

PMMA Network Session Paper

Bénéfices révélés et ciblage des pauvres dans les dépenses publiques au Cameroun

Kamgnia Dia Bernadette
Leunkeu Wangun Simon
Tatsinkou Christophe
Afor Josephine



*A paper presented during the 5th PEP Research Network General Meeting,
June 18-22, 2006, Addis Ababa, Ethiopia.*

BENEFICES REVELES ET CIBLAGE DES PAUVRES DANS LES DEPENSES PUBLIQUES AU CAMEROUN

Présenté par :

Kamgnia Dia Bernadette

Université de Yaoundé II, Cameroun

Leunkeu Wangun Simon

INS, Cameroun

Tatsinkou Christophe

INS, Cameroun

Afor Josephine

Université de Yaoundé II

Introduction

Un problème commun à bon nombre de pays africains au sud du Sahara depuis la fin des années 80 est la grande pauvreté. Selon les estimations de la Banque mondiale (2000), de 217,2 millions de personnes vivant avec moins de 1 dollar par jour en Afrique subsaharienne en 1987, l'on est passé à 290,9 millions en 1998, soit un accroissement de 34% en douze ans. Au cours de cette période, en Asie du Sud, l'on est passé de 474,4 millions à 522 millions, soit un accroissement de 10% seulement. En Asie de l'Est et Pacifique, la pauvreté a plutôt régressé. Le nombre d'individus vivant avec moins de 1 dollar par jour a chuté de 452,4 millions en 1990 à 265,1 millions en 1996. En fait, pour le PNUD (2001), l'Afrique subsaharienne reste à la traîne des autres : non seulement la pauvreté monétaire et humaine y demeure considérable, mais le taux d'alphabétisation des adultes y est encore de 60%, et l'espérance de vie à la naissance n'est toujours que de 48,8 ans. Ainsi, les pays de l'Afrique subsaharienne constituent à majorité la classe des pays à indicateur de développement humain (IDH) faible et les quelques pays à IDH moyen ne se retrouvent qu'en fin de liste dans la classe.

Le Cameroun se classe parmi les pays à indicateur de développement humain moyen avec un IDH variant au tour de 0,500 depuis les années 90. Toutefois, la pauvreté monétaire y reste préoccupante, à s'en tenir aux estimations faites au cours des années 90. D'abord la Direction de la statistique et de la comptabilité nationale (DSCN) (1996), sur la base des données de l'ECAM, a estimé l'incidence de la pauvreté à 53,3%, étant donné un seuil de pauvreté de 148000 FCFA. Ensuite, Kamgnia et Timnou (2000) utilisant la même base de données et ne considérant que la méthode de l'énergie nutritive ont déterminé une incidence nationale de 56,04%, correspondant à un seuil de 106434 FCFA. Enfin, Fambon et al (2000) suivant la méthode des « coûts en besoins essentiels », ont obtenu une incidence de 60% avec un seuil de pauvreté de 136236 FCFA.

Certes, la récente enquête camerounaise auprès des ménages, réalisée par la DSCN (2001) a révélé une amélioration des conditions de vie des ménages comparativement à celles des années 90. En effet d'après les estimations faites par la DSCN (2001), l'incidence de la pauvreté est passée de 53,3% en 1996 à 40,2 en 2001, soit une baisse

de 13,1 points. Cependant, bien qu'elle ait significativement régressé, l'incidence de la pauvreté demeure encore élevée.

Le niveau élevé de l'incidence de la pauvreté a justifié, d'abord l'accession du Cameroun à l'Initiative de pays pauvres très endettés (PPTE), puis son adoption du Document de stratégie de lutte contre la pauvreté (DSRP), dans un objectif de réduire la pauvreté à l'horizon 2015. Les politiques à mettre en œuvre sont des plus variées, touchant aux aspects sociaux, aux aspects économiques et politiques. S'agissant de la politique social en particulier, une grande priorité est accordée (i) à l'effectivité et à la qualité de la dépense publique, et (ii) au développement des secteurs prioritaires de la santé et de l'éducation. Aussi convient-il d'appréhender l'incidence des avantages entraînés par les dépenses publiques dans les secteurs de la santé et de l'éducation, ce que nous proposons de faire dans la présente étude.

Problématique

Depuis le milieu des années 80, le Cameroun fait face à une crise économique qui est allée s'aggravant (ainsi que le révèlent les colonnes 2 et 3 du Tableau 1) dans un contexte politique en profonde mutation. Les difficultés de trésorerie conséquentes ont amené l'Etat à prendre une série de mesures dans le cadre des accords avec les institutions de Bretton woods en vue de stabiliser les finances publiques. En somme, il a été nécessaire de réduire les dépenses (un certain seuil ne pouvant être dépassé sans mettre en péril l'État et la nation) et accroître les recettes (les contraintes internes et externes étant nombreuses). Engagé dans un processus d'ajustement interne, l'Etat a accumulé des arriérés considérables auprès des entreprises diverses et autres créanciers dont les fonctionnaires qui en plus des impayés de salaires connaissent régulièrement des retards de paiement. Les crédits de campagnes se sont accumulés, la dette des services postaux aussi. Vis à vis de l'extérieur, les engagements financiers ne sont plus régulièrement honorés, les rééchelonnements et autres compromis n'arrivant pas à résoudre véritablement le problème de crise de liquidité qui perdure. Une étude de la Banque mondiale (1995) montre que le niveau de vie du camerounais au cours des années 90 reste pratiquement le même qu'il y a 30 ans.

Une action d'envergure dès 1987 s'est concrétisée par la signature en 1988 du premier plan d'ajustement structurel (PAS). Ce plan, tout en visant l'amélioration à terme des conditions de vie des ménages, a comme premier objectif la stabilisation des indicateurs macro-économiques. Il est d'ailleurs immédiatement complété par un important volet intitulé « Dimension sociale de l'ajustement ». Malheureusement, au début des années 1990, les conditions de vie des ménages se sont d'avantages détériorées et plusieurs fois la sonnette d'alarme a retenti (croissance négative et chute drastique des investissements au Tableau 1). A cette phase, le remboursement de la dette extérieure demeure la priorité, et au plan intérieur, les préoccupations restent tournées vers certains aspects macroéconomiques du développement.

Tableau 1: Evolution des indicateurs de performance macro-économique au Cameroun de 1976 à 2001

Secteur	Période			
	1976-1984	1985-1993	1994-1996	1997-2001
% de croissance du PIB	8,2	-0,6	3,4	4,6
Secteur primaire	3,0	1,4	0,8	2,2
Secteur secondaire	20,3	-3,2	-5,0	1,3
Secteur tertiaire	5,1	0,6	8,7	6,8
Consommation	6,5	0,7	2,6	2,4
Investissement global	14,5	-8,0	-0,8	7,5
Investissement public	19,5	-10,3	5,1	5,1
Investissement privé	13,2	-6,7	-1,9	6,3

Source : le DSRP camerounais (provisoire 2002)

Au cours de cette période, le Cameroun est passé du rang des pays à revenus intermédiaires à celui des pays à revenus intermédiaires faibles. En outre les PAS se sont multipliés, et des mesures plus draconiennes ont dues être appliquées, en occurrence de forte baisse de salaires (1993) et la dévaluation du franc CFA (1994). En dernier ressort une Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée (FASR) a été signée (1995), et on observe ces dernières années un rétablissement de la croissance de l'économie (près de 5% par an) comme l'illustrent les Tableaux 1 et 2.

Tableau 2 : Croissance du PIB réel de 1994 à 2001

Années	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Taux de croissance du PIB	3,3	5,0	5,1	5,0	4,4	4,2	5,2

Source : le DSRP camerounais (provisoire 2002) et world Table (World Bank, CDROM 2002)

L'impact sur les ménages reste cependant à peine perceptible. La croissance du PIB réel n'était pas assez importante pour soutenir une augmentation notable des dépenses publiques dans les secteurs sociaux essentiels tels que l'éducation, la santé, des infrastructures, l'emploi et le secteur rural, comme indiqué dans le tableau 3.

Tableau 3 : Evolution du pourcentage des dépenses publiques sur les secteurs sociaux clefs

Secteur	Période	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Education		18,1	16,4	17,9	18,1	18,0	23,1
Santé		4,7	4,7	5,6	5,6	5,3	6,6
Infrastructures		7,6	11,4	12,2	10,9	9,9	11,0
Emploi et développement		1,1	1,0	0,7	0,9	0,9	1,0
Secteur rural		4,3	4,2	4,5	4,5	3,9	4,3

Source : le DRSP camerounais (provisoire 2002)

Afin d'atteindre les objectifs du millénaire, le Cameroun a réalisé d'importantes réformes et d'autres sont progressivement mises en place. Les secteurs spécifiques de la santé et de l'éducation ont fait chacun l'objet d'une stratégie sectorielle assortie d'un plan d'actions détaillé qui sont en cours de mise en œuvre. Les objectifs poursuivis par les autorités dans ces deux secteurs visent à accroître quantitativement et qualitativement l'offre des prestations et à améliorer leur accessibilité aux populations bénéficiaires. La question est de savoir dans quelle mesure y arrive-t-on. En effet, un certain nombre de questions reste à être élucidé.

Questions de recherche

La réponse à la question globale requiert l'évaluation de deux questions principales que sont :

- 1) Quel est le degré de ciblage des dépenses publiques de santé et d'éducation au Cameroun ?
- 2) Quels liens établir entre le bien être et la satisfaction à l'usage des services publics de santé et d'éducation?

Des questions subsidiaires sont :

- (i) Quel est le bénéfice réellement acquis du recours aux services publics de santé et d'éducation ?
- (ii) Quel est le contenu équité des bénéfices réels ?

- (iii) Quel est le degré de satisfaction des usagers quant à la qualité des prestations de services ?
- (iv) Quelle est la corrélation entre satisfaction et bien être à l'usage des services publics de santé et d'éducation ?
- (v) La satisfaction des usagers est-elle conforme aux préoccupations d'équité à l'offre des services publics de santé et d'éducation ?

Objectifs et hypothèses de recherche

Dans le but d'appréhender le degré de satisfaction des individus du recours aux services publics de santé et d'éducation ciblant les pauvres, cette étude se propose d'évaluer deux objectifs principaux :

- 1) analyser le degré de ciblage réel des pauvres dans les dépenses publiques de santé et d'éducation au Cameroun ;
- 2) caractériser les liens existant entre le bien être et la satisfaction à l'usage des services publics de santé et d'éducation.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- (i) évaluer la part du budget réellement mis à la disposition des usagers ;
- (ii) déterminer le contenu équité du bénéfice réellement acquis ;
- (iii) quantifier la satisfaction révélée à l'usage des services publics ;
- (iv) établir la corrélation entre le degré de satisfaction et le bien-être des ménages.

Méthode d'analyse

Les dépenses publiques dont la présente étude se propose d'analyser les bénéficiaires révélés sont relatives principalement aux secteurs de la santé et de l'éducation, secteurs sociaux prioritaires retenus dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DRSP) camerounais. Pour chacun de ces secteurs, il sera examiné l'incidence des dépenses moyennes pour évaluer la manière dont les dépenses de santé et d'éducation affectent différents groupes de revenu au Cameroun. L'analyse de l'incidence, basée sur l'analyse du coût des services fournis indépendamment du service que les bénéficiaires reçoivent réellement, sera complétée par une analyse de la satisfaction révélée par ces derniers à l'usage des services de santé et d'éducation au Cameroun. Les données requises seront obtenues essentiellement de deux sources : i) la deuxième enquête

camerounaise auprès des ménages (ECAM 2), qui date de 2001 ; et ii) l'enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé, réalisée en 2003-2004.

Détermination du bénéfice réellement acquis

Le budget réellement mis à la disposition du public sera estimé par la formule générale suivante :

$$X = (B^f t^f - D) + B^i t^i$$

Où X est le montant des dépenses publiques dont bénéficient les usagers

B^f le budget de fonctionnement voté en début d'exercice

B^i le budget d'investissement voté en début d'exercice

t^f le taux d'exécution du budget de fonctionnement

t^i le taux d'exécution du budget d'investissement

D les dépenses supplémentaires non réglementaires auxquelles les usagers sont astreints.

La part des dépenses dont bénéficient les usagers est :

$$x = \frac{(B^f t^f - D) + B^i t^i}{(B^f + B^i)}$$

En situation idéale, $t^f = t^i = 100\%$, $D = 0$, par conséquent $X = B = (B^f + B^i)$

Analyse du contenu équité des dépenses publiques de santé et d'éducation

a) L'incidence moyenne

Il s'agit pour nous de mesurer l'incidence de l'ensemble des dépenses publiques relatives aux services publics soumis à l'analyse. Cette approche combine les

informations relatives au coût unitaire des services publics considérés aux indicateurs binaires d'utilisation desdits services. Ces indicateurs doivent provenir de la deuxième enquête camerounaise auprès des ménages, qui permet une analyse par quintiles. La méthodologie opérationnelle que l'étude se propose d'adopter est conforme à celle développée par Demery (2003).

Pour le cas spécifique des dépenses publiques consacrées à l'éducation, la mesure des avantages obtenus desdites dépenses peut être formalisée de la manière suivante :

$$X_j = \sum_{i=1}^3 E_{ij} \frac{S_i}{E_i} = \sum_{i=1}^3 \frac{E_{ij}}{E_i} S_i$$

Où X_j est le montant des dépenses d'éducation dont bénéficie le groupe j, S et E se réfèrent respectivement aux dépenses d'éducation et au nombre d'élèves/étudiants bénéficiaires des services publics d'éducation, et le paramètre i indique le niveau d'éducation (trois niveaux sont considérés : le primaire, le secondaire et le supérieur).

La part des dépenses totales d'éducation imputée au groupe j (x_j) est :

$$x_j = \sum_{i=1}^3 \frac{E_{ij}}{E_i} \left(\frac{S_i}{S} \right) = \sum_{i=1}^3 e_{ij} s_i$$

Le cas des dépenses publiques de santé a été étudié par Castro-Leal et al. (2000). Ces auteurs définissent l'incidence-avantage des dépenses publiques sur un service de santé donné au j-ème groupe de ménages en termes de :

$$X_j = \sum_{i=1}^L H_{ij} \left(\frac{S_i}{H_i} \right) = \sum_{i=1}^L \frac{H_{ij}}{H_i} S_i$$

Où X_j est la valeur de la subvention de santé totale imputée au groupe j ;

L est le nombre de niveaux observés dans le système de santé du pays considéré ;

H_{ij} est le nombre des visites du groupe j au i-ème service de santé ;

H_i est le nombre total de visites au i-ème service de santé pour l'ensemble des groupes ;

S_i définit les dépenses nettes du gouvernement sur les services de santé au niveau i.

Par ailleurs, la part de subvention nette revenant au j-ème groupe est déterminée en spécifiant X_j relativement à la subvention totale du gouvernement au secteur de santé, soit l'expression suivante :

$$x_j = \sum_{i=1}^L \frac{H_{ij}}{H_i} \left(\frac{S_i}{S} \right) \equiv \sum_{i=1}^L h_{ij} s_i$$

Avec h_{ij} définissant le nombre relatif du groupe en ce qui concerne les consultations médicales totale à chaque niveau de service de santé ; et

s_i la part de subvention totale nette du gouvernement revenant au niveau de services de santé.

En général, les bénéficiaires ainsi identifiés sont représentés de plusieurs manières pour permettre de déterminer si les dépenses publiques sous-jacentes sont progressives (réduction d'inégalité) ou régressives (augmentation d'inégalité) et si elles définissent un meilleur moyen pour le transfert des bénéficiaires au pauvre relativement à d'autres types de programmes d'aide publique. Des représentations appropriées sont les courbes de concentration. Ces courbes sont construites pour le bénéfice estimé.

La distribution d'un service social serait progressive si la courbe de concentration des avantages est entièrement au-dessus de la courbe de Lorenz, étant donné qu'il est plus égalitaire que les dépenses de consommation (ou indices de richesse). Une progressivité per capita est obtenue si la courbe de concentration des bénéficiaires est au-dessus de la ligne à 45 degrés de sorte que le programme profite plus au pauvre qu'au non-pauvre. Un programme régressif a la courbe de concentration de ses bénéficiaires au-dessous de la courbe de Lorenz. Quant les courbes se croisent, d'autres indicateurs de bien-être comme le coefficient de Gini doivent être utilisés pour déterminer l'impact distributionnel du service de santé considéré.

Le bénéfice réel dont il est question est celui émanant de la traçabilité des dépenses publiques. En effet, Kamgnia (2004) avait appréhendé les effets redistributifs des dépenses publiques de santé en se basant sur les dotations budgétaires du Ministère de la Santé Publique. Mais, il n'est pas à ignorer que l'exécution des budgets donne lieu à des déperditions considérables. Aussi, doit-on s'attendre à ce qu'une fraction fortement réduite des dotations revienne effectivement aux bénéficiaires. Un bénéfice déterminé de la traçabilité, et donc un certain bénéfice révélé des dépenses publiques devrait

permettre de décrire plus significativement les effets redistributifs des dépenses publiques.

En outre, il est important de connaître l'augmentation différentielle de la part des dépenses destinée à un quintile donné par suite d'une variation marginale des dépenses consacrées au programme. Aussi, convient-il d'étendre l'analyse d'incidence à celle de l'incidence marginale.

b) L'incidence marginale

L'analyse de l'incidence marginale des avantages permet d'examiner la distribution des avantages marginaux produits par l'expansion du programme pour différents groupes de revenus, et s'établit par conséquent comme un complément utile à l'analyse moyenne dans le cas présent. En effet, une bonne conduite des stratégies de réduction de la pauvreté se fonde, non pas seulement sur le contenu équité des programmes, mais aussi sur le comportement des individus ciblés par suite des modifications marginales.

Nous nous proposons d'adopter la méthodologie de Ravallion et Lanjouw (1999) en ce qui concerne le calcul des avantages marginaux. En particulier, ces auteurs basent leurs calculs sur les taux de participation par quintile, considérant les trois étapes suivantes.

(i) Calcul du taux de participation moyen pour un quintile : le taux de participation moyenne est simplement le nombre de ménages participants (ou d'individus participants) dans un quintile donné, divisé par le nombre total de ménages (ou d'individus) de ce quintile.

(ii) Calcul du ratio des probabilités moyennes de participation : il est fourni par le rapport du taux de participation moyen d'un quintile et du taux de participation moyen général (par exemple, le taux de participation du quintile divisé par le taux de participation moyen de la population).

(ii) Calcul du ratio des probabilités marginales de participation (MOP, *Marginal Odds of Participation*) : il se définit comme l'incrément du taux de participation d'un

quintile associé à un changement global du taux de participation au programme. Les différences entre les probabilités moyennes et marginales traduisent les différences d'effets marginaux. Si la probabilité moyenne est directement obtenue des données collectées, la probabilité marginale s'obtient comme le coefficient de la régression du taux de participation moyen de quintile des régions sur le taux de participation moyen des régions.

Cependant, la régression ainsi définie donne lieu à un modèle à variable explicative endogène, et donc à entretenir des biais d'endogénéité. Une solution est de recourir à la méthode des variables instrumentales ; avec pour instruments le taux de participation moyen exclusif ou «leave-out mean» participation rate. Il correspond au taux de participation moyen de la région pour un quintile donné, à l'exclusion du taux de participation pour un quintile spécifique (qui est utilisé comme la variable dépendante de la régression). En fait, l'utilisation de la moyenne exclusive (« leave-out ») garantit que la corrélation de la variable indépendante et du terme d'erreur a bien une espérance mathématique égale à zéro, condition nécessaire pour éviter que l'estimation des variables instrumentales soit faussée.

Il est à noter que cette technique requiert l'estimation de régressions spécifiques à chaque quintile pour toutes les régions, ce qui donne un ensemble de cinq coefficients de régression (un pour chacun des cinq quintiles). Les différences de taux de participation au programme entre les régions sont alors utilisées pour identifier les effets des augmentations de dépenses du programme sur les taux de participation des pauvres.

Analyse de la satisfaction révélée à l'usage des services de santé et d'éducation

Cette analyse vise à apprécier la qualité des services auxquels les pauvres ont accès. Pour ce faire, il sera quantifié la satisfaction des usagers, dont les pauvres des services de santé et d'éducation au Cameroun aux fins de disposer d'un indicateur de satisfaction. La démarche méthodologique employée est similaire à celle que Sahn (2001) propose pour la construction d'un indicateur alternatif de bien-être en absence de données sur les revenus et/ou dépenses de consommation.

Suivant cette démarche, la construction de l'indicateur de satisfaction peut être formalisée de la manière suivante :

$$S_i = \beta_1 s_{i1} + \beta_2 s_{i2} + \beta_3 s_{i3} + \dots + \beta_k s_{ik}$$

Où S_i est l'indice de satisfaction, les s_{ik} sont les appréciations des ménages de l'usage des services de santé ou d'éducation, et les β_k sont des pondérations. Plutôt que de fixer de manière arbitraire la valeur des pondérations, celle-ci est déterminée à partir de l'ensemble des données sur les appréciations des ménages de l'usage des services de santé ou d'éducation par le moyen une analyse factorielle des correspondances multiples (ACM).

Les appréciations prises en compte dans la construction de l'indicateur de satisfaction pour le cas spécifique des services de santé sont relatives entre autres aux éléments suivants : l'accueil dans la formation sanitaire, le temps d'attente, la consultation, l'état des infrastructures, les conditions d'hygiène et salubrité etc. Pour le cas des services d'éducation les variables à prendre en compte sont relatives à la qualité des enseignements reçue par les élèves, à l'état des infrastructures, aux conditions d'hygiène et de salubrité etc.

Le croisement des quintiles de l'indicateur ainsi construit à ceux du revenu des ménages révélera la proportion de pauvres ayant accès aux différents niveaux de qualité des services considérés. Le test de Chi2 révélera l'existence ou la non existence d'un lien entre le degré de satisfaction est le bien-être. Par ailleurs, le contenu-équité de la qualité des services sera mis en évidence à travers les courbes de Lorenz. Il s'agira plus précisément de construire les courbes de concentration pour les indices de satisfaction déterminés préalablement. Si la courbe de concentration des indices de satisfaction se trouve entièrement au dessus de la courbe de Lorenz, on dira que les pauvres ont accès aux services de santé et/ou éducation de bonne qualité. Par contre si cette courbe se trouve en dessous de la courbe de Lorenz, alors on conclura que les services de meilleure qualité profitent plus aux riches qu'aux pauvres.

Description des sources de données

Les données nécessaires pour cette étude sont issues principalement de la deuxième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM-II) réalisée en 2001 et de l'enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires (PETS) dans les secteurs de la santé et de l'éducation réalisée en 2003-2004.

L'ECAM-II fournit certaines informations nécessaires aux analyses décrites ci-dessus telles que les données sur les dépenses des ménages et l'utilisation des services de santé et d'éducation par ces derniers. Le PETS quant à lui fournit des données budgétaires du gouvernement pour les différents secteurs considérés, ainsi que des informations liées à la qualité des prestations offertes en matière de santé et d'éducation. En effet, la méthodologie retenue pour mener le PETS a consisté, dans chacun des secteurs considérés, à coupler deux types d'enquêtes sur un échantillon repartit sur 12 zones d'enquête dont les villes de Yaoundé et Douala, en plus des 10 provinces du pays à savoir i) un volet sur le suivi de la dépense budgétaire et ii) un volet sur l'évaluation du degré de satisfaction des populations bénéficiaires des prestations offertes. Il convient de noter que la méthodologie retenue pour appréhender les aspects liés à la satisfaction des bénéficiaires s'est appuyée sur les travaux de l'ECAM-II réalisée en 2001 sur toute l'étendue du territoire national, auprès d'un échantillon représentatif d'environ 12000 ménages.

Dans le secteur de la santé, l'échantillon de l'enquête comporte plusieurs unités d'enquête : les services centraux et extérieurs, les formations sanitaires pour les aspects budgétaires, les patients et les ménages pour le volet satisfaction des bénéficiaires des prestations. Le tirage des unités de l'échantillon s'est fait suivant un plan de sondage stratifié à un ou plusieurs degrés suivant le type d'unité à enquêter. Au total, ont été enquêtés : 46 services de santé, 144 formations sanitaires, 1512 ménages et 1440 patients. Les informations recueillies dans le secteur de la santé sont des plus variées, touchant aux aspects liés à la traçabilité de la dépense publique de santé, aux caractéristiques de l'offre de services de santé, aux caractéristiques de la demande de services de santé.

S'agissant du secteur de l'éducation, l'enquête a porté sur : 123 services extérieurs du Ministère de l'éducation nationale, 98 contrôles de finances, 720 écoles primaires, et 432 établissements secondaires dont 324 dans l'enseignement secondaire général et 108 dans l'enseignement secondaire technique. Les données de l'enquête menée dans le secteur de l'éducation sont relatives à la traçabilité de la dépense publique d'éducation, aux caractéristiques de l'offre des services d'éducation, aux caractéristiques de la demande de services de l'éducation.

Intérêt de l'étude

Les études réalisées jusqu'à lors sur l'impact redistributif des dépenses publiques ont basé leurs analyses sur les données budgétaires telles qu'elles apparaissent dans la loi de finance, élaborée en début d'exercice budgétaire, à l'exemple de Kamgnia (2004). Or, il existerait un gap entre le budget voté en début d'exercice pour un projet social donné et le montant qui parvient réellement aux bénéficiaires. Ainsi l'analyse de l'incidence des dépenses publiques ne devrait pas considérer les allocations budgétaires définies en amont, mais la part du budget réellement mis à la disposition du public. L'enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires (PETS) réalisée en 2004 révèle un gap de 31.3% entre le budget voté et le budget exécuté dans le secteur de la santé. Ce taux s'établit à 3% dans le secteur de l'éducation. Il serait illusoire d'assimiler le taux d'exécution du budget à la part du budget qui parvient réellement aux bénéficiaires. En effet, d'après le PETS (2004) les usagers, pour avoir droit à des services tant de santé que d'éducation, sont astreints à des dépenses supplémentaires non réglementaires, qui en principe relèvent du budget de ces secteurs.

Le fait des dépenses supplémentaires auxquelles les usagers sont astreints a pour effet de limiter l'accès des populations démunies aux soins de santé modernes au profit des soins traditionnels et/ou de l'automédication. Une enquête conduite par l'OCEAC en 1997 indique que pour n'importe quelle maladie au Cameroun, les individus recourent pour la plupart au système de services de santé structuré (47%), puis à l'automédication (44%) et accessoirement aux parents et amis (8%) et aux guérisseurs traditionnels (1%). Concernant les soins prénatals, 79% des cas observés dans l'enquête DHS 1998 ont été

satisfaits par les services de services de santé modernes, tandis que 20% ont recouru à l'automédication et 1% aux services traditionnels (Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire ; 1998).

La prise en compte de ces dépenses supplémentaires permettra d'estimer la part du budget réellement mis à la disposition du public.

Par ailleurs, il est intéressant de savoir non pas seulement si les dépenses publiques sont progressives ou non au Cameroun, mais aussi de s'interroger sur la qualité des services publics auxquels les pauvres, en particulier, ont accès. La présente étude se propose d'analyser la satisfaction révélée des bénéficiaires, dont les pauvres, à l'usage des services publics dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

Le Cameroun a, comme bon nombre de pays africains au sud du Sahara, adopté son Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté. Si les stratégies se recentrent sur les projets sociaux, il est important de se soucier de l'effectivité et de l'efficacité de ceux-ci dans la réduction de la pauvreté.

Faisant suite à la traçabilité des dépenses publiques, une appréhension du contenu équité des bénéfices acquis, ainsi que le degré de satisfaction des bénéficiaires doivent permettre de réorienter les politiques de réduction de la pauvreté.

Les résultats de cette étude devraient aider à modifier les décisions d'exécution des budgets et des projets de réduction de la pauvreté au Cameroun, et par conséquent fournir un cadre de suivi des programmes ciblant les pauvres. Il ne s'agira pas nécessairement d'accroissement des budgets, mais d'aboutir à des recommandations pour l'exécution effective et efficace de ceux-ci.

Les stratégies de dissémination des résultats:

- ❑ Exploitation des résultats de recherche sous forme de publications individuelles et/ou collectives dans des revues aussi bien nationales qu'internationales.
- ❑ 2 séminaires au département d'Economie Publique à l'intention des doctorants, pour la discussion des résultats intérimaires.
- ❑ Organisation d'un séminaire nationale pour la restitution des résultats définitifs

Chronogramme de réalisation de l'étude

Activités diverses	Durée
Revue détaillée de la littérature	2 mois
Collecte des données secondaires	2 mois
Traitement des données et analyse sommaire	3 mois
Rédaction du rapport intérimaire	1,5 mois
Analyse complémentaire des résultats	2 mois
Rédaction du rapport final	1 mois
Présentation du rapport final	0,5 mois

Références bibliographiques

Addison T. and A. Rahman. 2001. *Why is so Little Spent on Educating the Poor?* Discussion Paper No. 2001/29. World Institute for Development and Economic Research.

Baker J. L. and M. E. Grosh 1997. *Measuring the Effects of Geographic Targeting on Poverty Reduction*, Living Standards Measurement Study Working Paper Number 99, Reprint, The World Bank.

Balmori, H. H. 2003. *Gender and Budgets: Overview Report*, Institute of Development Studies, February.

Banque Mondiale. 2003. *Guide pour l'analyse des impacts sur la pauvreté et le social*, Washington D.C.

Besley, T.J. and R. Kanbur. 1988. "The principles of targeting", in *Including the Poor*, ed. M. Lipton and J. van der Gaag, Washington, D.C., U.S.A., the World Bank.

Bevan, D. and G. Palomba. 2000. *Uganda: the Budget and Medium-Term Expenditure Framework Set in a Wider Context*. Background paper for World Bank's Poverty Reduction Support Credit. Department of International Development, World Bank.

Cameroun. 2003. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, Yaoundé.

Cameroun/ Institut National de Statistiques. 2004. Enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation, et de la Santé, Vol 1, Méthodologie, Yaoundé.

Cameroun/ Institut National de Statistiques. 2004. Enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation, et de la Santé , Vol 2, Rapport Principal :phases 1 et 2 (version provisoire), Yaoundé.

Çagatay N., M. Keklik, R. Lal, and J. Lang. 2000. "Budgets as if people mattered: democratizing macroeconomic policies", United Nation Development Programme/SEPED Conference Paper Series.

Canagarajah S. and Xiao Ye. 2001. "Public Health and Education Spending in Ghana in 1992-1998: Issues of Equity and Efficiency", *The World Bank, Working Paper Series* 2501-2600.

Castro-Leal, F., Dayton J., Demery L., and Mehra K. 1999. "Public Spending in Africa: Do the Poor Benefit?", *The World Bank Research Observer*, vol 14, n° 1.

Chu, K-Y, H. Davoodi and S. Gupta. 2000. "Income Distribution and Tax, and Government Social Spending Policies in Developing Countries", Working Paper No.214, World Institute for Development and Economic Research, Helsinki.

Cox, D. and E. Jemenez. 1992. "Social Security and Private Transfers in Developing Countries: the Case of Peru" , *World Bank Economic Review*, Vol.6, No.1.

Cox, D. and E. Jemenez. 1995. "Private Transfers and the Effectiveness of Public Income Redistribution in the Philippines", in D. van de Walle and K. Nead (eds), *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*, Baltimore MD: Johns Hopkins.

Cox, D. and E. Jemenez. 1998. "Risk Sharing and Private Transfers : What about Urban Households ?" *Economic Development and Cultural Change*, Vol.46, No.3.

Demery L. 2003. "Analyzing the Incidence of Public Spending", in F. Bourguignon and L.A. Pereira da Silva, eds, *Evaluating the Effect of Poverty and Distributional Impact of Economic* , World Bank, Washington D.C.

Deolalikar, A. B. 1995. "Government Health Spending in Indonesia: Impacts on Children in Different Economic Groups", in D. van de Walle and K. Nead (eds), *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*, Baltimore MD: Johns Hopkins.

Fambon, S. , A. Amin, M.F. Baye, I. Nomba, I. Tamba, R. Tawah. 2000. *Réformes économiques et pauvreté au Cameroun durant les années1990*, rapport projet collaboratif sur la pauvreté, CREA.

Foster, J., J. Greer, and E. Thorbecke. 1984. "A Class of Decomposable Poverty Measures", *Econometrica*, Vol. 52, n°1.

Fozzard, A. 2001. *The Basic Budgeting Problem: Approaches to Resource Allocation in the Public Sector and their Implication for Pro-Poor Budgeting*. Center for Aid and Public Expenditure, Working Paper 147. Overseas Development Institute, London, UK.

Fozzard, A and Foster M. 2001. *Changing Approaches to Public Expenditure Management in Low Income Aid-Dependent Countries*, Discussion Paper No. 2001/107, World Institute for Development and Economic Research, Helsinki.

International Monetary Fund and International Development Association. 2001. *Tracking of Poverty-Reducing Public spending in Heavily Indebted Poor Countries*. IMF Fiscal Affairs Department and the World Bank Poverty Reduction and Economic Management Network, Washington D.C., 27 March.

Lanjouw, P. and M. Ravallion. 1998, Does Program Participation Reveal Benefit Incidence? Evidence for Rural India, 1993-94. The World Bank.

Lanjouw, P. and M. Ravallion. 1999, "Benefit Incidence and the timing of program capture", World Bank Economic Review.

Kamgnia, D. B., and J. P. Timnou. 2000. "Poverty in Cameroon: Evolution in an Economic Adjustment Environment", Final Report. AERC.

Kamgnia D. B. 2002. "Balancing and Targeting Poverty Reduction Spending", Paper presented at AERC Senior Policy Seminar V, *Macroeconomic Policy and Poverty Reduction in Africa*, Dar es Salam, Tanzania, February.

Kanbur, R. S.M. 1987. "Measurement and Alleviation of Poverty : with an Application to the Effects of Macroeconomic Adjustment", *IMF, Staff Papers*, pp 60-85.

Killick, T. 2002. "Responding to Inequality", forthcoming as ERC Inequality Briefing Paper No.3, DFID.

Makinen M., H. Waters, M. Rauch, N. Almagambetova, R. Bitran, L. Gilson, D. McIntyre,

S. Pannarunothai, AL. Prieto, G. Ubilla, and S. Ram. 2000, Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bulletin of the WHO* 2000, vol. 78 (1), pp. 55-65.

Sahn D. and Stifel D. 2001. Exploring Alternative Measures of Welfare in the Absence of Expenditure Data, Cornell University.

Wagstaff, A., P. Paci, and H. Joshi. 2001, Inequalities in Health: Who You Are? Where You Live? Or Who Your Parents Were. World Bank Research Working Paper N° 2713.

