégiques le paquet minimum d'activité sanitaire, ou les interventions essentielles de soins reconnus au plan international pour leur impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de 5 ans (Ibid). Contrairement à la politique de 1998, la politique sanitaire de 2011 a intégré le paquet essentiel des soins à haut impact dans l'offre publique des soins de santé. La politique sanitaire de 1998 avait évoqué l'attention à porter aux plus démunis dans un mécanisme de solidarité basé sur une assurance santé qui en réalité n'a jamais vu le jour. Cependant, le gouvernement a réussi à mettre en place le fonds pour les indigents dans les centres de santé publique, mais qui ne permet pas véritablement d'assurer la prise en charge spécifique des groupes les plus vulnérables comme les femmes et les enfants.

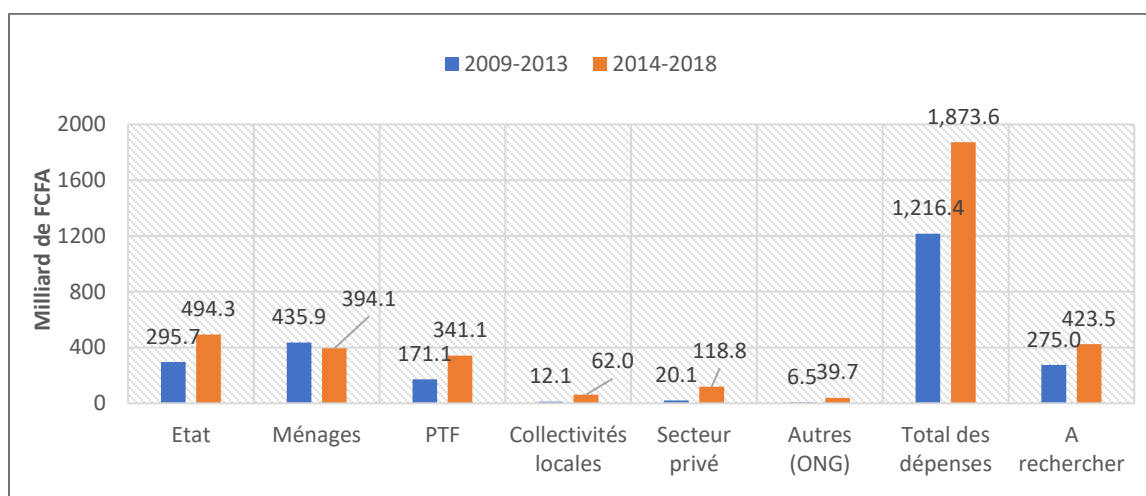
#### **4.5.2. Financement de la santé et des programmes envers les groupes vulnérables**

##### **4.5.2.1. Bénin**

Au Bénin, les ménages à travers le paiement direct des soins de santé sont les premiers contributeurs au financement de la santé. Les dépenses de santé restent la responsabilité des ménages qui assurent en 2017, près de 45% des dépenses de santé, tout comme en 2010 (Données Banque mondiale, 2020). Malgré que ce pourcentage ait baissé en comparaison à la situation de 2006 (52%), elle reste très au-delà de la cible du gouvernement définie dans le PNDS qui est de 34% (Gouvernement du Bénin, 2009b). Ceci indique que les progrès souhaités en matière de réduction de la charge financière des services de santé des ménages n'ont pas été atteints.

Le reste du financement de la santé est assuré par l'État, les collectivités locales, les ménages, les Partenaires techniques et financiers (PTF), les sociétés d'assurance et les entreprises du secteur privé. Alors que la contribution des ménages était de 52% en 2006 (identique à celle de 2003), le financement public représentait 31% des dépenses de santé. La contribution financière des PTF était de 16% et celle des collectivités locales de moins de 1% (Gouvernement du Bénin, 2009b). Quant au système d'assurance, elle présente deux composantes. L'assurance maladie qui couvre les travailleurs du secteur public et du secteur privé formel et les systèmes d'assurance privée qui sont ouverts aux populations les plus riches. Les populations pauvres, surtout rurales, sont effectivement exclues des systèmes formels d'assurance maladie et donc ne bénéficient d'aucune couverture sanitaire. Dans le PNDS 2009-2018, l'État béninois a prévu mettre en place un système d'assurance maladie universelle (RAMU) pour assurer la prise en compte de toutes les couches sociales de la population (Ibid). Force est de constater que le RAMU n'est pas encore accessible aux populations, car toujours étant en 2020 à une phase d'expérimentation.

Graphique 4. 2: Dépenses de santé prévues au PNDS 2009-2018, Bénin, milliard de FCFA, constant 2008



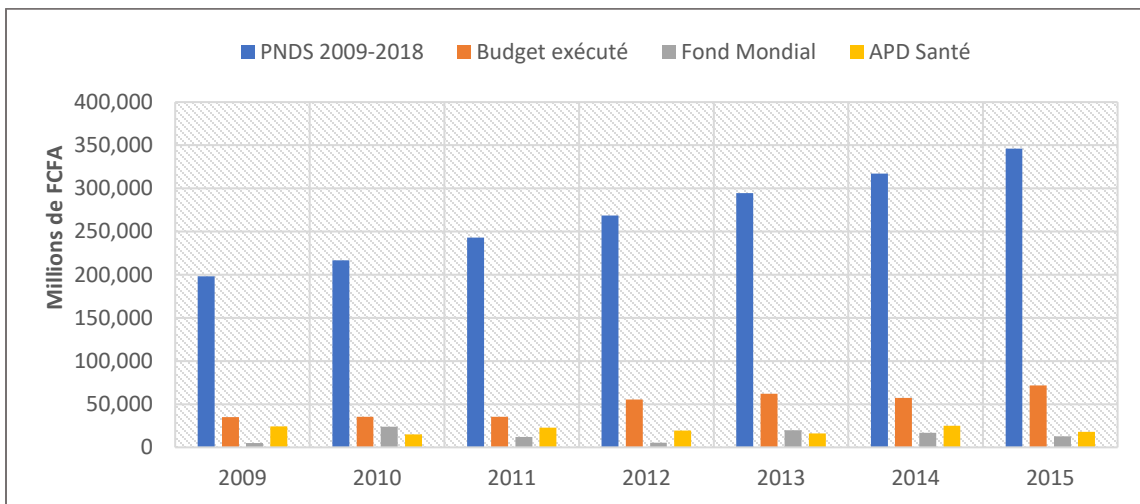
Source : PNDS Bénin 2009-2018

Le Graphique 4.2 montre une baisse des dépenses des ménages dans la santé contre une augmentation des dépenses publiques de santé, ainsi que de la contribution des PTF sur la période de 2009 à 2018 dans le PNDS. Les prévisions du PNDS donnent l'État comme le

premier contributeur à la santé sur la période 2014-2018, ce qui reste loin de la réalité. Les ménages avec 45% des dépenses de santé (donnée de 2017, WDI, 2020) sont restés les premiers contributeurs à la santé.

Sur la période du PNDS 2009-2018, on observe un écart considérable entre les exécutions et les budgets prévisionnels issus des documents de planification stratégique (Graphique 4.3 et Tableau 4.1).

Graphique 4. 3: Dépenses de santé au Bénin prévues au PNDS, budget exécuté et aide à la santé, million de FCFA, constant 2008



Source : PNDS 2009-2018, Comptes Administratifs 2009-2015, Données OCDE 2020, Données Fonds mondial 2020

Tableau 4. 1: Dépenses de santé au Bénin, PNDS 2009-2018, million de FCFA, constant 2008

	PNDS 2009-2018	Budget exécuté	Fonds Mondial	APD Santé	% exécution	% FM	% APD Santé
2009	198,045.38	35,143.47	5,073.56	24,136.41	17.75%	2.56%	12.19%
2010	216,767.12	35,311.87	23,741.83	15,051.96	16.29%	10.95%	6.94%
2011	243,061.63	35,333.22	12,226.23	22,682.89	14.54%	5.03%	9.33%
2012	268,589.25	55,357.63	5,487.54	19,516.21	20.61%	2.04%	7.27%
2013	294,426.33	62,269.54	19,779.33	16,027.33	21.15%	6.72%	5.44%
2014	317,339.47	57,369.57	16,876.77	25,214.26	18.08%	5.32%	7.95%
2015	345,958.79	71,636.97	12,918.58	17,815.55	20.71%	3.73%	5.15%

Source : PNDS 2009-2018, Comptes Administratifs 2009-2015, Données OCDE 2020, Données Fonds mondial 2020.

Le taux d'exécution annuel des dépenses publiques prévues dans le plan est en moyenne de 18% sur la période de 2009 à 2015 contre une contribution annuelle moyenne attendue de 25% des prévisions totales. Il faut également observer que les dépenses publiques de santé inscrites dans le budget de l'État incluent une part des dépenses des PTF, notamment

celles en rapport à l'aide budgétaire dans le domaine. Si ces dernières dépenses sont exclues, l'écart entre prévisions et réalisations sur les dépenses publiques serait plus important.

Le Graphique 4.3 montre que l'aide publique à la santé en provenance des pays du CAD a été très volatile sur la période de 2009 à 2015 avec une chute en 2015. Il en est de même pour la contribution du Fonds Mondial qui est le partenaire principal du pays pour le financement de la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose. En effet, le volume d'aide à la santé acheminé par le Fonds mondial a considérablement augmenté dans la décennie 2000, passant de 1% en 2001 à 11% en 2010 alors que l'aide à la santé acheminée par les organisations de l'ONU et la Banque mondiale a baissé (24% à 14% pour les organisations de l'ONU, et de 17% à 5% pour la Banque mondiale entre 2001 et 2010) (IHME, 2010).

La volatilité de l'aide à la santé combinée avec les difficultés de l'État à mobiliser des ressources domestiques pour le financement de la santé, et le sous-développement des systèmes privés d'assurance santé peuvent expliquer la part élevée des dépenses de santé des ménages, qui dans le contexte de ce pays est un facteur susceptible de contribuer à l'exclusion des pauvres et ainsi à la dégradation de leurs conditions sanitaires.

La faiblesse du financement public est également liée à des problèmes de gestion financière dans le secteur de la santé qui se traduisent par des niveaux d'engagement faible à la fin des exercices budgétaires. Les rapports annuels sur les progrès réalisés dans le domaine pointent du doigt entre autres les questions de passation des marchés. La faible performance du système s'est entre autres traduite par une réduction du taux d'utilisation des systèmes de passation de marché par les PTF<sup>56</sup> de 64% en 2005 à 49% en 2010 (Paul, 2011). Ce problème de gestion financière a pour impact que des PTF hésitent à s'aligner sur les systèmes nationaux de finances publiques, alors que la Déclaration de Paris de 2005

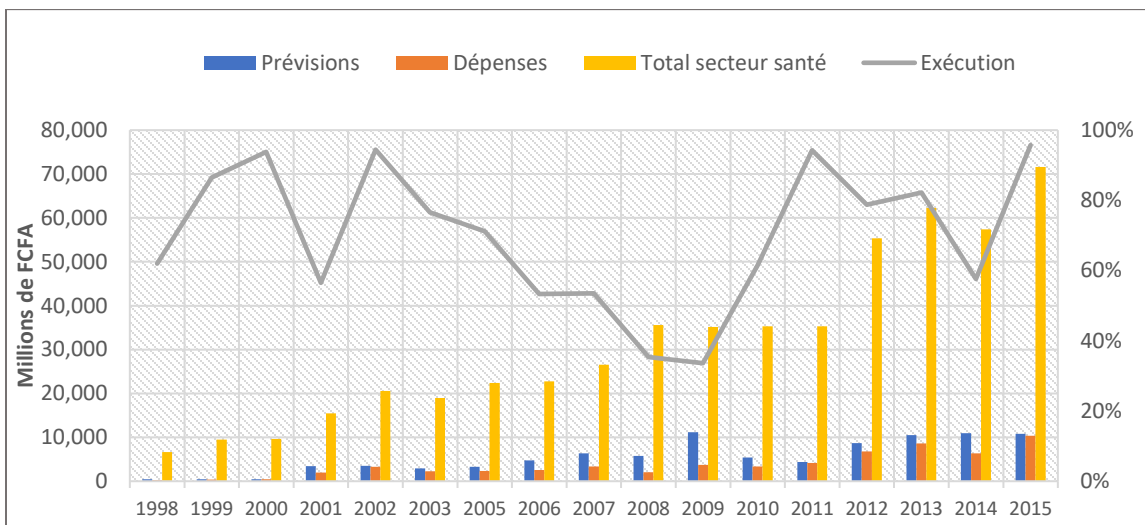
---

<sup>56</sup> Le taux d'utilisation des systèmes de passation de marché par les PTF mesure le nombre de fois que les PTF utilisent les systèmes de passation de marché sur l'ensemble des transactions réalisées qui sont éligibles aux mécanismes de passation des marchés.

appelle à un renforcement des stratégies nationales et des cadres opérationnels correspondants pour une meilleure efficacité de l'aide (OCDE, 2008).

Pour ce qui concerne le financement des collectivités locales, on peut distinguer le financement communautaire géré par les comités de gestion de la commune (COGEC) ou de l'Arrondissement (COGEA). Ce type de financement est un élément essentiel du bon fonctionnement des structures sanitaires, mais son taux de recouvrement reste très faible. En 2009, seulement 12% des zones sanitaires avaient un taux de recouvrement viable par rapport au financement communautaire.

Graphique 4. 4: Dépenses publiques de santé touchant directement les femmes et les enfants, Bénin 1998-2015, million FCFA, constant 2008



Source : Données calculées sur la base des dépenses exécutées dans les programmes identifiés, Comptes Administratifs de Gestion 1998-2015, Bénin

Le Graphique 4.4 présente des données sur les programmes de santé touchant directement aux femmes et aux enfants. Il s'agit des programmes de paludisme (incluant le paludisme chez les enfants et les femmes enceintes), de VIH, de gratuité de la césarienne, de prise en charge des nourrissons, de santé de la reproduction et de vaccination (voir Tableau 4.7 en annexe). En effet, en 2015, les dépenses publiques de santé atteignaient 71.6 milliards alors que les dépenses envers les groupes cibles faisaient 10.4 milliards, soit environ 14%. Il faut remarquer que ces dépenses ont progressé relativement aux dépenses totales de santé au cours de la période 1998-2015. En 1998, elles représentaient environ 4% des dépenses de santé qui étaient de 6.6 milliards de FCFA. L'exécution de ces dépenses suit une évolution

en dents de scie avec une baisse considérable des performances entre 2002 et 2009 où le taux d'exécution a atteint son niveau le plus bas, soit de 34% (Graphique 4.4). La faible part que représentent les dépenses envers les enfants et les femmes dans les dépenses de santé combinée avec un faible niveau moyen de mise en œuvre indiquent que les priorités exprimées dans les documents stratégiques ont du mal à se concrétiser lors de la mise en œuvre, et ceci essentiellement sur les allocations de ressources et les mécanismes qui affectent l'exécution des budgets.

#### **4.5.2.2.Togo**

L'État togolais est l'acteur principal dans le domaine de la santé en termes de planification et de gestion du système de santé. En 2008, le financement public représentait 22.4% du financement total de la santé, contre 60.3% du financement privé et 17.3% du financement extérieur. Le financement des ménages représente la plus grosse part du financement privé, soit 50.5% des dépenses totales de santé en 2008 (Gouvernement du Togo, 2008). La contribution des ménages semble baisser au fil des années. En 2002, elle représentait 83.26% des dépenses de santé (Ibid). Les paiements directs des ménages représentaient 54.5% des dépenses courantes de santé en 2015 contre 50.4% en 2016 (Gouvernement du Togo, 2020)<sup>57</sup>, et 53.4% des dépenses totales de santé en 2015 contre 50% en 2016. Le Togo se situe bien en deçà des normes internationales en matière de financement de la santé, d'autant que le budget de la santé par rapport au budget national s'est établi à environ 6%, largement en deçà des 15% de l'engagement d'Abuja (Gouvernement du Togo, 2016c).

En matière de financement public, le Togo fait face à un niveau élevé d'endettement. Son déficit budgétaire en 2014 était de 4.9% du PIB, avec une dette publique qui est passée de 48.6% du PIB en 2011 à 75% en 2015, supérieur à la norme de 70% en vigueur dans l'UEMOA. Il faut noter que les secteurs sociaux notamment celui de la santé ont souffert

---

<sup>57</sup> Les dépenses totales de santé en FCFA s'élevaient à 183227.8 millions en 2015 et 197741.7 millions en 2016. Les dépenses courantes de santé s'élevaient à 179 278.8 millions de FCFA en 2015 et 194 453.3 millions de FCFA en 2016, soit respectivement 98% des dépenses totales de santé en 2015 et 98.3% en 2016.

entre 1990 et 2005 de la suspension de la coopération internationale (Gouvernement du Togo, 2017a). L'aide publique au développement a chuté de 11.9% du PIB en 1990 à 2.5% en 2003 (Gouvernement du Togo, 2012).

Dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, une très faible mobilisation de ressources a été observée pour la mise en œuvre du PNDS 2012-15. Sur des prévisions de 13 536 millions de FCFA pour les programmes de santé maternelle et néonatale, seulement 4922.58 millions ont été mobilisés entre 2012 et 2014 soit 36.4% de niveau de réalisation (Gouvernement du Togo, 2016b)<sup>58</sup>. En ce qui concerne le financement des interventions du PNDS à haut impact sur la réduction de la mortalité infantile et des moins de 5 ans, on note un taux de mobilisation de 32.2% sur la période de 2012-2014, soit des prévisions de 31 498.56 millions contre des réalisations de 10 137.7 millions (Ibid).

Tableau 4. 2: Dépenses totales planifiées dans le PNDS 2012-2015 et dépenses exécutées, en million de FCFA, constant 2008

	Prévisions PNDS 2012-2015	Dépenses exécutées	Taux d'exécution
2012	82,192	29,211	35.5%
2013	93,372	26,732	28.6%
2014	103,015	26,413	25.6%
2015	114,615	32,333	28.2%

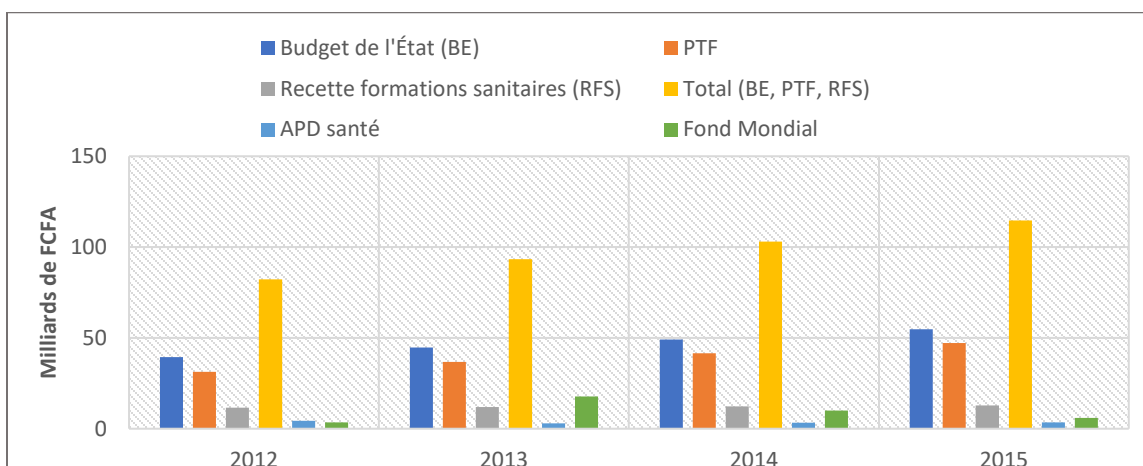
Source : PNDS 2012-2015 et Données SIGFIP 2012-2015

Les dépenses réalisées représentent en moyenne moins de 30% des dépenses planifiées dans le PNDS 2012-2015. Ces données traduisent la réelle difficulté du gouvernement togolais à mobiliser et exécuter les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de ses plans sectoriels de développement sanitaire.

À la phase de la planification, un accent particulier est mis sur les ressources des partenaires techniques et financiers dont une contribution (à travers les prévisions) de près de 40% est attendue pour le financement du Plan national de développement sanitaire (Graphique 4.5).

<sup>58</sup> Les données sont en valeur constante 2008.

Graphique 4. 5: Sources de financement du PNDS 2012-2015, milliard de FCFA, constant 2008



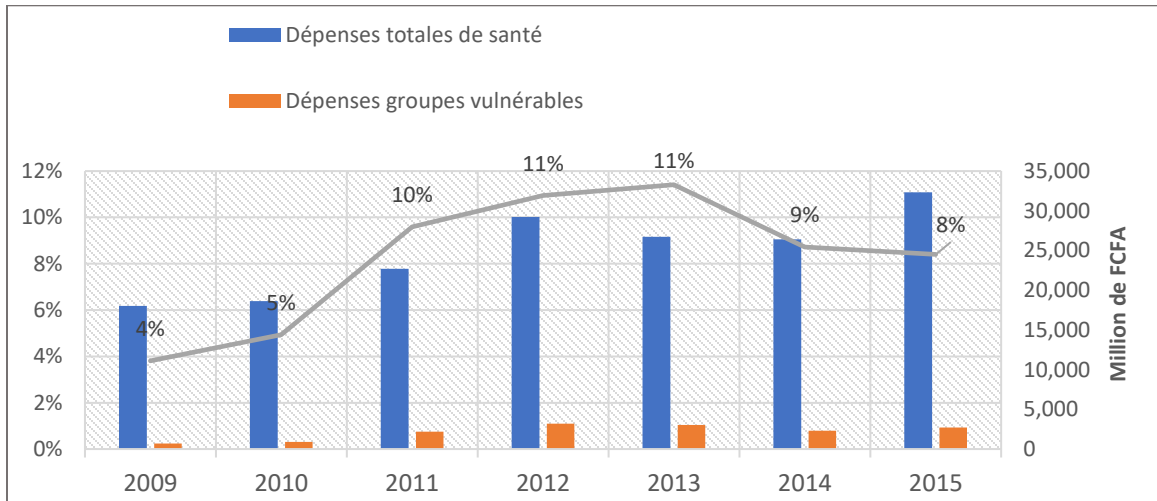
Source : PNDS 2012-2015, Données OCDE 2020, Données Fonds mondial 2020

Force est de constater que sur la période 2012-2015, près de 40% du financement du PNDS est attendu des PTF alors que les ressources de l'État couvrent environ 48% des dépenses et les recettes des formations sanitaires environ 12%. L'aide publique à la santé des pays membres du Comité d'aide au développement (CAD) combinée avec les investissements du fonds mondial de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, qui restent les principaux canaux d'acheminement de l'aide à la santé, ne représentent que 33% de ce qui est attendu des PTF sur la période 2012-2015, soit 51.2 milliards de FCFA contre 156.7 milliards FCAF.

Cette faible capacité du gouvernement à mobiliser les ressources nécessaires et la tendance à reposer l'investissement sur les ressources extérieures rendent vulnérable l'État togolais dans sa politique sanitaire. La faible capacité de mobilisation de ressources internes et externes compromet la capacité de l'État togolais à mettre en œuvre ses programmes prioritaires. Dans le PNDS 2012-2015, le renforcement du système de santé représente plus de 70% des ressources financières. La lutte contre la mortalité des moins de 5 ans était la deuxième priorité avec 12.4% des ressources, la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose vient en troisième priorité avec 8.9% des ressources, suivi ensuite par la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale (5.6%) et le contrôle des maladies non

transmissibles (1.8%). La difficulté à mobiliser les ressources attendues n'a donc pas permis de mettre en œuvre les programmes de manière à atteindre les résultats escomptés.

Graphique 4. 6: Dépenses envers les groupes cibles et dépenses totales de santé au Togo, million de FCFA, constant 2008



Source : Données du SIGFIP, 2009-2015

Les données désagrégées disponibles sur les dépenses envers les groupes cibles couvrent la période de 2009 à 2015, et proviennent du SIGFIP. Elles sont relatives aux programmes de santé maternelle et infantile qui incluent les programmes de vaccination, de santé nutrition, de gratuité de la césarienne. Y sont également ajoutés les programmes de lutte contre le VIH, de tuberculose et de paludisme ainsi que les programmes de santé sexuelle et de la reproduction.

Les dépenses de ces programmes ont augmenté entre 2009 et 2012 où elles sont passées de 0.69 milliard à 3.2 milliards FCFA en valeur réelle, puis une chute est observée entre 2012 et 2015 où elles atteignent 2.7 milliards de FCFA. Comparées aux dépenses totales de santé exécutées, les dépenses envers les groupes identifiés représentent 8.4% des dépenses totales de santé en 2015 contre 3.8% en 2009. Sur la période de 2009-2015, les dépenses envers les femmes et les enfants ont connu une faible progression au Togo, témoignant ainsi des difficultés d'allocation de ressources au profit des groupes en situation de vulnérabilité. Une attention particulière est donc nécessaire aussi bien lors de la

planification que de la mise en œuvre des politiques et programmes pour atteindre les objectifs de développement dans le domaine sanitaire.

#### **4.5.3. Analyse des facteurs à l'origine de progrès différenciés entre le Bénin et le Togo dans le domaine de la santé**

Cette section analyse les facteurs pouvant être à l'origine de progrès différenciés entre le Bénin et le Togo dans le domaine de la santé, au regard des facteurs identifiés dans la littérature. Au rang de ces facteurs, on note la gouvernance du secteur (y compris les réformes dans le système de la santé), qualité et la disponibilité du personnel de santé (ressources humaines), la disponibilité des infrastructures de santé et des équipements (ressources matérielles), les ressources financières, le rôle des acteurs non étatiques (ONG, partenaires techniques et financiers, etc.).

##### **4.5.3.1. Analyse générale des facteurs d'influence sur les résultats de développement dans la santé**

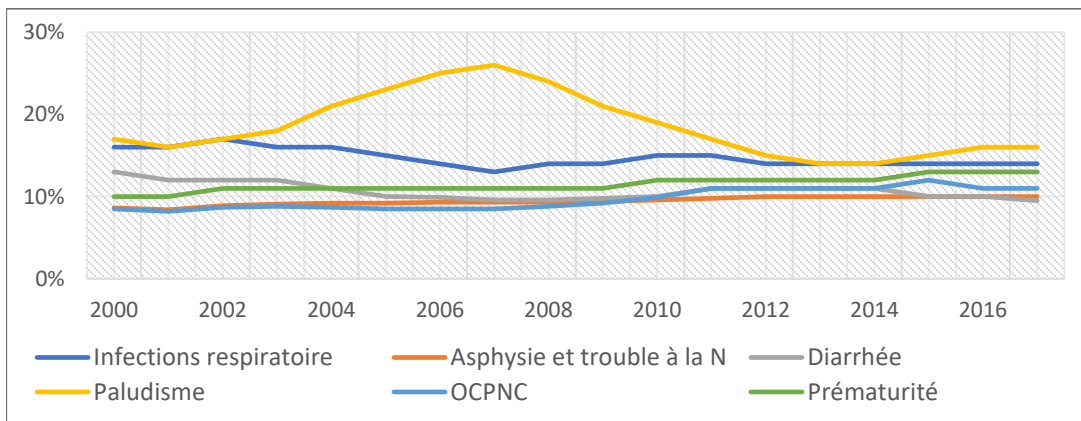
###### **Gouvernance du système :**

La gouvernance du système est analysée en se focalisant sur les réformes dans le secteur et quelques programmes spécifiques mis en œuvre en direction des groupes en situation de vulnérabilité, ainsi que la gestion et la coordination du système.

Dans les deux pays considérés, la santé est identifiée comme un domaine prioritaire pour les gouvernements et est inscrite dans les textes de lois fondamentales comme la constitution nationale, mais dans les faits les défis restent énormes. Le système de santé est organisé dans les deux pays autour des soins de santé primaires. La prise en charge des populations en situation de vulnérabilité, notamment les enfants, les femmes et les filles sont clairement exprimées à travers des programmes de santé maternelle et des moins de 5 ans, des programmes de santé sexuelle et reproductive pour lutter contre les grossesses précoces et promouvoir la planification famille et l'accès aux méthodes de contraception modernes.

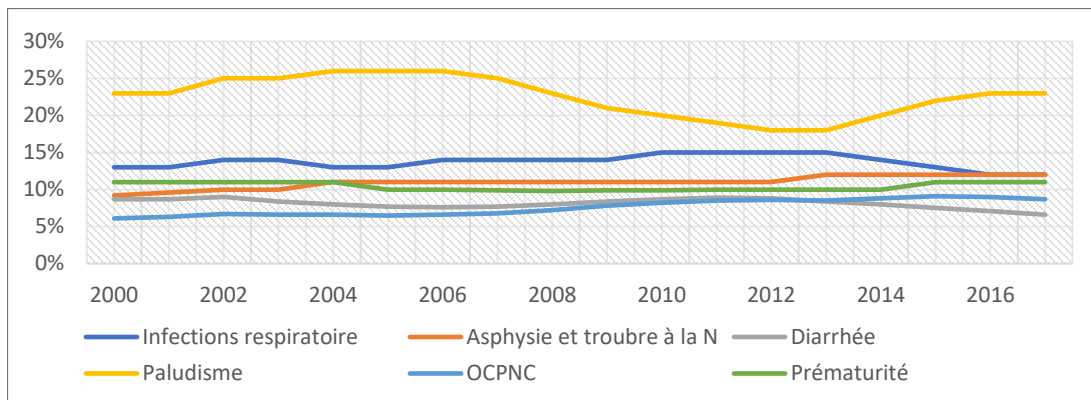
Toutefois, si les programmes sont similaires dans les deux pays, leur ampleur varie d'un pays à un autre. Alors que le Togo alloue environ 2.7 milliards FCFA (soit 371 FCFA par habitant) de dépenses à ces programmes en 2015, le Bénin investit 10.4 milliards (soit 985 FCFA par habitant) de ses ressources au profit des mêmes groupes de populations. Ceci représente respectivement 8.4% et 14% des dépenses totales de santé au Togo et au Bénin. Les politiques et programmes ont été mises en œuvre de manière progressive dans les deux pays mais avec une certaine avance au Bénin. Les programmes de prise en charge des nourrissons et des femmes enceintes sont plus importants au Bénin comparé au Togo. Au Bénin, ce programme a démarré en 2003 et est resté en cours en 2015 avec quelques discontinuités observées dans l'allocation des ressources en 2005, 2010 et 2011. En 2015, ce programme mobilisait 831 millions de FCFA. Au Togo, un programme de prise en charge préventif du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est prévu pour 2013, mais aucune ligne budgétaire d'un tel programme n'est observée de 2013 à 2015 dans les documents d'exécution budgétaire de l'État. Un programme sur de renforcement des soins cliniques par l'accroissement de l'assistance à l'accouchement et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence est identifié dans les données du SIGFIP en 2012, mais son budget n'a pas été exécuté. Aussi, le programme santé et nutrition qui aborde dans le même sens est mis en œuvre en 2009 et 2010 sur la période de 2009 à 2015 avec un budget de 16 millions FCFA en exécution uniquement en 2009 et pas d'exécution en 2010.

Graphique 4. 7: Distribution des causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Bénin de 2000 à 2017



Source: Données OMS, 2020

Graphique 4. 8: Distribution des causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Togo de 2000 à 2017



Source: Données OMS, 2020

Note: OCPNC= Autres affections transmissibles, périnatales et nutritionnelles

Au Bénin, le paludisme reste la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans bien que sa contribution à cette mortalité a chuté d'environ 26% à 16% entre 2007 et 2017 (Graphique 4.7, Données OMS, 2020)<sup>59</sup>. En revanche au Togo où le paludisme reste également la première cause de mortalité des moins de 5 ans (Graphique 4.8), des progrès limités ont été observés sur la même période. En 2017, la contribution du paludisme à la mortalité des moins de 5 ans était de 23% contre 25% en 2007 (Données OMS, 2020)<sup>60</sup>. Ces données sont corroborées par celles relatives au nombre d'enfants dormant sous moustiquaires imprégnées qui a connu une baisse au Togo mais une augmentation au Bénin entre 2010 et 2014 (Données OMS, 2020) avec des disparités selon le niveau d'éducation des ménages. En 2014, 77.99% des enfants des ménages les plus éduqués (avec un niveau d'éducation secondaire ou supérieur) ont accès aux moustiquaires imprégnées contre 70.46% des enfants des ménages sans niveau d'éducation au Bénin. Au Togo, ces chiffres sont respectivement de 49.91% contre 41.96% selon les données disponibles de 2013

<sup>59</sup> Les infections respiratoires et la prématurité sont respectivement au deuxième et troisième rang des facteurs à l'origine de la mortalité des moins de 5 ans au Bénin. La diarrhée qui en 2000 était le troisième facteur derrière le paludisme et les infections respiratoires avec environ 13% de contribution à la mortalité des moins de 5 ans, est passée au 6ème rang en 2017 avec une contribution de 9%.

<sup>60</sup> Les infections respiratoires et l'asphyxie et les troubles à la naissance sont respectivement en deuxième et troisième position en termes de cause de mortalité des moins de 5 ans au Togo. La contribution de la diarrhée a chuté de 9% à environ 6% entre 2000 et 2017.

(Ibid). Ils montrent l'importance du ciblage dans la lutte contre la mortalité des moins de 5 ans.

Les données suggèrent que les politiques et programmes de lutte contre le paludisme mis en œuvre au Bénin entre 2000 et 2017 pourraient avoir permis de réduire la charge de mortalité des moins de 5 ans due au paludisme et moins au Togo bien que les deux pays doivent renforcer leurs politiques et programmes dans ce domaine.

Toutefois, une analyse de corrélation entre la variation des dépenses des programmes de lutte contre le paludisme et la variation de l'incidence de paludisme dans les deux pays montre une absence de corrélation significative bien qu'une corrélation négative et forte existe au Togo (voir analyse de corrélation en annexe). On observe aussi pour le Togo que l'amélioration du taux d'exécution des programmes de lutte contre le paludisme est négativement et significativement corrélée avec l'incidence de paludisme. Ce résultat suggère une amélioration de la mise en œuvre des programmes de paludisme au Togo pour accélérer l'atteinte des résultats. L'analyse de corrélation reste cependant limitée d'autant qu'elle ne permet pas d'établir des liens de causalité entre dépenses et résultats.

Par ailleurs, il existe d'autres programmes tels que le programme de la gratuité de la césarienne qui est mis en œuvre dans les deux pays pour réduire la mortalité maternelle et néonatale (voir l'analyse de corrélation en annexe pour plus de détails). L'analyse de corrélation a montré que la variation des dépenses du programme de césarienne et la variation du taux de mortalité maternelle ont une forte corrélation négative et significative au Togo contrairement au Bénin. Une évaluation du programme au Bénin avait souligné plusieurs problèmes de mise en œuvre allant de l'insuffisance du kit de gratuité à l'insatisfaction des bénéficiaires (Ouedraogo et al., 2013). La limitation des données n'a pas permis de réaliser une étude de causalité pour mieux apprécier le sens et l'ampleur des relations entre dépenses et résultats dans le cadre du programme de gratuité de la césarienne, ce qui est une limite de l'analyse.

### **Ressources humaines :**

Le Bénin et le Togo à l'instar de plusieurs pays en développement, sont confrontés à des problèmes de disponibilité d'un personnel de santé de qualité. Il existe une forte insuffisance dans la gestion stratégique et opérationnelle du personnel de santé dans les deux pays. Ceci inclut la planification du développement des ressources humaines, la gestion et le suivi de la carrière du personnel. Les données de l'OMS indiquent une régression dans la disponibilité du personnel de santé composé d'infirmiers et de sages-femmes au Bénin entre 2004 et 2018 et une légère progression au Togo sur la même période. Au Bénin, le nombre du personnel de santé (infirmiers et sage femmes) par 10.000 habitants ne s'est pas amélioré sur la période de 2004 à 2016 où il est resté de 7.5 (OMS, 2020). Entre 2016 et 2018, il a connu une baisse à 3.9. Au Togo, ce nombre a baissé de 3.5 à 3.1 entre 2004 et 2016 avec une légère hausse en 2017 et 2018 (4.1) (Ibid). Pour ce qui concerne le personnel médecin, le nombre de médecins par 10.000 habitants a progressé de 0.4 à 1.8 entre 2004 et 2013 puis a baissé à 0.79 en 2018 au Bénin. Au Togo, il a augmenté de 0.4 à 2.5 entre 2004 et 2010 et puis une baisse à 0.77 en 2018 (Ibid). La disponibilité de personnel de santé est un énorme défi dans les deux pays même si le Bénin dispose légèrement de plus de personnel de santé par 10.000 habitants que le Togo. Cette insuffisance du personnel de santé pénalise les populations dans les zones rurales d'autant que le personnel disponible est plus concentré dans les zones urbaines.

### **Ressources matérielles :**

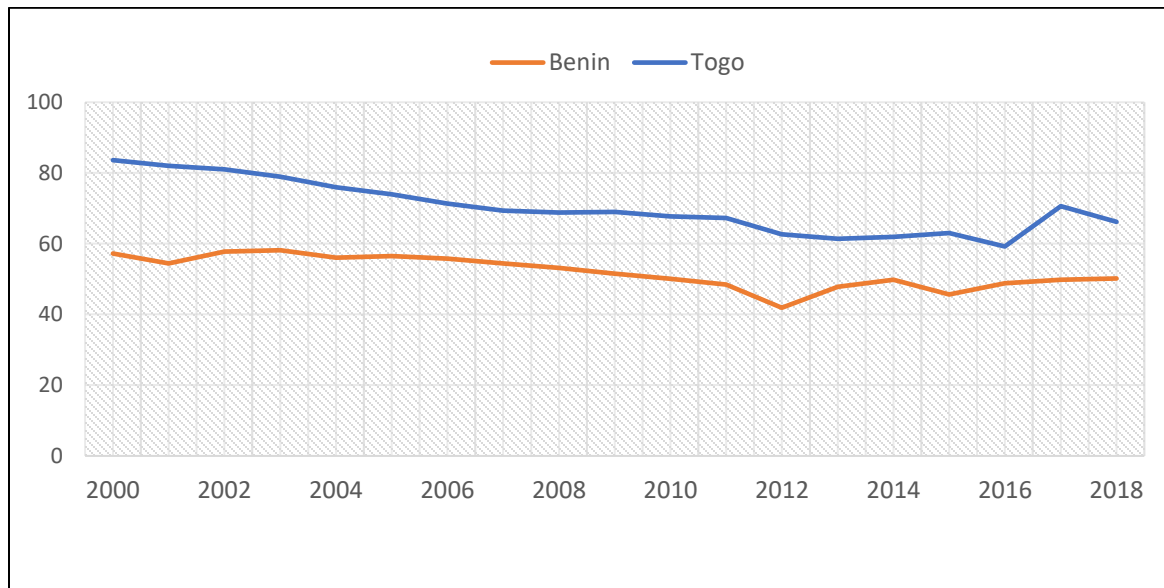
Du point de vue de la disponibilité de ressources matérielles, il faut voir ici à la fois les ressources pour l'opérationnalisation des centres de santé et l'existence de locaux pour les centres de santé. La disponibilité de matériels pour la prise en charge des cas de maladie dans les hôpitaux est un défi pour le Bénin et le Togo. Les données de l'OMS (Données OMS, 2020) indiquent qu'il n'y a pas eu d'investissement conséquent dans l'équipement des centres de santé en lits d'hôpitaux. Par exemple, au Bénin le nombre de lits par 10,000 habitants n'a pas augmenté entre 2005 et 2010. Il est resté à 5 lits par 10,000 habitants. Au Togo, il a baissé de 9 à 7 entre 2005 et 2011. La situation reste précaire dans ces pays et demande que des investissements importants soient réalisés dans l'acquisition de matériels

pour créer les conditions d'une meilleure prise en charge des usagers du système de santé en général, et les femmes et les enfants en particulier.

### Ressources financières :

Sur le financement de la santé, le Bénin et le Togo se distinguent par le rôle joué par l'État et les PTF. Ils se rejoignent sur le fait que les paiements directs des soins de santé par les ménages constituent la plus grande source de financement du secteur de la santé. Le Graphique 4.9 montre que les dépenses privées représentent plus de 50% (65%) des dépenses courantes de santé au Bénin (Togo), malgré une tendance légèrement à la baisse.

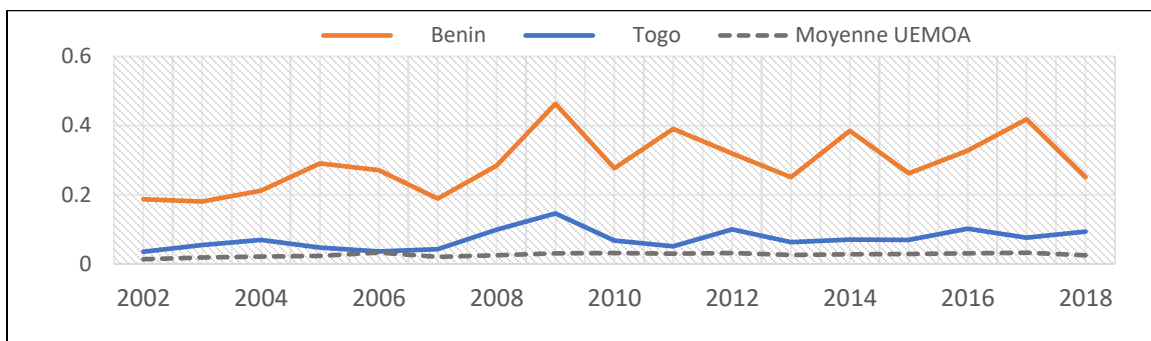
Graphique 4. 9: Part des dépenses privées nationales de santé dans les dépenses courantes de santé (en%)



Source: World Development Indicators, Banque mondiale, 2021

Pour ce qui concerne le rôle des PTF, le Bénin mobilise une part plus importante d'aide à la santé que le Togo. Les deux pays reçoivent une aide par habitant plus élevée que la moyenne dans l'espace UEMOA. En 2018, le Bénin recevait une aide par tête qui fait 2.5 fois celle du Togo (Graphique 4.10) ce qui montre une certaine attractivité du pays par les donateurs.

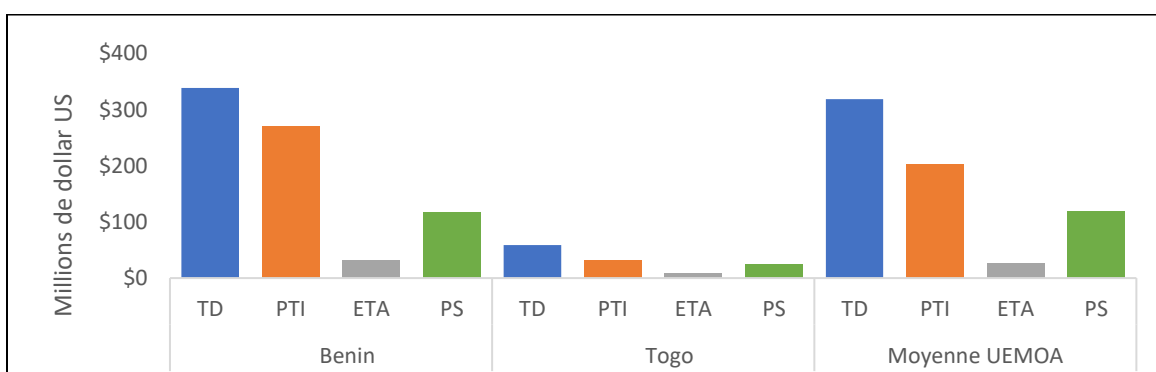
Graphique 4. 10: Évolution de l'APD à la santé par habitant au Bénin et au Togo, décaissement brut en unité de dollar US, constant 2017



Source : Données OCDE, Décaissement brut par tête des pays du CAD, 2020 (Valeur en USD, Constant 2017)

Toutefois, on note une forte volatilité de l'aide à la santé, notamment au Bénin, ce qui pose des défis en matière de planification. Également, l'aide à la santé est fortement orientée vers les interventions de type projets qui mobilisent près de 2/3 du montant d'aide. Dans les deux pays, l'aide au secteur public représente environ le tiers de l'aide totale à la santé sur la période de 2009-2018. L'aide en termes d'assistances techniques représente moins de 10% des décaissements bruts. La tendance est la même en moyenne dans l'UEMOA (Graphique 4.11).

Graphique 4. 11: Composition de l'APD à la santé au Bénin et au Togo, 2009-2018, million de dollar US, constant 2017



Source : Données OCDE, Décaissement brut par tête des pays du CAD, mars 2020

TD (Total Décaissement), PTI (Interventions projets), ETA (Experts et autre Assistance Technique), PS (Secteur public)

La volatilité de l'aide observée dans les deux pays ainsi que le faible niveau relatif d'aide reçue par le Togo montrent qu'une planification basée sur l'aide publique comme observée au Togo n'est pas soutenable. De telle planification peut être à l'origine des faibles progrès

observés dans certains domaines comme sur les questions de mortalité maternelle et infantile.

Pour mieux comprendre l'analyse des données financières, une analyse d'efficience dans l'allocation des ressources financières est réalisée de façon globale au niveau du secteur en se basant sur les dépenses agrégées (dépenses de personnel, fonctionnement, transferts et investissements). Cette analyse a été approfondie par une analyse des facteurs qui affectent le score d'efficience dans le domaine de la santé.

#### **4.5.3.2. Résultats de l'analyse d'efficience des dépenses de santé**

Cette section porte sur l'analyse d'efficience des dépenses de santé au Bénin et au Togo. Elle vise à déterminer dans quelle mesure chacun des pays a été efficace dans la mise en œuvre des dépenses de santé pour atteindre des résultats escomptés par les politiques nationales. L'attention est portée sur certains groupes en situation de vulnérabilité comme les femmes, les filles et les enfants, conduisant au choix des indicateurs de résultats tels que le taux de mortalité maternelle et des moins de 5 ans et le taux de couverture vaccinale des enfants.

La méthodologie appliquée est identique à celle décrite dans le précédent chapitre sur l'éducation. Il s'agit dans un premier temps d'appliquer la méthode de frontière DEA pour déterminer le score d'efficience de chaque pays pour chaque année. Ensuite, de déterminer à l'aide de l'indice de Malmquist, le changement dans l'efficience d'une année à une autre afin d'apprécier dans quelle mesure chacun des pays à améliorer son efficience dans la mise en œuvre des dépenses de santé. Ensuite, nous effectuons une estimation à travers la méthode tronquée pour identifier les facteurs externes au système de santé et qui affectent le score d'efficience.

#### **Détermination des scores d'efficience :**

Les résultats du tableau 4.3 montrent que le Bénin et le Togo ont, sur plusieurs années, dévié de la frontière d'efficience avec un score inférieur à l'unité que ce soit le score obtenu par la méthode des rendements d'échelle constants (REC) ou variables (REV).

Les données concernant l'indice de développement humain montrent que les deux pays sont relativement moins éloignés de leur frontière d'efficience que par rapport à la santé. La santé étant l'un des trois domaines qui composent l'IDH, ce résultat suggère qu'une amélioration de l'efficience dans la santé peut être un élément important dans l'amélioration de l'efficience vis-à-vis de l'IDH.

Tableau 4. 3: Résultats des scores d'efficience dans le domaine de la santé et selon l'IDH

UPD	Année	Santé		Indice de développement humain	
		REC	REV	REC	REV
Bénin	1998	1	1	0.98664	1
Bénin	1999	0.970518	1	1	1
Bénin	2000	0.963721	1	0.993063	1
Bénin	2001	1	1	1	1
Bénin	2002	1	1	0.992795	1
Bénin	2003	0.956482	0.962238	0.974209	0.987495
Bénin	2004	.	.	.	.
Bénin	2005	0.872123	0.890867	0.946025	0.950134
Bénin	2006	0.884058	0.887975	0.948519	0.95773
Bénin	2007	0.878262	0.882669	1	1
Bénin	2008	0.851997	0.855863	0.934487	0.955461
Bénin	2009	0.881211	0.887528	0.945798	0.962514
Bénin	2010	0.856182	0.857772	0.934087	0.946751
Bénin	2011	0.883043	0.885734	0.949819	0.962936
Bénin	2012	0.839391	0.848461	0.91865	0.938996
Bénin	2013	0.778303	0.77975	0.900717	0.937006
Bénin	2014	0.834465	0.834523	0.937505	0.968536
Togo	1998	0.898954	0.912455	.	.
Togo	1999	1	1	.	.
Togo	2000	.	.	.	.
Togo	2001	.	.	.	.
Togo	2002	0.969566	1	1	1
Togo	2003	0.979747	0.9798	1	1
Togo	2004	0.977248	0.977387	1	1
Togo	2005	0.93176	0.935215	0.986896	0.987076
Togo	2006	0.99955	1	1	1
Togo	2007	0.937225	0.940659	0.990853	0.995916
Togo	2008	0.886186	0.898323	0.958778	0.961906
Togo	2009	0.878231	0.880492	0.959495	0.970466
Togo	2010	0.865581	0.866581	0.958094	0.97707
Togo	2011	0.873452	0.873646	0.947205	0.972221
Togo	2012	0.875621	0.875824	0.962323	0.981452
Togo	2013	0.878455	0.878659	0.973107	0.991763
Togo	2014	0.895408	1	0.985819	1

En s'intéressant à la variation du score d'une année à l'autre, on observe avec le calcul de l'indice de Malmquist les résultats consignés dans le tableau 4.4.

Tableau 4. 4: Indice de Malmquist par rapport à la santé

Pays	Période	TFPCH	TECH	TECCH	Variation du TFPCH	Variation du TECH	Variation du TECCH
Bénin	1998~1999	0.9619	1	0.9619	-4%	0%	-4%
Bénin	1999~2000	0.9958	1	0.9958	0%	0%	0%
Bénin	2000~2001	1.0535	1	1.0535	5%	0%	5%
Bénin	2001~2002	0.954	1	0.954	-5%	0%	-5%
Bénin	2002~2003	0.9667	1	0.9667	-3%	0%	-3%
Bénin	2003~2004	.	.	.	.	.	.
Bénin	2004~2005	.	.	.	.	.	.
Bénin	2005~2006	1.0053	1	1.0053	1%	0%	1%
Bénin	2006~2007	0.997	1	0.997	0%	0%	0%
Bénin	2007~2008	0.966	1	0.966	-3%	0%	-3%
Bénin	2008~2009	1	1	1	0%	0%	0%
Bénin	2009~2010	0.9686	1	0.9686	-3%	0%	-3%
Bénin	2010~2011	1.0118	1	1.0118	1%	0%	1%
Bénin	2011~2012	0.954	1	0.954	-5%	0%	-5%
Bénin	2012~2013	0.9801	1	0.9801	-2%	0%	-2%
Bénin	2013~2014	0.9957	1	0.9957	0%	0%	0%
Togo	1998~1999	1.6707	1.084	1.5412	67%	8%	54%
Togo	1999~2000	.	.	.	.	.	.
Togo	2000~2001	.	.	.	.	.	.
Togo	2001~2002	.	.	.	.	.	.
Togo	2002~2003	1.0233	1	1.0233	2%	0%	2%
Togo	2003~2004	0.975	1	0.975	-3%	0%	-3%
Togo	2004~2005	0.9711	1	0.9711	-3%	0%	-3%
Togo	2005~2006	1.0381	1	1.0381	4%	0%	4%
Togo	2006~2007	0.956	1	0.956	-4%	0%	-4%
Togo	2007~2008	0.9607	1	0.9607	-4%	0%	-4%
Togo	2008~2009	0.9884	1	0.9884	-1%	0%	-1%
Togo	2009~2010	0.9881	1	0.9881	-1%	0%	-1%
Togo	2010~2011	0.9936	1	0.9936	-1%	0%	-1%
Togo	2011~2012	0.9678	1	0.9678	-3%	0%	-3%
Togo	2012~2013	1.0092	1	1.0092	1%	0%	1%
Togo	2013~2014	1.0089	1	1.0089	1%	0%	1%

Les résultats obtenus sur le Bénin montrent que les plus grandes baisses de la productivité totale des facteurs dans le domaine de la santé sont intervenues dans l'année ayant suivi les élections (-5% pour 2001-2002 ; - 5% pour 2011-2012). Ce constat n'est pas vérifié pour

le Togo qui entre 1998-1999 a enregistré sa plus forte amélioration en efficacité alors qu'ayant connu une élection en 1998. Il faut noter que dans les trois dernières années de la période d'étude couvrant 1998-2014, la perte d'efficacité s'est réduite au Bénin (de -5% à 0%) et une légère amélioration est notée au Togo (de -3% à 1%). Sachant que les deux pays sont loin de leurs frontières d'efficacité selon les résultats du DEA (voir tableau 4.3), une faible amélioration ne peut permettre d'accélérer les résultats de développement dans le domaine de la santé.

Il est donc important d'identifier les facteurs internes au système ainsi que ceux externes qui influent sur le niveau d'efficacité. Pour analyser certains des facteurs externes, nous avons réalisé comme c'est le cas de la littérature un DEA à deux niveaux dont le deuxième niveau consiste à estimer l'effet de variables structurelles, institutionnelles et socio-économiques sur le score d'efficacité à l'aide de modèle tronqué qui est approprié pour l'estimation sur des variables dépendantes limitées.

Sur les trois dernières années de la période d'étude (2011-2014), on constate sur l'IDH (Tableau 4.5) que le Togo et le Bénin ont amélioré leur niveau d'efficacité respectivement de -1% à 2% et de -2% à 1%. Ces progrès restent cependant limités.

D'après les résultats du Tableau 4.6, l'inflation, l'aide au développement en pourcentage du PIB et le niveau de corruption ont un effet négatif et significatif sur le score d'efficacité. Le coefficient de l'inflation est significatif au seuil de 1%, celui de la corruption à 5% et l'aide en pourcentage du PIB à 10%. L'effet significatif de l'inflation est robuste dans tous les modèles estimés ce qui indique que l'inflation est un déterminant du score d'efficacité dans la santé. L'aide publique au développement a un effet significatif dans les modèles REC suggérant que l'augmentation de l'aide impacte négativement l'efficacité des dépenses de santé. Ce résultat suscite l'attention sur la gestion de l'aide au développement au Bénin et au Togo. Étant donné la dépendance des deux pays vis-à-vis de l'aide, une analyse approfondie de l'effet de l'aide ainsi que ses canaux de transmission sur l'efficacité dans le secteur de la santé est indispensable pour s'assurer que l'État prenne les mesures nécessaires pour une mise en œuvre effective de l'aide.

Tableau 4. 5: Indice de Malmquist par rapport à l'IDH

Pays	Période	TFPCH	TECH	TECCH	Variation TFPCH	Variation TECH	Variation TECCH
Bénin	1998~1999	1.1933	1	1.1933	19%	0%	19%
Bénin	1999~2000	0.9273	1	0.9273	-7%	0%	-7%
Bénin	2000~2001	1.0485	1	1.0485	5%	0%	5%
Bénin	2001~2002	0.9802	1	0.9802	-2%	0%	-2%
Bénin	2002~2003	1.0012	1	1.0012	0%	0%	0%
Bénin	2003~2004	.	.	.	.	.	.
Bénin	2004~2005	.	.	.	.	.	.
Bénin	2005~2006	1.0095	1	1.0095	1%	0%	1%
Bénin	2006~2007	1.0804	1	1.0804	8%	0%	8%
Bénin	2007~2008	0.9024	1	0.9024	-10%	0%	-10%
Bénin	2008~2009	0.9965	1	0.9965	0%	0%	0%
Bénin	2009~2010	0.983	1	0.983	-2%	0%	-2%
Bénin	2010~2011	1.0026	1	1.0026	0%	0%	0%
Bénin	2011~2012	0.9823	1	0.9823	-2%	0%	-2%
Bénin	2012~2013	0.9885	0.9722	1.0167	-1%	-3%	2%
Bénin	2013~2014	1.0129	1.0001	1.0128	1%	0%	1%
Togo	1998~1999	.	.	.	.	.	.
Togo	1999~2000	.	.	.	.	.	.
Togo	2000~2001	.	.	.	.	.	.
Togo	2001~2002	.	.	.	.	.	.
Togo	2002~2003	0.9806	1	0.9806	-2%	0%	-2%
Togo	2003~2004	1.0591	1	1.0591	6%	0%	6%
Togo	2004~2005	0.9107	1	0.9107	-9%	0%	-9%
Togo	2005~2006	1.0258	1	1.0258	3%	0%	3%
Togo	2006~2007	1.0084	1	1.0084	1%	0%	1%
Togo	2007~2008	0.9521	1	0.9521	-5%	0%	-5%
Togo	2008~2009	0.9761	1	0.9761	-2%	0%	-2%
Togo	2009~2010	0.9941	1	0.9941	-1%	0%	-1%
Togo	2010~2011	1.0349	1	1.0349	3%	0%	3%
Togo	2011~2012	0.9902	1	0.9902	-1%	0%	-1%
Togo	2012~2013	1.0189	1	1.0189	2%	0%	2%
Togo	2013~2014	1.0209	1	1.0209	2%	0%	2%

Tableau 4. 6: Résultats des estimations

Modèle tronqué		
	(1)	(2)
	REC	REV
Log(HCPI)	-0.411*** (0.0717)	-0.353*** (0.102)
Log(APD/PIB)	-0.0222* (0.0126)	-0.0386 (0.0241)
Log(SD)	-0.00677 (0.0114)	0.00442 (0.0151)
Log(PIB/hab)	0.00606 (0.00491)	0.00572 (0.00445)
Indice Corruption	-0.0853** (0.0369)	-0.0766*** (0.0296)
sigma	0.0269*** (0.00370)	0.0355*** (0.00728)
Constant	2.755*** (0.329)	2.528*** (0.433)
Observations	28	28
Standard errors in parentheses		
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Les pays donateurs ainsi que les institutions internationales doivent également s'intéresser aux facteurs explicatifs de l'effet négatif de l'aide en pourcentage du PIB sur l'efficacité des dépenses sociales, notamment dans le domaine de la santé.

Quant au niveau de corruption, son effet négatif et significatif sur le score d'efficacité indique qu'une forte corruption est défavorable à l'efficacité des dépenses de santé. La variable de corruption utilisée est fortement corrélée avec la variable liée à l'efficacité du gouvernement de la même base de données du Worldwide Governance Indicators (Kaufmann et Kraay, 2020) et son introduction dans le modèle donne des résultats similaires. Notons que la variable de corruption varie entre -2.5 (forte corruption) à 2.5 (Absence de corruption). Le Graphique 4.29 (en annexe) montre que sur la période de 1998 à 2015, le contrôle de la corruption s'est dégradé dans les deux pays avec une forte ampleur au Togo qu'au Bénin. Cette dégradation s'est révélée être un facteur déterminant de la baisse d'efficacité dans le domaine de la santé. Les résultats de la corruption sur

l'efficience des dépenses de santé sont conformes aux travaux empiriques qui soutiennent l'impact négatif de la corruption sur l'amélioration des indicateurs de santé (Gupta et al., 2001). L'amélioration du contrôle de la corruption à travers le renforcement de la qualité des institutions publiques est donc indispensable pour améliorer l'efficience des dépenses sociales, notamment les dépenses de santé pour accélérer l'atteinte des résultats au Bénin et au Togo.

## 4.6 Conclusion

Ce chapitre analyse les politiques et dépenses publiques dans le domaine de la santé afin d'identifier les facteurs pouvant expliquer les écarts de progrès observés sur le niveau de développement humain entre le Bénin et le Togo sur la période de 1990 à 2015. Un accent particulier est mis sur la prise en compte de certains groupes en situation de vulnérabilité, notamment les femmes, les filles et les enfants. D'autres groupes en situation de vulnérabilité tels que les personnes avec handicaps et les personnes de troisièmes âges ne sont pas couverts pour des raisons liées à la non-disponibilité des données.

Une approche méthodologique mixte, qualitative et quantitative, est utilisée dans cette analyse des facteurs. L'approche qualitative a permis d'analyser les facteurs liés à la mise en œuvre des politiques et programmes dans le domaine de la santé en se focalisant sur les politiques et programmes qui touchent aux femmes, aux filles et aux enfants. Quatre grands groupes de facteurs sont identifiés : (1) la gouvernance du système de santé, (2) les ressources humaines, (3) matérielles et (4) financières.

L'analyse de la gouvernance du système a été abordée sous l'angle de la définition des politiques de santé, notamment celles en direction des groupes en situation de vulnérabilité tels que les femmes, les filles et les enfants. Cette analyse révèle que les gouvernements du Bénin et le Togo ont exprimé une volonté forte dans leurs documents de stratégie nationale de santé pour la mise en œuvre de mesures favorables à la promotion de la santé des enfants, des femmes enceintes, des femmes et des filles. Force est malheureusement de constater que les actions concrètes sont limitées, particulièrement au Togo où on observe beaucoup moins d'intervention que le Bénin. Les programmes qui affectent directement les filles, les femmes et les enfants représentaient en 2015, 14% et 8.4% des dépenses totales de santé respectivement au Bénin et au Togo. Ces proportions restent limitées lorsqu'on sait que ces groupes de population sont les plus vulnérables et majoritaires au sein de la population.

Concernant les ressources humaines et matérielles, les données de l'OMS montrent que le Bénin dispose légèrement de plus de personnel de santé (infirmiers/sage-femmes/médecins) par 10.000 habitants que le Togo, mais moins de lits par 10.000 habitants que ce dernier. La disponibilité des ressources humaines et matérielles reste un

énorme défi dans les deux pays. Quant aux ressources financières, ce chapitre 4 met en lumière la dépendance des budgets dans le domaine de la santé vis-à-vis du financement extérieur notamment au Togo. La faible capacité des gouvernements, en particulier celui togolais à mobiliser des ressources (domestiques et internationales) a conduit à la non-réalisation des dépenses comme prévu dans les plans sectoriels. Aussi, la forte volatilité de l'aide reste un défi à la mise en œuvre des politiques et programmes dans le domaine de la santé. Le Bénin reçoit 2.5 fois plus d'aide à la santé par habitant (aide en provenance des pays du CAD) que le Togo depuis 2002 ce qui augmente la capacité du pays à financer ses politiques et programmes de santé contrairement au Togo dont les dépenses publiques de santé par tête sont initialement inférieures à celles du Bénin.

L'approche quantitative s'est basée sur un modèle DEA pour déterminer le niveau d'efficacité des dépenses de santé dans les deux pays. L'indice de Malmquist est ensuite utilisé pour déterminer la variation dans les scores d'efficacité d'une année à une autre puis une régression par la méthode censurée et tronquée pour estimer les facteurs ayant un impact sur le score d'efficacité. Cette analyse a mis en évidence des progrès très limités dans l'amélioration du score d'efficacité dans les deux pays, notamment entre 2011-2014. Elle a également permis d'identifier l'effet négatif et significatif de l'inflation, l'aide publique au développement et le niveau de corruption sur le score d'efficacité des dépenses de santé au Bénin et au Togo. Ces résultats suggèrent le renforcement des politiques de maîtrise de l'inflation qui dans le cas des deux pays relèvent de l'autorité monétaire régionale étant donné que ces pays appartiennent à une union économique et monétaire (UEMOA). Sur le niveau de corruption, les résultats appellent à une amélioration de la qualité des institutions pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé. En plus du niveau d'inflation et de la corruption qui affectent également le score d'efficacité dans le secteur de l'éducation (Chapitre 3), l'aide publique au développement s'est révélée être un facteur qui a un effet négatif sur l'efficacité des dépenses de santé. Autrement dit, l'augmentation de l'aide entraîne une baisse d'efficacité. Cela suppose que les mécanismes de mise en œuvre de l'aide doivent être évalués pour mieux apprécier l'efficacité des canaux utilisés par l'aide. Les résultats obtenus dans ce chapitre soutiennent l'idée que l'aide n'augmente pas la responsabilité de l'État dans l'exécution des dépenses publiques dans les deux pays.

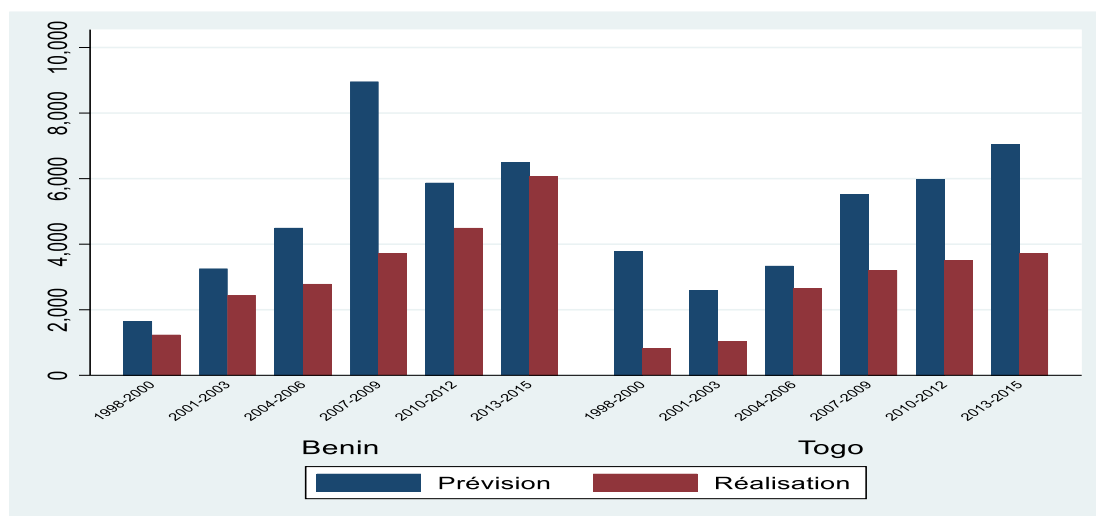
La gestion de l'aide dans un contexte d'inefficacité des dépenses de santé et de dégradation du contrôle de la corruption doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics mais aussi des partenaires techniques et financiers au Bénin et au Togo.

En définitive, il ressort de cette étude que le ciblage des groupes en situation de vulnérabilité, notamment les femmes, les filles et les enfants, dans les politiques et programmes de santé, est un levier pour accélérer les progrès sur les indicateurs de santé et sur le développement humain. Ce ciblage passe par la mise en œuvre de programme spécifique au profit de ces groupes de population et la mise à disposition de plus de ressources, avec une gestion plus efficiente dans un contexte où la qualité des institutions est améliorée. Le Bénin et le Togo se doivent également d'améliorer leur capacité de mobilisation de ressources domestiques et extérieures pour la mise en œuvre des programmes. Les mécanismes internes pour une meilleure gestion de l'aide doivent être renforcés pour attirer plus de ressources extérieures. Les partenaires techniques et financiers doivent également travailler avec les pays pour renforcer ces mécanismes et aider à identifier les mesures nécessaires pour accélérer la mobilisation de ressources domestiques.

## 4.7 Annexes

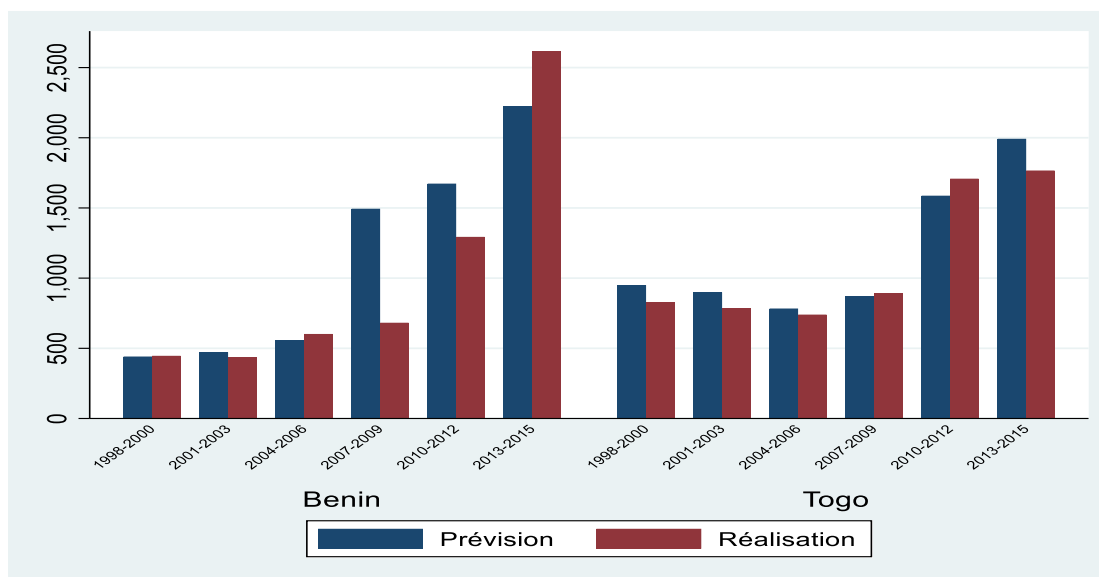
### Annexe 1

Graphique 4. 12: Évolution des dépenses réelles totales de santé par habitant au Bénin et au Togo entre 1998 et 2015



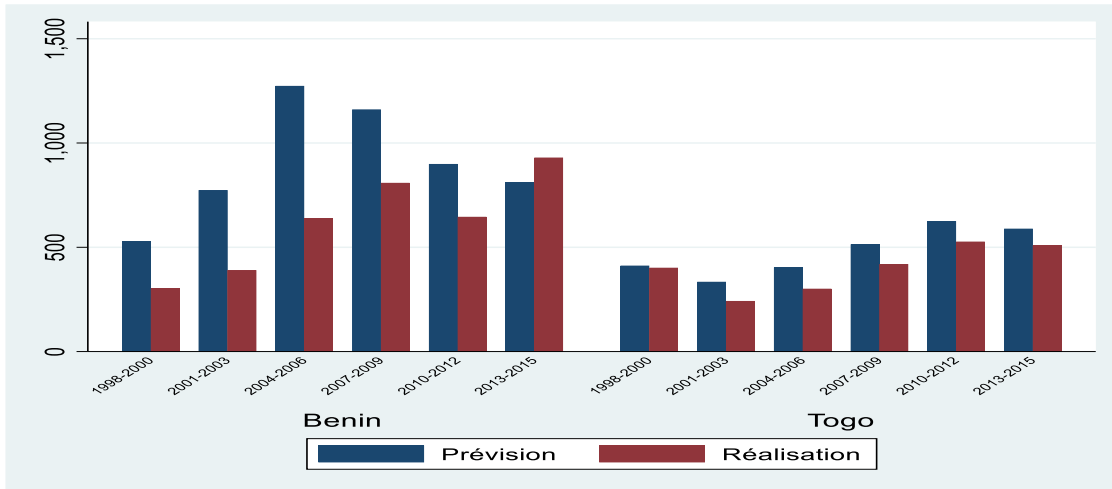
Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 4. 13: Dépenses réelles de personnel de santé par habitant au Bénin et au Togo entre 1998-2015



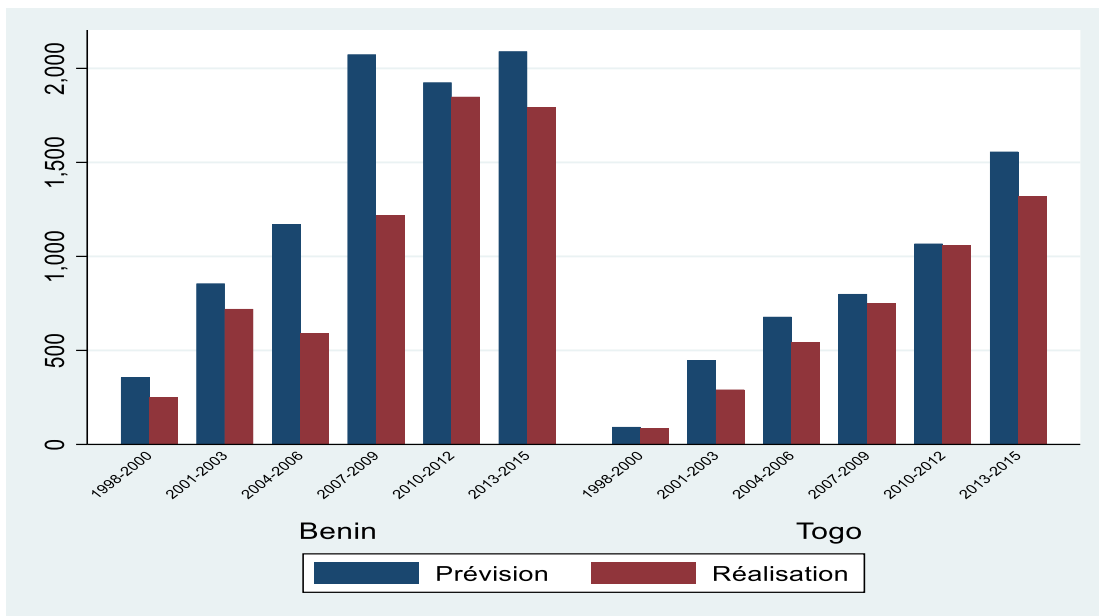
Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 4. 14: Dépenses réelles de fonctionnement de santé par habitant au Bénin et au Togo, 1998-2015



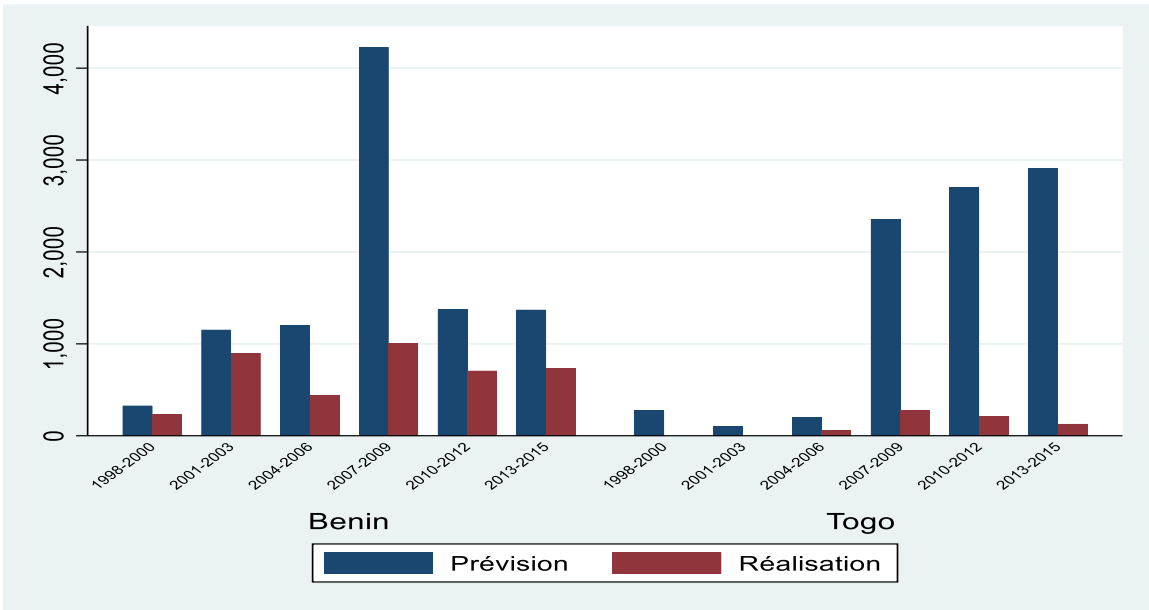
Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 4. 15: Dépenses réelles de transfert de santé par tête au Bénin et Togo de 1998 à 2015



Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 4. 16: Dépenses réelles d'investissement de santé par tête au Bénin et Togo de 1998 à 2015



Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

## **Annexe 2**

### **Analyse de corrélation entre l'évolution des dépenses dans les deux secteurs et les progrès envers les groupes vulnérables**

Dans cette section, une analyse de corrélation est effectuée pour analyser la relation entre l'évolution des dépenses de santé et l'évolution des progrès, notamment envers les filles, les femmes et les enfants. Les programmes qui touchent aux filles, femmes et enfants dans le domaine de la santé identifié dans les deux pays sont des programmes liés à la lutte contre le paludisme, la prise en charge des nourrissons et femmes enceintes, la gratuité de la césarienne, les programmes de vaccination, et les programmes dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les données par programme pour le Bénin sont présentées dans le tableau 4.7.

Au Bénin les taux d'exécution budgétaire pour les programmes de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, les programmes de vaccination sont très volatiles au fil des années et reste en moyenne entre 60-70% sur les cinq dernières années de la période d'étude de 1998 à 2015. Pour ce qui concerne le programme de gratuité de la césarienne en vigueur depuis 2010, les taux d'exécution budgétaires sont plus élevés, soit de 75% pour 2010 et 2014 et de 100% pour les trois autres années de mise en œuvre. Ce qui peut également traduire l'existence d'une demande des services de césarienne et des efforts du gouvernement à satisfaire la demande nationale dans ce domaine. Toutefois, mis en ensemble, les programmes envers les femmes et les enfants dans le domaine de la santé ont enregistré sur les cinq dernières années de la période d'étude des taux de mise en œuvre élevés, soit de 80% en moyenne. Sur la période d'étude, on note également une forte volatilité dans l'exécution des programmes depuis 1998. Cette forte volatilité affecte tant les prévisions budgétaires que les réalisations ce qui peut traduire des problèmes de planification, mais surtout une importance relativement faible accordée aux programmes de santé touchant aux enfants et aux femmes en République du Bénin.

Au Togo, les tendances sont inverses. Le financement des programmes de lutte contre le paludisme, de VIH/SIDA, de vaccination et autres programmes de santé touchant directement les femmes, et les enfants repose sur l'aide extérieure des bailleurs et des institutions multilatérales. Pour ce qui concerne la lutte contre le paludisme au Togo, les

Tableau 4. 7: Dépenses par programme affectant la santé des femmes et les enfants au Bénin, en million de FCFA, constant 2008

Année	Programmes Paludisme			Programmes VIH/SIDA			Appui à la Césarienne			Programmes de Vaccination			Total Programmes touchant les femmes et enfants		
	Prévision	Dépenses	Exécution	Prévisions	Dépenses	Exécution	Prévision	Dépenses	Exécution	Prevision	Depenses	Exécution	Prévisions	Dépenses	Exécution
1998	77	38	50%	54	33	62%			-	115	43	37%	673	442	66%
1999	38	38	100%	61	53	87%			-	38	35	92%	744	610	82%
2000	59	47	81%	63	80	128%			-	78	57	72%	751	705	94%
2001	1,616	1,074	66%	1,626	709	44%			-	81	77	95%	3,630	2,090	58%
2002	1,813	1,549	85%	1,487	1,596	107%			-	84	72	87%	3,649	3,429	94%
2003	581	548	94%	1,051	980	93%			-	899	359	40%	3,097	2,407	78%
2004	767	0	0%	1,156	0	0%			-	887	0	0%	4,451	0	0%
2005	935	588	63%	784	704	90%			-	977	645	66%	4,200	2,971	71%
2006	1,340	532	40%	1,514	719	47%			-	1,015	877	86%	5,571	2,954	53%
2007	2,529	1,371	54%	1,446	1,057	73%			-	1,029	473	46%	6,714	3,604	54%
2008	1,503	240	16%	1,521	533	35%			-	1,332	716	54%	6,252	2,295	37%
2009	2,240	304	14%	2,407	867	36%			-	3,866	1,082	28%	11,490	3,864	34%
2010	424	126	30%	946	340	36%	2,544	1,907	75%	92	21	23%	5,815	3,416	59%
2011	106	86	81%	488	320	65%	2,642	2,642	100%	53	23	43%	4,673	4,216	90%
2012	1,893	888	47%	1,274	721	57%	3,462	3,462	100%	109	78	72%	9,036	7,091	78%
2013	2,252	1,689	75%	2,696	1,717	64%	3,197	3,197	100%	110	75	68%	10,963	9,041	82%
2014	1,975	1,116	56%	2,568	715	28%	2,962	2,222	75%	110	64	58%	11,483	6,754	59%
2015	1,257	1,092	87%	2,361	2,462	104%	2,992	2,992	100%	55	44	80%	12,014	10,919	91%

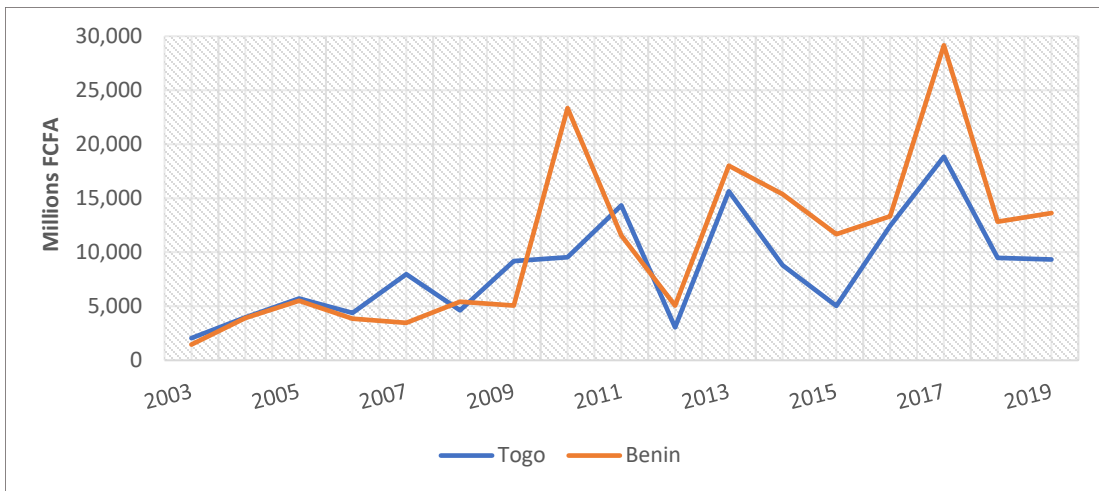
Source : Données issues des comptes administratifs du gouvernement du Bénin provenant du SIGFIP, 1998-2015

Tableau 4. 8: Dépenses par programme affectant la santé des femmes et des enfants au Togo, en million de FCFA, constant 2008

Année	Programme Paludisme			Programmes VIH/ SIDA			Appui à la Césarienne			Programmes Vaccination			Programmes touchant les femmes et les enfants		
	Prévisions	Dépenses	Exécution	Prévisions	Dépenses	Exécution	Prévisions	Dépenses	Exécution	Prévisions	Dépenses	Exécution	Prévisions	Dépenses	Exécution
2009	2,583	20	1%	11,957	301	3%	-	-	0%	207	207	100%	19,959	686	3%
2010	2,399	51	2%	9,733	263	3%	210	210	100%	322	321	100%	14,514	919	6%
2011	981	0	0%	4,806	965	20%	545	536	98%	654	654	100%	7,552	2,177	29%
2012	1,678	0	0%	4,692	1,337	28%	3,579	1,118	31%	3,523	718	20%	14,501	3,196	22%
2013	6,260	0	0%	7,300	1,380	19%	1,138	1,138	100%	3,039	510	17%	20,604	3,050	15%
2014	11,434	118	1%	13,258	697	5%	1,026	951	93%	3,036	631	21%	19,966	2,302	12%
2015	5,172	140	3%	7,977	758	9%	1,045	1,044	100%	2,115	774	37%	18,850	2,715	14%

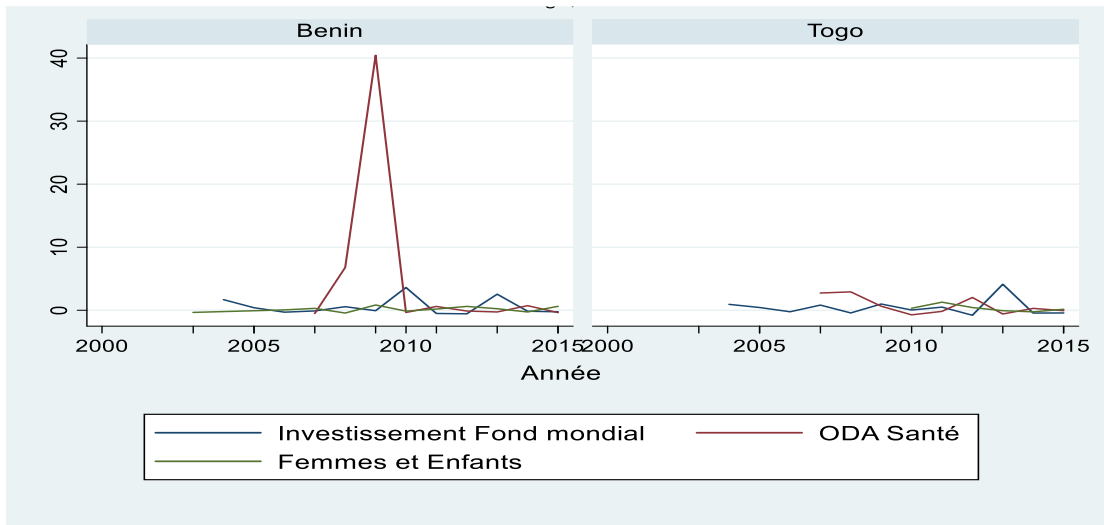
Source : Données issues du SIGFIP au Togo, 2009-2015

Graphique 4. 17: Investissement du Fonds mondial au Bénin et au Togo, 2003-2019, Million FCFA



Source: Données du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, 2020

Graphique 4. 18: Variation aide publique à la santé (ODA santé), investissement Fonds mondial et dépenses publiques envers les groupes cibles



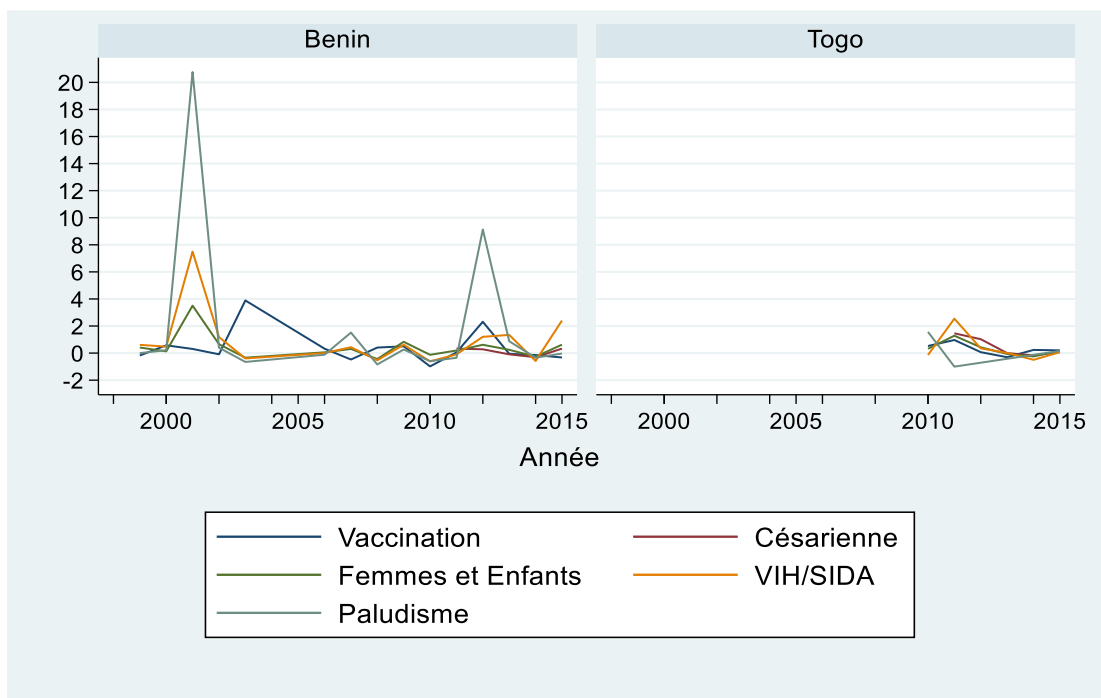
Source: OCDE 2020, Fond Mondial 2020, Données SIGFIP 2003-2015 Bénin et Togo

données issues du SIGFIP pour la période de 2009 à 2015 indiquent un taux de réalisation le plus élevé autour de 3% des dépenses prévues au titre des budgets annuels. Pour le VIH/SIDA, le taux d'exécution budgétaire le plus élevé est observé en 2012 de 23%, le plus faible étant de 3%. Depuis 2012, on note une chute de l'exécution de 23% à 5% en

2015 avec une forte volatilité au fil des années. Dans le cadre des programmes d'appui à la césarienne, le niveau d'exécution depuis 2010 est resté élevé comme observé au Bénin.

Pour ce qui concerne l'ensemble des programmes touchant les enfants, les femmes et les filles, les taux d'exécution restent très faibles. L'écart significatif entre les dotations et ordonnances (exécutions) reflète la prise en compte des accords de financement des bailleurs bi- et multilatéraux dans les budgets nationaux.

Graphique 4. 19: Taux annuel de variation des dépenses de santé touchant les femmes et les enfants



Source: Données SIGFIP Bénin et Togo

Les données du Fonds mondial présentées par le Graphique 4.17 confirment la volatilité des dépenses d'aide reçues des bailleurs bi et multilatéraux dans les deux pays.

Au Togo et au Bénin, le Fonds Mondial reste le principal partenaire de financement des programmes de lutte contre le paludisme, de VIH Sida et de la Tuberculose qui touchent directement la santé des femmes et des enfants. Les données d'investissement indiquent que le Bénin a reçu relativement plus de financement du FM que le Togo sur les deux dernières décennies.

Le Graphique 4.18 présente la variation annuelle des dépenses publiques envers les groupes cibles et les dépenses d'aide publique au développement reçue des pays du CAD et les investissements du FM dans les deux pays. Les données montrent une forte variabilité annuelle des trois catégories de dépenses considérées sur la période de 2002 à 2015.

Le Graphique 4.20 montre une très forte variation annuelle des dépenses dans le cas du Bénin, et relativement moindre pour le Togo. La plus grande variation est observée en 2001 où le programme national de lutte contre le SIDA a vu ses dotations passer de 80 millions de FCFA à 2 milliards de FCFA, ainsi que le programme national de lutte contre le Paludisme dont les dotations budgétaires sont passées de 75 millions en 2000 à près de 2 milliards FCFA en 2001. Ces allocations budgétaires ainsi que des dépenses exécutées ont chuté sur la décennie 2000 pour atteindre 750 millions FCFA en 2012 avant un nouveau pic en 2013.

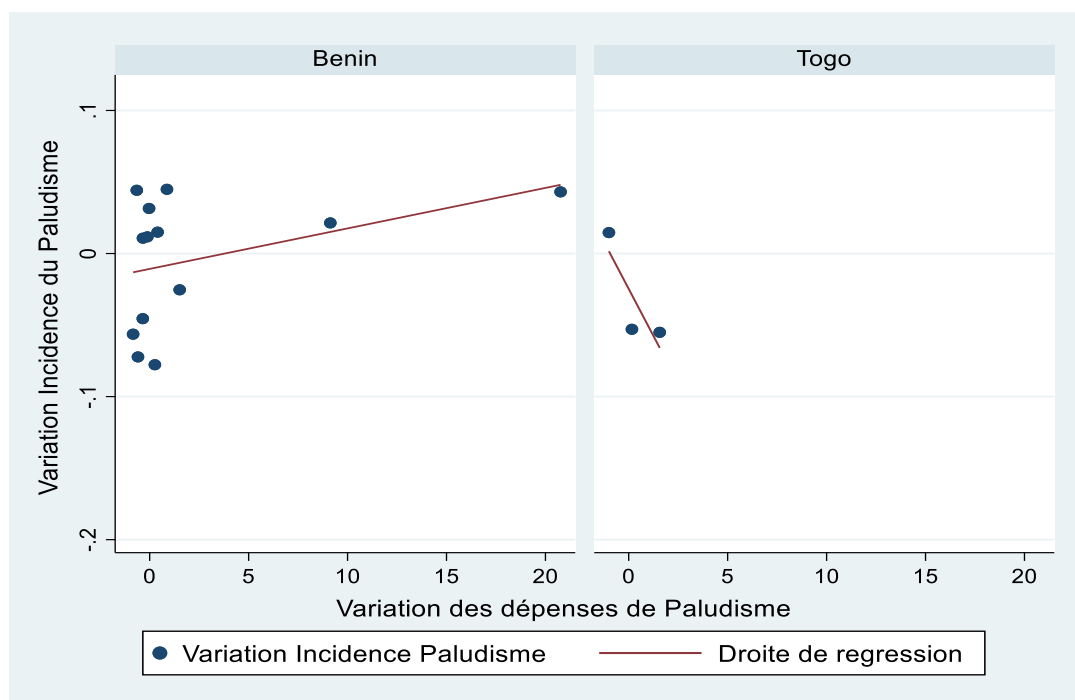
Dans le cas du Togo, les programmes de lutte contre le paludisme ont connu une forte attractivité en termes de dotations budgétaires, avec un passage de 2.5 milliards FCFA en 2009 à 10 milliards FCFA en 2014 puis une chute à 4 milliards en 2015. Cependant, les taux d'exécution budgétaire restent très infirmes avec la plus grande attention portée sur le financement extérieur.

Face à de telles variations dans l'évolution des dépenses, il urge de se demander s'il existe une corrélation entre les variations annuelles des dépenses et les variations annuelles des indicateurs de développement que l'on se veut d'impacter.

Dans cette logique, cette analyse a privilégié certains indicateurs selon qu'ils sont supposés mesurer l'efficacité des politiques de santé, notamment des mesures touchant les groupes cibles considérés. Ainsi les indicateurs suivants ont été retenus : l'incidence du paludisme dans la population, l'incidence du VIH sida, la mortalité maternelle, infantile et des moins de 5 ans.

➤ **Variation de l'incidence du paludisme en fonction de la variation des dépenses des programmes de lutte contre le Paludisme**

Graphique 4. 20: Corrélation entre la variation de l'incidence du paludisme et la variation des dépenses de paludisme



Source: Données OMS 2020, SIGFIP Bénin et Togo

Le Graphique 4.20 montre qu'il existe une relation positive entre la variation de l'incidence du paludisme et la variation des dépenses des programmes de lutte contre le paludisme au Bénin et la relation inverse au Togo. La relation positive pour le cas du Bénin est contre-intuitive dans la mesure où elle traduit l'idée qu'une variation positive des dépenses donc une augmentation des dépenses envers les groupes cibles s'accompagne

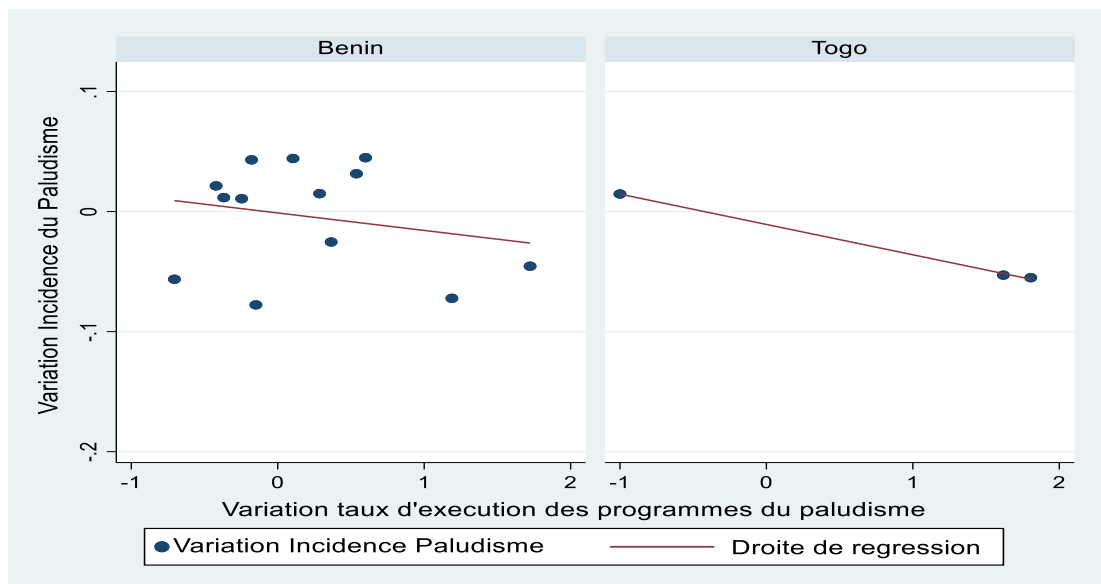
d'une augmentation de l'incidence du paludisme. L'inverse devrait être observé dans le temps traduisant le fait que les mesures prises dans la lutte contre le paludisme à travers la mise en œuvre des programmes atteignent les résultats escomptés, ce qui n'est pas le cas au Bénin. Bien que le coefficient de corrélation entre les deux variables soit faible (0.38) et non significatif, cette tendance positive contraste avec les données de l'OMS sur les progrès observés au Bénin dans la lutte contre le paludisme. En croisant ces informations,

il apparait que les progrès dans la lutte contre le paludisme ne suivent pas l'évolution des dépenses au Bénin. Étant donné que l'analyse d'efficacité des dépenses agrégées indique une perte d'efficacité dans l'allocation des ressources, le gouvernement du Bénin se doit de payer une attention particulière à la mise en œuvre de ses programmes.

À l'inverse du Bénin, on observe pour le Togo, une relation de décroissance qui traduit le fait qu'une variation annuelle positive des dépenses des programmes de lutte contre le paludisme s'accompagne d'une variation négative de l'incidence du paludisme dans le pays. Bien que le nombre d'observations soit très limité en raison de la non-disponibilité des données sur les exécutions budgétaires, les données disponibles sont en faveur d'une efficacité des programmes de lutte contre le paludisme au Togo. Toutefois, le coefficient de corrélation obtenu étant de -0.85 (très élevé) est non significatif, rendant difficile l'interprétation stricte des résultats.

➤ **Variation de l'incidence du Paludisme en fonction des taux d'exécution des programmes de paludisme**

Graphique 4. 21: Corrélation entre la variation de l'incidence du paludisme et la variation du taux annuel d'exécution des budgets des programmes de paludisme



Source: Données OMS 2020, Données SIGFIP Bénin et Togo

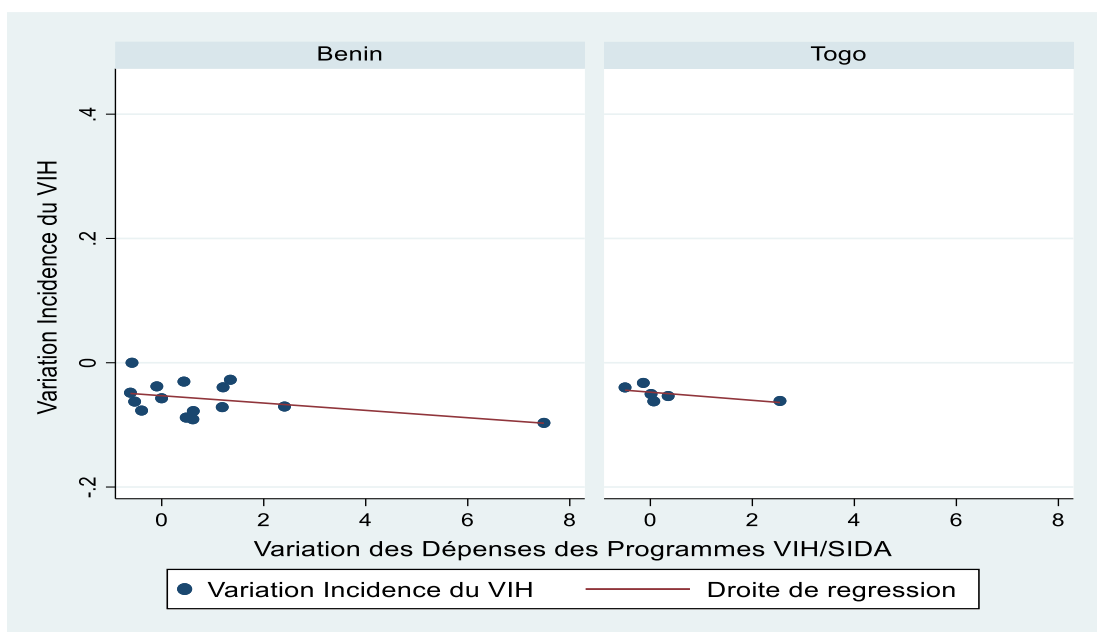
Nous avons ensuite considéré la variation du taux d'exécution des dépenses du paludisme, et nous avons testé s'il existe une relation entre les taux annuels d'exécution des dépenses

initialement prévues dans le cadre de la lutte contre le paludisme et la variation annuelle de l'incidence du paludisme. Vu qu'il existe une forte variabilité dans les taux d'exécution, cette analyse veut comprendre si cette forte variabilité est liée à la variation annuelle de l'incidence du paludisme. Les résultats sont présentés par le Graphique 4.21.

La droite de régression indique une relation négative entre la variation annuelle de l'incidence du paludisme et la variation du taux annuel d'exécution des programmes de paludisme. Ces résultats sont conformes aux résultats attendus dans la mesure où pour les deux pays, on s'attend à ce que l'amélioration de la mise en œuvre des programmes puisse conduire à l'atteinte des résultats escomptés, ici la réduction de l'incidence du paludisme qui mesure les nouveaux cas de paludisme que le programme se veut de limiter. Il ressort donc que les gouvernements dans les deux pays doivent identifier les goulots d'étranglement qui entravent la bonne exécution des programmes de lutte contre le paludisme pour accélérer les progrès. Le test de corrélation donne un coefficient de -0.2 pour le Bénin et -0.99 au Togo, avec le coefficient du Togo significatif au seuil de 10%. L'amélioration du taux d'exécution des programmes du paludisme au Togo est fortement corrélée avec la réduction de l'incidence du paludisme dans le pays. Ce résultat suggère que le gouvernement doit améliorer non seulement la mise en œuvre des ressources, mais aussi et surtout améliorer sa capacité de mobilisation de ressources pour la mise en œuvre des programmes allant dans la lutte contre le paludisme. Une réduction de la dépendance à l'aide publique est ici un élément important à prendre en considération pour assurer un taux d'exécution des programmes au Togo. Les données de l'OMS de 2020 montrent que les progrès dans la lutte contre le paludisme au Togo sont très faibles relativement au Togo, notamment en termes de nombre d'enfants et de femmes dormant sous une moustiquaire imprégnée. En croisant cette information avec les résultats de la corrélation, on peut soutenir l'idée que la mobilisation de ressources internes et externes est un handicap à la lutte contre le paludisme au Togo, ce qui est moins vrai au Bénin, où d'autres facteurs interviennent, notamment sur une meilleure gestion et allocation des ressources.

➤ **Variation Incidence du VIH en fonction de la variation des dépenses des programmes VIH/SIDA**

Graphique 4. 22: Corrélation entre la variation de l'incidence du VIH et la variation des dépenses des programmes de lutte contre le VIH Sida



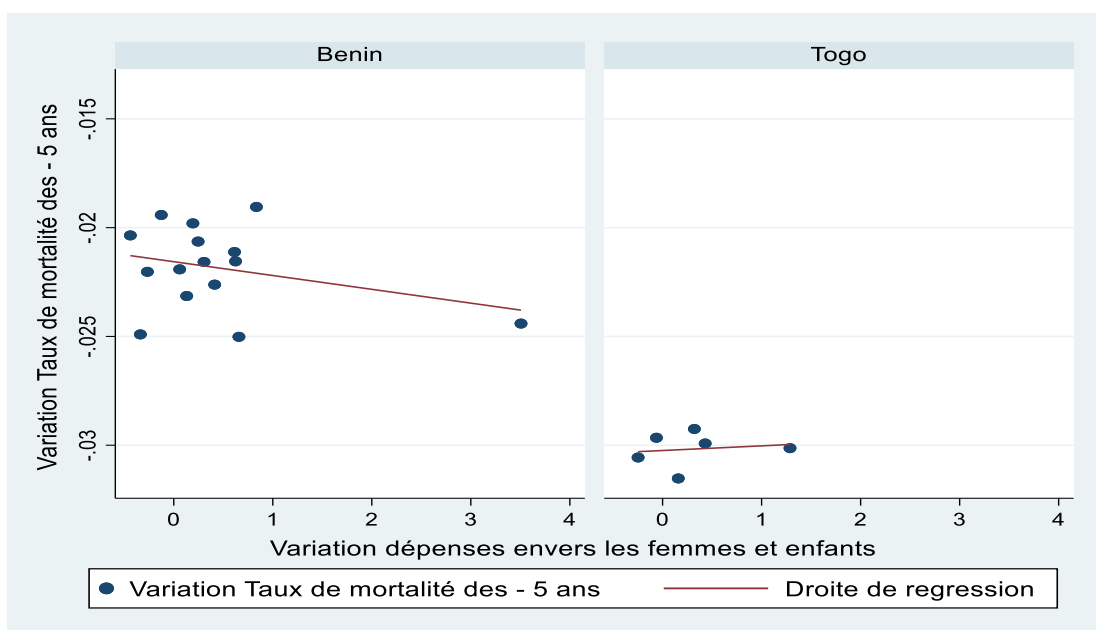
Source: Données OMS 2020, Données SIGFIP Bénin et Togo

Le Graphique 4.22 montre une relation négative entre la variation des dépenses publiques dans la lutte contre le VIH et la variation de l'incidence du VIH dans les deux pays. Cette corrélation négative observée dans les deux pays va dans le sens souhaité et indique que les deux pays considérés démontrent une certaine efficacité dans la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH SIDA. Toutefois, le coefficient de corrélation est de -0,4 pour le Bénin et de -0,6 pour le Togo, et non significatif. Bien que la corrélation semble forte, on ne peut conclure à une relation significative entre la variation des dépenses des programmes du VIH et l'incidence du VIH au sein de la population.

➤ **Variation du taux de mortalité des moins de 5 ans en fonction de la variation des dépenses envers les femmes et les enfants**

Comme indiqué précédemment, cette catégorie de dépenses regroupe les programmes de paludisme, de VIH Sida et tuberculose, de santé de la reproduction, de vaccination, d'appui à la césarienne, de prise en charge des femmes enceintes et des nourrissons qui touchent directement la santé des femmes et des enfants.

Graphique 4. 23: Corrélation entre la variation du taux de mortalité des – 5 ans et la variation des dépenses envers les femmes et les enfants



Source: Données OMS 2020, Données SIGFIP Bénin et Togo

Le Graphique 4.23 indique une relation négative entre la variation des dépenses touchant aux groupes cibles et la variation du taux de mortalité des moins de 5 ans au Bénin. Le coefficient de corrélation est de -0.3 et non significatif. Ainsi, on ne peut conclure à l'existence d'une relation soutenue entre la variation des dépenses envers les groupes cibles et la mortalité des moins de 5 ans. Toutefois, le signe négatif et la valeur du coefficient est favorable à l'idée qu'une variation positive des dépenses envers les groupes cibles s'accompagne d'une baisse du taux de mortalité des moins de 5 ans.

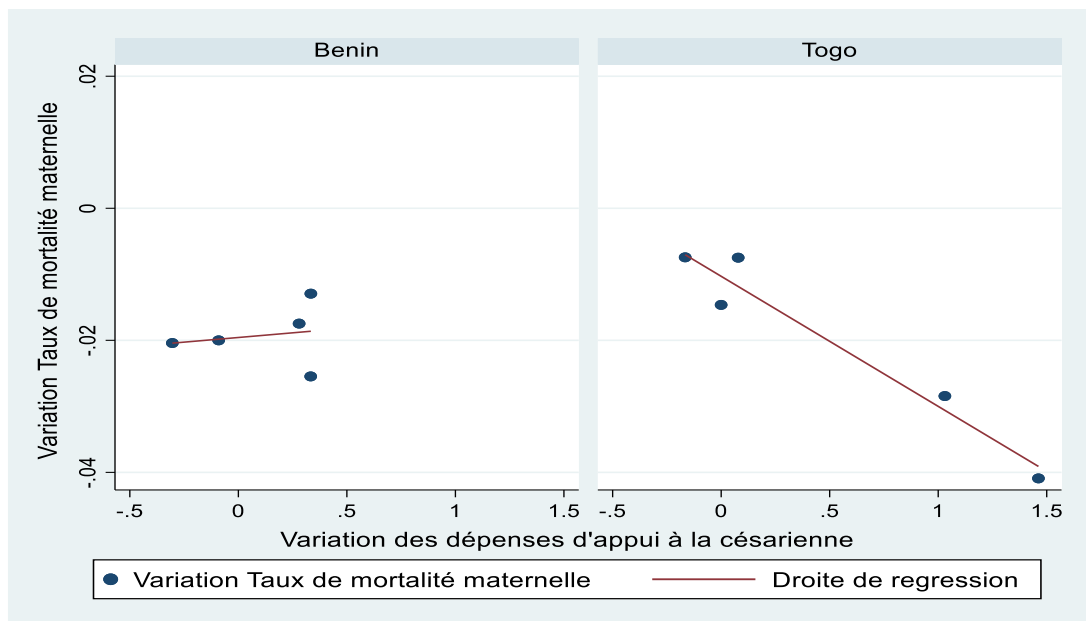
Pour le Togo, la pente de la droite de régression présente une forme ascendante, mais reste très faible. Le coefficient de corrélation est de 0.14 ce qui indique qu'il n'y a pas de relation entre la variation annuelle des dépenses et celle du taux de mortalité des moins de 5 ans. Toutefois, il faut remarquer que la variation annuelle est négative ce qui veut dire qu'il y a eu diminution de la mortalité, mais plus faible d'une année à une autre. Ces programmes considérés s'accompagnent donc bien d'une réduction de la mortalité des moins de 5 ans mais moindre d'une année à une autre.

La comparaison entre les deux pays est intéressante dans la mesure où on note que le Bénin investit plus de 4 fois les ressources investies par le Togo envers les groupes cibles et cela a tendance à être accompagné d'une certaine baisse de la mortalité des moins de 5 ans même si la relation n'est pas significative. En investissement moins, le Togo obtient moins de résultats. Rappelons aussi que l'analyse des programmes a révélé que le Bénin disposait de plus de programmes ciblés que le Togo comme par exemple le programme envers les nourrissons et les femmes enceintes. Ces programmes peuvent avoir fait la différence.

➤ **Variation du taux de mortalité maternelle et variation des dépenses de césarienne**

Le Graphique 4.24 révèle que le programme de gratuité de la césarienne est fortement corrélé avec la réduction de la mortalité maternelle au Togo, mais pas au Bénin. Les coefficients de corrélation sont 0.18 et -0.97 pour le Bénin et le Togo et significatif pour le Togo au seuil de 1%. Le programme de césarienne au Togo semble être un programme qui va dans le sens de la réduction de la mortalité maternelle comme le veut son objectif. Par contre, cela est moins le cas au Bénin. Sachant que l'objectif de ce programme est d'éviter les complications à l'accouchement et de limiter la mortalité maternelle et néonatale, on est en droit de s'interroger sur l'efficacité du programme mis en œuvre au Bénin.

Graphique 4. 24: Corrélation entre la variation du taux de mortalité maternelle et la variation des dépenses d'appui à la césarienne



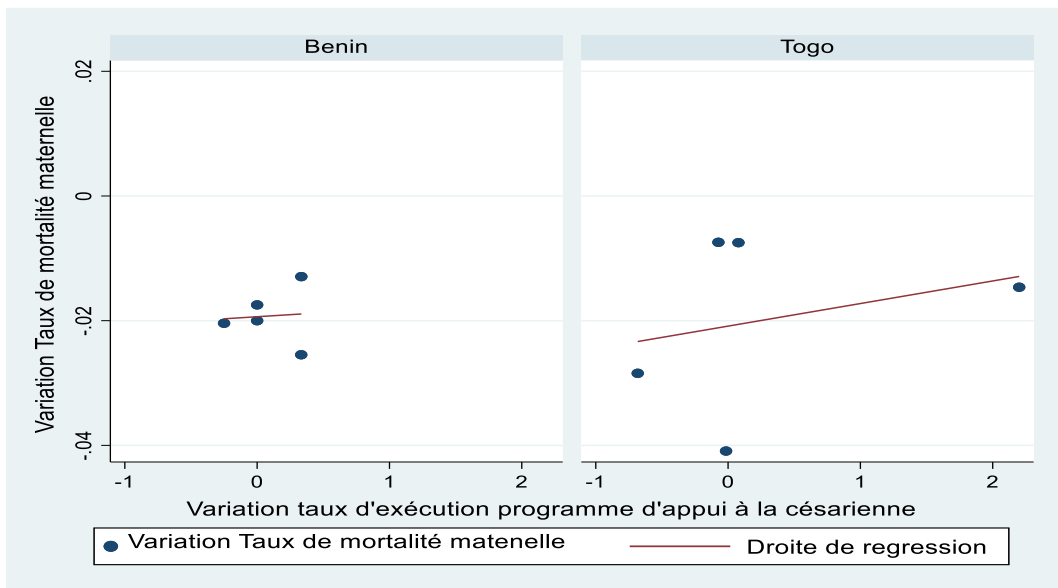
Source: Données OMS 2020, Données SIGFIP Bénin et Togo

Les conclusions des évaluations du programme de la gratuité de la césarienne au Bénin indiquent plusieurs problèmes liés à la mise en œuvre du programme (Ouedraogo et al., 2013). Par exemple, le kit de gratuité ne permet pas de prendre en compte la prise en charge des cas d'éclampsie, d'anémie et de suppuration des plaies opératoires (Ouedraogo et al., 2013). Des enquêtes montrent une insatisfaction des femmes bénéficiaires de ces programmes, qui malgré la gratuité coûte encore aux bénéficiaires entre 25.000 FCFA et 200.000 FCFA (Ouedraogo et al., 2013). Avant l'introduction du programme, la césarienne coûtait en autour de 80.000 FCFA dans les hôpitaux publics (Affo, 2016). L'État s'est engagé dans le cadre du programme à payer 100.000 FCFA aux hôpitaux par césarienne (Ibid). Mais ce montant est estimé plus insuffisant par les hôpitaux qui font payer des frais additionnels aux bénéficiaires. Par contre, au Togo, les bénéficiaires sont informés que l'État prend en charge près de 90% des frais liés à la césarienne, et les elles paient 10.000 FCFA contre un coût initial entre 85.000 FCFA et 110.000 FCFA (OMS, 2012). La gestion du programme au Togo s'est révélée beaucoup plus maîtrisée au Togo qu'au Bénin. L'absence d'un plateau technique adéquat dans les hôpitaux, ainsi que du personnel n'a

pas permis de mettre en œuvre ce programme dans les meilleures conditions surtout avec l'augmentation de la demande issue de la gratuité. Par contre au Togo, le programme d'appui à la césarienne semble être un levier pour la réduction de la mortalité maternelle.

➤ **Variation du taux de mortalité maternelle en fonction de la variation du taux d'exécution programme d'appui césarienne**

Graphique 4. 25: Corrélation entre la variation du taux de mortalité maternelle et la variation du taux d'exécution des dépenses des programmes d'appui à la césarienne

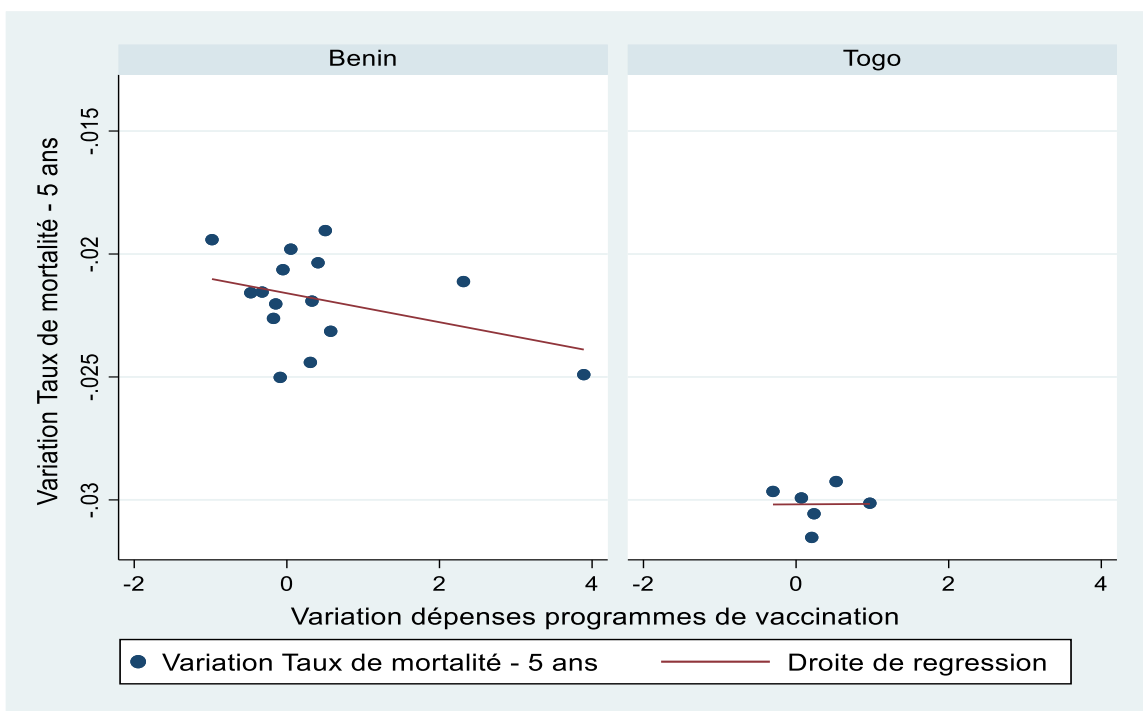


Source: Données OMS 2020. Données SIGFIP Bénin et Togo

Le Graphique 4.25 indique, notamment dans le cas du Togo, que la variabilité des taux d'exécution pourrait s'accompagner positivement de la variabilité du taux de mortalité maternelle. La valeur de la variation reste inférieure à zéro, ce qui suppose une réduction moindre d'une année à une autre. Ces résultats sont intéressants dans la mesure où le programme de césarienne est l'un des rares programmes où le gouvernement a réalisé une très forte performance de mise en œuvre, 100% de mise en œuvre en trois années sur six et deux années où les réalisations sont plus de 90%. Ceci veut que les marges de manœuvre pour de fortes variabilités positives sont quasi inexistantes et donc la relation positive obtenue peut être expliquée par un effet de seuil d'autant que le pays a presque atteint ses pleines capacités d'exécution du programme.

➤ **Variation du taux de mortalité des moins de 5 ans et variation des dépenses de vaccination**

Graphique 4. 26: Corrélation entre la variation du taux de mortalité des – 5 ans et la variation des dépenses des programmes de vaccination



Source: Données OMS 2020, Données SIGFIP Bénin et Togo

Le coefficient de corrélation entre la variation de la mortalité infantile et celle des moins de 5 ans est 0.98 et significatif à 10% pour le Bénin. On comprend alors pourquoi les résultats sont identiques à ceux obtenus dans le cas de la mortalité infantile.

**Corrélation entre la variation des dépenses d'aide au développement et la variation des progrès**

Dans cette section, nous étudions la relation entre les dépenses des partenaires techniques et financiers et les progrès réalisés dans le domaine de la santé.

➤ **Variation des taux de mortalité maternelle et des moins de 5 ans et variation des dépenses du Fonds Mondial**

Nous avons testé la relation entre le financement du FM et l'évolution de la mortalité des moins de cinq, la mortalité maternelle, l'incidence du VIH ainsi que l'incidence du paludisme (Graphiques 4.27.a, 4.27.b, 4.27.c, 4.27.d ci-dessus). Les résultats obtenus dans les deux pays dans le cas de la réduction des mortalités maternelle et des moins de 5 ans ont des coefficients de corrélation très faibles et non significatifs. On ne peut donc conclure s'il existe une relation entre la variation de l'investissement du FM et les progrès obtenus dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

Pour ce qui concerne l'incidence du VIH, on note une absence de relation dans les deux pays entre la variation de l'incidence du VIH et la variation des dépenses du FM. Pour le cas du paludisme, on voit une pente positive pour le Togo et presque une absence de pente pour le Bénin, mais les résultats ne sont pas significatifs.

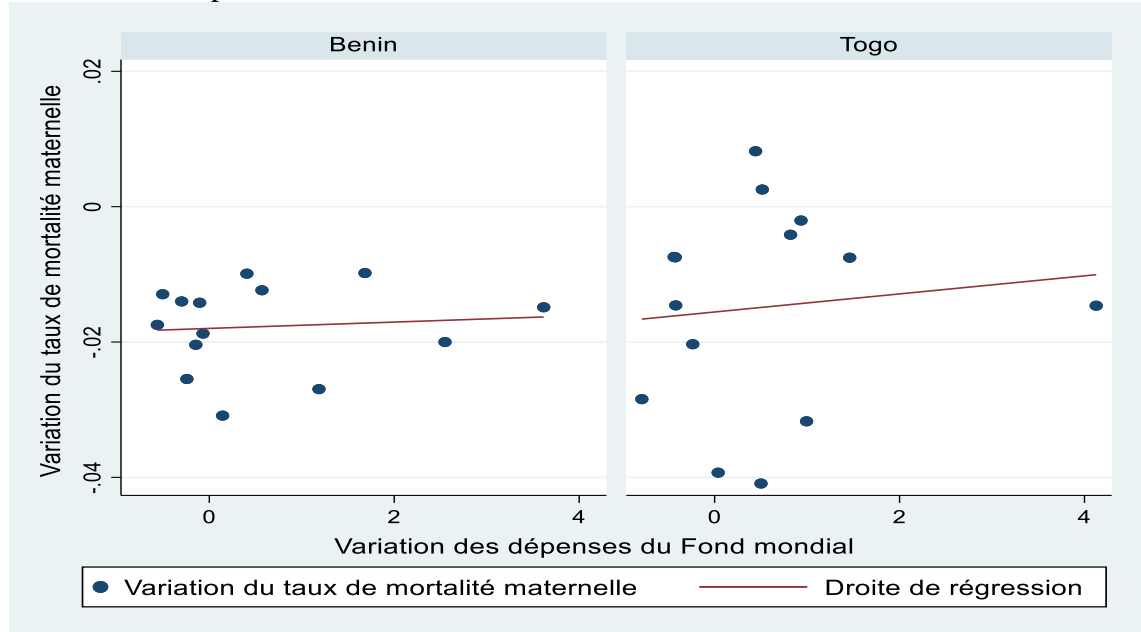
### **L'aide publique à la santé en provenance des pays du CAD**

En utilisant les données sur l'aide à la santé, on observe un coefficient de corrélation supérieur à 0.4 dans le cas du Bénin pour la mortalité des moins de 5 ans et la variation des dépenses d'aide à la santé en provenance des pays du comité d'aide au développement (CAD). Ce coefficient positif combiné avec une variation négative indique que l'évolution de l'aide à la santé est suivie d'une baisse de la mortalité des moins de 5 ans, mais moins de la mortalité maternelle. Cette relation est vraie dans le cas du Bénin, mais pas au Togo. Toutefois, les coefficients étant non significatifs, ils ne permettent pas de tirer de conclusion forte sur le lien entre l'évolution du financement et les résultats obtenus. Les résultats obtenus dans le cas de l'incidence du paludisme et du VIH SIDA restent également non significatifs (Graphiques 4.28.a – 4.28.d).

Nous avons aussi analysé l'évolution de l'aide à la santé en direction du secteur public, mais les résultats ne sont pas significatifs et suggèrent une absence de relation forte entre l'évolution du financement à la santé orienté vers le secteur public et l'évolution de la variation des taux de mortalité maternelle et des moins de 5 ans ainsi que de l'incidence du VIH Sida et du paludisme.

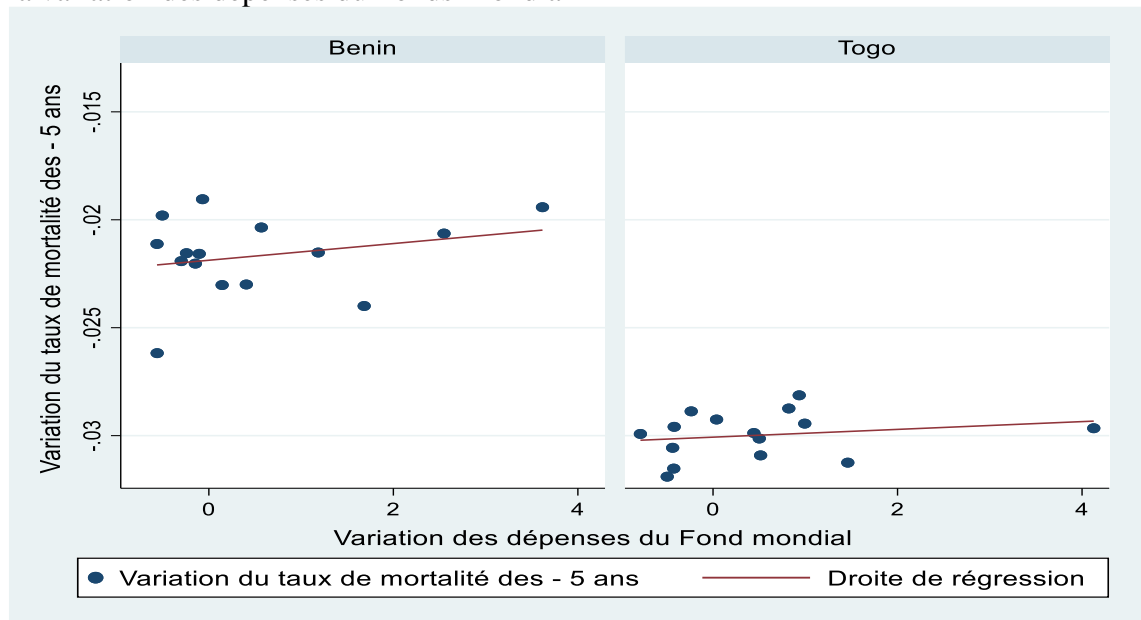
Graphique 4. 27: Corrélation entre la variation des indicateurs en santé et la variation des dépenses du Fonds mondial

Graphique 4. 27. a : Corrélation entre la variation du taux de mortalité maternelle et la variation des dépenses du Fonds Mondial



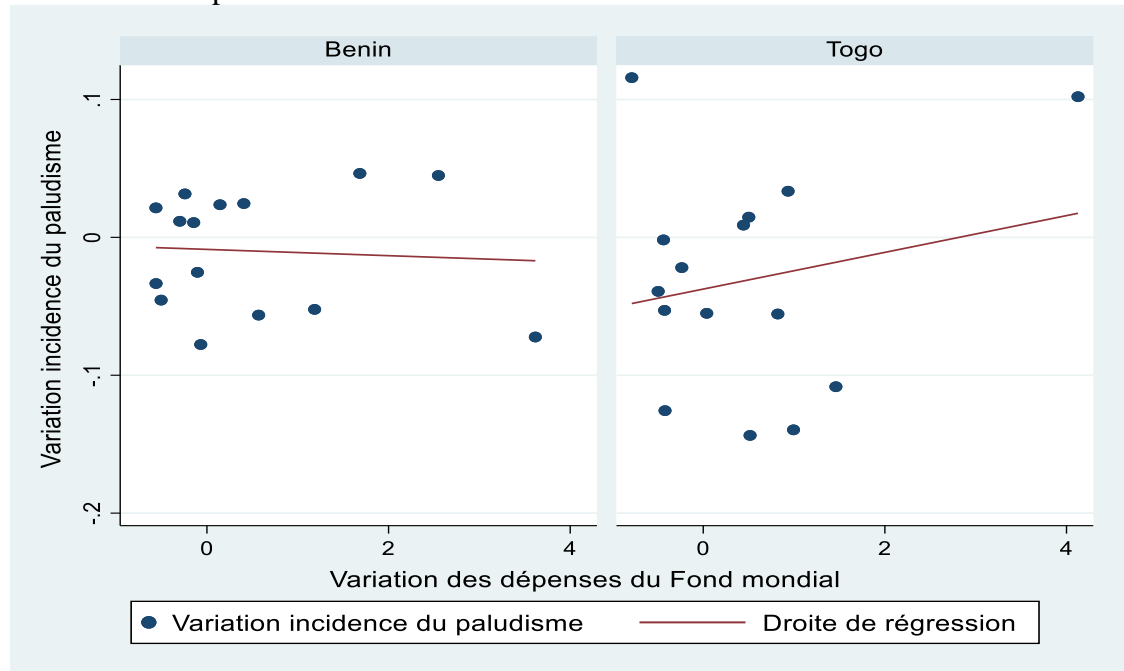
Source: Données OMS 2020, Données SIGFIP Bénin et Togo

Graphique 4. 27. b : Corrélation entre la variation du taux de mortalité des moins de 5 ans et la variation des dépenses du Fonds Mondial



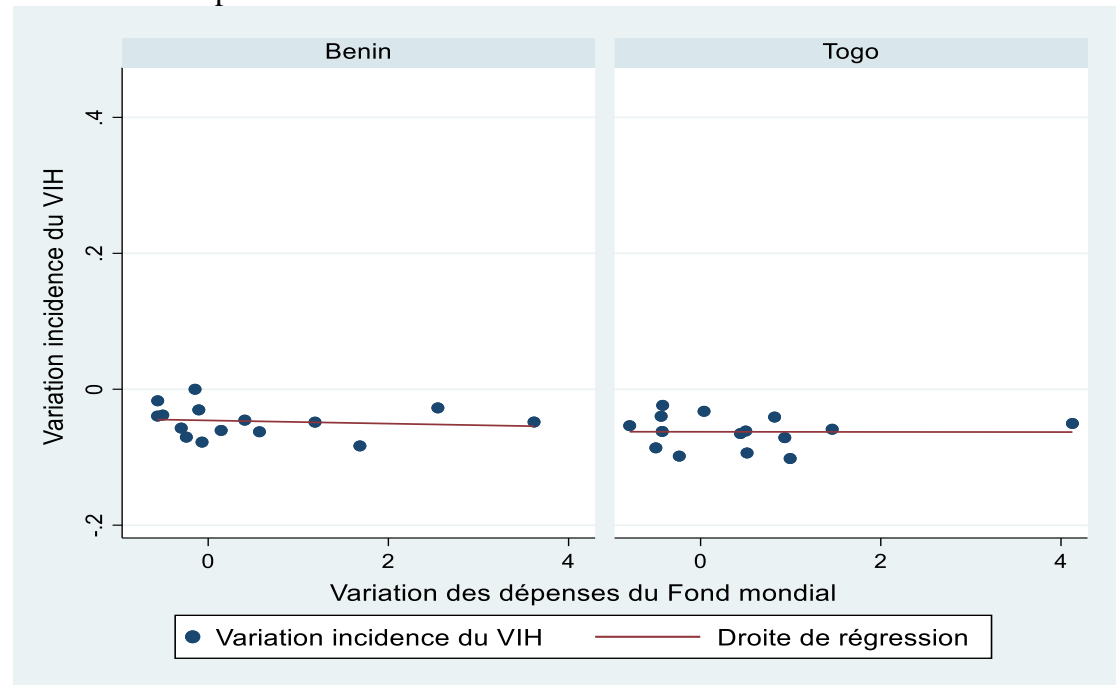
Source: Données OMS 2020, Données Fond mondial 2020

Graphique 4. 27. c : Corrélation entre la variation de l'incidence du paludisme et la variation des dépenses du Fonds Mondial



Source: Données OMS 2020, Fond Mondial 2020

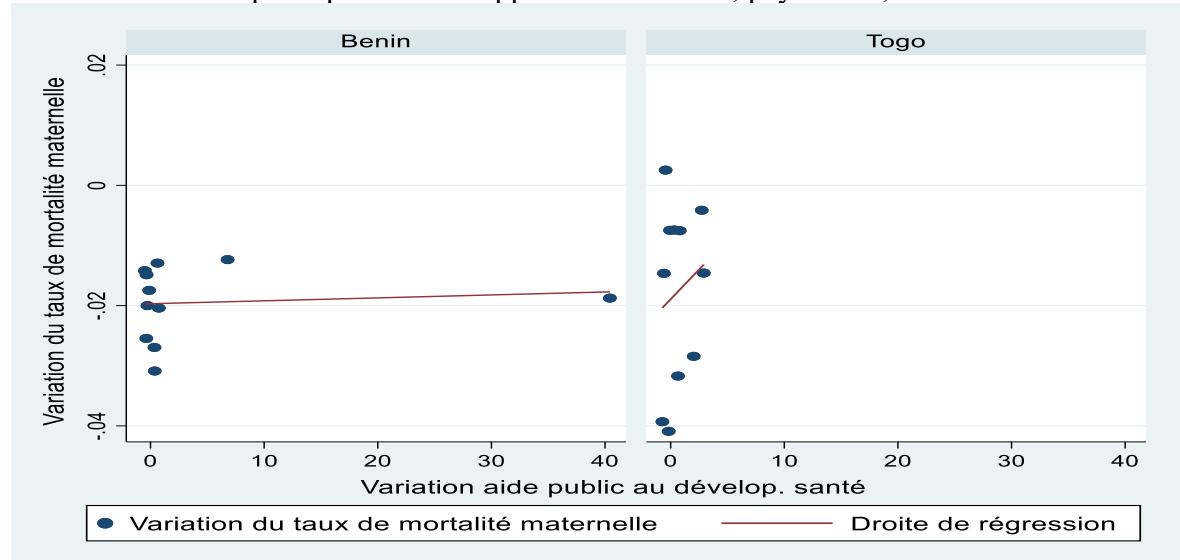
Graphique 4. 27. d: Corrélation entre la variation de l'incidence du VIH Sida et la variation des dépenses du Fonds Mondial



Source: Données OMS 2020, Fond Mondial 2020

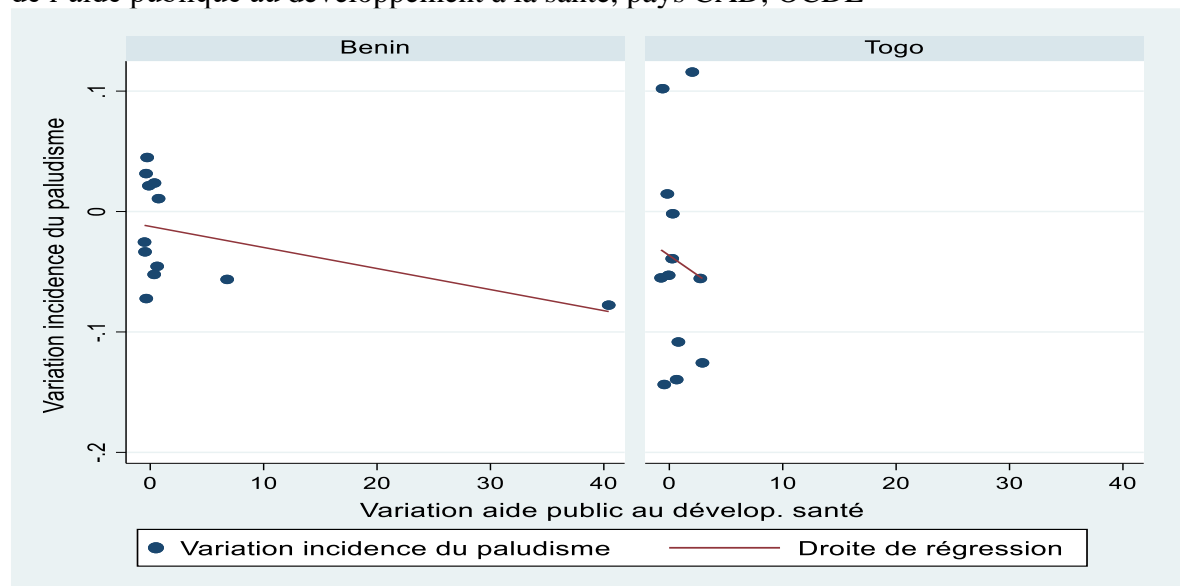
Graphique 4. 28: Corrélation entre la variation des indicateurs de santé et l'aide publique au développement à la santé reçue des pays du CAD, OCDE

Graphique 4. 28.a : Corrélation entre la variation du taux de mortalité maternelle et la variation de l'aide publique au développement à la santé, pays CAD, OCDE



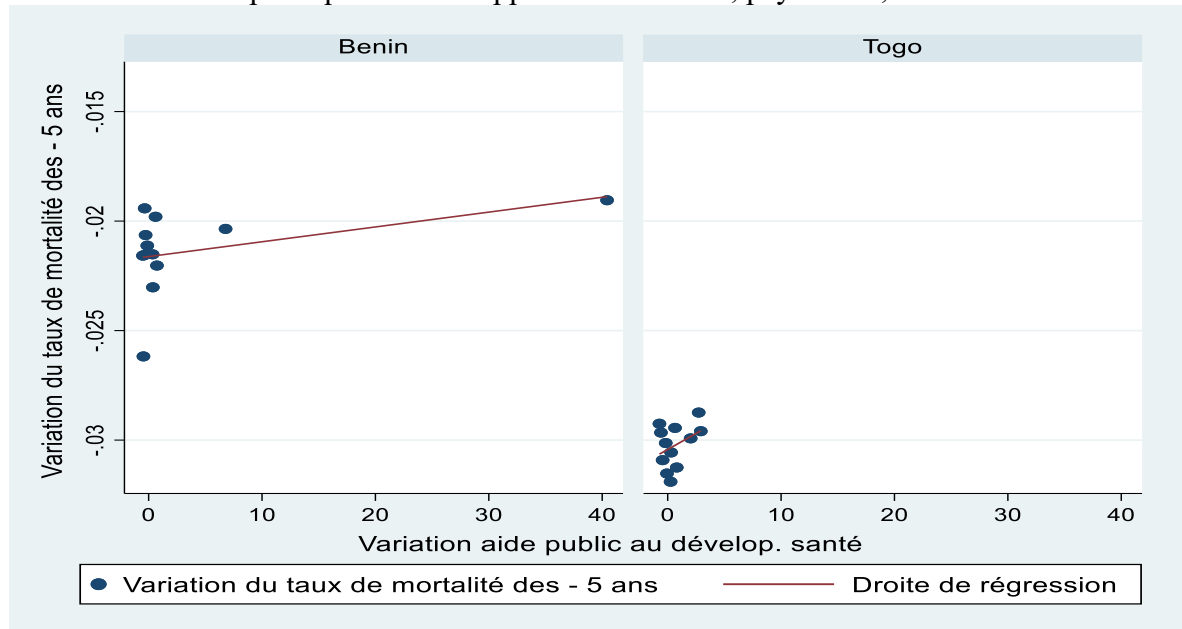
Source: Données OMS 2020, OCDE 2020

Graphique 4.28.b: Corrélation entre la variation de l'incidence du paludisme et la variation de l'aide publique au développement à la santé, pays CAD, OCDE



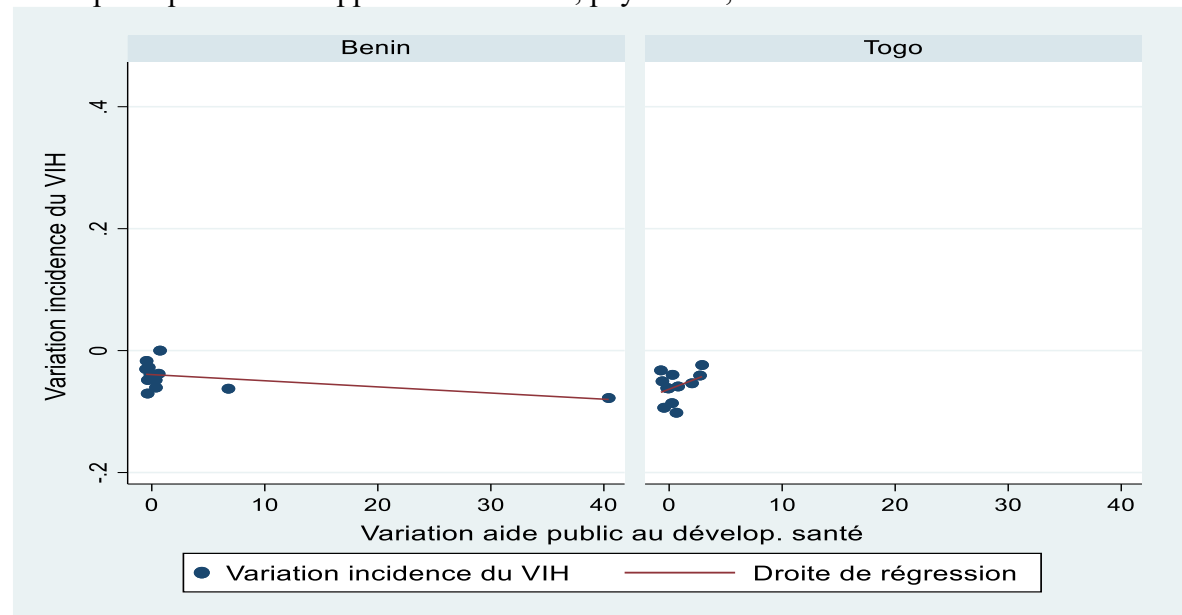
Source: Données OMS 2020, OCDE 2020

Graphique 4.28.c : Corrélation entre la variation du taux de mortalité des – 5 ans et la variation de l'aide publique au développement à la santé, pays CAD, OCDE



Source: Données OMS 2020, OCDE 2020

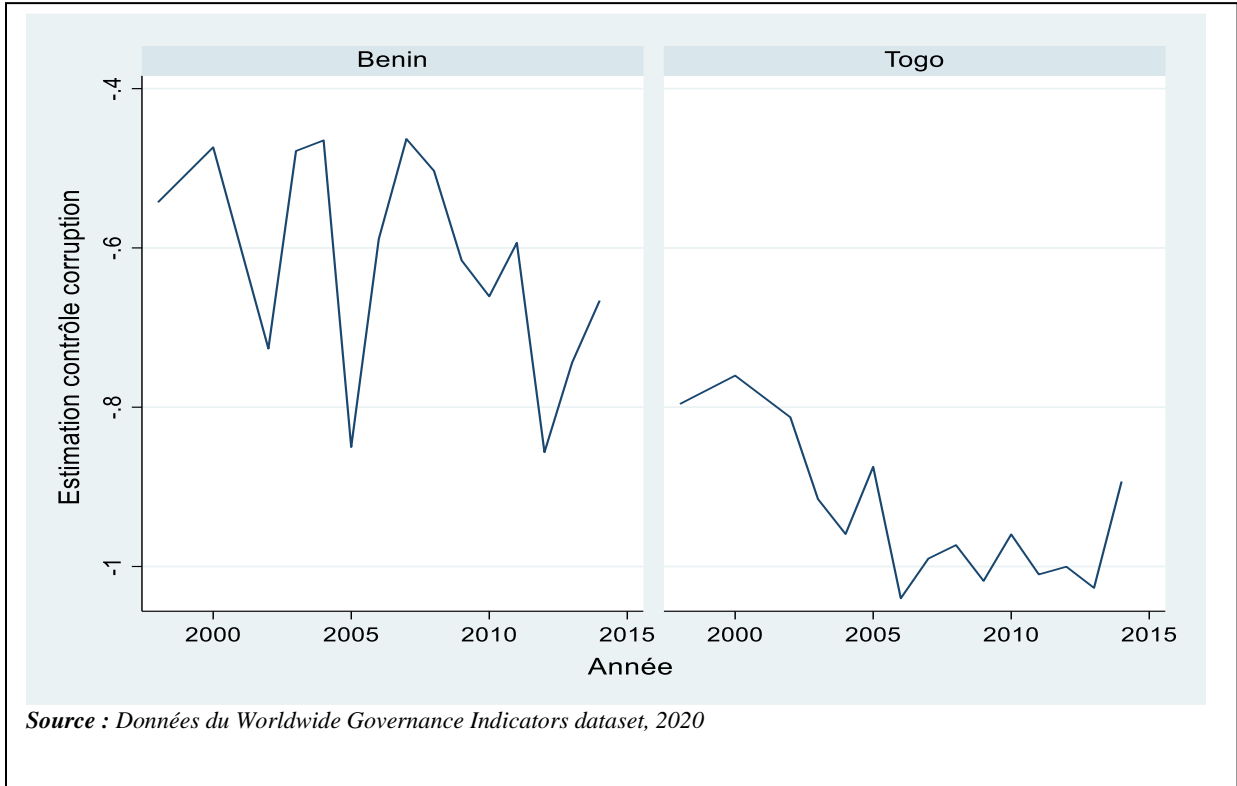
Graphique 4.28.d: Corrélation entre la variation de l'incidence du VIH et la variation de l'aide publique au développement à la santé, pays CAD, OCDE



Source: Données OMS 2020, OCDE 2020

### Annexe 3

Graphique 4. 29: Evolution de l'indicateur de contrôle de la corruption au Bénin et Togo



## **Chapitre 5 : Conclusion Générale**

La présente thèse de doctorat s'est portée sur l'analyse des relations entre dépenses publiques d'éducation et de santé et niveau de développement humain dans les pays de l'UEMOA avec une analyse comparative entre le Bénin et le Togo. La problématique de thèse repose sur une analyse d'efficacité et d'efficience des dépenses d'éducation et de santé dans le contexte des pays de l'UEMOA et l'importance du ciblage des groupes en situation de vulnérabilité dans les politiques d'éducation et de santé. Des groupes tels que les enfants, les filles et les femmes ont été pris en compte étant donné leur situation de vulnérabilité discutée dans le chapitre 1 (Shivayogi, 2013 ; Norman et al., 2012 ; Devries et al., 2017 ; Devries et al. 2014 ; Boden et al., 2007 ; USAID, 2004).

La suite de ce chapitre est organisée en deux parties : la présentation des conclusions des études réalisées dans les chapitres 2, 3 et 4 de la thèse et la discussion des résultats.

### **5.1. Résumé général des conclusions issues des chapitres 2, 3 et 4 de la thèse**

Le chapitre 2 s'est focalisé sur l'analyse de l'efficacité des dépenses d'éducation et de santé dans l'amélioration du développement humain dans les pays de l'UEMOA, à l'exception de la Guinée Bissau pour insuffisance de données disponibles. Cette analyse a abouti à des conclusions sur l'absence d'effet significatif des dépenses de santé et d'éducation par tête sur l'indice du développement humain, le taux brut de scolarisation primaire ainsi que le taux de mortalité des moins de 5 ans. Par contre, les dépenses de santé par tête ont un effet positif et significatif sur le PIB par tête dans l'UEMOA. L'absence d'effet significatif observé dans les relations entre dépenses d'éducation et de santé par habitant et l>IDH, le taux brut de scolarisation primaire et le taux de mortalité des moins de 5 ans suggère une absence de tendance au sein des pays de l'UEMOA dans l'amélioration de ces indicateurs de développement à partir des dépenses publiques d'éducation et de santé rapportées à la taille de la population. L'étude soulève ainsi la question de l'hétérogénéité des pays de l'UEMOA dans l'amélioration du développement humain et dans l'efficacité des dépenses de santé et d'éducation. Face à de tels constats, il urge de conduire des études spécifiques sur chaque pays afin de mieux apprécier et comprendre les relations entre les dépenses d'éducation et de santé et les indicateurs de développement humain considérés. Toutefois, les résultats indiquent un effet positif et significatif des dépenses de santé par tête sur le PIB par habitant. Ce résultat suggère que l'investissement publique dans le domaine de la santé

au sein des pays de l'UEMOA stimule la croissance économique dans l'union. Le financement public de la santé est ainsi une source de croissance économique au sein de l'UEMOA. Ce constat appelle cependant à un examen approfondi de la composition des dépenses de santé dans les pays de l'UEMOA afin de s'assurer qu'elles ne servent pas uniquement à des objectifs économiques, mais qu'elles servent avant tout à l'amélioration des indicateurs en santé, notamment la réduction de la mortalité des moins de 5 ans.

Par ailleurs, l'étude conduite dans le chapitre 2 a permis de mettre en évidence les liens étroits qui existent entre l'amélioration de l'état de santé et le niveau d'éducation dans l'espace UEMOA. L'un des résultats de cette analyse porte sur l'effet négatif et significatif à long terme du taux brut de scolarisation primaire sur le taux de mortalité des moins de 5 ans dans les pays étudiés. Ce résultat suggère que les pays qui ont un taux brut de scolarisation élevé ont un faible taux de mortalité des moins de 5 ans dans l'UEMOA. L'amélioration du taux brut de scolarisation primaire dans l'UEMOA contribue donc à la réduction de la mortalité des moins de 5 ans. Ce résultat est conforme à des travaux dans la littérature qui ont adopté une approche microéconomique en analysant par exemple le niveau d'éducation des mères sur la réduction de la mortalité des moins de 5 ans. L'étude de Van Malderen et al. (2019) sur 32 pays d'Afrique Subsaharienne montre que le fait que les mères ont au moins un niveau d'éducation primaire a un effet négatif sur la mortalité des moins de 5 ans dans plusieurs pays de la région. Le résultat sur la relation entre niveau d'éducation et mortalité des moins de 5 ans trouvé dans cette thèse de doctorat s'inscrit à une échelle macroéconomique et appelle les décideurs politiques à une amélioration de la définition et la mise en œuvre des politiques d'éducation dans la région pour une meilleure efficacité dans l'amélioration de la scolarisation dont les effets à long terme dans d'autres secteurs comme la santé sont prouvés.

L'un des résultats de l'étude réalisée au chapitre 2 est également lié à l'effet positif et significatif à long terme des dépenses de santé pris en pourcentage du revenu de taxation sur l'indice du développement humain. La prise en compte des dépenses en pourcentage du revenu de la taxation vise à prendre en compte l'effet du poids des dépenses de santé dans les revenus du gouvernement issus de la taxation sur l'amélioration de l'indice du développement humain. Ce résultat suggère que le fait d'augmenter la part des dépenses de santé dans les revenus de taxation à un effet positif à long terme sur l'indice de développement humain. Ce résultat appelle les décideurs politiques à

accroître leur effort de financement de la santé sur ressources propres étant donné que cette source de financement constitue un levier pour l'amélioration de l'IDH. Le résultat trouvé reste cependant significatif à 10% avec un coefficient faible (0.077) limitant ainsi la portée de cette conclusion.

Tenant compte de l'hétérogénéité des pays de la région dans l'amélioration du développement humain, le chapitre 3 a étudié les politiques d'éducation au Bénin et au Togo. Le choix porté sur le Bénin et le Togo est motivé par le fait que le Togo qui avait l'IDH le plus élevé en 1990 a été dépassé par le Bénin sur la période de 1990 à 2015, avec le Bénin devenu le pays à IDH le plus élevé au sein de l'UEMOA. Le chapitre 3 focalisé sur le secteur de l'éducation a donc étudié les facteurs à l'origine des différences de progrès entre les deux pays tout en mettant un accent particulier sur la prise en compte dans les politiques d'éducation de certains groupes en situation de vulnérabilité dont notamment les filles. Cette analyse a révélé l'importance des politiques et programmes spéciaux orientés vers les filles dans le secteur de l'éducation. La mise en œuvre de divers politiques et programmes spécifiques envers l'éducation des filles au Bénin contrairement au Togo sur la période d'étude s'est révélée un important facteur dans l'accélération des progrès au Bénin. L'une des politiques mise en œuvre au Bénin concerne la gratuité de l'éducation des filles dans les deux premières années du premier cycle de l'éducation secondaire où les inégalités de genre commencent à s'aggraver. Pendant ce temps, le Togo appliquait depuis la fin des années 1990, une politique de réduction de 30% des frais scolaires pour les filles dans l'enseignement secondaire. Les données ont montré que le taux d'achèvement du secondaire des filles de 15 à 24 ans au Bénin a dépassé celui du Togo après les années 2005-2006 et en 2010 était à près de 10 points supérieur à celui du Togo (22.5% contre 13.9% selon les données de Barro et Lee, 2020, Graphique 3.5). Ces données montrent que le ciblage de groupes spécifiques peut être un levier pour l'accélération des progrès dans ces pays.

Les résultats de cette étude ont également permis de mettre en évidence l'importance des programmes à caractère communautaire dans les milieux les plus éloignés où les infrastructures publiques sont quasi inexistantes. L'appui des structures non étatiques et les interventions des partenaires techniques et financiers dans ces zones ont été des sources de progrès. Une analyse de corrélation a montré que l'orientation de l'aide au développement en direction des acteurs non étatiques est positivement corrélée avec l'amélioration des taux d'achèvement dans le primaire, notamment le taux d'achèvement des filles. Cette allocation de l'aide varie selon les pays, avec

une aide à l'éducation plus centralisée au Togo qu'au Bénin. Les crises politiques successives au Togo ont également affecté le secteur de l'éducation à travers la réduction des financements externes, la réduction du nombre d'enseignants formés dans les écoles normales d'instituteurs et le niveau d'investissement dans le secteur alors que les besoins n'ont cessé de s'accroître.

Le chapitre 3 a également réalisé une analyse d'efficacité des dépenses publiques dans le secteur de l'éducation en se basant sur une estimation du score d'efficacité par le modèle DEA (data envelopment analysis), la variation du score dans le temps à travers l'indice de Malmquist puis une estimation des facteurs externes au système d'éducation et qui ont un impact sur celui-ci par une régression tronquée. Les résultats des estimations montrent que les périodes où de fortes variations négatives sont observées dans les deux pays sont les périodes où les pays passent d'une année non électorale à une année électorale. Ce résultat conforte l'hypothèse que l'instabilité institutionnelle qui caractérise les années électorales notamment au Togo est un facteur qui affecte négativement l'efficacité dans le secteur de l'éducation. La détérioration observée au niveau du contrôle de la corruption dans les deux pays, plus au Togo qu'au Bénin selon les données du Worldwide Governance Indicators (Kaufmann et Kraay, 2020) s'est révélé être un facteur qui contribue à diminuer l'efficacité des dépenses. Le niveau d'inflation est aussi un autre facteur important qui affecte négativement l'efficacité dans le secteur de l'éducation.

Le chapitre 4 focalisé sur le domaine de la santé a étudié les facteurs liés à la santé qui peuvent permettre d'expliquer les écarts de développement entre le Bénin et le Togo sur la période d'étude. Cette analyse a également permis de mettre en évidence l'importance des politiques et programmes spéciaux envers des groupes spécifiques (enfants, filles, femmes) dans l'amélioration du niveau de développement humain. Des ressources plus importantes ont été allouées aux programmes de lutte contre le paludisme au Bénin contrairement au Togo avec pour résultats que, par exemple, la proportion d'enfants ainsi que de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnés au Bénin est très supérieure à celui du Togo. Une analyse de corrélation a permis de montrer que les dépenses envers ces groupes sont corrélées avec une baisse de la mortalité des moins de 5 ans au Bénin alors qu'une telle corrélation n'est pas très présente au Togo. À l'inverse, le Togo s'est montré plus efficace dans la lutte contre la mortalité maternelle que le Bénin. Les résultats du Togo semblent suggérer une relative efficacité de son programme de gratuité de la césarienne comparativement au Bénin, mais une analyse plus approfondie sur la mise en œuvre de ce

programme dans les deux pays est nécessaire afin de tirer des conclusions quant à l'efficacité de ce programme dans la réduction de la mortalité maternelle. En général, les résultats ont montré que la disponibilité et la gestion des ressources (humaines, matérielles et financières) sont des facteurs importants. Du fait de la limitation des données disponibles, l'analyse de corrélation n'a pas pu être suivie d'une analyse de causalité pour confirmer ou infirmer une éventuelle relation de causalité entre les dépenses des programmes spécifiques envers les femmes, les filles et les enfants et les résultats sanitaires observés, ce qui constitue une limite de l'analyse.

Par ailleurs, les données financières ont montré une forte dépendance du Togo comparativement au Bénin vis-à-vis de l'aide extérieure dans le domaine de la santé, en même temps qu'il reçoit moins d'aide par habitant que le Bénin dans ce domaine. Une analyse d'efficience a permis de révéler que dans le domaine de la santé, les deux pays restent éloignés de leur frontière d'efficience dans la mise en œuvre de leurs dépenses. Cependant, une légère amélioration est observée dans la variation du niveau d'efficience sur les trois dernières années de la période d'étude, mais elle reste très faible au regard du bas niveau d'efficience observé pour ces deux pays. Ce niveau d'efficience est négativement affecté par l'inflation, l'aide au développement et le niveau de corruption. À la différence de l'aide au développement, l'impact du niveau d'inflation et de la corruption est identique à ce qui est observé dans le domaine de l'éducation suggérant que le secteur social en général dans les deux pays est très affecté par le niveau de corruption mesuré par la perception vis-à-vis de la qualité des institutions et le niveau des prix qui affecte la capacité des ménages à consommer les biens et services y compris les services d'éducation et de santé.

## **5.2. Discussion**

Les contributions de cette thèse de doctorat se situent à deux niveaux. Premièrement, elles sont d'ordre méthodologique. Dans le chapitre 2 sur l'analyse d'efficacité des dépenses d'éducation et de santé dans l'amélioration du niveau de développement humain, une étude quantitative faisant recours à la technique CCEP appliquée à un modèle à correction d'erreur est appliquée aux données sur les pays de l'UEMOA. Cette méthodologie, peu utilisée pour de telles études, permet de corriger les problèmes d'interdépendance sérielle observés dans les données et qui résultent des interactions entre les pays au sein de la zone économique et monétaire UEMOA. En appliquant cette démarche méthodologique, le chapitre 2 de la thèse vient clarifier la situation des pays de

l'UEMOA en matière d'efficacité des dépenses d'éducation et de santé dans l'amélioration du niveau de développement humain, dans une littérature qui présente une absence de consensus sur la question, notamment lorsqu'il s'agit des pays en développement. Cette technique a l'avantage sur d'autres méthodes (Phillips et Sul, 2003 ; Moon et Perron, 2004 ; Im et Pesaran, 2003 ; Bai et Ng, 2004 ; Chang, 2002) d'être robuste à divers types de problème d'interdépendance sérielle, robuste au biais de variables omises et sur petit échantillon (Everaert et De Groote, 2016 ; Chudik et Pesaran, 2015 ; Pesaran, 2006 ; Phillips et Sul, 2003). Étant en présence d'un petit échantillon dans cette thèse (7 pays et 25 années), l'estimateur CCEP s'est révélé être le plus adapté pour corriger les problèmes d'interdépendance sérielle confirmés dans les données. Cette technique peut donc être appliquée à d'autres groupes de pays en union économique et ou monétaire.

Dans les chapitres 3 et 4, une démarche méthodologique mixte, qualitative et quantitative est utilisée pour analyser les facteurs pouvant influencer sur la mise en œuvre des politiques et l'efficacité des dépenses dans les secteurs de la santé et de l'éducation. L'approche qualitative a consisté à une collecte et analyse des documents de politiques et stratégies nationales dans les secteurs de l'éducation et de la santé, les rapports et documents d'exécution des dépenses publiques qui sont produits par les pays à la fin de chaque année fiscale ainsi que les rapports d'évaluation des stratégies et politiques nationales disponibles au niveau pays et au niveau d'institutions internationales. La collecte des rapports et documents d'exécution budgétaire a été possible grâce à une démarche de collecte de données auprès des institutions nationales qui assurent leur production dans les deux pays. Ces différents documents ont été analysés à la lumière d'une grille définie sur la base de la revue de littérature sur les facteurs qui affectent la mise en œuvre effective des politiques et l'efficacité des dépenses. En combinant cette démarche qualitative avec une analyse quantitative sur l'efficacité des dépenses d'éducation et de santé, les chapitres 3 et 4 de la thèse ont permis de mettre en évidence les rapports d'interdépendance entre les facteurs et le fait que leurs effets ne sont pas toujours quantifiables. À titre d'exemple, les canaux de transmission des effets de certains facteurs institutionnels tels que le niveau de gouvernance sont à la fois d'ordre quantitatif (l'effet de la corruption mesurée par la perception des citoyens sur la qualité des institutions sur le score d'efficacité des dépenses) que qualitatif (l'effet des instabilités politiques au Togo sur les performances du système éducatif à travers la fermeture des centres de formation des enseignants suivie de la baisse du nombre d'enseignants formés, la baisse de la capacité de

mobilisation de ressources externes, la baisse des investissements, pour ne citer que ceux-là). La combinaison d'une méthodologie qualitative et quantitative dans l'analyse d'efficience qui permet d'analyser l'interdépendances des facteurs en même temps que de quantifier leur effet est originale, notamment dans le contexte du Bénin et du Togo. Aussi, à travers le volet quantitatif, le rôle de certains facteurs d'ordre régional tel que l'inflation a été mis en évidence. Les résultats suggèrent une vigilance des autorités monétaires régionales pour s'assurer que l'augmentation de l'inflation ne soit pas au détriment des objectifs d'efficience des États dans leur effort d'améliorer les indicateurs de développement dans les domaines de la santé et de l'éducation. De plus, le recours à une approche DEA à deux niveaux (effets des facteurs internes et externes aux systèmes d'éducation et de santé) appliquée à deux pays de l'UEMOA est une contribution à la littérature qui a longtemps été focalisée sur des unités plus micro (département, district, ville, école, salle de classe, élève) (De Witte et López-Torres, 2017).

Le deuxième type de contribution est d'ordre empirique. Outre les relations entre dépenses d'éducation et de santé et les indicateurs de développement tels que l'IDH, le taux brut de scolarité primaire, le taux de mortalité des moins de 5 ans et le PIB par tête que la thèse a permis de mettre en évidence dans le contexte des pays de l'UEMOA, une contribution est faite sur l'importance des politiques de ciblage dans l'accélération des progrès en matière de développement humain au Bénin et au Togo. Dans le domaine de l'éducation, l'accès universel à l'éducation de base a été adoptée et promue depuis la conférence de Jomtien de 1990 sur l'Éducation pour tous et est depuis lors mis en œuvre dans la quasi-totalité des pays en développement dans un contexte de ressources insuffisantes. La même dynamique est observée dans le domaine de la santé avec les politiques de soins de santé primaires qui découlent de la déclaration d'Alma Ata de 1978 appuyée par l'Initiative de Bamako de 1987 visant à créer les conditions du financement des soins de santé primaires. Malgré tous les efforts déployés, les résultats restent faibles. Certaines initiatives à caractère universel peinent à voir le jour pour faute de ressources. C'est le cas du système d'assurance santé générale RAMU (Régime d'Assurance Maladie Universelle) au Bénin dont la conception a commencé depuis 2009 mais qui n'a pas pu être opérationnel sur le territoire national même en 2021. Pendant ce temps les ménages restent les premiers à financer la santé et cela continue d'exclure les plus démunies et vulnérables. Dans le domaine de l'éducation, le Togo affiche selon les données une forte dépendance au financement des bailleurs internationaux pour

la mise en œuvre de sa politique d'alimentation scolaire ainsi que des investissements nécessaires pour le développement du secteur. Cependant, nos résultats suggèrent qu'une politique de ciblage permet d'accélérer l'atteinte des objectifs de développement. Les résultats des chapitres 3 et 4 montrent que le ciblage des filles dans l'éducation, et le ciblage des enfants, des filles et des femmes dans la santé a permis d'accélérer rapidement les progrès sur des indicateurs de développement humain au Bénin comparativement au Togo.

L'ampleur des mesures de ciblage est déterminant dans le contexte du Bénin et du Togo. La gratuité totale de la scolarisation des filles dans les deux premières années du premier cycle du secondaire au Bénin a permis d'accélérer l'éducation des filles et réduire les disparités du genre plus qu'une mesure de subvention partielle de la scolarisation des filles observée au Togo. Il convient donc dans cette ère d'universalité de faire des choix et d'adopter une approche progressive dans la réponse publique aux enjeux de développement en se focalisant en priorité sur les groupes en situation de vulnérabilité. Bien que la santé et l'éducation restent des biens publics à forte externalité, les contraintes de leur financement doivent amener les pays à identifier et différencier dans leurs interventions les groupes devant bénéficier de plus d'attention. Le succès de la politique publique dépendra donc de la capacité des États à adopter une bonne politique de ciblage et à accroître l'efficacité dans la mise en œuvre de ces politiques. Dans les domaines de la santé et de l'éducation, les filles, les enfants, les femmes sont clairement apparues comme des groupes qui ont des effets de levier important dans l'accélération des progrès en matière de développement humain et doivent ainsi faire objet d'attention particulière au Bénin et au Togo en particulier et dans les pays en développement en général. A la lumière de la littérature sur le ciblage et l'universalisme, l'approche proposée dans cette analyse peut être perçue comme une forme « d'universalisme progressive » qui dans la littérature se confond aux concepts « d'universalisme ciblé » ou « d'universalisme proportionnel » (Francis-Oliviero et al., 2020). L'universalisme proportionnel suggère que les actions doivent être universelles mais avec une échelle d'intensité qui est proportionnelle au niveau de désavantage (Carey, et al., 2015). Autrement dit, les populations en situation de vulnérabilité devront bénéficier d'un niveau de services qui est proportionnel à leur désavantage. Skocpol (1991) parle de « ciblage dans l'universalisme » pour souligner la nécessité de combiner les deux approches et assurer à travers le ciblage un niveau de services supplémentaires à des groupes plus désavantagés.

L'application de ces conceptions théoriques aux cas du Bénin et du Togo présente des limites. Dans le domaine de l'éducation et dans l'enseignement primaire, le Bénin et le Togo appliquent depuis 2006 et 2008 respectivement une mesure de gratuité de la scolarisation. Du fait des discriminations basées sur le sexe qui ont longtemps affecté la capacité des filles à atteindre et rester à l'école, ces dernières peuvent à la lumière des théories d'universalisme proportionnel être considérées comme des groupes nécessitant des interventions proportionnelles à leur désavantage. Au Bénin, des programmes complémentaires pour la scolarisation des filles ont été notés dans les rapports d'exécution budgétaire de l'état. Les résultats obtenus sont de nature à soutenir qu'un tel ciblage dans le cadre de mesure universaliste peut permettre d'atteindre de meilleurs résultats et ainsi approuvé la perspective théorique de l'universalisme proportionnel ou du ciblage dans l'universalisme. Cependant, lorsqu'on considère l'enseignement secondaire, on s'aperçoit que l'état n'a pas pu appliquer une mesure de gratuité ou d'universalisme dans les deux pays considérés. Toutefois, le fait de cibler les filles dans le premier cycle du secondaire au Bénin par une mesure de gratuité totale contre une gratuité partielle au Togo a permis d'avoir de meilleurs résultats dans la scolarisation des filles au Bénin par rapport au Togo. Ceci permet de soutenir qu'une politique universelle n'est pas toujours nécessaire si les ressources ne sont pas disponibles mais qu'un ciblage effectif peut permettre d'atteindre des résultats importants en termes d'équité.

Cette analyse est d'autant plus pertinente dans les pays en développement où les ressources sont très limitées dans les secteurs sociaux. Le constat dans le cycle secondaire de l'enseignement est le même que dans le domaine de la santé où l'universalisme des services est rendu difficile par les problèmes de manque de ressources. L'analyse des cas du Bénin et du Togo montre que des interventions ciblées envers certains groupes tels que les femmes, les filles et les enfants sont des leviers pour accélérer les progrès en absence de mesures universelles. De ce point de vue, notre analyse suggère une démarche progressive qui n'est pas de l'universalisme progressive ou proportionnel au sens du concept mais qui privilégie le ciblage des groupes en situation de vulnérabilité dans le contexte des pays en développement où les structures sociales sont peu développées et où les ressources internes sont assez limitées.

Dans un contexte de ressources internes limitées au Bénin et au Togo, l'aide au développement peut jouer un rôle important. Nos résultats montrent que lorsque l'aide au développement est très centralisée c'est-à-dire que la grande part de l'aide publique est orientée vers les institutions

publiques et moins vers les acteurs non étatiques qui sont opérationnels dans les secteurs de l'éducation et la santé, l'aide a tendance à être moins corrélée avec les résultats sociaux observés dans ces secteurs. Dans beaucoup de pays en développement, les populations les plus vulnérables, notamment celles qui habitent dans les milieux les plus difficiles d'accès sont largement desservies par les acteurs non étatiques dans un contexte marqué par une quasi-absence de services publics.

Dans de tels contextes, la déconcentration de l'aide au développement au profit des acteurs de mise en œuvre sur le terrain peut être un levier pour faciliter l'accès des populations en situation de vulnérabilité aux services sociaux. Le rôle de l'État dans une telle architecture de l'aide serait plus un rôle de coordination des acteurs non-étatiques qui interviennent sur le terrain avec une cartographie de leurs présence et interventions. Ceci participera au niveau centralisé à mieux organiser les politiques de ciblage des populations dans les stratégies nationales. Mais cette architecture de l'aide ne serait possible que si la gouvernance nationale y est favorable et que si les partenaires techniques et financiers soutiennent les États dans cette direction. Ceci est d'autant plus important pour le Bénin et le Togo où l'aide a tendance à faire baisser l'efficacité des dépenses d'éducation et de santé. Un tel résultat n'est possible que si l'aide au développement est mal gérée et ne crée pas suffisamment d'incitation à l'amélioration de sa gestion. Aussi faut-il le souligner, la perception sur la qualité des institutions mesurée par la variable mesurant le contrôle de la corruption dans les chapitres 3 et 4 ne s'est pas amélioré dans les deux pays étudiés depuis 1998, expliquant ainsi l'absence d'incitation à une meilleure gestion de l'aide par les structures publiques.

En résumé, la présente thèse de doctorat met en lumière la nécessité pour le Bénin et le Togo de privilégier les stratégies ciblées en plus des initiatives à caractère universel dans une vision d'aborder de manière progressive les enjeux de développement social et humain auxquels ces pays font face. Les autorités supranationales dans l'UEMOA doivent également s'intéresser aux différents canaux de transmission des effets des politiques régionales (incluant le niveau des prix) sur l'accès à l'éducation et à la santé dans les pays membres. Aussi, étant donné l'importance de l'aide au développement dans les pays étudiés, des analyses approfondies sur l'aide spécifiques à chaque pays sont nécessaires pour étudier les canaux par lesquels l'aide au développement peut permettre d'atteindre efficacement les populations les plus démunies. La prise en compte des acteurs non étatiques dans une telle architecture de l'aide est indispensable avec une forte

responsabilité de coordination de l'État. En ce qui concerne l'efficacité des dépenses d'éducation et de santé, il faut noter que les résultats varient selon les mesures utilisées. Les dépenses par tête dans les deux secteurs n'ont pas d'effet significatif sur l'IDH, ni sur le taux brut de scolarisation primaire, ni sur le taux de mortalité des moins de 5 ans. Lorsqu'on utilise les dépenses en pourcentage du revenu de taxation, on note un effet positif et significatif à long terme des dépenses de santé sur l'IDH et un effet pervers de ces dépenses sur le taux de mortalité des moins de 5 ans. Cette variation des résultats démontre que la taille de la population dans les pays de l'UEMOA est un facteur important dans l'analyse de l'efficacité des dépenses dans les secteurs sociaux. Outre l'hétérogénéité des pays que ces résultats suggèrent, ils suggèrent aussi qu'une grande taille de la population peut conduire à un niveau insuffisant de dépenses qui n'atteint pas un certain seuil critique pour produire les résultats escomptés. Des études approfondies sur l'impact de la démographie sur les relations entre dépenses et indicateurs de développement sont nécessaires. Sur la relation entre dépenses de santé et PIB par tête, les résultats sont consistants quel que soit les mesures utilisées démontrant ainsi que l'investissement dans la santé est un déterminant important du PIB dans l'UEMOA.

## Bibliographie générale

- Aday, L. A. (1994). "Health status of vulnerable populations". *Annual Review of Public Health*, 15(1), 487-509.
- Affo, F. (2016). "Les paradoxes de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin". *Revue internationale des sciences de développement*, 4(6), 417-433.
- Afonso, A., & Aubyn, M. S. (2005). "Non-parametric approaches to education and health efficiency in OECD countries". *Journal of Applied Econometrics*, 8(2), 227-246.
- Afonso, A., Schuknecht, L., & Tanzi, V. (2010). "Income distribution determinants and public spending efficiency". *Journal of Economic Inequality*, 8(3), 367-389.
- Agasisti, T. (2011). "Performances and spending efficiency in higher education: A european comparison through non-parametric approaches". *Education Economics*, 19(2), 199-224.
- Agasisti, T. (2014). "The efficiency of public spending on education: An empirical comparison of EU countries". *European Journal of Education*, 49(4), 543-557.
- Aghion, P., & Bolton, P. (1992). "Distribution and growth in models of imperfect capital markets". *European Economic Review*, 36(2-3), 603-611.
- Aghion, P., Caroli, E., & Garcia-Penalosa, C. (1999). "Inequality and growth: The perspective of the new growth theories". *Journal of Economic Literature*, 37(4), 1615-1660.
- Allers, M. A., & Ishemoi, L. J. (2010). "Fiscal capacity equalisation in Tanzania". *Local Government Studies*, 36(5), 697-713.
- Amprou, J., & Chauvet, L. (2004). *Efficacité et allocation de l'aide : Revue des débats*. Paris: AFD.
- Andersen, P., and Petersen, N. C. (1993). "A procedure for ranking efficient units in data envelopment analysis". *Management Science*. 39(10), 1261-1264.
- Angrist, N., Patrinos, H. A., & Schlotter, M. (2013). "An expansion of a global data set on educational quality: A focus on achievement in developing countries". World Bank Policy Research Working Paper, (6536), Washington DC: World Bank.
- Anyanwu, J. C., & Erhijakpor, A. E. O. (2009). "Health expenditures and health outcomes in Africa". *African Development Review*, 21(2), 400-433.
- Aristovnik, A., & Obadić, A. (2014). "Measuring relative efficiency of secondary education in selected EU and OECD countries: The case of Slovenia and Croatia". *Technological and Economic Development of Economy*, 20(3), 419-433.
- Audibert, M., Mathonnat, J., & de Roodenbeke, E. (2003). *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris: Karthala Editions.
- Bai, J. & Kao, C. (2006). "On the estimation and inference of a panel cointegration model with cross-sectional dependence". *Contributions to Economic Analysis*, 274, 3-30.
- Bai, J. & Ng, S. (2004). "A PANIC attack on unit roots and cointegration." *Econometrica*, 72(4), 1127-1177.
- Baldacci, E., Clements, B., Gupta, S., & Cui, Q. (2008). "Social spending, human capital, and growth in developing countries." *World Development*, 36(8), 1317- 1341.
- Baldacci, E., Guin-Siu, M. T., & Mello, L. D. (2003). "More on the effectiveness of public spending on health care and education: A covariance structure model." *Journal of International Development*, 15(6), 709-725.
- Baltagi, B. H., & Moscone, F. (2010). "Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data." *Economic Modelling*, 27(4), 804-811.

- Banerjee, A. & Carrion-i Silvestre, J. L. (2017). “Testing for panel cointegration using common correlated effects estimators.” *Journal of Time Series Analysis*, 38(4), 610–636.
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). “Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis”. *Management Science*, 30(9), 1078-1092.
- Banque mondiale. (1990). *Rapport sur le développement dans le monde 1990 : La pauvreté*, Washington, DC : Banque mondiale.
- Barr, N. A. (2004). *The Economics of the Welfare State*, 4th edition, Oxford and New York: Oxford University Press.
- Barro, R. J. (1991). “Economic growth in a cross section of countries.” *Quarterly Journal of Economics*, 106(2), 407–443.
- Barro, R., & Lee, J. W. (2013). “A new data set of educational attainment in the world, 1950-2010.” *Journal of Development Economics*, 104, 184-198.
- Barro, S. M. (2002). “Macroeconomic Versus RTS Measures of Fiscal Capacity: Theoretical Foundations and Implication for Canada”. Working Paper, (7), Kingston: Institute of Intergovernmental Relations.
- Barry, M., & Yaya, H. S. (2015). *Financement de la santé et efficacité de l'aide internationale : Enjeux, défis et perspectives*. Ottawa : University of Ottawa Press.
- Becker, G. S. (1964). *Human Capital Theory*. New York: Columbia University Press.
- Becker, G. S., Murphy, K. M., & Tamura, R. (1990). “Human capital, fertility, and economic growth.” *Journal of Political Economy*, 98(5, Part 2), S12–S37.
- Beitone, A., Cazorla, A., Dollo, C., & Draï, A. M. (2013). *Dictionnaire de science économique*. 4e édition revue et augmentée. Paris : Armand Colin.
- Bennell, P., & Furlong, D. (1998). “Has Jomtien made any difference? Trends in donor funding for education and basic education since the late 1980s”. *World Development*, 26(1), 45-59.
- Bennett, S., & Gilson, L. (2001). “Health financing: Designing and implementing pro-poor policies”. Issues Paper, London: DFID Health Systems Resource Centre.
- Berthelemy, J. C. (2008). “Relationships between health, development and poverty reduction”. *Comptes rendus biologies*, 331(12), 903-918.
- Bichard, A., Cossou, M., Adimi, E., O., & Thoreux, M. (2019). *Évaluation conjointe à mi-parcours du Programme national d'alimentation scolaire intégré (PNASI), Évaluation décentralisée*. Cotonou : Gouvernement du Bénin et Programme alimentaire mondial.
- Blacksher, E., & Stone, J. R. (2002). “Introduction to vulnerability issues of theoretical medicine and bioethics”. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 23(6), 421-424.
- Blankenau, W. F., & Simpson, N. B. (2004). “Public education expenditures and growth.” *Journal of Development Economics*, 73(2), 583–605.
- Bloom, D. E., Craig, P., & Mitchell, M. (2000). “Public and private roles in providing and financing social services: Health and education”. In Wang, Y. (ed). *Public-Private Partnerships in the Social Sector: Issues and Country Experiences in Asia and Pacific*, pp17-29, Tokyo: Asian Development Bank Institute.
- Boden, J. M., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2007). “Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes”. *Child Abuse & Neglect*, 31(10), 1101-1114.
- Boissiere, M. (2004). “Determinants of primary education outcomes in developing countries”. Washington, DC: World Bank, Independent Evaluation Group (IEG).

- Boulet, C., & Robert, F. (2018). *Rapport de l'évaluation externe du plan sectoriel de l'éducation post 2015 du Bénin*. Cotonou : Coopération Suisse, Partenariat mondial pour l'éducation, et Le Vif du Sujet Consultants en Éducation, <https://www.globalpartnership.org/sites/default/files/2019-06-rapport-evaluation-externe-plan-sectoriel-education-post-2015-benin.pdf>
- Bowlin, W. F. (1998). "Measuring performance: An introduction to data envelopment analysis (DEA)". *Journal of Cost Analysis*, 15(2), 3-27.
- Brennan, G., & Buchanan, J. M. (1980). *The Power to Tax: Analytical Foundations of a Fiscal Constitution*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brock, D. W. (2002). "Priority to the worse off in health-care resource prioritization". In Rhodes, R., Battin, M. P., & Silvers, A. (eds), *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, pp.362-372, New York: Oxford University Press.
- Brown, K., Ecclestone, K., & Emmel, N. (2017). "The many faces of vulnerability". *Social Policy and Society*, 16(3), 497-510.
- Buchert, L. (1995). "The concept of Education for All: What has happened after Jomtien?". *International Review of Education*, 41(6), 537-549.
- Buliř, A., & Hamann, A. J. (2008). "Volatility of development aid: From the frying pan into the fire?". *World Development*, 36(10), 2048-2066.
- Cantin, G., Bouchard, C., & Bigras, N. (2012). "Les facteurs prédisposant à la réussite éducative dès la petite enfance". *Revue des sciences de l'éducation*, 38(3), 469-482.
- Carey, G., Crammond, B., & De Leeuw, E. (2015). "Towards health equity: A framework for the application of proportionate universalism". *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 1-8.
- Carpenter, D. M., & Noller, S. L. (2010). "Measuring charter school efficiency: An early appraisal". *Journal of Education Finance*, 35(4), 397-415.
- Caves, D. W., Christensen, L. R., & Diewert, W. E. (1982). "The economic theory of index numbers and the measurement of input, output, and productivity". *Econometrica*, 50(6), 1393-1414.
- Chang, Y. (2002). "Nonlinear IV unit root tests in panels with cross-sectional dependency." *Journal of Econometrics*, 110(2), 261-292.
- Charnes, A., Cooper, W., & Rhodes, E. (1978). "Measuring the efficiency of decision making units". *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429-444.
- Chudik, A., & Pesaran, M. H. (2015). "Common correlated effects estimation of heterogeneous dynamic panel data models with weakly exogenous regressors." *Journal of Econometrics*, 188(2), 393-420.
- Coelli, T. (1996). "A guide to DEAP version 2.1: A data envelopment analysis (computer) program". CEPA Working Paper, (96/08), Armidale: Centre for Efficiency and Productivity Analysis, University of New England.
- Commission économique pour l'Afrique (CEA), Union africaine, Groupe de la Banque africaine de développement, Programme des nations unies pour le développement. (2016). *ODD-Agenda 2063/ODD Rapport de transition 2016 : Vers une approche intégrée et cohérente du développement durable en Afrique*. Addis-Abeba : Commission économique pour l'Afrique.
- CONFEM. (2017). *Financement durable de l'éducation : Quelles stratégies faut-il envisager? Séminaire international sur le financement de l'éducation*. Rabat : CONFEM.

- Costantini, M., & Destefanis, S. (2009). "Cointegration analysis for cross-sectionally dependent panels: The case of regional production functions." *Economic Modelling*, 26(2), 320–327.
- Dabalen, A. L., & Paul, S. (2014). "Estimating the effects of conflict on education in Côte d'Ivoire". *Journal of Development Studies*, 50(12), 1631-1646.
- Danis, M., & Patrick, D. L. (2010). "Health Policy, Vulnerability, and Vulnerable Populations", In Strech, D. (ed) *Public Health Ethik*, pp 211-212. Berlin : Lit Verlag.
- Daviet, B. (2016). "Repenser le principe d'éducation comme bien public". *Recherche et prospective en éducation*, (17). Paris : UNESCO.
- De Witte, K., & López-Torres, L. (2017). "Efficiency in education: A review of literature and a way forward". *Journal of the Operational Research Society*, 68(4), 339-363.
- Deaton, A. (2006). "Global patterns of income and health: Facts, interpretations, and policies". Working Paper, (12735). Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Deaton, A. (2011). "Mesurer le développement : Autres données, autres conclusions ?". *Revue d'économie du développement*, 19(2011/2), 13-59.
- Deprins, D. Simar, L., Tulkens, H. (1984). "Measuring labor-efficiency in post offices". In Marchand, M. G., Pestieau, P., & Tulkens, H. (eds). *The Performance of Public Enterprises: Concepts and Measurement*, 33, pp243-267. Amsterdam: North Holland.
- Devarajan, S., Swaroop, V., & Zou, H. F. (1996). "The composition of public expenditure and economic growth." *Journal of Monetary Economics*, 37(2), 313–344.
- Devries, K. M., Knight, L., Allen, E., Parkes, J., Kyegombe, N., & Naker, D. (2017). "Does the good schools toolkit reduce physical, sexual and emotional violence, and injuries, in girls and boys equally? A cluster-randomised controlled trial". *Prevention Science*, 18(7), 839-853.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). "Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis". *Pediatrics*, 133(5), e1331-e1344.
- Diskett, P., & Nickson, P. (1991). "Financing primary health care: An NGO perspective". *Development in Practice*, 1(1), 43-51.
- Dodd, R., Schieber, G., Cassels, A., Fleishe, L., & Gottret, P. (2007). "Aid effectiveness and health", WHO/HSS/Health Systems Working Paper, (9), Geneva: WHO.
- Doumbouya, M. L., & Yaya, S. (2010). "Efficacité des politiques de financement de la santé en Afrique subsaharienne : Une analyse critique" In Sanni, Y. (ed). *Les maux et les choses de la santé : Acteurs, pratique et systèmes de santé dans le Tiers-Monde*, pp 149-176, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Downs, A. (1957). *An Economic Theory of Democracy*. New York: Harper & Row.
- Dreher, A., Nunnenkamp, P., & Thiele, R. (2008). "Does aid for education educate children? Evidence from panel data". *World Bank Economic Review*, 22(2), 291-314.
- Dreze, J. & Sen, A. (2002). *India: Development and Participation*. New York: Oxford University Press.
- Eberhardt, M., and Presbitero, A. F. (2015). "Public debt and growth: Heterogeneity and non-linearity." *Journal of International Economics*, 97(1), 45–58.
- Erickson, P., & Patrick, D. (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.

- Espinoza, R. A., & Prasad, A. (2010). "Nonperforming loans in the GCC banking system and their macroeconomic effects". Working Paper, (10/224), Washington, DC: International Monetary Fund.
- Everaert, G., & De Groote, T. (2016). "Common correlated effects estimation of dynamic panels with cross-sectional dependence." *Econometric Reviews*, 35(3), 428–463.
- Fare, R., Färe, R., Fèare, R., Grosskopf, S., & Lovell, C. K. (1994). *Production Frontiers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Filmer, D., & Pritchett, L. (1997). "Child mortality and public spending on health: how much does money matter?" World Bank Publications, (1864), Washington, DC: World Bank.
- Flug, K., Spilimbergo, A., & Wachtenheim, E. (1998). "Investment in education: Do economic volatility and credit constraints matter?" *Journal of Development Economics*, 55(2), 465–481.
- Fonchamnyo, D. C., & Sama, M. C. (2016). "Determinants of public spending efficiency in education and health: Evidence from selected CEMAC countries". *Journal of Economics and Finance*, 40(1), 199-210.
- Fordham, P. (1992). *Education for All: An Expanded Vision. World Conference on Education for All (Jomtien, Thailand, March 5-9, 1990). Monograph II. Roundtable Themes II*. Paris : UNESCO Press.
- Fortin, L., Royer, É., Potvin, P., Marcotte, D., & Yergeau, É. (2004). "La prédiction du risque de décrochage scolaire au secondaire : facteurs personnels, familiaux et scolaires". *Revue canadienne des sciences du comportement*, 36(3), 219-231.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). "Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: A review". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e110.
- Fredriksen, B. (2010). "Enhancing the allocative efficiency of education aid: A review of issues and options". *Journal of International Cooperation in Education*, 13(2), 11-29.
- Fuller, B. (1987). "What school factors raise achievement in the third world?". *Review of Educational Research*, 57(3), 255-292.
- Gaber, S., & Patel, P. (2013). "Tracing health system challenges in post-conflict Côte d'Ivoire from 1893 to 2013". *Global Public Health*, 8(6), 698-712.
- Gallagher, M. (1993). "A public choice theory of budgets: Implications for education in less developed countries". *Comparative Education Review*, 37(2),90-106.
- Galor, O., & Zeira J. (1993). "Income distribution and macroeconomics". *Review of Economic Studies*, 60(1), 35-52.
- Garner, P. (1989). "The Bamako initiative". *British Medical Journal*, 299(6694), 277-278.
- Garnier, M., & Gbénou, A. P. (2011). *Evaluation de la mise en œuvre du paquet éducatif essentiel pour l'accélération de la scolarisation des filles, avec l'appui du Royaume des Pays-Bas 2006-2009, Version Finale*, Cotonou : UNICEF et Ministère des enseignements maternel et primaire de la République du Bénin.
- Garrett, L. 2007. "The challenge of global health". *Foreign Affairs*, 86(1), 14–38.
- Gautier, L., & Ridde, V. (2017). "Health financing policies in Sub-Saharan Africa: Government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes". *Global Health Research and Policy*, 2(1), 1-17.
- Gengenbach, C., Palm, F. C., and Urbain, J. P. (2006). "Cointegration testing in panels with common factors." *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 68(s1), 683–719.

- Giménez, V., Prior, D., & Thieme, C. (2007). “Technical efficiency, managerial efficiency and objective-setting in the educational system: An international comparison”. *Journal of the Operational Research Society*, 58(8), 996-1007.
- Glomm, G., and Ravikumar, B. 1998. “Flat-rate taxes, government spending on education, and growth.” *Review of Economic Dynamics*, 1(1), 306–325.
- Gnangnon, S. K., & Brun, J. F. (2019). “Tax reform and public revenue instability in developing countries: Does the volatility of development aid matter?”. *Journal of International Development*, 31(8), 764-785.
- Gouvernement du Bénin. (1990). “La Constitution de la République du Bénin”, Cotonou : Gouvernement du Bénin, Disponible à : <https://assemblee-nationale.bj/wp-content/uploads/2017/10/Benin-La-Constitution-1990.pdf>
- Gouvernement du Bénin. (1998). *Compte administratif gestion 1998*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (1999). *Compte administratif gestion 1999*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2000). *Compte administratif gestion 2000*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2001). *Compte administratif gestion 2001*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2002). *Compte administratif gestion 2002*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2003). *Compte administratif gestion 2003*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2004). *Compte administratif gestion 2004*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2005). *Compte administratif gestion 2005*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2006a). *Compte administratif gestion 2006*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2006b). *Plan décennal du secteur de l'éducation 2006-2015*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.
- Gouvernement du Bénin. (2007). *Compte administratif gestion 2007*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2008a). *Compte administratif gestion 2008*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2008b). *Politique nationale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.
- Gouvernement du Bénin. (2008c). *Politique nationale de promotion de la santé*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.
- Gouvernement du Bénin. (2009a). *Compte administratif gestion 2009*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.
- Gouvernement du Bénin. (2009b). *Plan national de développement sanitaire 2009-2018*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.
- Gouvernement du Bénin. (2009c). *Politique sanitaire 2009-2018*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.

Gouvernement du Bénin. (2010). *Compte administratif gestion 2010*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Bénin. (2011). *Compte administratif gestion 2011*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Bénin. (2012). *Compte administratif gestion 2012*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Bénin. (2013a). *Compte administratif gestion 2013*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Bénin. (2013b). *Plan décennal du secteur de l'éducation actualisé phase 3/ 2013-2015*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.

Gouvernement du Bénin. (2013c). *Rapport de performance 2012 du ministère de la santé*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.

Gouvernement du Bénin. (2014a). *Compte administratif gestion 2014*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Bénin. (2014b). *Rapport d'état du système éducatif - Pour une revitalisation de la politique éducative dans le cadre du programme décennal de développement du secteur de l'éducation*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère en charge de l'éducation et de l'alphabétisation.

Gouvernement du Bénin. (2015). *Compte administratif gestion 2015*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Bénin. (2016a). *Évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des OMD 2000-2015*. Cotonou : Gouvernement du Bénin.

Gouvernement du Bénin. (2016b). *Programme d'action du gouvernement 2016-2021*, Cotonou : Gouvernement du Bénin.

Gouvernement du Bénin. (2018a). *Contribution nationale volontaire à la mise en œuvre des ODD au Forum politique de haut niveau à New-York, Juillet 2018*. Cotonou : Gouvernement du Bénin.

Gouvernement du Bénin. (2018b). *Plan national de développement 2018-2025*, Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère d'état chargé du plan et du développement.

Gouvernement du Bénin. (2018c). *Plan sectoriel de l'éducation post 2015 (2018-2030)*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.

Gouvernement du Bénin. (2018d). *Revue conjointe du secteur de l'éducation, Rapport général*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministères en charge de l'éducation au Bénin.

Gouvernement du Bénin. (2018e). *Plan national de développement sanitaire 2018-2022*. Cotonou : Gouvernement du Bénin, Ministère de la santé.

Gouvernement du Togo. (2016c). *Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, année 2015*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.

Gouvernement du Togo. (2016d). *Rapport annuel de performance du Ministère de la santé et de la protection sociale, année 2015*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.

Gouvernement du Togo. (1992). "La Constitution de la IVe République", Lomé : Gouvernement du Togo, disponible au <http://assemblee-nationale.tg/images/2015/pdf/Constitution1.pdf>

Gouvernement du Togo. (1998). *Politique nationale de santé 1998*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2005). *Plan d'action national d'éducation 2005-2015*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2008). *Comptes nationaux de santé du Togo 2008, Enquête sur les dépenses de santé en 2008 au Togo*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.

Gouvernement du Togo. (2009a). *Données budget national 2009 issues du SIGFIP*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Togo. (2009b). *Lettre de politique sectorielle de l'éducation*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2010a). *Données budget national 2010 issues du SIGFIP*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Togo. (2010b). *Rapport d'évaluation conjointe politique nationale de santé 1998 et plan national de développement sanitaire 2009-2013*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.

Gouvernement du Togo. (2010c). *Plan sectoriel d'éducation 2010-2025*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2010d). *Plan sectoriel de l'éducation 2010-2020 - Maximiser la contribution de l'éducation au développement économique et social du pays*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2011a). *Données budget national 2011 issues du SIGFIP*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Togo. (2011b). *Comptes nationaux de santé du Togo 2008*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.

Gouvernement du Togo. (2011c). *Politique nationale de santé – Loi d'orientation décennale*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.

Gouvernement du Togo. (2012). *Plan national de développement sanitaire 2012-2015*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2013a). *Données budget national 2013 issues du SIGFIP*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Togo. (2013b). *Stratégie de croissance accélérée de promotion de l'emploi (SCAPE) 2013-2017*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2014a). *Données budget national 2014 issues du SIGFIP*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Togo. (2014b). *Plan sectoriel de l'éducation PSE 2014-2025 – Amélioration de l'accès, de l'équité et de la qualité de l'éducation au Togo*. Lomé : Gouvernement du Togo.

Gouvernement du Togo. (2014c). *Rapport d'activité -Direction des affaires communes 2014*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé.

Gouvernement du Togo. (2015). *Données budget national 2015 issues du SIGFIP*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de l'économie et des finances.

Gouvernement du Togo. (2016a). *Analyse de la situation du secteur de la santé du Togo, Rapport synthèse*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.

Gouvernement du Togo. (2016b). *Rapport de l'évaluation du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.

- Gouvernement du Togo. (2017a). *Plan national de développement sanitaire 2017-2022*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de la protection sociale.
- Gouvernement du Togo. (2017b). *6è, 7è, 8è Rapports périodiques de l'état togolais sur la mise en œuvre de la charte africaine des droits de l'homme et des peuples. (Article 62 de la Charte)*. Lomé : Gouvernement du Togo.
- Gouvernement du Togo. (2020). *Résultats des comptes de la santé 2015 et 2016, Résumé du rapport*. Lomé : Gouvernement du Togo, Ministère de la santé et de l'hygiène publique.
- GPE. (2012). *Rapport sur les résultats de l'éducation 2012 : Pour un dialogue fondé sur les résultats pour le suivi de l'accès à une éducation de qualité*, Washington DC: Partenariat mondial pour l'éducation.
- GPE. (2014). *L'Éducation de base en danger - Rapport 2014/2015 sur les résultats de l'éducation*, Washington DC: Partenariat mondial pour l'éducation.
- GPE. (2016). *Rapport sur les résultats du GPE 2015/2016*, Washington DC: Partenariat mondial pour l'éducation.
- GPE. (2019). *Rapport sur les résultats 2019*, Washington DC: Partenariat mondial pour l'éducation.
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., Strupp, B., & International Child Development Steering Group. (2007). "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries". *The Lancet*, 369(9555), 60-70.
- Gruber, L., & Kosack, S. (2014). "The tertiary tilt: Education and inequality in the developing world." *World Development*, 54, 253–272.
- Guerrien, B., & Ozgur, G. U. N. (2012). *Dictionnaire d'analyse économique*. 4<sup>ème</sup> édition revue et augmentée. La Découverte.
- Guillaumont, P. (2009). "An economic vulnerability index: Its design and use for international development policy". *Oxford Development Studies*, 37(3), 193-228.
- Gupta, S., & Verhoeven, M. (2001). "The efficiency of government expenditure: Experiences from Africa". *Journal of Policy Modeling*, 23(4), 433-467.
- Gupta, S., Clements, B., Guin-Siu, M. T., & Leruth, L. (2002). "Debt relief and public health spending in heavily indebted poor countries." *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 151–157.
- Gupta, S., Davoodi, H., & Tiongson, E. (2001). "Corruption and the provision of health care and education services". In Arvind, K. J. (ed). *The Political Economy of Corruption*, 2(1), pp. 111-141, London and New York: Routledge.
- Gupta, S., Verhoeven, M., & Tiongson, E. R. (2002). "The effectiveness of government spending on education and health care in developing and transition economies." *European Journal of Political Economy*, 18(4), 717–737.
- Haggis, S. M. (1991). *Education for All: Purpose and Context. World Conference on Education for All (Jomtien, Thailand, March 5-9, 1990). Monograph I. Roundtable Themes I*. Paris: UNESCO Press.
- Hanushek, E. A. (1997). "Assessing the effects of school resources on student performance: An update". *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 19(2), 141-164.
- Harris, R. D. F., & Tzavalis, E. (1999). "Inference for unit roots in dynamic panels where the time dimension is fixed." *Journal of Econometrics*, 91(2), 201–226.
- Hayek, F. A. (1944). *The Road to Serfdom*. Chicago: University of Chicago Press.

- Herrera, S., & Pang, G. (2005). "Efficiency of public spending in developing countries: An efficiency frontier approach", World Bank Publications, (3645), Washington DC: World Bank.
- Houck, E. A., Rolle, R. A., & He, J. (2010). "Examining school district efficiency in Georgia". *Journal of Education Finance*, 35(4), 331-357.
- Hugon, P. (2005). "La scolarisation et l'éducation : Facteurs de croissance ou catalyseurs du développement ? ", *Mondes en Développement*, 2005/4(132), 13-28.
- Hujo, K., & McClanahan, S. (2009). *Financing Social Policy: Mobilizing Resources for Social Development*. London: Springer.
- Iatridis, D. (1994). "Social Policy: Institutional Context of Social Development and Human Services". California: Brooks.
- Im, K. S., & Pesaran, M. H. (2003). "On the panel unit root tests using nonlinear instrumental variables." Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=482463>
- Im, K. S., Pesaran, M. H., & Shin, Y. (1997). "Testing for unit roots in heterogeneous panels", Working Paper, (9526), Cambridge : University of Cambridge.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2010). *Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in Economic Uncertainty*. Seattle, WA: IHME.
- Jee-Peng, T., Jimenez, E., & Psacharopoulos, G. (1986). *Financing Education in Developing Countries: An Exploration of Policy Options*. Washington DC: World Bank.
- Johnes, G. (2013). "Efficiency in English higher education institutions revisited: A network approach". *Economics Bulletin*, 33(4), 2698-2706.
- Journal officiel du Burkina Faso. (2007). *Loi no 013-2007 portant loi d'orientation de l'éducation de 2007 au Burkina Faso*. Journal officiel, 2007-09-20, no 38, Ouagadougou : République du Burkina Faso.
- Journal officiel du Niger. (1998). *Loi d'orientation du système éducatif*. Journal officiel, 1998-07-01, no 13, pp. 513-517, Niamey : République du Niger.
- Journal officiel du Sénégal. (2005). *Loi 2004-37 du 15 décembre 2004*. Journal officiel, 2005-01-22, no 6202, Dakar : République du Sénégal.
- Kalindi, S. C. (2015). "Education in sub-saharan Africa". In James, D. W. (ed.), *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences*, 2nd edition, 2015, pp. 198–209, Oxford: Elsevier.
- Katharaki, M., & Katharakis, G. (2010). "A comparative assessment of Greek universities' efficiency using quantitative analysis". *International Journal of Educational Research*, 49(4-5), 115-128.
- Kaufmann, D. & Kraay, A. (2020). *Worldwide Governance Indicators*. Washington DC: World Bank and Brookings Institution.
- Kempkes, G., & Pohl, C. (2010). "The efficiency of German universities: Some evidence from nonparametric and parametric methods". *Applied Economics*, 42(16), 2063-2079.
- Kharas, H. (2008). "Measuring the cost of aid volatility". Working Paper, (3), Washington DC: Wolfensohn Center for Development.
- Kim, Y., Park, M. J., & Atukeren, E. (2020). "Healthcare and welfare policy efficiency in 34 developing countries in Asia". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4617.
- Knight, J. (2013). "The economic causes and consequences of social instability in China." *China Economic Review*, 25, 17–26.

- Knippenberg, R., Alihonou, E., Soucat, A., Oyegbite, K., Calivis, M., Hopwood, I., & Ofosu-Amaah, S. (1997). "Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea". *International Journal of Health Planning and Management*, 12(S1), S29-S47.
- Lau, M. K. W., & Chou, K. L. (2019). "Targeting, universalism and child poverty in Hong Kong". *Child Indicators Research*, 12(1), 255-275.
- Lensink, R., & Morrissey, O. (2000). "Aid instability as a measure of uncertainty and the positive impact of aid on growth". *Journal of Development Studies*, 36(3), 31-49.
- Levin, A., & Lin, C. F. (1992). "Unit root tests in panel data: Asymptotic and finite-sample properties." San Diego : University of California.
- Levin, A., Lin, C. F. & Chu, C. S. J. (2002). "Unit root tests in panel data: Asymptotic and finite-sample properties." *Journal of Econometrics*, 108(1), 1-24.
- Liu, W., Xia, Y., & Hou, J. (2019). "Health expenditure efficiency in rural China using the super-SBM model and the Malmquist productivity index". *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1-13.
- Lucas Jr, R. E. (1988). "On the mechanics of economic development." *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3-42.
- Maddala, G. S., & Wu, S. (1999). "A comparative study of unit root tests with panel data and a new simple test." *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 61(S1), 631-652.
- Mankiw, N. G., Romer D., Weil, D. N. (1992). "A contribution to the empirics of economic growth, quarterly". *Journal of Economics*, 107(2), 407-437.
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). "Fair society, healthy lives". *Public Health*, 126, S4-S10.
- Marty, R., Dolan, C. B., Leu, M., & Runfola, D. (2017). "Taking the health aid debate to the subnational level: the impact and allocation of foreign health aid in Malawi." *BMJ Global Health*, 2(1). e000129.
- Mathonnat, J. (2008). "Public financing of health care in Africa, budgetary constraints and direct payment by users: An overview of the essential questions". *Comptes rendus biologies*, 331(12), 942-951.
- Mauro, P. (1998). "Corruption and the composition of government expenditure." *Journal of Public Economics*, 69(2), 263-279.
- McPake, B., Hanson, K., & Mills, A. (1993). "Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako initiative". *Social Science & Medicine*, 36(11), 1383-1395.
- Meltzer, A. H., & Richard, S. F. (1981). "A rational theory of the size of government". *Journal of Political Economy*, 89(5), 914-927.
- Miliband, R. (1983). *Class Power and State Power*. London: Verso.
- Mingat, A., & Tan, J. P. (1998). "The mechanics of progress in education: Evidence from cross-country data". World Bank Publications, (2015). Washington DC : World Bank.
- Ministère danois des affaires étrangères (MDAE), et Agence française de développement (AFD). (2012). *Évaluation à mi-parcours du Plan décennal de développement du secteur de l'éducation du Bénin PDDSE 2006-2015*. Cotonou : MDAE et AFD.
- Ministère de la planification, du développement et de l'aménagement du territoire (MPDAT), Ministère de la santé (MS) et ICF International. (2015). *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Lomé et Rockville: MPDAT, MS et ICF International.
- Minoiu, C., & Shemyakina, O. N. (2014). "Armed conflict, household victimization, and child health in Côte d'Ivoire". *Journal of Development Economics*, 108, 237-255.
- Mkandawire, T. (2004). *Social Policy in a Development Context*. London: Palgrave Macmillan.

- Mok, K. H. (2005). "Riding over socialism and global capitalism: Changing education governance and social policy paradigms in post-Mao China". *Comparative Education*, 41(2), 217-242.
- Montes, G. C., Bastos, J. C. A., & de Oliveira, A. J. (2019). "Fiscal transparency, government effectiveness and government spending efficiency: Some international evidence based on panel data approach". *Economic Modelling*, 79, 211-225.
- Moon, H. R., & Perron, B. (2004). "Testing for a unit root in panels with dynamic factors." *Journal of Econometrics*, 122(1), 81-126.
- Munro, L. T. (2001). "A Principal-Agent analysis of the family: Implications for the welfare state". *American Journal of Economics and Sociology*, 60(4), 795-814.
- Munro, L. T. (2002). "Social protection". In Kirkpatrick, C., Clarke, R., & Poldano, C., (ed.). *Handbook on Development Policy and Management*. pp 182-192. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Musgrove, P. (1996). "Public and private roles in health: Theory and financing patterns." HNP Discussion paper series, Washington, DC: World Bank.
- Myrdal, G. (1978). "Institutional economics." *Journal of Economic Issues*, 12(4), 771-783.
- Naudé, W., Santos-Paulino, A. U., & McGillivray, M. (2008). "Vulnerability in developing countries". Helsinki: United Nations University Press.
- Ndoye, M., & Oulai, D. (2015). *Rapport d'évaluation du plan sectoriel de l'éducation (PSE) 2010-2025 et du plan triennal d'action 2014-2016 du Togo*. Washington DC : Partenariat mondial pour l'éducation.
- Negeri, K. G., & Halemariam, D. (2016). "Effect of health development assistance on health status in sub-saharan Africa". *Risk Management and Healthcare Policy*, 9, 33-42.
- Nordhaus, W. D. (1975). "The political business cycle". *Review of Economic Studies*, 42(2), 169-190.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). "The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis". *PLoS Med*, 9(11), e1001349.
- Noss, A. (1991). "Education and adjustment". World Bank Publications, (701). Washington DC: World Bank.
- Novignon, J., Olakojo, S. A., & Nonvignon, J. (2012). "The effects of public and private health care expenditure on health status in Sub-Saharan Africa: New evidence from panel data analysis." *Health Economics Review*, 2(1), 1-8.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books.
- OCDE. (2008). *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et programme d'action d'Accra*. Paris : OCDE. <http://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>
- OCDE. (2010). *Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats*. Paris : OCDE.
- Odokonyero, T., Ijjo, A., Marty, R., Muhumuza, T., & Moses, G. O. (2015). "Subnational perspectives on aid effectiveness: Impact of aid on health outcomes in Uganda". Working Paper, Williamsburg: Aid Data.
- OMS. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à : [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
- OMS. (2007). *Rapport sur la santé dans le monde*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

- OMS. (2009). *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays – Togo - 2009-2013*. Brazzaville : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional Afrique.
- OMS. (2012). “Le Togo évalue la mise en œuvre de son programme de subvention de la césarienne”. Lomé : OMS Togo, Disponible à : <https://www.afro.who.int/fr/news/le-togo-evalue-la-mise-en-oeuvre-de-son-programme-de-subvention-de-la-cesarienne> ; Consulté le 30 Novembre 2020.
- OMS. (2019). *Plan d'action national de la sécurité sanitaire du Bénin 2019-2021*. Cotonou : OMS Togo.
- ONU Bénin et Gouvernement du Bénin. (2016). *Évaluation des progrès accomplis par le Bénin dans la réalisation des OMD 2000-2015*. Cotonou : PNUD Bénin.
- ONU. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Disponible à : [https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr\\_translations/frn.pdf](https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/frn.pdf)
- ONU. (1989). *Convention relative aux droits des enfants*. New York: ONU. Disponible à : <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- ONU. (1995). *Déclaration de Copenhague publiée à l'issue du Sommet mondial pour le développement social*. Copenhague : ONU.
- Organisation internationale du travail (BIT) & Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). (2018). *Analyse du système de protection sociale du Togo à travers le processus SPPOT : Vers un socle national de protection sociale*. Genève : BIT et OCDE. DOI : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264305281-fr>
- Ouedraogo, T. L., Kpozehouen, A., Gléglé-Hessou, Y., Makoutodé, M., & Saizonou, J. (2013). “Évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin”. *Santé publique*, 25(4), 507-515.
- Ouertani, M. N., Naifar, N., & Haddad, H. B. (2018). “Assessing government spending efficiency and explaining inefficiency scores: DEA-bootstrap analysis in the case of Saudi Arabia”. *Cogent Economics & Finance*, 6(1),1-16.
- Paul, E. (2011). *Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé – Étude de cas du Bénin, Résumé Analytique préparé par Elisabeth Paul sur base du rapport soumis par le Dr Christophe Y. Dossouvi le 30 août 2011*. Genève : UHC2030.
- Paul, E., Deville, c., Bodson, O., Sambiéni N., E., Thiam, I., Bourgeois, M., Ridde, V., & Fecher, F., 2019, “How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Bénin and Senegal”, *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1-21.
- Pauly, M. V., Zweifel, P., Scheffler, R. M., Preker, A. S., & Bassett, M. (2006). “Private health insurance in developing countries”. *Health Affairs*, 25(2), 369-379.
- Pedroni, P. (2001). “Fully modified OLS for heterogeneous cointegrated panels”. In Baltagi, B. H., Fomby, T. B., & Carter Hill, R. (eds.), *Nonstationary panels, panel cointegration, and dynamic panels*, pp. 93–130, Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Perrot, J. (2006). “Different approaches to contracting in health systems”. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 859-866.
- Persson, T., & Tabellini, G. (2002). “Do electoral cycles differ across political systems?”. Working Paper, Milan: Bocconi University.
- Pesaran, M. H. (2006). “Estimation and inference in large heterogeneous panels with a multifactor error structure.” *Econometrica*, 74(4), 967–1012.

- Phillips, P. C. B., & Sul, D. (2003). "Dynamic panel estimation and homogeneity testing under cross section dependence." *Econometrics Journal*, 6(1), 217–259.
- PNUD. (2010). *Rapport sur le développement humain 2010 : La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain*, Édition du 20<sup>e</sup> anniversaire, New York : PNUD.
- PNUD. (2015). *Rapport sur le développement humain 2015 : Le travail au service du développement humain*, New York : PNUD.
- Prasetyo, A.D., & Zuhdi, U. (2013). "The government expenditure efficiency towards the human development". *Procedia Economics and Finance*, 5, 615-622.
- Preker, A. S., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W., & Arhin-Tenkorang, D. (2002). "Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness". *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 143-150.
- Pritchett, L. (2001). "Where has all the education gone?" *World Bank Economic Review*, 15(3), 367–391.
- Pritchett, L., & Summers, L. H. (1996). "Wealthier is healthier." *Journal of Human resources*, 31(4), 841–868.
- Rajkumar, A. S., & Swaroop, V. (2008). "Public spending and outcomes: Does governance matter?" *Journal of Development Economics*, 86(1), 96–111.
- Rasera, J. B. (2005). "L'éducation en Afrique subsaharienne. Les indicateurs d'efficience et leur utilisation politique". *Revue tiers monde*, 2(182), 407-426.
- République du Mali. (1999). *Loi 99 – 046 du 28 décembre 1999 Portant loi d'orientation sur l'éducation*. Bamako : République du Mali, Disponible à : <https://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/mali-loi1999.htm>
- Riddell, A., & Niño-Zarazúa, M. (2016). "The effectiveness of foreign aid to education: What can be learned?". *International Journal of Educational Development*, 48, 23-36.
- Rogoff, K. (1990). "Equilibrium political budget cycles". *American Economic Review*, 80(1), 21–36.
- Rogoff, K., & Sibert, A. (1988). "Elections and macroeconomic policy cycles". *Review of Economic Studies*, 55(1), 1–16.
- Romer, P. M. (1986). "Increasing returns and long-run growth." *Journal of Political Economy*, 94(5), 1002–1037.
- Romer, T., & Rosenthal, H. (1979). "The elusive median voter". *Journal of Public Economics*, 12(2), 143-170.
- Ruof, M. C. (2004). "Vulnerability, vulnerable populations, and policy", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 14(4), 411-425.
- Samuelson, P. A. (1954). "The pure theory of public expenditure." *Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387-389.
- Schieber, G., & Maeda, A. (1999). "Health care financing and delivery in developing countries: Developing countries, which contain 84 percent of the world's population, claim only 11 percent of the world's health spending". *Health Affairs*, 18(3), 193-205.
- Schultz, T. W. (1961). "Investment in human capital." *American Economic Review*, 51(1), 1–17.
- Sekhri, N., & Savedoff, W. (2005). "Private health insurance: Implications for developing countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), 127-134.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : Développement, justice, liberté*. Paris : Odile Jacob.
- Shivayogi, P. (2013). "Vulnerable population and methods for their safeguard". *Perspectives in Clinical Research*, 4(1), 53-57.

- Siddiqi, A., Rajaram, A., & Miller, S. P. (2018). "Do cash transfer programmes yield better health in the first year of life? A systematic review linking low-income/middle-income and high-income contexts". *Archives of Disease in Childhood*, 103(10), 920-926.
- Simar, L., & Wilson, P. W. (2007). "Estimation and inference in two-stage, semi-parametric models of production processes". *Journal of Econometrics*, 136(1), 31-64.
- Skocpol, T. (1991). "Targeting within universalism: Politically viable strategies to combat poverty in the US In C". The Urban Underclass, Washington, DC: Brookings Institution.
- Srinivasan, A. (1989). "Measuring state and local fiscal capacities in the Southeast". *Economic Review-Federal Reserve Bank of Atlanta*, 74(5), 36-46.
- Srivastava, P. (2005). "Poverty targeting in India". In Weiss, J. (ed). *Poverty Targeting in Asia*, pp.34-78, Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Suescún, R. (2007). "The role of fiscal policy in human development and growth". LAC Regional Study, Washington DC: World Bank.
- Summers, A. A., & Johnson, A. W. (1996). "The effects of school-based management plans". In Hanushek, E. A., & Jorgenson, D. W., (eds). *Improving America's schools: The role of incentives*, pp75-96, Washington DC: National Academies Press.
- Sun, D., Ahn, H., Lievens, T., & Zeng, W. (2017). "Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries". *PloS One*, 12(3), e0173346
- Sylwester, K. (2000). "Income inequality, education expenditures, and growth." *Journal of Development Economics*, 63(2), 379-398.
- Tadenyo, Y. (2015). "Impact des chocs des taux d'intérêt de la BCEAO sur l'évolution de l'inflation dans la zone UMOA: Implications pour la poursuite d'un objectif de stabilité des prix." *Revue économique et monétaire* (18), Dakar : BCEAO.
- Thieme, C., Giménez, V., & Prior, D. (2012). "A comparative analysis of the efficiency of national education systems". *Asia Pacific Education Review*, 13(1), 1-15.
- Tilak, J. B. (2008). "Transition from higher education as a public good to higher education as a private good: The saga of Indian experience". *Journal of Asian Public Policy*, 1(2), 220-234.
- Tournier, B., & Gottelmann-Duret, G. (2015). *Allocation et utilisation des enseignants*. Dakar : UNESCO, Institut international de planification de l'éducation.
- UNDP Bureau régional pour l'Afrique (UNDP BRA). (2016). *Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 : Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes en Afrique*. New York : UNDP.
- UNDP. (2015a). *Human Development Report 2015: Work for Human Development*. New York: UNDP.
- UNDP. (2015b). *Technical Notes, Human Development Report*. New York: UNDP.
- UNDP. (2016). *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. New York: UNDP.
- UNESCO. (1990). *Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous & Cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux*. Paris : UNESCO.
- UNESCO. (2011). *Le financement de l'éducation en Afrique subsaharienne : Relever les défis de l'expansion, de l'équité et de la qualité*. Montréal : Institut de statistique de l'UNESCO.
- UNESCO. (2014a). *Politiques et pratiques relatives aux enseignants dans la perspective de l'Éducation pour Tous : Etude de cas du Burkina Faso, du Sénégal et du Togo*. Paris : UNESCO.

- UNESCO. (2014b). *Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2013/4 : Enseigner et apprendre : Atteindre la qualité pour tous*. Paris : UNESCO.
- UNESCO. (2016). *Rapport mondial de suivi sur l'éducation : Résumé sur l'égalité des genres. Créer des avenir durables pour tous*. Paris : UNESCO.
- Universalia Management Group (UMG). (2019). *Summative Evaluation of GPE's Country-level Support to Education – Togo*. Washington DC: Global Partnership for Education.
- USAID. (2004). *Unsafe schools: A literature review of school-related gender-based violence in developing countries*. Arlington: USAID, Development and Training Services (DTS) and Wellesley Centers for Research on Women.
- Van Malderen, C., Amouzou, A., Barros, A. J., Masquelier, B., Van Oyen, H., & Speybroeck, N. (2019). "Socioeconomic factors contributing to under-five mortality in sub-saharan Africa: A decomposition analysis". *BMC Public Health*, 19(760), 1-19.
- Vinokur, A. (2004). "Public, privé, ou hybride? L'effacement des frontières dans l'éducation." *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 3, 13-33.
- Wagstaff, A. (2002). "Poverty and health sector inequalities." *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 97–105.
- Weiss, J. (2005). "Experiences with poverty targeting in Asia: An overview". In Weiss, J. (ed). *Poverty Targeting in Asia*, pp.1-33, Cheltenham and Northampton: Edward Elgar
- Westerlund, J. (2005). "New simple tests for panel cointegration." *Econometric Reviews*, 24(3), 297–316.
- Westerlund, J. (2007). "Testing for error correction in panel data." *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 69(6), 709–748.
- Windham, D. M. (1992). *Education for All: The Requirements. World Conference on Education for All (Jomtien, Thailand, March 5-9, 1990). Monograph III. Roundtable Themes III*. Paris: UNESCO Press.
- Witter, S. (2002). "Health financing in developing and transitional countries". Briefing Paper for OXFAM, York: University of York.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Public Financing for Health in Africa: From Abuja to the SDGs*. WHO/HIS/HGF/Tech. Report/16.2. Geneva: World Health Organization.
- Worthington, A. C. (2001). "An empirical survey of frontier efficiency measurement techniques in education". *Education Economics*, 9(3), 245-268.
- Yogo, T. U. (2017). "Assessing the effectiveness of foreign aid in the education sector in Africa: The case of primary education". *African Development Review*, 29(3), 389-402.