

Nouvelles pratiques sociales



Impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas du Togo

Tchabouré Aimé Gogué

Volume 10, numéro 1, printemps 1997

10^e anniversaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301394ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301394ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gogué, T. A. (1997). Impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas du Togo. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 163–179. <https://doi.org/10.7202/301394ar>

Résumé de l'article

Après avoir affiché des performances remarquables, le Togo a connu une crise économique profonde qui l'a contraint à adopter une politique économique rigoureuse, à savoir les Programmes d'ajustement structurel (PAS). Si l'application des mesures préconisées n'a pas entraîné une chute remarquable des dépenses publiques de santé, la baisse du PIB causée par les réductions des dépenses gouvernementales, des investissements publics et la contraction des effectifs de la fonction publique ont eu des impacts négatifs sur la demande et l'offre des services sanitaires dans le pays conduisant ainsi à une détérioration de l'état de santé de la population.



Impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas du Togo

*Tchabouré Aimé GOGUÉ
Programme de 3^e cycle interuniversitaire
Burkina Faso*

Après avoir affiché des performances remarquables, le Togo a connu une crise économique profonde qui l'a contraint à adopter une politique économique rigoureuse, à savoir les Programmes d'ajustement structurel (PAS). Si l'application des mesures préconisées n'a pas entraîné une chute remarquable des dépenses publiques de santé, la baisse du PIB causée par les réductions des dépenses gouvernementales, des investissements publics et la contraction des effectifs de la fonction publique ont eu des impacts négatifs sur la demande et l'offre des services sanitaires dans le pays conduisant ainsi à une détérioration de l'état de santé de la population.

INTRODUCTION

Les conditions et politiques économiques qui ont prévalu en Afrique depuis les indépendances ont conduit à des résultats le plus souvent catastrophiques. D'une manière générale, après des performances économiques relativement satisfaisantes, des déséquilibres économiques

importants, qu'il s'agisse du budget de l'État, de la balance des paiements, de l'endettement extérieur ou de l'emploi, ont commencé à apparaître à partir du début des années 1980. Les raisons de ces mauvaises performances économiques sont à la fois internes et externes. En vue de stopper la dégradation conséquente du bien-être de la population, de rétablir les grands équilibres macro-économiques et de relancer la croissance économique, les responsables ont été contraints d'appliquer des réformes économiques profondes. Les pays appliquant les Programmes d'ajustement structurel (PAS) ont adopté, à partir de la deuxième moitié des années 1980, des mesures permettant de tenir compte de la dimension sociale de l'ajustement.

La présente étude vise à montrer l'impact des PAS sur le secteur de la santé au Togo. Dans une première partie, après avoir examiné la situation sanitaire dans le pays, nous présenterons les déterminants de l'état de santé de la population. Dans la deuxième partie, nous analyserons l'influence des PAS sur des variables explicatives de la santé. Aussi, dans la troisième partie, nous verrons que les politiques budgétaires restrictives ont contribué à la détérioration de l'état sanitaire de la population. Des recommandations de politiques constitueront l'essentiel de la conclusion. Compte tenu de la crise sociopolitique profonde qu'a traversée le pays à partir de 1992 et qui a aggravé la détérioration des conditions de vie de la population, l'étude ne prendra pas en compte les données postérieures à 1991.

LES CONDITIONS SANITAIRES AU TOGO

La situation sanitaire au Togo

Classé parmi les pays les moins avancés, le Togo présente des indicateurs sanitaires inquiétants. Ainsi, malgré quelques améliorations, la situation sanitaire dans le pays n'est pas des plus réjouissantes. En effet, selon le Programme des Nations Unies pour le développement ou PNUD (1993) :

- l'espérance de vie à la naissance est passée de 39,4 ans en 1960 à 54 ans en 1992 ;
- le taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances) est passé de 156 à 134 entre 1965 et 1970, puis à 86 en 1992 ;
- le taux de mortalité des moins de 5 ans était de 140 en 1992 ;
- le taux de mortalité maternelle était de 600 pour 100 000 naissances vivantes en 1988 ;

- l'insuffisance pondérale (en pourcentage des enfants de moins de 5 ans) a chuté de 25 à 18 % entre 1975 et 1990.

Le taux de croissance démographique, qui s'était stabilisé à 2,9 % en moyenne par an entre 1960 et 1981, est passé à 3,0 % et 3,1 % en 1986 et en 1991 respectivement. Plus de la moitié (50,6 %) de la population avait moins de 15 ans en 1980 contre 44,7 % en 1993. L'importance relative de la population en âge de travailler (15 à 64 ans) a par contre augmenté, passant de 45,5 % en 1981 à 52,9 % en 1993.

Cependant, comme l'indiquent les données du tableau suivant, l'état de la santé de la population togolaise se compare favorablement par rapport à celui des autres pays de l'Afrique au sud du Sahara (ASS). En effet, entre 1970 et 1993, le taux de mortalité brute a baissé au Togo de 35,5 % contre 28,6 % en ASS et dans l'ensemble des pays à faible revenu. Pour cette même période, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 23,9 % pour les femmes au Togo et de 25,6 % pour les hommes ; en ASS, l'augmentation a été de 15,2 % pour les femmes et de 19,1 % pour les hommes.

TABLEAU 1
État de santé des pays en développement

	Taux de mortalité brute		Taux de mortalité infantile		Espérance de vie à la naissance (femme)		Espérance de vie à la naissance (homme)	
	1970	1993	1970	1993	1970	1993	1970	1993
Pays à faible revenu	14 %	10 %	108 %	64 %	54 ans	63 ans	53 ans	61 ans
ASS*	21 %	15 %	132 %	93 %	46 ans	53 ans	42 ans	50 ans
Togo	20 %	13 %	134 %	83 %	46 ans	57 ans	43 ans	54 ans

*ASS. : Afrique au sud du Sahara.

Source : Banque mondiale (1995).

Les statistiques sanitaires de la Direction générale de la santé (DGS) révèlent une grande instabilité dans la prévalence des maladies parasitaires, infectieuses et diarrhéiques au Togo. Les cas d'amibiase déclarés, qui étaient relativement faibles au cours des années 1970 (6 200 cas en moyenne par an entre 1973 et 1979), ont considérablement augmenté au cours de la deuxième moitié des années 1980, passant à plus de 22 000 cas en moyenne par an entre 1985 et 1990. Ainsi, en 1973, il y en avait environ 200 pour 100 000 habitants alors qu'en 1990, la situation

s'étant considérablement détériorée, il y avait plus de 950 cas. Même s'il a légèrement baissé entre les deux périodes, le nombre de cas de diarrhée demeure toujours une préoccupation. En effet, il était de 136 800 en 1985 contre 133 200 en 1990, soit environ 4 300 cas pour 100 000 habitants contre plus de 6 400 en 1973.

Cependant, le paludisme demeure la maladie la plus courante au Togo avec 466 500 cas déclarés en 1985, soit 15,4 % de la population, contre 810 500 en 1990, soit 23,7 % de la population. Il y avait donc plus de 23 000 cas de paludisme pour 100 000 habitants en 1990. Ces données semblent indiquer une prévalence de cas de maladies liées au cadre de vie de la population qui se serait détérioré et une stratégie sanitaire du pays basée sur la médecine curative plutôt que sur la médecine préventive. Ce constat est confirmé par les données sur le cadre de vie de la population et sur l'accès à l'eau potable (Adéwussi, 1994).

En ce qui concerne l'assainissement, les proportions de population qui jouissent d'un service d'évacuation d'excrétas considéré comme hygiénique sont les suivantes :

- en milieu urbain, de 53,7 %, avec des variations allant de 15 % en région centrale à 68 % en région maritime ;
- en milieu rural, de 9,7 %, avec des variations allant de 1 % en région des savanes à 24 % en région maritime.

Il faut, toutefois, signaler que ces systèmes d'évacuation ne présentent pas, dans la majorité des cas, une sécurité sanitaire certaine. Les caniveaux et égouts destinés à l'évacuation des eaux usées et de pluies, et le système d'enlèvement des ordures ménagères, même s'ils sont inefficaces et insuffisants, n'existe que dans la capitale. Par conséquent, 72,3 % de la population urbaine a accès à l'eau potable contre 56,1 % de la population rurale. Néanmoins, il existe des disparités régionales très marquées : 88 % de la population urbaine de la région des plateaux disposent d'eau potable contre 49 % dans la région des savanes ; 63 % de la population rurale de la région maritime n'ont pas accès à l'eau potable contre seulement 23 % dans la région de la Kara.

Le privilège accordé au système de santé curative se vérifie dans la répartition du personnel de santé. Le pays ne disposait que de trois ingénieurs sanitaires jusqu'en 1988. Le nombre de techniciens supérieurs de génie sanitaire est inférieur à 40 alors que celui des assistants d'hygiène d'État après avoir augmenté de 122, en 1973, à 245, en 1983, a baissé à 215 en 1990 (Direction générale de la santé, 1990). Alors qu'en 1990, il y avait 11 328 et 2 543 habitants par médecin et infirmier d'État respectivement, il y en avait 193 156 par technicien du génie sanitaire.

La dégradation de l'état de santé de la population se perçoit encore mieux par l'examen de l'évolution de la malnutrition dans le pays. En effet, selon le ministère du Plan et des Mines (1989), le nombre de consultations pour malnutrition dans les centres de santé est passé de 3 726, en 1980, à 7 880 et 14 166, en 1983 et en 1987, respectivement. Les enfants âgés de 0 à 4 ans ont été plus affectés par ce fléau, le nombre de cas dans ce groupe d'âge étant passé de 2 246 à 13 213 entre 1980 et 1987, soit un pourcentage de 93,3 % de l'ensemble de la population atteinte de malnutrition en 1987 contre seulement 60,3 % en 1980. La région des savanes, la plus pauvre du pays, est également la zone géographique la plus touchée, puisqu'elle comptait en 1987, 78,1 % des cas de consultations pour malnutrition contre seulement 23,1 % en 1980.

Cette dégradation de l'état nutritionnel de la population coïncide avec une détérioration de la quantité d'éléments nutritionnels disponibles par jour et par habitant. En effet, de 100 qu'ils étaient entre 1978 et 1982, les indices des quantités de calories, de glucides et de fer disponibles par jour et par habitant ont diminué constamment prenant des valeurs de 93,9, 92,6 et 88,9, entre 1983 et 1987. Ces données semblent confirmer les résultats des études concluant que ce sont généralement les groupes sociaux les plus vulnérables qui ont le plus souffert des effets négatifs des PAS. Cette situation sanitaire dans le pays s'explique par l'évolution des déterminants de l'état de santé de la population.

Les déterminants de l'état de santé de la population

L'état de santé de la population d'un pays dépend de plusieurs variables, notamment du taux d'alphabétisation, du revenu et de son taux de croissance. Pour Preston (1980, 1983), 50 % de l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance entre 1940 et 1970 est expliqué par le revenu, le taux d'alphabétisation et la disponibilité de calories. En outre, des études reconnaissent de façon unanime le rôle prépondérant de la femme dans l'état de santé de l'individu, du ménage et de la société dans les pays en développement. En effet, selon une étude menée entre 1975 et 1985 sur 13 pays africains et citée par la Banque mondiale (1993), un accroissement de 10 % du taux d'alphabétisation de la femme entraîne une réduction du taux de mortalité infantile de 10 % ; une augmentation de un à trois ans du niveau d'instruction de la mère permet une réduction du taux de mortalité infantile de 15 %. Selon Behrman et Wolfe (1987), cette influence de la scolarité de la mère sur l'état de santé du ménage s'explique par le fait qu'une femme mieux éduquée sera plus sensibilisée aux problèmes d'hygiène, à une alimentation plus équilibrée, aux bienfaits des consultations médicales et à l'utilisation plus rationnelle de médicaments.

La Banque mondiale (1993) estime qu'une amélioration du niveau de revenu, du taux de croissance économique du pays ainsi qu'une réduction du niveau de pauvreté permet à l'agent économique d'avoir de meilleures conditions de vie et de meilleurs soins de santé. En effet, on devrait s'attendre à ce qu'un revenu de ménage élevé permette à ce dernier de consacrer plus de ressources à la médecine préventive et d'améliorer l'état d'hygiène dans la maison, favorisant ainsi la réduction des maladies.

Sur le plan macro-économique, des variables externes au ménage affectent également l'état de santé du ménage et du pays. En effet, les services et le personnel de santé, les conditions d'accès à l'eau potable, les infrastructures d'hygiène et sanitaires, peuvent également améliorer les conditions de médecine préventive, donc l'état de santé de la population.

En dehors du signe positif du coefficient des dépenses publiques comme variable explicative du taux de mortalité infantile, les tests effectués par Calipel, Guillaumont et Guillaumont (1994) sur un échantillon de 52 pays en développement confirment les conclusions des études antérieures. Selon ces auteurs, le signe du coefficient des dépenses publiques (cependant non significatif) s'expliquerait par la mauvaise qualité des données, une substitution des dépenses privées aux dépenses publiques, les délais dans les effets des variations des dépenses publiques sur l'état de santé et une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources.

En conclusion, dans la mesure où ils ont un impact sur les autres facteurs explicatifs, le PIB et le revenu du ménage seront les variables les plus déterminantes de l'état de santé de la population. Dans ces conditions, pour une compréhension de l'évolution de l'état de santé, il faut donc examiner celle des revenus du pays et des ménages. Or, ces variables dépendent en grande partie de la situation et des politiques économiques suivies par le pays durant la période sous analyse.

LES PROGRAMMES D'AJUSTEMENT STRUCTUREL

La cause des PAS : la crise économique des années 1980

Après avoir été stable entre 1970 et 1980, le PIB réel par habitant (37 195 F CFA en 1970 contre 37 150 en 1980) a chuté à un rythme annuel moyen de 1,8 % au cours des années 1980. Les investissements bruts rapportés au PIB, après avoir augmenté de 23 à 30 % entre 1970 et 1980, ont baissé à 19 % en 1991 alors que l'épargne intérieure brute, qui représentait 26 % du PIB en 1970, s'est littéralement effondrée

(10 % du PIB) en 1991. Le taux annuel moyen d'inflation qui était de 2,9 % entre 1965 et 1973 est passé à 8,2 % entre 1973 et 1980, puis à 6,6 % entre 1980 et 1987.

L'accroissement sur le marché international, durant les années 1970, des cours des principaux produits de base exportés par le pays (cacao, café et phosphate) a permis à l'État, qui a le monopole de leur commercialisation, d'accroître sa part dans la dépense nationale ; les dépenses budgétaires sont alors passées de 10,9 % du PIB, en 1970, à 28,2 %, en 1980, puis ramenées à 20,8 %, en 1990, après avoir culminé à 36,7 %, en 1976. Le solde budgétaire de l'État, qui était de 1,6 % du PIB en 1970 est passé à moins de 8,4 % en 1979 alors que le déficit du compte courant s'est aussi aggravé, passant de 1,1 % du PIB, en 1970, à 21,3 %, en 1979.

De surcroît, le pays a commencé à connaître des difficultés en ce qui concerne le service de sa dette extérieure dès 1979. L'encours de la dette publique extérieure rapporté au PIB est passé de 16 %, en 1970, à 82 %, en 1980, alors que le service de la dette en pourcentage des exportations des biens et services évoluait de 3,1 à 8,2 puis à 18,2 %, en 1970, en 1980 et en 1989 respectivement.

Pour corriger les déséquilibres macro-économiques et permettre la reprise d'une croissance durable, il fallait, par des mesures appropriées, s'attaquer aux problèmes fondamentaux de politique économique, de gestion et d'aménagement du cadre juridique et institutionnel du pays en difficulté. C'est ainsi que le pays a été contraint à recourir à des réformes de politiques économiques, les PAS, avec le concours des institutions de Bretton Woods. Les mesures appliquées dans le cadre des PAS affectent en premier lieu les capacités et la nature des interventions du gouvernement dans la vie économique et sociale et ne sont pas neutres quant à l'évolution des déterminants de l'état sanitaire dans le pays.

Les mécanismes de transmission des PAS au secteur de la santé

Conçus en vue de permettre aux pays de rétablir les grands équilibres macro-économiques, les PAS favorisent les mesures suivantes :

- des politiques monétaire et fiscale restrictives en vue de maîtriser la demande globale à un niveau compatible avec l'offre globale, ainsi que des mesures visant à rétablir l'équilibre des finances publiques ;

- des contrôles plus rigoureux des procédures budgétaires ;
- le contrôle des subventions du secteur public ;
- des politiques visant à rétablir la vérité des prix en vue d'améliorer l'allocation des ressources pour rendre l'économie plus compétitive ;
- la libéralisation des mouvements internationaux des biens et des capitaux ;
- la dépréciation du taux de change en vue d'améliorer l'état de la balance des paiements.

Le rétablissement de l'équilibre des finances publiques constitue souvent l'élément incontournable des politiques proposées par le FMI dans la mesure où les interventions de cette institution s'inspirent de l'approche monétaire de la balance des paiements. Pour réduire leur déficit, les gouvernements sont contraints de diminuer leurs dépenses et d'augmenter les recettes budgétaires. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les mesures visant une plus grande rationalisation des investissements publics, un resserrement des dépenses publiques, un contrôle plus rigoureux des dépenses de fonctionnement de l'État, notamment, la masse salariale et les effectifs du secteur public. Du côté des recettes, l'État augmente certaines taxes et procède à la privatisation de certaines entreprises publiques. L'impact des PAS sur l'état de santé de la population peut donc être saisi à travers l'effet de ces réformes sur les variables explicatives de l'état de santé de la population.

Toutes choses étant égales par ailleurs, ces réductions des dépenses publiques se traduiront par une baisse des ressources allouées aux secteurs sociaux, dont la santé. On peut distinguer ici les effets à court et à long terme :

- À court terme, en raison de l'effet multiplicateur, la baisse des dépenses publiques conduit à une chute du revenu et de la demande globale ; ce qui, à son tour, affectera négativement le revenu disponible des ménages et, par conséquent, les sommes consacrées à la santé et à l'éducation. En outre, la volonté d'équilibrer les finances publiques se traduit également par la compression des effectifs de la fonction publique. Enfin, la réduction probable du taux de croissance économique du pays sous ajustement contribuera à une détérioration de l'état de santé dans le pays.
- À long terme, c'est surtout la réduction des dépenses d'éducation et des investissements qui influera négativement sur l'état de santé dans le pays. La baisse des dépenses publiques d'éducation réduit les conditions d'offre d'éducation, ce qui affecte le rendement interne du système éducatif.

En résumé, si à court terme les PAS, par leurs effets sur l'état de la pauvreté, l'emploi, l'éducation et le taux de croissance économique, entraînent la détérioration de l'état de santé dans le pays, on devrait s'attendre qu'à long terme ils favorisent l'amélioration de la santé de la population.

IMPACT DES PAS SUR LES SECTEURS DE LA SANTÉ AU TOGO

Effets du contrôle du budget de l'État

L'élasticité des dépenses de l'État dans le domaine de la santé par rapport aux dépenses gouvernementales totales est passée de 0,62, entre 1970 et 1974, à 0,88, entre 1975 et 1979. Par contre, durant la période d'application des PAS, elle a augmenté à 1,97 indiquant ainsi que, au cours des années 1980, pour tout accroissement de 1 % des revenus de l'État, le gouvernement augmentait ses dépenses dans le secteur de la santé de près de 2 %. Cependant, compte tenu de l'évolution du PIB et en raison des restrictions budgétaires qui ont réduit les dépenses budgétaires de 30,5 % du PIB, en 1979, à 20,8 %, en 1990, on constate que les dépenses de l'État en matière sanitaire augmentaient à un rythme inférieur à celui du PIB au cours des années 1980 (élasticité de 0,85, entre 1980 et 1990, contre 1,5, entre 1975 et 1979).

TABLEAU 2
Budget de la santé publique

Année	Budget général de fonctionnement (1)	Budget de fonctionnement de la santé publique (2)	(1) (2)	Contributions aux CHU à Lomé (3)	(3) (2+3)	Budget d'investissement public dans la santé (4)	Dépenses publiques totales (2+3+4) par habitant
1970	7 980	573	7,8	336	37	160	552
1974	16 245	1 091	6,7	558	33	102	801
1975	30 515	1 441	4,7	770	34	192	1 070
1979	64 616	2 496	3,9	1 232	33	116	1 546
1980	67 275	2 838	4,4	1 377	33	141	1 657
1984	76 890	3 298	4,3	1 284	28	129	1 609
1985	81 890	3 937	4,9	1 290	25	129	1 775
1986	87 283	3 974	4,6	1 352	25	241	1 794
1987	89 691	3 941	4,4	461	27	360	1 804
1990	92 490	4 769	5,2	2 353	33	1 088	2 414

Source : Direction générale de la santé.

Un accroissement des ressources publiques pour les centres de santé secondaires indiquerait que l'État accorde plus d'importance aux populations rurales et à celles vivant dans les zones périurbaines du pays. Dans la mesure où les couches les plus défavorisées sont plus nombreuses dans les zones rurales et périurbaines que dans la capitale, l'évolution de la répartition des ressources financières de l'État révèle ainsi que, durant la première moitié de la période d'application des PAS au Togo (1980-1985), le gouvernement a favorisé les couches sociales du monde rural alors que, durant la deuxième moitié, il a plutôt privilégié la population urbaine. Ainsi, la volonté de considérer la dimension sociale de l'ajustement dans les PAS répond beaucoup plus aux préoccupations des populations urbaines.

Les données du tableau 2 indiquent également qu'après une hausse de 90 % en 1975, les investissements publics ont chuté de 32 % entre 1975 et 1985 en francs courants, révélant une forte détérioration des infrastructures. C'est ainsi que le nombre de centres de santé est passé de 360, en 1980, à 310, en 1986. La tendance a toutefois été renversée, à partir de 1986, avec un accroissement des investissements publics dans le secteur à un taux annuel moyen de plus de 87,8 %, entre 1986 et 1990, entraînant une augmentation graduelle du nombre de centres de santé jusqu'à 417 en 1990. Les efforts consentis par le gouvernement à partir de 1986 ont permis d'améliorer et d'accroître les infrastructures sanitaires.

La répartition des dépenses par catégories montre que les dépenses de personnel continuent d'absorber plus de 70 % des ressources du ministère de la Santé contre seulement 11 %, en moyenne, pour les médicaments et les équipements sanitaires. On doit toutefois signaler qu'après avoir augmenté de plus de 500 %, entre 1970 et 1978, les ressources publiques allouées aux médicaments et autres produits sanitaires ont baissé à un rythme annuel moyen de 6,2 %, entre 1978 et 1983, avant de recommencer à augmenter. Il faut cependant attendre 1989 pour que les ressources allouées à cette rubrique dépassent leur niveau de 1978 en francs courants ! Cette orientation aura également une influence négative sur l'état de santé de la population.

Dépenses publiques dans les autres secteurs sociaux

Les autres dépenses sociales ont augmenté de 13,2 % du budget de l'État, en 1976, à 23,0 %, en 1990. Cette évolution révèle l'importance accordée à l'éducation dans l'allocation de ses ressources dans la mesure où, depuis 1976, les affaires sociales n'ont jamais drainé plus de 0,60 % des ressources publiques.

Si les ressources publiques destinées à l'éducation n'ont pas baissé, des mesures de resserrement des conditions d'accès aux cycles de formation et d'enseignement, et la réduction des effectifs dans la fonction publique ont affecté négativement le taux de scolarisation dans le pays, entre 1980-1981 et 1984-1985 (Gogué, 1996). C'est ainsi que les effectifs féminins ont baissé de 198 418, en 1980-1981, à 195 523, en 1986-1987, dans le premier degré, et de 27 570, en 1980-1981, à 22 332, en 1988-1989. En outre, pour freiner l'entrée sur le marché du travail d'un personnel formé, le gouvernement a fermé, pour une période donnée, des établissements de formation professionnelle comme l'École nationale des sages-femmes, l'École nationale des auxiliaires médicaux et l'École des infirmiers. Ces mesures ont eu un impact négatif notable sur la possibilité d'engager du personnel qualifié.

Compression des effectifs de la fonction publique

Les PAS, dans leur souci de réaliser l'objectif de contrôle des dépenses gouvernementales, ont également eu recours à la réduction du personnel de la fonction publique. Dans le cas du Togo, à partir de 1983, l'accès à la fonction publique est conditionné au succès préalable à un concours de recrutement à la fonction publique, alors que les employés qui quittent (pour cause de retraite, décès, etc.) ne sont plus remplacés. Ces mesures vont affecter le secteur de la santé de deux façons.

En premier lieu, la réduction conséquente des effectifs de la fonction publique va entraîner une diminution des revenus des ménages et une réduction de la demande globale, ce qui va conduire à une baisse des effectifs du personnel du secteur privé moderne. En effet, comme l'indiquent les données du tableau 2, l'effectif de la fonction publique a augmenté de 30 635 à 38 621, entre 1977 et 1981, alors que celui du secteur privé a augmenté de 34,23 % au cours de la même période. À partir de 1981, le marché de l'emploi a commencé à se détériorer. C'est ainsi que le personnel de la fonction publique a continuellement chuté pour se situer à 34 377, en 1988, alors que l'effectif du secteur privé moderne atteignait 40 126, en 1989. Malgré la reprise de l'emploi en 1987, l'effectif du personnel dans le secteur moderne en 1990 était toujours inférieur à son niveau de 1984.

Dans la mesure où l'emploi dans le secteur moderne est concentré en milieu urbain, nous pouvons alors conclure que ce sera surtout les pauvres des villes qui seront touchés par cette détérioration du marché de l'emploi au cours des années 1980. La réduction conséquente des revenus des ménages en milieu urbain renforcée par l'accélération de

TABLEAU 3
Évolution de l'emploi moderne au Togo

Année	Secteurs		
	Public	Privé et parapublic	Total
1977	30 635	36 843	67 478
1981	38 621	49 458	88 079
1982	34 601	48 306	82 904
1986	34 300	39 871	74 171
1987	34 520	51 768	83 288
1988	34 383	51 875	86 258
1989	33 777	46 823	80 600
1990	33 851	45 962	79 793
1991	33 631	47 894	81 525

Source : Programme des Nations Unies pour le développement (1994).

l'inflation se traduira par une baisse des ressources consacrées à la santé. Dans tous les cas, on devrait s'attendre à ce que les couches sociales les plus défavorisées restreignent encore davantage les ressources qu'elles allouent à la santé.

En second lieu, la réduction du personnel de la fonction publique affectera l'effectif du personnel de la santé, à moins que des mesures particulières ne soient prises afin de protéger ce secteur. Bien entendu, l'offre des services sanitaires sera également touchée. C'est ainsi qu'après une croissance régulière de 10 % en moyenne par an entre 1971 et 1983, les effectifs du personnel de santé ont baissé de 3 % en moyenne par an, entre 1983 et 1986, puis augmenté de 12,3 %, passant de 5 060, en 1986, à 5 680, en 1987.

Les centres de santé dans les petites villes et en milieu rural sont relativement mieux protégés durant les périodes de compression du personnel ; leur effectif rapporté à l'ensemble du personnel de la santé a augmenté de 55,7 %, en 1983, à 63,2 %, en 1986. La reprise du recrutement les a, par contre, défavorisés puisque leur part dans l'ensemble du personnel de la santé a baissé à 44,8 %, en 1990. Ces données montrent que les mesures de compression des effectifs de la fonction publique adoptées dans le cadre des PAS n'ont pas systématiquement affecté les conditions d'offre de santé en milieu rural durant les premières années d'application. On note encore ici que la prise en compte de la dimension sociale a profité plus aux pauvres de Lomé.

TABLEAU 4
Personnel de santé

Année	Personnel aux CHU* de Lomé	Personnel de cabinets privés	Personnel des autres services MSP**	Personnel à l'intérieur du pays	Total Personnel de la santé
1980	726	–	1 384	2 761	4 871
1983	1 098	36	1 415	3 209	5 758
1985	962	82	1 406	3 334	5 784
1986	960	77	822	3 201	5 060
1987	1 131	52	1 370	3 130	5 683
1988	1 267	77	1 465	3 333	6 142
1989	1 395	125	1 640	3 110	6 270
1990	1 519	244	1 715	2 825	6 303

* CHU : Centres hospitaliers universitaires.

** MSP : Ministère de la Santé publique.

Source : Direction générale de la santé (plusieurs années).

Politique d'accroissement des recettes budgétaires

Dans le domaine des recettes, le gouvernement a introduit l'impôt de solidarité représentant 5 % des revenus des contribuables. Le transport public urbain dans la capitale a été supprimé en 1981. En outre, à partir de la même année, toutes les entreprises publiques déficitaires devaient sortir du portefeuille du gouvernement. C'est ainsi que sur les 74 entreprises publiques que comptait le pays, 16 ont été liquidées, 17 privatisées, 2 mises en location et 2, en observation. La réduction des subventions, l'accroissement des impôts et des prix aux usagers des services publics ont diminué le revenu réel des ménages et l'emploi dans le secteur moderne renforçant ainsi les effets dépressifs des réductions des dépenses publiques sur la demande des services de santé. Dans ces conditions, les mesures prises pour contrôler le budget de l'État ont eu des répercussions défavorables aussi bien sur les conditions d'offre que sur celles de la demande de santé.

Effets des politiques de prix

Les PAS renferment aussi des mesures visant à favoriser la production agricole par l'accroissement des prix aux producteurs. Dans le cas du Togo, la faible intervention du gouvernement dans la détermination des prix des produits vivriers limite l'impact de cette politique sur les revenus et le niveau de consommation des populations. Cependant, les restrictions

imposées aux exportations des produits vivriers, toutes choses étant égales par ailleurs, auront des effets dépressifs sur les prix. Toutefois, étant donné que ces mesures existaient déjà avant l'instauration des PAS, leurs effets ne peuvent pas leur être attribués.

En ce qui concerne les produits agricoles d'exportation, les PAS ont prescrit la réduction des subventions aux intrants compensée par un accroissement des prix aux producteurs. C'est ainsi que, dans le cas du coton, le taux de subvention pour les engrais est passé de 80,5 % en 1980-1981 à 11,5 % en 1984-1985 puis à 0 % à partir de 1985-1986 (Gogué, 1990). Le prix aux producteurs de coton est passé de 60 F CFA en 1980-1981 à 90 F CFA en 1985-1986, d'une part, et de 74 à 125 % du prix du maïs au cours de la même période, d'autre part, principale spéculation concurrente au coton, au cours de la même période (Gogué, 1990).

Si la politique des prix aux producteurs a favorisé la production et les revenus agricoles, elle a cependant eu des effets pervers sur la scolarisation entre 1981 et 1985. En effet, au cours de cette période, les effectifs scolaires ont chuté de près de 15 % (Gogué, 1996). Au primaire, la population scolarisée des filles a chuté de 11,7 % au cours de la période contre 9,5 % pour la population scolarisée des garçons.

Réaction de la population à la suite de la chute des revenus et de l'augmentation des frais de santé

Un phénomène qui existait déjà mais qui s'amplifie avec la dégradation des conditions de vie des populations et l'accroissement des coûts des services de santé est le recours à la médecine traditionnelle. C'est ainsi que les populations, surtout défavorisées, font de plus en plus appel aux services des guérisseurs traditionnels et utilisent plus fréquemment les prescriptions de ces derniers pour se soigner. Si cette pratique permet de réduire le coût de la médecine curative et d'obtenir parfois de bons résultats, l'inexistence de normes et de codes réduit son efficacité. En outre, la médecine traditionnelle a très peu d'effets sur la médecine préventive ; or, la détérioration du cadre de vie à la suite de la réduction des investissements publics devrait favoriser la promotion de cette forme de médecine.

CONCLUSION

Au cours des années 1980, le Togo a traversé une crise économique caractérisée par une chute de la production, une augmentation de l'inflation et du chômage ainsi qu'une détérioration de la situation

financière et de l'endettement extérieur de l'État. Les mesures qui ont été prises dans le cadre des PAS, si elles n'ont pas donné les résultats attendus pour des raisons qui ne peuvent être explicitées ici, ont par contre eu des effets sur l'état de santé de la population.

Si le gouvernement n'a pas réduit sensiblement la part de ses ressources au budget de fonctionnement aux ministères de la Santé et des autres secteurs sociaux, on a toutefois noté une diminution des investissements publics dans la santé et des dépenses pour les médicaments, ce qui a contribué à détériorer les conditions d'offre de santé au cours des premières années d'application des PAS. Le principal impact des PAS sur la demande de santé de la population a été suscité par la baisse des revenus réels, conséquence de l'aggravation du chômage et des effets multiplicateurs de la baisse des dépenses gouvernementales.

Les mesures pour atténuer les effets pervers des PAS sur les couches sociales les plus démunies ont beaucoup plus favorisé les pauvres dans les villes, en général, et dans la capitale Lomé, en particulier, et cela peut-être pour tenir compte du fait qu'ils ont été les plus touchés par la crise des années 1980. L'aggravation de l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de quatre ans et de la population de la région des savanes, région la plus pauvre du pays, a cependant été observée.

À la lumière de cette analyse, une amélioration de l'état de santé de la population n'est donc pas envisageable sans une reprise durable de la croissance économique et de l'emploi, d'une part, et sans un accroissement des revenus des populations les plus défavorisées, d'autre part. Or, comme l'a confirmé Wheeler (1980), la production nationale dépend, entre autres, de l'état de santé et, selon l'hypothèse du salaire d'efficience, l'état de santé et de nutrition est un déterminant de la productivité du travail. Il est donc important que les politiques gouvernementales, tout en cherchant à rétablir des équilibres macro-économiques, reprennent des mesures qui permettent la croissance tout en ayant un impact favorable sur l'état de santé de la population. Les données ont montré que les maladies les plus courantes sont liées au mauvais état du cadre de vie et qu'elles sont en partie le résultat d'une allocation des ressources publiques de santé qui favorise la médecine curative. Dans ces conditions, une réallocation des ressources au profit d'investissements dans les infrastructures en vue d'améliorer l'environnement et le cadre de vie de la population devrait être encouragée. Cette réorientation des ressources aura l'avantage de permettre un meilleur transfert des revenus aux couches sociales les plus démunies dans la mesure où la réalisation de ces travaux fait appel, en général, à des technologies intensives en main-d'œuvre.

Bibliographie

- ADÉWUSSI, S.G. (1994). *Analyse des indicateurs sociaux du développement humain au Togo*, Lomé, PNUD.
- BLARDONE, G. (1990). *Le Fonds monétaire international: l'ajustement et les coûts de l'homme*, Éditions de l'Épargne.
- BANQUE MONDIALE (1993 et 1995). *Rapport sur le développement dans le monde*, Washington.
- BEHRMAN, R.J. (1993). « Health and Economic Growth: Theory, Evidence and Policy », dans WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Macroeconomic Environment and Health*.
- BEHRMAN, R.J. et B. WOLFE (1987). « How Mother's Schooling Affect Family Health, Nutrition, Medical Care Usage and Household Sanitation? », *Journal of Economics*, 36.
- CALDWELL, J. (1979). « Education as a Factor in Mortality Decline: An Examination of Nigeria Data », *Population Studies*, vol. 33, n° 3.
- CALIPEL, S., P. GUILLAUMONT et S. GUILLAUMONT (1994). « L'évolution des dépenses publiques d'éducation et de santé: déterminants et conséquences », dans GUILLAUMONT, P. et S. GUILLAUMONT, *Ajustement et développement: l'expérience des pays ACP*, Paris, Economica.
- COMITÉ DSA (1989). *Dimension sociale de l'ajustement: tendance de la production nationale des vivriers et de la malnutrition, avant et au cours de la période d'ajustement structurel (1978-1987)*, Ministère du Plan et des Mines, Lomé.
- CORNIA, G.A. et al. (sous la direction de) [1987-1988]. *Adjustment with Human Face*, vol. 1 et 2, Oxford, Clarendon Press.
- DE COOPER WEIL, P.A., ALICBUSAN, WILSON, M.J., REICH, R.M. et J.D. BRADLEY (1990). *The Impact of Development Policies on Health: A Review of the Literature*, World Health Organization.
- DIOP, F., HILL, K. et I. SIRAGELDIN (1991). *Economic Crisis, Structural Adjustment and Health in Africa*, Working Paper 766, The World Bank.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (1990). *Statistiques sanitaires*.
- GELEWIVE, P. et D. DE TRAY (1988). *The Poor During Adjustment: A Case Study of the Côte d'Ivoire*, The World Bank.
- GENBERG, H. (1993). « Macroeconomic Adjustment and the Health Sector: A Review », dans WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Macroeconomic Environment and Health*.
- GOGUÉ, T.A. (1990). *La politique cotonnière du Togo*, Université du Bénin (mimeo).
- GOGUÉ, T.A. (1996). « Impact des programmes d'ajustement structurel sur les effectifs scolaires: cas du Togo », *Revue Canadienne d'Étude de Développement*.
- GOMES-NETO, B.J., HANUSHEK, A.E., LEITE, H.R. et C.R. FROTA-BEZZERA (1992). *Health and Schooling: Evidence and Policy Implications for Developing Countries*, Working Paper 306, Rochester University Centre for Economic Research (mimeo).
- JOLLY, R. et A.G. CORNIA (1984). *The Impact of the World Recession on Children: A Study Prepared for UNICEF*, Oxford, Pergamon Press.

- PINSTRUP-ANDERSEN, P. (1993). «Economic Crisis and Policy Reforms During the 80s and their Impact on the Poor», dans WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Macroeconomic Environment and Health*.
- PRESTON, H.S. (1980). «Causes and Consequences of Mortality Declines in Less Developed Countries During the Twentieth Century», dans EASTERLIN, R. (sous la direction de), *Population and Economic Change in Developing Countries*, Chicago University Press.
- PRESTON, H.S. (1983). *Mortality and Development Revisited*, University of Pennsylvania (mimeo).
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (1993). *Rapport sur le développement humain*.
- SAHN, E.D. (1990). «The Impact of Export Crop Production on Nutritional Status in Côte d'Ivoire», *World Development*, vol. 18, n° 12.
- WHEELER, D. (1980). «Basic Needs Fulfillment and Economic Growth: A Simultaneous Model», *Journal of Development Economics*, vol. 7, 435-451.