

LA PROTECTION SOCIALE AU TOGO
Situation présente, besoins des populations
et propositions pour l'avenir

- - -

PIERRE AUFFRET

Septembre 2011

Le présent rapport résulte d'une mission d'analyse commandée par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sur le principe d'une « étude diagnostic sur les systèmes formels contributifs de protection sociale ». L'expertise s'est déroulée en juillet 2011 en deux phases ; une première phase faite à distance reposant sur l'analyse de documents transmis par les services du PNUD et collectés à distance par le Consultant ; une seconde phase faite à Lomé (Togo) du 11 au 24 juillet 2011 pendant laquelle le Consultant a pu rencontrer les Responsables de plusieurs ministères et des institutions de protection sociale.

Compte tenu de la durée particulièrement courte pour l'analyse de structures sociodémographiques et économiques complexes et en évolution, de l'absence de certaines données, des études encore en cours de réalisation des omissions peuvent être relevées par le spécialiste d'un des sujets évoqué. Les remarques, suggestions et commentaires seront les bienvenus dès lors qu'ils permettent d'enrichir l'analyse et la réflexion.

Quant aux institutions sociales existantes, à savoir la CRT et la CNSS les décisions prises par les Autorités togolaises au début de l'année 2011 ne permettent pas encore de mesurer l'impact des réformes. Il en va de même en ce qui concerne l'INAM dont la mise en place commence.

*Aussi tenant compte de ces situations, le présent rapport s'efforce de donner une image la plus concise possible des divers aspects de la protection sociale, mais aussi d'ouvrir des voies de réflexion devant conduire à des décisions gouvernementales quant à l'organisation future. **Les analyses et les conclusions formulées par l'auteur ainsi que les recommandations pour l'avenir contenues dans la présente étude ne reflètent pas nécessairement celles du Programme des Nations Unies pour le Développement.***

Tout ou partie du contenu de cette étude ne peut être cité sans autorisation préalable donnée par le Programme des Nations Unies pour le Développement.

*

•

*

Pierre AUFFRET

Pierre.Auffret@yahoo.fr

AFD	Agence française de développement
BAD	Banque africaine de développement
BM	Banque Mondiale
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CIMA	Conférence interafricaine des marchés d'assurance
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CRT	Caisse de retraite du Togo
CSI-Afrique	Confédération syndicale internationale - Afrique
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
INAM	Institut national d'assurance maladie
OHADA	Organisation pour l'harmonisation en Afrique du droit des affaires
OIT /BIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNDS	Plan national de développement de la santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSE	Plan stratégique pour l'éducation
TPU	Taxe professionnelle unique
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire Ouest africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USP	Unité de soins périphérique

Sommaire

	<i>page</i>
La protection sociale au Togo	5
1- Contexte sociodémographique et économique	7
- Contexte général	7
- Les dépenses de santé, une priorité pour la population	14
- Stratégie gouvernementale	16
2- Organisation de la protection sociale et Institutions	28
- Protection sociale et cadre législatif	28
- La prise en charge des dépenses de santé	32
- Retraites et autres prestations sociales servies aux fonctionnaires	34
- Retraites et autres prestations sociales servies aux salariés du secteur privé	36
- L'accès à l'éducation	38
- L'aide sociale	39
- Les transferts de fonds en provenance des migrants	41
3- Etat du fonctionnement des institutions de prise en charge des dépenses sociales	43
- La CRT	43
- La CNSS	45
- L'INAM	52
- Les mutuelles	54
- Les assurances	55
- Organisation de solidarité économique : les coopératives	56
4- Effectifs bénéficiant d'une protection sociale	57
5- Recommandations concernant les actions à conduire	61
Conclusion	71
Annexes	72
Annexe 1 : répartition des mutuelles par type d'activité	73
Annexe 2 : liste des personnes rencontrées	74

LA PROTECTION SOCIALE AU TOGO

L'analyse de la protection sociale au Togo, comme dans tout autre pays, implique en principe de prendre en compte une série de composantes. En effet, aux aspects institutionnels (organismes sociaux obligatoires ou volontaires), législatifs et réglementaires (Code de la santé, droit du travail, SMIC, etc.), étatiques (santé publique ; programmes cibles ; etc.), s'ajoutent les interventions locales (exemple : cantines scolaires) mais aussi les initiatives collectives (ONG), individuelles (micro mutuelles ; tontines ; etc.) et familiales. Cet éventail d'organisation de la solidarité répond aux multiples facettes des besoins de protection sociale. Multiples facettes qui posent cependant un problème sérieux d'identification. En effet, s'il est possible d'identifier sans trop de risques d'erreurs le nombre de retraités pris en charge par un organisme de protection sociale, il n'en va pas de même en ce qui concerne à la fois l'identification du nombre de bénéficiaires d'une micro mutuelle ni l'objet de l'aide. Ainsi une tontine peut à la fois intervenir pour aider une famille ayant besoin d'acheter des médicaments, que de financer la rentrée scolaire. Cette multiplication des interventions montre également que la séparation habituelle entre protection sociale relevant d'une institution et celle relevant d'une structure « non formelle », même si celle-ci est officielle, telle une ONG reconnue par l'Etat, connaît rapidement des limites. A cela s'ajoute la pérennité des interventions. En effet, à la vision sur le très long terme d'un organisme comme la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) s'oppose le court terme de l'action d'une ONG ou d'une tontine.

Toutefois cette diversité, si elle constitue un handicap sérieux en matière d'identification des bénéficiaires et de la mesure de l'impact des interventions, ne doit pas conduire à opposer l'acteur institutionnel au «non institutionnel», mais au contraire à considérer que ces deux formes de protection sociale font partie intégrante de la société, même si l'importance de la première croît au détriment de l'autre dès lors que progresse le développement économique et que le pays enregistre des mutations sociales. Ainsi la volonté politique d'étendre la protection sociale (2011 : adoption du principe de la mise en place d'une assurance maladie) caractérise bien cette mutation de la prise en charge. C'est à partir du constat de l'existant institutionnel public et privé que sera conduite l'analyse des besoins à satisfaire et des personnes à intégrer dans une ou des structures officielles.

La multiplication des intervenants

La variété des financements et des prises en charge conduit à l'implication de nombreux ministères dans la prise en charge, dans la supervision et dans l'organisation de la protection sociale institutionnelle :

- ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ;
- ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale ;
- ministère de l'enseignement primaire, secondaire et de l'alphabétisation ;
- ministère de la santé ;
- ministère de la sécurité et de la protection civile ;
- ministère de l'agriculture ;
- ministère de l'économie et des finances ;
- ministère en charge du plan et du développement,
- ministère en charge du développement à la base et de la jeunesse.

Ce tableau ne serait pas complet sans le rôle clef joué par plusieurs bailleurs de fonds (PNUD, UNICEF, BIT, OMS, UNFPA, Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement, Union Européenne, etc.) tant dans la prise en charge de certaines catégories de la population que dans l'aide à la définition et à la mise en place des réformes.

Population vulnérable

La part dominante de la population vulnérable par rapport à la population totale du Togo (environ 80 %) ne va pas sans conditionner la stratégie de mise en œuvre de la protection sociale, comme il en va de la concentration urbaine (37,4%) et du faible taux de salariés dans l'ensemble de la population active (environ 15%). Miroir de l'évolution du pays, la protection sociale est, comme lui, en pleine mutation avec pour objectif pour les années à venir de passer du « non institutionnel » à l'institutionnel et de l'aide sociale à la sécurité sociale.

Le manque de données statistiques et financières a fortement entravé l'analyse de certains aspects de la protection sociale, obligeant à effectuer des estimations. Même si celles-ci nécessiteraient d'être affinées dans l'avenir, elles donnent cependant des orientations qui ont permis de conduire la réflexion.

Le présent rapport s'articule autour de cinq chapitres :

- 1- Le contexte sociodémographique et économique
- 2- L'organisation de la protection sociale et les institutions
- 3- L'état du fonctionnement des institutions de prise en charge des dépenses sociales
- 4- L'estimation des effectifs bénéficiant d'une protection sociale
- 5- Les recommandations concernant le développement de la protection sociale.

1- CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

Une population qui croît, mais qui reste majoritairement pauvre ou vulnérable

Les premiers résultats du quatrième recensement de la population et de l'habitat au Togo (novembre 2010) estiment la population résidente à 5.753.324 habitants, soit un doublement de cette population depuis une trentaine d'années mais avec des taux de croissance différents d'une région à l'autre (taux de croissance annuel de 2,96% dans la région des Savanes contre 1,81% dans la région du Kara). Evolution essentiellement au profit du secteur urbain qui représentait 37,4% de la population totale en 2010 contre 25,2% en 1981, essentiellement concentrée dans Lomé « intra-muros » (34,9% de la population urbaine) ou dans Lomé et sa région, puisque la « Grande agglomération de Lomé » compte 1.348.619 habitants, soit 62,4% de la population urbaine.

Population majoritairement féminine (51,3%) et jeune puisque suivant les estimations de la Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale relevant du Ministère de la planification, du développement et de l'aménagement du territoire, la population de moins de 15 ans représenterait 42,20% de la population totale, contre 53,4% pour la population de 15 à 64 ans et de 4,40% pour celle de 65 ans et plus. Mais une population vulnérable comme le souligne dès 2007 le rapport PNUD/Ministère de l'économie et du développement concernant « le profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Togo » qui estimait que le nombre de personnes vulnérables s'élevait à cette date à 4,3 millions de personnes (0,86 million de ménages) soit environ 80 % de la population totale du pays. Population vulnérable composée de plusieurs catégories : « pauvres durables » groupant 2 millions de personnes, « pauvres transitoires » de 1,159 million de personnes et de « non pauvres vulnérables » de près d'un million d'individus (1,06 million de personnes). Chiffres repris dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) 2009-2011 d'avril 2009 :

« L'incidence de pauvreté est de 61,7% des individus, soit 47,3% des ménages. Ainsi, la pauvreté touche près de 3.242.257 individus répartis dans 535.486 ménages, et les mesures de la pauvreté varient fortement d'un milieu à un autre et d'une région à une autre. En termes d'individus, la profondeur et la sévérité de la pauvreté sont respectivement estimées à 22,9% et 11,0%.

La pauvreté est essentiellement rurale où vivent 79,9 % des individus pauvres et où l'incidence est de 74,3 %, contre une contribution de 20,1 % en milieu urbain confronté à une incidence de pauvreté de 36,8 %. Lomé et sa périphérie, une des zones les plus peuplées ne supporte que 7,9 % des pauvres. L'incidence et la contribution à la pauvreté sont particulièrement fortes et variables dans les cinq régions. Les pauvres se concentrent particulièrement dans les régions Maritime et des Plateaux qui supportent à eux seuls un peu moins que la moitié de la population pauvre (44,6 %) avec des incidences respectives de 69,4 % et 56,2 %. L'incidence est particulièrement élevée dans les régions Centrale (77,7 %) et Kara (75,0 %), avec une contribution à la pauvreté de 29,1 %. La région des Savanes avec une incidence de 90,5 %, abrite 18,4 % de l'ensemble des pauvres du pays.

Trois principaux groupes socio-économiques totalisent 87,2 % des individus pauvres au Togo:

· les ménages dont le chef est un indépendant agricole¹ ont une incidence de 78,8 % et représentent 60,3 % des individus pauvres;

¹ Comme le souligne l'étude sur le profil de la vulnérabilité et de la pauvreté au Togo (mars 2007) : « Le milieu rural est habité à plus de 93 % par une population appartenant à des ménages dont le chef est dans la branche d'activité Agriculture/Elevage et Pêche (53,5 %), et principalement en tant qu'indépendant agricole (47,5 % de la population) ». Cet aspect va être déterminant dans la mise en œuvre de mécanismes de protection sociale puisqu'il implique que les revenus sont insuffisants et aléatoires pour une large partie de la population.

- les ménages dont le chef est un autre indépendant ont une incidence de pauvreté des individus modérée (44,4 %) mais ils sont numériquement importants (16,9 % des pauvres);
- les ménages dont le chef est inactif ou chômeur, constituent le troisième groupe et comprend 10,0 % des pauvres avec une incidence pauvreté des individus de 55,2 % ».

Une structure de l'emploi fortement marquée par le secteur agricole et les activités informelles

La vulnérabilité d'une large partie de la population constitue donc un défi majeur pour le Togo. Cette vulnérabilité d'une large partie de la population peut s'expliquer par la structure de l'activité économique et donc de l'emploi. En effet, le secteur agricole domine encore l'activité du pays (42% du PIB en 2008 contre 19 % pour l'industrie et 39 % pour les services), mais avec une production essentiellement vivrière (304 milliards de FCFA en 2010 pour une production agricole totale de 322 milliards).

Suivant les informations disponibles 59,1% de la population totale serait en âge d'activité dont 82,7% serait effectivement active. Sur ce solde 6,8% serait au chômage et 29,1% en situation de sous-emploi. Toutefois ces chiffres ne doivent pas occulter qu'une partie de l'activité professionnelle résulte non d'une activité salariée permanente, mais du secteur informel. De plus, comme le souligne l'étude sur le profil de la vulnérabilité au Togo en date de 2007 « environ 33 enfants sur 100 âgés de 5-14 ans, travaillent au Togo avec un pourcentage de 15,2 % en milieu urbain contre un chiffre nettement plus élevé de 40,1 % en milieu rural. A l'exception de Lomé, la proportion des enfants en activité est très élevée dans l'ensemble des régions. L'importance du travail des enfants qui constitue une stratégie de survie des ménages, est le résultat de l'arrivée précoce sur le système d'emplois, d'enfants déscolarisés ou n'ayant pas eu la chance de fréquenter l'école ».

Le rapport final du « questionnaire des indicateurs de base du bien-être / QUIBB 2006 » donne quant à lui la répartition des ménages par groupes socio-économiques.

Groupe Socio-économique	Ménages en nombre	Ménages en %
salarié secteur public	82.037	7,2%
salarié secteur privé	96.780	8,5%
Indépendant agricole	486.313	42,9%
Autres indépendants	290.884	25,7%
Apprentis, aides familiaux	29.520	2,6%
Inactifs, chômeurs	138.946	12,3%
Non déclaré	7.072	0,6%
Total	1.132.432	100,-%

Source : QUIBB 2006

Ces données permettent de constater que les « indépendants » dominent largement la structure socio-économique du pays, loin devant les salariés (public + privé). Cette situation ne sera pas sans conséquence sur les priorités et les modes d'organisation de la protection sociale, mais aussi sur le mode de financement. Ainsi aux salaires mensuels dans le secteur public et privé/formel s'opposent les revenus agricoles annuels et les revenus journaliers dans le secteur informel.

Salariés / Secteur formel

D'après les informations en provenance du Ministère de l'économie et des finances (« Rapport économique, financier et social 2010 ») le nombre de Fonctionnaires s'élevait à 44.226 personnes à la fin de 2009 contre 43.365 pour le secteur privé. Secteur privé qui représentait 62,4% des salariés du secteur marchand suivi du secteur public dont la part relative était de 20,5%. Venaient ensuite le secteur parapublic et le secteur mixte avec des parts respectives de 13,3% et 3,9%. La catégorie des "moins de 20 salariés et gens de maison" avec 20.685 salariés représentait environ la moitié des effectifs du secteur privé.

Secteur informel

Concernant le secteur informel une étude de 2000 (« Etude sur le secteur informel et l'entrepreneuriat féminin » ; Ministère de l'industrie, du commerce et du développement de la zone franche) donne des indications précises concernant son importance et sa répartition : *« le secteur informel au Togo est fortement urbain ; il représente 84% du secteur privé et occupe 84% de la population active (hors agriculture). Sa croissance annuelle est évaluée à 5% environ. Concentré à Lomé (83% des unités), le secteur informel n'est pas moins important dans les villes secondaires (25% des emplois).*

Les activités génératrices de revenus recensées dans le secteur informel peuvent être classées en dix branches, à savoir : 1. Transformation des aliments ; 2. Vêtements/chaussure ; 3. Travail des métaux ; 4. Traitement du bois ; 5. Artisanat d'art ; 6. Construction ; 7. Garages et services ; 8. Services ; 9. Commerce/restauration ; et 10. Transport et autres. La "branche 9" est la plus importante (50% des entreprises), suivie de loin par la "branche 2" (11,2% des unités). Le nombre d'emplois salariés générés pour tout le secteur (toutes activités confondues) est très faible (7,8% de permanents et 9,3% de temps partiel) ».

Le secteur informel peut être estimé à 1 million² de personnes, complétant les secteurs formels précédemment décrits. Son importance n'est pas sans incidence dans l'organisation de mécanismes d'assurance sociale. En effet dès lors que ceux-ci reposent sur des cotisations sociales basées sur des salaires, l'existence de revenus variables et/ou aléatoires, non comptabilisés et souvent faibles ne permet d'établir ni une assiette de taxation ni un montant de perception. De plus, l'absence de connaissance de ces revenus favorise l'octroi d'aides diverses à des personnes ne devant pas en principe en bénéficier.

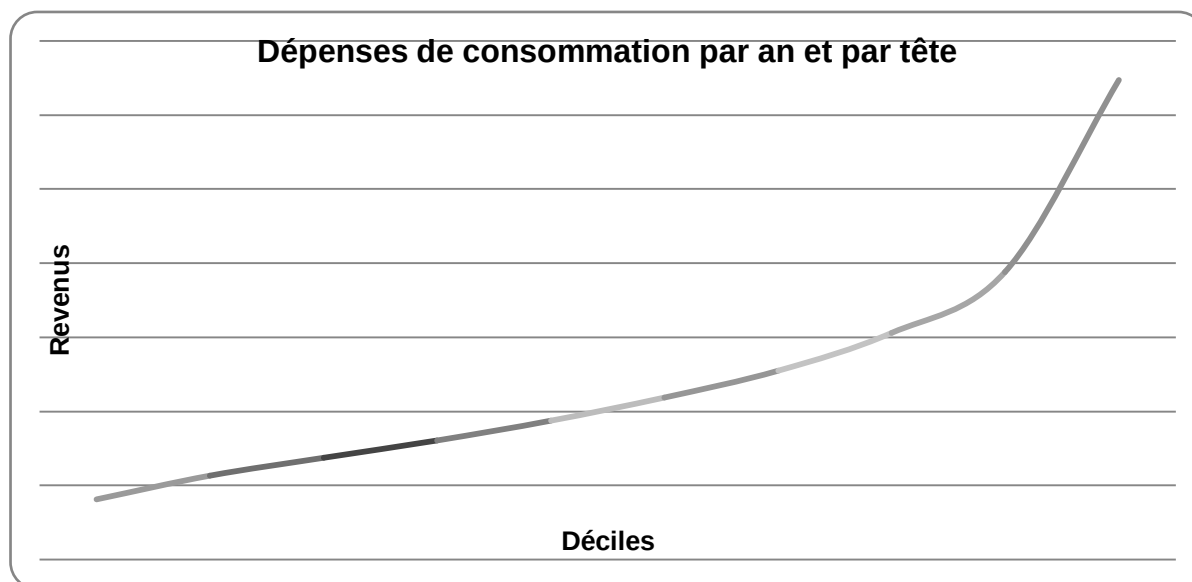
Répartition des revenus

En l'absence de données statistiques nationales concernant la répartition par décile de revenus des ménages il n'est pas possible de déterminer leur capacité à financer certaines prestations sociales soit par l'intermédiaire de prélèvements sociaux soit directement. Toutefois, ces données constituant

² Deux méthodes ont été appliquées afin de déterminer ce chiffre : la première, l'extrapolation des données de 1999 à la situation actuelle ; l'autre, par déductions successives à partir de la population totale togolaise. Les deux méthodes donnant des résultats similaires, le chiffre d'1 million d'actifs dans le secteur informel a été retenu.

un facteur déterminant dans la réflexion et la stratégie concernant la mise en place de mécanismes sociaux et l'organisation de la solidarité nationale (en particulier en direction des personnes les plus

démunies), il a été procédé à une reconstitution en partant du principe que les revenus³ des ménages s'inscrivent dans une progression similaire à celle de la consommation.



Source : données statistiques – en particulier Enquêtes sur la consommation des ménages - Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale, - Ministère chargé de la planification, du développement et de la planification

Les données concernant les dépenses de consommation des ménages montrent une progressivité très lente puisqu'il faut 4 déciles de population pour obtenir un doublement des montants les plus bas (80.813 F CFA par tête et par an => 160.900 FCFA) puis à nouveau 4 déciles pour obtenir un nouveau doublement. Dans ces conditions tout événement plus ou moins important (mauvaise récolte, maladie, décès d'un parent, etc.) aura un impact considérable sur la situation des ménages (et va la faire rapidement régresser d'un décile à l'autre).

Les modes de financement des mécanismes de protection sociale, mais aussi la mise en place de mécanismes d'identification des indigents, devront tenir compte de cette structure de consommation/revenus peu différenciés entre les déciles de base de la population. Cette proximité entre pauvreté absolue et pauvreté relative oblige également à une approche globale dans la protection sociale. Enfin, il convient de souligner que les dépenses de santé et les frais de scolarisation constituent les deux inquiétudes les plus importantes pour les ménages (voir chapitre « Deux problèmes majeurs : l'accès aux soins et à l'éducation »). Aux mécanismes de protection sociale déjà existants – mais ne bénéficiant actuellement qu'à une partie de la population, à savoir les salariés et leurs ayants droit – devront donc s'ajouter prioritairement des mécanismes concernant la prise en charge de ces besoins.

³ Afin de déterminer le revenu des ménages il conviendrait d'ajouter au montant de la consommation celui de l'épargne et des transferts. Il est probable que l'épargne varie d'une catégorie sociale à l'autre, même si les données en provenance d'institutions comme la Faïtière des Unités Coopératives d'Épargne et de Crédit du TOGO (FUCEC-TOGO) montrent que le nombre d'épargnants est significatif (285.000 membres pour la FUCEC-TOGO à la fin 2009).

La faiblesse et l'instabilité des revenus obligeront également à penser les modes de financement de la protection sociale des catégories des personnes pauvres sur la base de schémas non conventionnels comme les cotisations sociales et sur l'intégration des aides financées par l'Etat en une approche globale.

Si aucune étude nationale ne permet de connaître la répartition des revenus des ménages, une étude conduite en 2006 (« conditions de vie des ménages » - décembre 2006 – Ministère de l'économie et du développement et Unité de recherche démographique de l'Université de Lomé) sur un échantillon de la population permet cependant de disposer d'informations intéressantes.

<i>(En pourcentage)</i>	Milieu		Quintiles	
	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Ménages Les plus pauvres</i>	<i>Ménages Les plus riches</i>
Nature des ressources de subsistance				
Salaires	75,1	24,9	17,6	24,7
Revenus agricoles	10,6	89,4	28,2	9,5
Revenus non agricoles autres que salaires	40,3	59,7	23,2	14,4
Transferts reçus	45,3	54,7	21,3	19,7
Rente	65,6	34,4	22,1	21,2
Emprunts	12,4	87,6	48,9	3,5

Source : Conditions de vie des ménages – décembre 2006

En effet, cette étude montre (voir tableau ci-dessus) : (i) que le revenu dominant varie entre milieu urbain (salaire) et milieu rural (revenus agricoles), (ii) que les « revenus non agricoles autres que salaires » et que « les transferts reçus » tiennent une place considérable, mais (iii) qu'à la « rente » particulièrement importante en milieu urbain est substitué « l'emprunt » en milieu rural. Ce constat conduit les auteurs de ce travail à écrire : (a) qu'une « *proportion non négligeable de ménages togolais assurent leur subsistance grâce à des emprunts* » et que (b) « *contrairement à une idée communément admise dans les sociétés togolaises, le tableau indique que les transferts reçus ne profitent pas préférentiellement aux ménages aux prises avec des difficultés économiques mais plutôt aux ménages de tous les profils de pauvreté* ».

Conséquences sur l'organisation de la protection sociale

a) A la vue de ces informations, il convient de savoir si les futurs mécanismes nationaux de protection sociale doivent ou non intégrer une partie des transferts en provenance de l'étranger dans les sources de financement en les incitant à s'inscrire dans des mécanismes formels.

b) Concernant l'endettement des ménages, il conviendrait de connaître si (i) l'endettement est la conséquence obligée d'un décalage dans le temps entre la perception de revenus agricoles (une ou deux fois par an) et les dépenses d'exploitation (engrais, etc.) et (ii) si l'impact de l'endettement des ménages conduit ou non à une accélération de la paupérisation. La réponse à ces deux aspects de l'endettement doit permettre de déterminer si l'amélioration de la situation des ménages, en particulier des agriculteurs, passe aussi par la mise en place de nouveaux mécanismes de financement.

Cette étude précise d'ailleurs que « la persistance de la pauvreté et l'aggravation de la précarité économique qui en découle mettent une forte proportion de ménages dans une situation sociale et économique telle qu'il leur faut compter sur l'assistance d'appoint (en nature ou en argent) que leur fournissent leurs membres non-résidents pour redresser un tant soit peu leur déséquilibre de subsistance. (...). Les ménages qui tirent le plus profit de l'aide en nature ou en argent procurée par leurs membres non-résidents vivent principalement en milieu rural. (...). Ces mêmes ménages sont ceux qui recourent le plus à la stratégie d'allègement des charges de subsistance par le biais de la mise en « confiage » ou en placement d'une partie de leurs enfants. (...). Dans l'imaginaire sociale, la portée d'une telle stratégie de survie est d'autant plus grande que les personnes envoyées dans les circuits migratoires sont instruites et capables de s'inscrire dans des réseaux internationaux. L'importance accordée aux difficultés à scolariser les enfants tient en partie à cette considération. »

Toutefois, comme le montre l'étude sur le profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Togo en date de 2007, l'alimentation⁴ et les boissons non alcoolisées restent le poste principal de la dépense des ménages avec une place d'autant plus importante que le ménage est pauvre. En effet, ce poste de dépenses passe de 40,8% chez les « non pauvres » à 53,5 % chez les pauvres.

⁴ Malgré cette dépense importante, « 88,3 % des pauvres présentent un déficit de consommation alimentaire, contre 43,5 % pour les non pauvres ». (source : Etude sur le profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Togo).

Deux problèmes majeurs : l'accès aux soins et à l'éducation

Le poids de la pauvreté et de la vulnérabilité sur la vie des ménages dans les différentes composantes précédemment présentées est d'ailleurs confirmé par le tableau III. 1 - « Importance relative des problèmes de la vie quotidienne évoqués par les ménages (2006) »- du rapport d'étude des conditions de vie des ménages (décembre 2006 – Ministère de l'économie et du développement et Unité de recherche démographique de l'Université de Lomé).

<i>Proportion des ménages exprimant une ou des inquiétudes</i>	Moins de 20 %	De 20 à 30%	De 30 à 40%	De 40 à 60%	60% et plus
<u>Types de problème</u>	. Chômage . Salaires bas . Salaires irréguliers . Logement/loyers . Transport/déplacement . Conflits avec les voisins . Comportements des enfants . Garde des enfants . Environnement . Prix des produits . Source d'énergie . Activité commerciale . Activité agricole . Dettes . Mésentente conjugale	. Manque de crédit . Eau potable	Alimentation	Scolarisation des enfants	Santé de la famille

Source : Rapport d'étude des conditions de vie de ménages. Décembre 2006

La santé et la scolarisation des enfants constituent deux problèmes particulièrement importants pour les ménages qui consacrent pour la santé de 4,7% (pauvres) à 5,1% (non pauvres) de leurs revenus et pour l'éducation de 3,8% (pauvres) à 3 % (non pauvres). Dès lors le taux de fréquentation du primaire qui est de 73,4% dans l'ensemble du territoire (87,8% en milieu urbain ; 65,8% en milieu rural) tombe à 69,3% chez les pauvres (contre une moyenne de 83,8% chez les « non pauvres »). Concernant l'éducation, le rapport du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement du

Togo en date d'avril 2007 met en évidence l'importance des taux nets de fréquentations dans le primaire tant en milieu urbain (88,8%) que rural (68,3%), mais également que dans le secondaire ce taux est nettement plus faible en particulier en milieu rural (23,2 % contre 51,1 % en milieu urbain). Mais surtout, le rapport souligne qu'au « *delà des disparités régionales, des facteurs limitant pour la scolarisation au primaire et au secondaire subsistent dont notamment l'accessibilité financière des ménages pauvres ou non pauvres, les stéréotypes, les harcèlements sexuels et les grossesses. Toutefois, le statut de pauvreté agit sur la scolarisation des enfants de 6 à 11 ans, avec un taux net de fréquentation de 71% chez les pauvres, contre 85,2% pour les non pauvres. En effet, environ 9,4 % des enfants ne fréquentent pas l'école pour des raisons financières, dont 6,2 % dans les zones urbaines et 11,2 % dans les zones rurales. D'où la nécessité d'amorcer une réflexion sur la gratuité de l'enseignement primaire pour certaines couches sociales de la population* ».

En ce qui concerne la santé, le taux de morbidité au Togo est de 18,2 % (19,3 % chez les femmes ; 17,2 % chez les hommes. Comme l'indique le rapport sur le profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Togo, « *l'accès à moins de 30 minutes d'une structure de santé est variable suivant le milieu de résidence et le statut de pauvreté* :

- *les disparités d'accès sont fortes entre les milieux urbain (76,1 %) et rural (54,1 %) ;*
- *les pauvres du milieu urbain ont relativement un moindre accès à une structure de santé (71,7 %) que les non pauvres (78,7 %) ;*
- *en milieu rural, les disparités d'accès se creusent davantage, entre les pauvres (51,1 %) et les non pauvres (62,8 %) ».*

De plus, « *environ 12 personnes sur 100 n'ont pas accès aux services de santé pour des raisons financières. Le chiffre est similaire pour les zones urbaines et rurales* » avec des disparités entre les différentes régions du pays.

DEPENSES DE SANTÉ, UNE PRIORITÉ POUR UNE GRANDE PARTIE DE LA POPULATION

Si les comptes nationaux de la santé 2008 font clairement ressortir la part dominante du financement privé dans l'accès aux soins avec 55,5 % du total des dépenses, ils mettent en évidence le rôle considérable revenant aux ménages qui supportent un peu plus de 50% des dépenses totales de santé du pays. Ils précisent que cette dépense des ménages va « *à 78% aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables, 12% aux soins curatifs ambulatoires et 10% aux soins curatifs en milieu hospitalier* »

Source de financement	En pourcentage		En millions de FCFA	
	Total	Détail	Total	Détail
<u>Financement public</u>	30,0%		22.000	
- Ministère de la santé		29,6%		21.715
- Autres ministères et institutions de l'Etat		0,4%		285
<u>Financement privé</u>	55,5%		40.681	
- Mutuelles de santé		0,0%		6
- Assurances santé		2,3%		1.720
- Ménages		50,5%		37.049
- Institutions à but non lucratif		1,0%		753
- Entreprises (hors assurance maladie)		1,6%		1.153
<u>Reste du monde</u>	14,5%		10.638	
- Fonds de coopération		3,9%		2.878
- ONG, etc.		10,6%		7.760
Total	100,-%		73.319	

Source : Comptes nationaux de la santé - 2008

Le financement de la santé reste de la responsabilité des ménages, mais aussi leur principale source de préoccupation.

Le rapport concernant « l'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo » (ministère de la santé – Mai 2011) souligne qu'en ce qui concerne la prise en charge des indigents, « *l'Etat, pour couvrir les soins de santé des indigents, met à la disposition des structures de soins des subventions couvrant tout ou une partie du coût des soins. En 2009, cette subvention s'élevait à 885 millions de FCFA, soit 6% du budget central de la santé*⁵. La structure offre alors les soins à l'usager et présente des justificatifs au MEF qui les rembourse. Lorsque le crédit alloué par l'Etat pour la prise en charge des indigents est épuisé, la structure offrant les soins prend en charge la dépense. Les soins aux indigents représentent en moyenne 12,8% par an des subventions de l'Etat aux Hôpitaux autonomes. Sur le terrain, il est observé une inefficacité de l'utilisation des fonds pour indigents. A ce jour, il n'existe pas de critères objectifs de définition de l'indigence. Il n'existe pas non plus de mécanismes de contrôle de l'utilisation de ces fonds ».

Toutefois, en l'absence de mécanismes préalables d'identification des indigents, rien ne permet de garantir que les sommes allouées par l'Etat en leur faveur leur soient effectivement attribuées. La mise en œuvre de cette priorité de l'Etat passe donc d'abord par un travail d'identification de ces personnes et leur enregistrement dans un fichier national ou régional.

⁵ Toujours selon ce rapport « on constate que les CHU sont les premiers bénéficiaires de cette subvention ».

STRATEGIE GOUVERNEMENTALE

Stratégie en matière de réduction de la pauvreté

Comme le souligne le « rapport économique, financier et social 2010 » préparé par le Ministère de l'économie et des finances, les stratégies gouvernementales de réduction de la pauvreté *« s'appuient sur trois (03) piliers stratégiques : (i) l'amélioration de la gouvernance; (ii) la consolidation du processus de relance économique et la promotion du développement durable; (iii) le développement des secteurs sociaux, des ressources humaines et de l'emploi. En plus de l'importance accordée à la gouvernance, la stratégie intérimaire a mis également l'accent sur cinq secteurs prioritaires à savoir : la santé, l'éducation, l'agriculture, les infrastructures économiques, l'eau et l'assainissement. En outre, le Gouvernement s'est doté d'un Plan Intérimaire d'Actions Prioritaires (PIAP) qui vise à traduire en actions prioritaires les orientations du DSRP (Document de Stratégie de la Réduction de la Pauvreté) intérimaire. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre des réformes en matière de gestion des finances publiques, un Cadre Budgétaire à Moyen Terme (CBMT) a été élaboré pour mieux canaliser la programmation budgétaire des actions prioritaires découlant des axes stratégiques du DSRP intérimaire ».*

DSRP

L'élaboration du document de stratégie de la réduction de la pauvreté 2009-2011 a été un long processus entamé en février 2001 et finalisé en Juin 2009. L'élaboration de cette stratégie repose sur quatre piliers : *(i) le renforcement de la gouvernance ; (ii) la consolidation des bases d'une croissance forte et durable ; (iii) le développement du capital humain ; et (iv) la réduction des déséquilibres régionaux et la promotion du développement à la base ».*

Le troisième pilier part du constat que *« la pauvreté se manifeste essentiellement par la non-satisfaction des besoins sociaux de base : éducation, santé, eau et assainissement, alimentation, etc. ».* Afin de répondre aux attentes de la population, le Gouvernement a opté pour cinq actions : *« (i) la promotion du système d'éducation et de formation ; (ii) le développement du système et des services de santé ; (iii) l'amélioration du niveau nutritionnel des populations ; (iv) l'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement ; et (v) la promotion de l'équité genre et de la protection sociale ».*

Le DSRP ne serait pas complet sans la définition (i) des ressources financières à mobiliser pour *« réaliser la stratégie, les dépenses prioritaires afférentes et les résultats globaux attendus »*, (ii) du dispositif institutionnel⁶ à mettre en œuvre, enfin (iii) du système de suivi et d'évaluation de la stratégie.

⁶ Le dispositif institutionnel prévu pour la mise en œuvre de la stratégie comprend : (i) le Conseil National des Politiques de Développement et de Lutte contre la Pauvreté (CNPDL) ; (ii) le Comité Interministériel chargé des Stratégies de Lutte contre la Pauvreté (CISLP) ; (iii) le Comité Technique de Pilotage de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (CTP) ; (iv) le Secrétariat Technique Permanent du DSRP (STP) ; (v) les Comités Sectoriels du DSRP (CS) ; (vi) les Comités Régionaux de Suivi Participatif (CRSP) ; et (vi) les Comités Locaux de Suivi Participatif (CLSP). A ce dispositif, s'ajoutent le Comité Etat/Donateurs et le Réseau des Organisations de la Société Civile.

DSRP et protection sociale

Le DSRP consacre un chapitre particulier à la future organisation de la protection sociale en faisant clairement la distinction entre l'aspect assurantiel et l'aspect assistantiel et à la nécessité de mettre en œuvre une réelle stratégie de prévention des accidents du travail aux conséquences désastreuses :

« Par rapport à l'aspect assurantiel, la protection sociale est gérée au Togo par deux institutions que sont la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les secteurs privé et parapublic et la Caisse de Retraite du Togo (CRT) pour le secteur public. Les compagnies d'assurance privées qui interviennent dans ce domaine le font sans ligne directrice avec parfois beaucoup de confusion et d'incertitude pour les assurés sociaux. Leur influence est négligeable. Les rares initiatives en ce qui concerne les mutuelles de secours ou de santé n'offrent pas encore une visibilité claire et une efficacité pouvant servir de modèle de protection sociale et ne touchent que moins de 4% de la population totale. De plus, la couverture en ce qui concerne la fonction publique, s'arrête généralement à la pension vieillesse et aux prestations familiales tandis que celle des secteurs privé et parapublic se ramène aux pensions vieillesse et invalidité, aux risques professionnels et aux allocations familiales. L'assurance maladie est presque inexistante.

Quant à l'aspect assistantiel et la gestion de l'indigence, ils sont gérés essentiellement par l'Agence Nationale de Solidarité et par d'autres structures de l'Etat (ministères chargés de l'action sociale, de la santé et de la protection civile) sans grands moyens et sans orientations stratégiques. Les profils de vulnérabilité et de handicaps majeurs ne sont pas définis. Ce qui engendre beaucoup d'approximation et d'improvisation par rapport à la prise en charge. Les organisations humanitaires et caritatives qui interviennent dans le domaine le font mais sans lisibilité et sans directives tant en matière de critères de sélection qu'en termes de paquet de services.

En ce qui concerne l'aspect sécurité et santé au travail qui constitue un pilier fondamental de la protection sociale, il a été pendant longtemps une matière orpheline. Les morbidités, les mortalités et les accidents en rapport avec l'exercice des activités professionnelles, sont légions. Il en est ainsi parce que : la législation est dépassée ou incomplète ; les structures sont atrophiées ou non fonctionnelles, la cartographie des risques est inexistante, le personnel qualifié n'est pas disponible, les acteurs ont une perception floue de leurs droits et obligations. Autrement dit, les travailleurs togolais, que ce soit dans le secteur formel ou dans l'économie informelle, dans le secteur agricole, en zone urbaine ou rurale, ne sont généralement pas protégés contre les risques majeurs auxquels les exposent leurs activités.

Au regard de tout ce qui précède, le Gouvernement entend prendre des mesures conformément aux engagements 85 et 87 du protocole d'accords du dialogue social, afin de permettre à moyen terme, à tous les citoyens et citoyennes, à tous les travailleurs et travailleuses, du secteur formel ou de l'économie informelle, salariés ou indépendants, urbains ou ruraux, industriels ou agricoles ; aux catégories vulnérables particulières (chômeurs, personnes handicapées, femmes enceintes, enfants vulnérables, personnes âgées, sinistrés, sans-abri...) de disposer d'un minimum de protection sociale. A cet effet, les mesures prioritaires ci-après seront prises : (i) la réalisation d'une étude-évaluation en vue de cerner la situation réelle en matière de protection sociale ; (ii) la réalisation d'un audit diagnostic des organismes actuels de prestations de services de protection sociale ; (iii) l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale ; (iv) la sensibilisation des populations sur les enjeux et les responsabilités qui leur incomberont dans la pérennisation des solutions à mettre en place ; et (v) la mise en place d'un plan d'actions en vue d'opérationnaliser la politique ».

PNDS

Depuis le début des années 2000, deux plans nationaux de développement de la santé (PNDS) vont se succéder : le PNDS 2002-2006 et le PNDS 2009-2013. Le PNDS 2009-2013 part d'un constat, à savoir que *« l'état de santé des populations togolaises reste très précaire, en raison notamment des conséquences de la crise socio - politique sur les secteurs sociaux. En dépit des progrès significatifs réalisés dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, la crise économique de ces dernières années n'a pas permis d'améliorer les indicateurs socio-sanitaires. Même si les indicateurs de santé liés à la mère et à l'enfant ont connu une légère amélioration, l'espérance de vie à la naissance a baissé de 55 ans en 1988 à 51,6 en 1999 (Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2001) »*.

Les auteurs du PNDS rappellent que le système de santé est bien pourvu en infrastructures de santé et qu'environ 88% de la population se situe à moins de 5km, soit moins d'une heure de marche, d'une structure de soins. Toutefois *« le taux de fréquentation curative des formations sanitaires publiques reste faible et fluctue entre 25% et 29%. (...) La dégradation continue des infrastructures et équipements, la pénurie et la démotivation du personnel, la mauvaise qualité des soins et le coût relativement élevé des prestations sans oublier le développement du secteur privé de soins expliqueraient cette sous-fréquentation des services publics de soins curatifs*.

Toutefois, si ces auteurs font ressortir des fluctuations importantes des dotations budgétaires en provenance de l'Etat⁷, ils rappellent surtout que *« les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (initiative de Bamako). La contribution des ménages est constituée par le paiement à l'acte et l'achat des médicaments génériques par les patients. Selon les données récentes disponibles pour l'année 2006, les ressources générées par le recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires du secteur public, s'élevaient à 6,837 milliards FCFA correspondant à 41% du budget inscrit par l'Etat pour la santé »*.

Constatant donc que *« l'un des objets essentiels du développement de la santé est d'assurer au plus grand nombre d'habitants, la possibilité de surmonter les obstacles financiers à l'accès des services de santé »*, le PNDS retient le principe de l'amélioration de *« l'accessibilité financière aux services de santé »* sur la base des mesures suivantes :

- *« favoriser le développement des différents mécanismes de solidarité et de partage de coûts notamment ainsi que les initiatives mutualistes sur la base de celles déjà conduites dans les régions de Lomé Commune, des Savanes et Centrale, l'assurance maladie, etc.;*
- *développer les mesures favorisant l'équité d'accès aux soins ;*
- *améliorer la gestion des subventions mises à disposition par l'état en faveur des indigents et les étendre à la prise en charge des urgences ;*
- *faire le contrôle et le suivi de l'utilisation des fonds pour indigents ;*
- *effectuer une révision des tarifs à appliquer dans les structures de santé sur la base d'une enquête sur la capacité contributive de ménages ;*
- *renforcer la prescription et l'utilisation des médicaments génériques ;*
- *encourager l'utilisation d'outils harmonisés de gestion des patients (paquets minima d'activités, normes et standards divers) »*.

⁷ PNDS 2002-2013 : *« Le Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé, après une période de progression passant de 9,4 milliards (6,3% du budget de l'Etat) à 13,6 milliards (8,8%) entre 1995 et 1999, a connu une stagnation, voire une baisse passant de 5,7 % du budget national en 2002 à 4,1% en 2004 puis une hausse allant à 7,6% en 2006. Cette situation est aggravée par les problèmes réels de décaissement et de mobilisation des ressources par le Ministère de la Santé »*.

A la différence du DSRP, le PNDS reste évasif sur les moyens de mobiliser les ressources financières nécessaires à l'accès aux soins de l'ensemble de la population. En cela, ce document d'orientation est essentiellement basé sur l'offre de soins.

Si une carte sanitaire nationale a été préparée, elle ne concerne pour l'instant que l'offre de soins (publique et privée) ne donnant donc aucune information sur les besoins. L'absence de cet outil important entrave donc sérieusement la mise en place d'une stratégie de rationalisation et de redistribution des ressources humaines – dont certaines manquent - et financières à une époque où la généralisation des Unités de soins périphériques (USP) a conduit à changer le rôle des hôpitaux.

PSE 2010-2020

Afin de permettre la mise en œuvre d'une stratégie long terme, un plan sectoriel pour l'éducation « Plan sectoriel de l'éducation 2010-2020 » a été préparé. Celui-ci repose sur un constat concernant les besoins, le fonctionnement et les résultats du système éducatif togolais. Parmi ceux-ci figurent les faits suivants :

- « La population de moins de 15 ans représente 43 % de la population en 2007 et en 2020 la proportion devrait être de près de 38 %. La proportion d'enfants scolarisables au primaire au sein de la population serait elle-même en léger recul d'ici 2020, passant de 16,4 % à 14,8 % (...). En valeur absolue, le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire dans le système (6-11 ans) passerait de 1 052 000 en 2007 à 1 334 000 en 2020, soit une augmentation de 26,8 % en 13 ans » ;

- « Concernant la mesure des dépenses d'éducation en proportion du PIB, des évolutions (...) sont enregistrées puisque l'on passe de 4,9 % en 1992 à 0,5 % en 1996, puis de 4,0 % en 1997 à 3,2 % en 2006 et 3,5 % en 2007. (...) La distribution des dépenses publiques d'éducation entre niveaux d'enseignement se présente comme suit : (i) enseignement préscolaire : 0,7 % ; (ii) enseignement primaire : 38,8 % ; (iii) enseignement secondaire : 32,0 % ; (iv) enseignement technique et formation professionnelle : 7,7 % ; (v) enseignement supérieur : 20,3 % » ;

Des évolutions importantes d'effectifs ont été constatées dans les années passées : « (i) Au préscolaire, l'effectif a fortement augmenté sur la période 1998-2007, avec une évolution annuelle moyenne de 13,7%. Le public scolarise 46 % des effectifs pour l'année 2006/07, le privé 53 % et le communautaire 0,4 % ; (ii) Au primaire, l'évolution sur la période 1998-2007 est marquée par une croissance annuelle moyenne des effectifs d'élèves de 3,5 % par an. Le moteur de la croissance globale des effectifs de l'enseignement primaire est le développement du privé et des EDIL. Dans ces deux ordres d'enseignement, l'accroissement annuel moyen du nombre d'élèves est respectivement de 7,1 % et 9,8 %, alors qu'il n'est que de 1,1 % dans le public ; (iii) Au premier cycle du secondaire, le nombre d'élèves est passé de 155 202 à 365 920. Cette variation correspond à un accroissement annuel moyen de 10 % dont 6,6 % dans le public et 26,5% dans le privé ; (iv) Au second cycle de l'enseignement secondaire, on observe une forte expansion entre 1998 et 2007. Le nombre d'élèves à ce niveau est passé de 32 862 à 91 904 (accroissement annuel moyen de 12 %), cette augmentation étant plus forte dans le privé (19,6 %) que dans le public (10,3 %) ; (v) Dans l'enseignement technique et la formation professionnelle, les effectifs ont également connu une progression très importante sur les dernières années. Le nombre annuel moyen, en particulier du fait de la progression importante de l'offre privée ; (vi) Enfin, l'enseignement supérieur a connu une évolution en dents de scie entre 1998 et 2007 mais affiche une croissance quantitative très élevée sur les toutes dernières années. On compte plus de 37 000 étudiants dans les établissements publics en 2007 alors qu'ils n'étaient que de 15 000 en 2004 (34,2 % d'accroissement annuel en moyenne sur les trois années) ».

Un état des lieux est également dressé concernant les divers dysfonctionnements constatés. Quatre difficultés majeures sont mises en avant : (i) des défauts dans la qualité de l'éducation (qualification des personnels et qualité des matériels didactiques) ; (ii) un taux élevé de redoublements ; (iii) « un encadrement inégal entre les ordres d'enseignement et les régions » ; (iv) la disponibilité insuffisante en manuels de lecture et de calcul. Toutes ces données ont été reprises dans le Plan sectoriel de l'éducation 2010-2020 publié en mars 2010.

Afin de faire évoluer le système éducation, le PSE 2010-2020 propose quatre axes de réforme :

- « *Réaliser en 2020 la scolarisation primaire universelle, améliorer la qualité des services éducatifs offerts et limiter le financement privé des services aux parents qui le souhaitent et en ont les possibilités financières* » ;

- « *Etendre la couverture du préscolaire, notamment le développement de l'expérience communautaire au bénéfice des populations rurales, en particulier les plus défavorisées* ».

- « *Augmenter autant que possible l'achèvement du premier cycle du secondaire, notamment en milieu rural, en maîtrisant les coûts unitaires par une révision des programmes et l'instauration d'une polyvalence systématique dans le recrutement des enseignants à ce niveau d'enseignement* » ;

- « *Assurer dans l'enseignement supérieur, l'enseignement secondaire second cycle, l'enseignement technique et la formation professionnelle, des formations qui en quantité comme en qualité, seraient déterminées en référence aux demandes de l'économie togolaise* ».

Projet de politique nationale de protection de l'enfant

En 2007/2008 la Direction générale de la protection de l'enfant du Ministère de la protection sociale, de la promotion de la femme, de la protection de l'enfant et des personnes âgées a développé un projet de politique nationale de protection de l'enfant. Il rappelle tout d'abord que : « *Au-delà de la question de la survie et du développement du jeune enfant, dans un contexte où un quart des enfants âgés de 0-5 ans au Togo sont confrontés à une insuffisance pondérale (16,8%) ou un retard de croissance (26,4%), et 7,4% souffrent d'émaciation, la protection de l'enfant vise spécifiquement toutes les situations où l'enfant connaît une situation de risque ou de maltraitance, quel que soit son âge, et qui de façon cumulée ou non, compromet ses chances de développement harmonieux et d'intégration dans la société togolaise. (...) La précarité et la misère n'engendrent pas en elles-mêmes le danger pour un enfant, mais elles en accroissent les risques, en développent les facteurs* »

Le ministère classe les enfants à risque en plusieurs catégories :

- *les enfants en situation de risque*, à savoir (i) les enfants vivant dans des ménages pauvres ou très pauvres ; (ii) les enfants non enregistrés à la naissance ; (iii) les enfants exclus du système scolaire ; (iv) les enfants privés du soutien de leurs parents ; (v) les enfants en conflit avec la loi ; (vi) les enfants handicapés ;

- *les enfants en situation de maltraitance* : (i) enfants victimes de négligence, d'abus et de violence ; (ii) enfants victimes d'exploitation et des pires formes de travail ; (iii) enfants victimes d'abus, de violence et d'exploitation à caractère sexuel ; (iii) enfants victimes de pratiques culturelles néfastes à leur santé ou leur développement.

Sur la base de son constat et d'objectifs à atteindre, le Ministère propose que la Politique de protection de l'enfant s'articule autour des domaines stratégiques d'interventions suivants :

a) *la prévention des situations à risque* avec (i) le développement de l'accompagnement des familles et des enfants en difficulté par un accès renforcé aux services de protection sociale et sociaux de base ; (ii) le renforcement des mécanismes communautaires de protection, par la sensibilisation et le renforcement des capacités des communautés ; (iii) la promotion de la protection des droits de l'enfant, par la communication pour le changement d'attitudes et de comportements ;

b) *la prise en charge des enfants vulnérables* avec (i) la consolidation du cadre législatif et réglementaire, au regard et en application du Code de l'enfant ; (ii) le renforcement des mécanismes de détection et de l'accessibilité à des services d'écoute et d'orientation des enfants vulnérables ; (iii) le renforcement des capacités institutionnelles en termes de ressources humaines, logistiques, et techniques ; (iv) le développement de la coordination opérationnelle des services et institutions de protection de l'enfant ; (v) le développement et la mise en œuvre de programmes de protection spéciale ciblés.

Conséquence sur l'organisation de la protection sociale

Cette diversité de situations et de besoins sociaux induit que la réponse ne peut être unique ni dans son organisation ni dans son mode de prise en charge. Toutefois une coordination des interventions et des moyens mis en œuvre s'impose tant pour identifier les besoins et les bénéficiaires que pour permettre une complémentarité entre les diverses actions d'aide.

Coordination

L'existence de ces différentes stratégies sectorielles ne garantit cependant pas qu'une approche globale soit mise en œuvre actuellement. Une telle absence conduirait à privilégier une action ponctuelle au détriment d'une catégorie de la population. Ainsi l'enfant d'un bénéficiaire d'une carte d'indigent donnant droit à des soins gratuits à l'hôpital ne perçoit pas forcément une aide pour les fournitures scolaires ou l'accès gratuit à la cantine. Au moment où le développement de la protection sociale constitue une priorité pour les Autorités togolaises, il devient nécessaire de s'assurer que cette approche coordonnée est effectivement menée tant dans la définition des catégories sociales à prendre prioritairement en compte que dans l'utilisation des ressources financières et humaines, que dans l'articulation et la complémentarité entre les différentes études menées, enfin dans la définition précise du rôle des institutions sociales actuellement mises en place ou en réorganisation.

Financement

Afin de soutenir les actions définies dans ces divers documents, les Autorités togolaises ont inscrit l'éducation et la santé comme secteurs prioritaires du développement social du pays. Ainsi l'enveloppe globale de cadrage du DSRP 2009-2011 est affectée pour 30,4 % à l'éducation et pour 16,9 % à la santé pour l'année 2011.

En millions de F CFA	2009			2010			2011		
Secteurs prioritaires	Fonc.	Inv.	Total	Fonc.	Inv.	Total	Fonc.	Inv.	Total
Education	72 788	18 164	90 953	74 972	26 353	101 325	77 221	29 012	106 234
Santé	20 371	27 504	47 875	20 982	35 051	56 034	21 612	37 502	59 114
Agriculture	3 356	18 807	22 164	3 457	20 052	23 509	3 561	20 456	24 017
Eau et Assainissement	209	8 571	8 781	216	12 090	12 307	222	13 234	13 456
Infrastructures	1 394	17 993	19 387	1 435	24 141	25 577	1 479	26 138	27 617
TOTAL	98 118	91 039	189 160	101 062	117 687	218 752	104 095	126 342	230 438

Source : Enveloppe globale de cadrage du DSRP.

La stratégie de développement social est confirmée. Ainsi dans le budget 2010, les dépenses d'enseignement et de santé tiennent une place significative.

Budget 2010 - Total des dépenses (en millions de FCFA)	497. 063	100%
Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et de l'alphabétisation	54.095	10,9%
Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle	5.742	1,1%
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche	11.767	2,3%
Ministère de la santé <i>Dont Hospitalisation des indigents dans les centres de soins publics</i>	41.367 825	8,3%
Ministère de l'action sociale, de la promotion de la femme, de la protection Des enfants et des personnes âgées	1.998	0,4%
Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale	958	0,2%
Ministère de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche	50.585	10,2%
Ministère de l'eau, de l'assainissement et de l'hydraulique villageoise	13.928	2,8%

Source : Budget général 2010/ Loi de finance.

Toutefois, malgré les efforts conduits par le gouvernement et malgré les documents stratégiques et le cadre budgétaire, l'utilisation de ces dotations budgétaires bien que définie en termes de comptabilité publique ne permet pas de mesurer leurs impacts sur les populations vulnérables. Ainsi, si la mise à niveau des installations de santé est nécessaire, elle ne cible pas particulièrement les populations pauvres. Les analyses concernant la consommation des ménages montrent d'ailleurs bien que le renoncement à certains soins et à l'éducation touchent prioritairement les personnes démunies.

Conséquences sur l'organisation de la protection sociale

1) L'importance de la population rurale, de la faiblesse du nombre de salariés et donc de l'importance des indépendants (petits agriculteurs) et du secteur informel, la part importante de la population togolaise vivant au-dessous du seuil de pauvreté obligent à constater que la mise en place de mécanismes de protection sociale basée sur la collecte de cotisations s'avère dans une période à court et moyen terme techniquement difficile. C'est pourquoi « l'utilisation » de structures existantes (coopératives, tontines, etc.) regroupant déjà des groupes spécifiques (producteurs agricoles, femmes d'un même village, etc.) constituerait un moyen facilitant la mise en place de régimes de protection sociale.

2) La faiblesse des revenus d'une large partie de la population interdit le recours comme la mise en œuvre de mécanismes de protection sociale basés sur la perception de toute cotisation sociale ou prime d'assurance⁸.

3) L'aide sociale sous toutes ses formes restera un élément déterminant pour la survie d'une partie de la population, pour l'accès aux soins et aux médicaments, pour l'éducation des enfants et pour la satisfaction de leurs besoins alimentaires.

Bilan à la fin 2010 de la mise en œuvre du DSRP

Le rapport d'étape annuel de mise en œuvre du DSRP complet en date d'octobre 2010 permet de dresser un bilan des actions déjà mises en œuvre. Ce document est structuré suivant quatre chapitres : chapitre 1 : Etat de mise en œuvre du DSRP complet et des déclencheurs ; chapitre 2 : Cadre macro-économique et état de la pauvreté ; chapitre 3 : Capacité de mise en œuvre et suivi/évaluation ; chapitre 4 : Perspectives et recommandations. Le premier chapitre passe en revue les quatre composantes du DSRP complet (Pilier I : renforcement de la gouvernance ; Pilier II : consolidation des bases d'une croissance forte et durable ; Pilier III : développement du cadre humain ; Pilier IV : développement à la base et réduction des déséquilibres régionaux), tandis que le second dresse entre autres un bilan de l'état de la pauvreté.

Le pilier III consacré au capital humain est lui-même divisé en six sous chapitres : (i) Promotion du système d'éducation et de formation ; (ii) Développement du système et des services de santé ; (iii) Amélioration de l'accès à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement ; (iv) Promotion de l'équité et de l'égalité de genre ; (v) Protection sociale ; (vi) Promotion de la jeunesse, des sports et des loisirs.

⁸ En effet, il est important de rappeler que :

- le montant d'une prime de mutuelle varie entre 2.200FCFA et 3.500 FCFA par an et par personne soit entre 3 et 5% des dépenses annuelles des personnes relevant du premier décile et de 1,5 à 2,3% pour celles relevant du 4^{ème} décile ;
- 48,9 % des revenus des personnes relevant du premier décile procèdent de l'emprunt (source : « Conditions de vie de ménages » ; 2006 – Ministère de l'économie et du développement.

Face à la faiblesse de leurs revenus, une partie de la population rencontrera des difficultés à payer toute prime (mutuelle) ou toute cotisation sociale.

Concernant le système d'éducation et de formation, les actions entreprises ont concerné tous les niveaux de formation avec :

- l'amélioration de la qualité de l'éducation primaire avec une série de formations⁹ et la construction de salles de classe¹⁰, et l'adoption en mars 2010 du plan sectoriel de l'éducation (PSE). Cette adoption a permis l'approbation d'un projet d'un montant de 45 millions de dollars US pour la période 2010-2013, dans le cadre du fonds catalytique de l'Initiative pour une mise en œuvre accélérée de l'éducation pour tous (IMOA-EPT) ;
- l'amélioration de l'offre d'enseignement secondaire avec l'amélioration des infrastructures de plusieurs collèges, la construction de salles de classe et la formation continue des enseignants ;
- le développement des programmes spécifiques et fonctionnels d'alphabétisation ainsi que celui de l'offre d'enseignement technique et de formation professionnelle ;
- plusieurs actions ont également été entreprises au niveau de l'enseignement supérieur et de la recherche (construction/réhabilitation de locaux, équipement de blocs pédagogiques, etc.)

Concernant le développement du système et des services de santé les actions ont été conduites suivant quatre axes

- le renforcement du cadre institutionnel et de la gestion du système de santé avec (i) la validation de plusieurs documents stratégiques¹¹ par le Gouvernement, (ii) la construction, la réhabilitation, l'extension et l'équipement de structures sanitaires¹², (iii) la revue annuelle des activités sanitaires de 2009 et l'élaboration et la validation des outils de la chaîne planification-programmation-budgétisation-suivi-évaluation (PPBS), (iv) le lancement du processus de développement du partenariat international pour la santé IHP+
- l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant avec la conduite de campagnes de vaccination (poliomyélite, supplémentation en vitamine A, déparasitage à l'Albendazole, création de 166 nouveaux centres de réhabilitation nutritionnelle, prise en charge des enfants de moins de 5 ans, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.
- Le développement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles : augmentation du nombre de structures accréditées en matière de lutte contre le SIDA, adoption d'une nouvelle politique de prise en charge du paludisme, réalisation d'une enquête sur le processus d'intégration des activités de contrôle des maladies tropicales négligées ;

⁹ En particulier pour 5 215 enseignants qui ont reçu une formation initiale de rattrapage et 4 200 directeurs d'école qui ont suivi une formation en matière d'encadrement pédagogique des établissements

¹⁰ Il s'agit de : 66 salles de classe financées sur ressources internes ; 93 salles de classe achevées sur financement de l'UNICEF ; 300 salles de classe équipées et de 100 blocs sanitaires en chantier financés par la Banque Islamique de Développement (BID).

¹¹ La politique nationale de l'hygiène et de l'assainissement, et le document de politique, normes et protocoles en santé de la reproduction et IST ont été validés en novembre 2009. Au cours de la même période, un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2010-2013 a été validé et un projet de loi hospitalière fut élaboré.

¹² Ont été concernés par ces travaux les 3 centres hospitaliers universitaires (CHU), et les 6 centres hospitaliers régionaux (CHR), de même que les hôpitaux de districts (HD) et Unités de Soins Périphériques (USP) en visant les zones défavorisées (Savanes, Kara, etc.). De même, des locaux ont été acquis pour abriter les écoles de formation du personnel de santé (ENAM et ENSF) à Kara.

- La mise en œuvre d'une collaboration intersectorielle, de partenariats et développement de la coordination avec le renforcement de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne en cours de mise en œuvre et finalisation d'une convention de partenariat entre le Service de Santé des Armées (SSA) et le Ministère de la santé.

Concernant la protection sociale les actions menées ont eu pour objectif :

- de poursuivre la préparation d'une nouvelle politique nationale de protection sociale. Ainsi a été lancée une étude – appuyée par le PNUD et l'UNICEF - sur les effets de la crise financière et économique mondiale sur les ménages, les femmes et les enfants ;

- de développer les mécanismes assurantiels avec la réalisation d'une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système d'assurance maladie au profit des agents de l'Etat ;

- de renforcer l'assistance et la gestion de l'indigence par l'amélioration du cadre juridique et institutionnel de la protection sociale et la réalisation d'actions concrètes pour la protection des groupes vulnérables avec : (i) l'élaboration d'un manuel de procédures administratives, comptables et financières dans le cadre du renforcement ; (ii) l'extension dans tous les districts de la prise en charge multisectorielle des orphelins et enfants vulnérables (OEV) ; (iii) la poursuite de la dissémination du code de l'enfant ; (iv) la validation d'un avant-projet de loi portant statut des personnes âgées au Togo ; (v) la conduite d'une étude sur la prise en charge des enfants victimes de maltraitance et/ou en situation de handicap lourd par des familles d'accueil ; (vi) enfin, le renforcement des capacités des structures communautaires de protection de l'enfant avec 492 nouveaux membres (dont 240 femmes) formés sur les droits de l'enfant ;

- de promouvoir la sécurité et santé au travail avec l'élaboration de cinq projets de textes et la réalisation de visites d'entreprises pour la vérification de la conformité aux normes de sécurité et santé au travail.

Mise en œuvre/mobilisation des ressources

Concernant la mobilisation des ressources financières sans lesquelles la mise en œuvre du DSRP complet ne serait pas possible, le rapport d'étape annuel en date d'octobre 2010 précise qu'en « *ce qui concerne l'alignement des allocations budgétaires sur les priorités du DSRP complet, la quasi-totalité des actions programmées dans le budget de l'Etat sont conformes à celles prévues dans la matrice des mesures du DSRP complet et du PAP. L'effort d'alignement du budget sur les priorités nationales a commencé en 2009 pour être quasi effectif en 2010, avec une programmation des investissements basée sur les programmes et projets prioritaires du PAP. Engagée au cours du premier semestre de l'année 2010, la révision du PAP pour la préparation du projet de loi de finances gestion 2011 répond à ce besoin d'alignement et de gestion axée sur les résultats de développement* ». Toutefois « *l'influence du DSRP complet ne pourrait être ressentie qu'à travers la programmation budgétaire de l'année 2010. A cet effet, le budget accordé aux secteurs prioritaires représente 57,27% du budget de l'Etat en 2010 (87,2% des investissements et 36,8% du fonctionnement) alors qu'il était de 41,9% en 2009 (57,6% des investissements et 33,5% du fonctionnement) (...)* Le budget des secteurs prioritaires a cru de 62,8% (18,8% pour le fonctionnement et 108,8% pour les investissements) entre 2009 et 2010. Il est passé de 175,82 milliards de FCFA (dont 84,06 milliards de FCFA d'investissements) à plus de 286,19 milliards de FCFA (dont 177,20 milliards de FCFA d'investissements). Cette augmentation a été principalement induite par la très forte hausse de la part du budget alloué au secteur des infrastructures (...). De manière spécifique, le secteur de l'éducation reste celui qui reçoit la plus forte allocation du budget (24,6%) ».

Toutefois ce même document tient à rappeler que « *malgré une programmation des actions de développement conforme aux priorités définies dans le DSRP complet, il faut noter que la quasi-totalité des secteurs ne dispose pas d'outils opérationnels de programmation et de budgétisation (budget programme et CDMT sectoriel) et n'assure que très peu le suivi sectoriel des actions de développement. Cette difficulté est probablement due au fait que le cadre institutionnel du DSRP ne soit pas, pour le moment, mis en œuvre et donc qu'il n'existe pas les organes nécessaires pour le suivi sectoriel de la mise en œuvre du DSRP. Seuls certains secteurs prioritaires tels que l'éducation et la santé disposent de budgets programmes et de CDMT sectoriels avec des cadres institutionnels sectoriels pour le suivi de leurs politiques sectorielles* ».

Cette remarque confirme donc l'importance de la gestion du DSRP complet au travers d'un cadre institutionnel et de pratiques – telles les budgets programmes – permettant de concrétiser les orientations contenues dans les diverses composantes de la stratégie gouvernementale de réduction de la pauvreté.

2- ORGANISATION DE LA PROTECTION SOCIALE ET INSTITUTIONS

PROTECTION SOCIALE ET CADRE LÉGISLATIF

La protection sociale est un droit ancien qui relève d'une succession de textes. Ainsi les Constitutions de 1992 et de 2003 posent trois principes : l'intervention de l'Etat en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées afin de « *les mettre à l'abri des injustices sociales* » (article 33) ; le principe du droit à la santé pour tous les citoyens (article 34) ; le principe du droit à l'éducation (article 35). Toutefois ces Constitutions ne posent nullement le principe de la gratuité sauf en ce qui concerne l'éducation. Ainsi le Code de la santé confirme le principe (article 2) que « *toute personne physique a un droit inaliénable à la santé sans distinction d'origine, de sexe, d'âge, de condition sociale, de race et de religion* ». Toutefois il précise en son article 7 que « *Les prestations de soins et de services de santé sont faites à titre onéreux dans le secteur privé à but lucratif. Dans le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, **il est demandé une contribution aux bénéficiaires de ces soins et services*** ». Pour ce qui concerne l'éducation, l'Etat a posé très tôt¹³ deux principes : celui de l'obligation de la scolarisation des enfants de l'âge de 2 ans à celui de 15 ans et celui de la gratuité de l'enseignement dispensé dans les structures publiques.

Quant aux pensions, elles sont subordonnées à l'obligation de cotiser préalablement pendant une période déterminée. En effet obligation¹⁴ est faite aux employeurs de collecter les cotisations sociales (part ouvrière et part patronale) et de les reverser à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Toutefois le Code du travail « restreint » le principe de travailleur aux salariés des secteurs privés :

Code du travail du 5 décembre 2006 article 2 :

« Est considérée comme travailleur au sens du présent code, quels que soient son sexe et sa nationalité, toute personne qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une autre personne, physique ou morale, publique ou privée, appelée employeur. Pour la détermination de la qualité de travailleur, il ne sera tenu compte ni du statut juridique de l'employeur, ni de celui de l'employé.

Ne sont pas soumises aux dispositions du présent code, sauf dispositions spécifiques contraires, les personnes nommées dans un emploi permanent d'un cadre d'une administration publique ou relevant du statut général de la Fonction Publique ».

Ces dispositions excluent de facto les personnes relevant de la Fonction Publique – mais qui disposent de leur propre régime de Sécurité sociale – mais également toute personne travaillant pour son compte (travailleurs indépendants, agriculteurs, pêcheurs, artisans, etc.), ainsi que celles relevant du secteur informel ne relevant pas d'un lien de subordination¹⁵ avec une autre personne.

¹³ Ordonnance n° 16 en date du 6 mai 1975

¹⁴ Ce principe de cotiser préalablement à l'ouverture de droits se retrouve dès 1973 avec les dispositions de l'ordonnance 39/73 du 12 novembre 1973 instituant un code de sécurité sociale.

¹⁵ Remarques :

- L'existence d'un lien de subordination est déterminante dans la gestion des régimes de protection sociale. En effet dès lors qu'une personne est soumise aux ordres d'une autre suivant un lien hiérarchique et qu'en contrepartie d'un travail elle perçoit une rémunération préalablement fixée pour une activité précise et d'une durée préalablement convenue, la personne relève alors du

Evolutions récentes

Afin de permettre une généralisation de la protection sociale à l'ensemble des actifs, les dispositions du nouveau code de la sécurité sociale (loi n° 2011-06 du 21 février 2011 portant code de la sécurité sociale) prévoit un élargissement aux travailleurs indépendants et à ceux du secteur informel. Les textes d'application actuellement en cours d'élaboration devraient permettre de formaliser la mise en œuvre de ces dispositions.

Code de la mutualité

Bien que jouant un rôle non négligeable dans la prise en charge des dépenses de santé, les mutuelles¹⁶ togolaises ne sont pas régies par un Code de la mutualité. Certes les dispositions de divers textes nationaux (Code du travail ; etc.) ou internationaux (Code CIMA) font référence à des mutuelles. Ainsi la loi n°95-014 du 14 juillet 1995 porte réglementation des institutions mutualistes ou coopératives, mais il s'agit ici d'institutions en charge de l'épargne et du crédit. L'article 27 du Code du travail évoque les mutuelles mais sous la forme ancienne de caisses de secours mutuels (« *ARTICLE 27. Les statuts des caisses spéciales de secours mutuels sont soumis à l'approbation du ministre chargé du travail, après avis du directeur général du travail.* »). Quant au Code CIMA, initialement orienté vers l'assurance obligatoire concernant les véhicules terrestres, il permet désormais la prise en charge du risque santé, mais sous la forme de mutuelles d'assurance. Le cadre législatif permettant de confier à des structures mutualistes – c'est à dire sans but lucratif – la prise en charge de certaines dépenses sociales n'est donc pas adapté à la prise en charge et à la gestion des besoins sociaux (santé, retraite, etc.) d'une large partie de la population.

Le Togo continue donc d'utiliser les dispositions contenues dans le Code de la mutualité français d'avant l'Indépendance. Une réflexion est actuellement en cours afin d'intégrer dans la législation togolaise le Code de la mutualité proposé par l'UEMOA.

régime des salariés. A l'inverse si cette personne dispose d'une grande liberté d'action dans l'accomplissement de sa tâche en particulier quant aux moyens mis en œuvre, il convient – dans la majorité des cas – de concevoir que cette personne relève d'un lien contractuel non salarié. Ainsi un chauffeur de taxi peut être soit salarié, soit « indépendant », qu'il loue ou non le véhicule à un tiers.

- Si une confusion peut exister entre secteur informel et secteur indépendant, il apparaît cependant que si le second est souvent établi et fixe, il n'en va pas de même pour le premier. Ainsi une marchande de repas sur le marché de Lomé est considérée comme indépendante dans la mesure où son activité dure dans le temps. A l'inverse, le porteur de bagages sur le parking de l'aéroport de Lomé relève du secteur informel. En effet, en fonction des opportunités il deviendra conducteur de taxi moto ou autre. Cette différence est d'ailleurs parfaitement appréhendée des services fiscaux, puisque les personnes relevant du secteur des indépendants sont soumises à des taxes tandis que ceux relevant du secteur informel échappent à toute taxe officielle.
- A noter qu'une personne relevant de la catégorie des indépendants peut appartenir ou non à la catégorie sociale des indigents. Il en va souvent ainsi des petits agriculteurs ou des pêcheurs. C'est pourquoi dans nombre de pays, l'Etat classe les personnes en deux catégories : les indigents et les autres. En effet, si les seconds peuvent contribuer à la protection sociale, il n'en va pas de même pour les premiers, pour lesquels l'Etat doit alors cotiser. Les mécanismes d'identification et de classification des indigents relèvent à la fois de critères objectifs (équipement du logement, animaux possédés, etc.) mais aussi de la zone d'habitation (zone urbaine, périurbaine ou rurale).

¹⁶ Rappelons qu'une mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif.

Conséquence sur l'organisation de la protection sociale

1) *En l'état actuel de la législation et sauf modification de celle-ci, l'extension de la protection sociale à de nouvelles catégories de la population devra reposer sur le principe du versement préalable de cotisations en ce qui concerne les branches « pensions » et « accident du travail », et sur le paiement de certaines prestations médicales.*

2) *Si le principe de la gratuité de l'éducation a été posé de longue date ainsi que l'obligation de la scolarisation jusqu'à l'âge de 15 ans, le développement de l'éducation pour les enfants des familles pauvres et vulnérables devra prendre en compte plusieurs aspects connexes : (a) l'achat des livres et des fournitures scolaires, (b) le maintien dans le système éducatif malgré la nécessité de revenus supplémentaires pour les familles, (c) l'hébergement pour les enfants devant se rendre dans des établissements situés loin de leurs domiciles.*

3) *L'utilisation des mutuelles dans le cadre d'une généralisation de l'obligation d'assurance à caractère social nécessite préalablement une clarification des dispositions législatives et réglementaires.*

Le régime togolais de sécurité sociale : un système encore limité en termes de bénéficiaires et de prestations.

En application des dispositions du Code du travail, l'ancien régime¹⁷ de sécurité sociale institutionnel limitait aux salariés du secteur privé qui relevaient pour la prise en charge des certaines prestations sociales de la Caisse nationale de sécurité sociale créée par l'ordonnance N° 39 – 73 du 12 novembre 1973 instituant un code de sécurité sociale - et aux fonctionnaires qui relèvent alors de la Caisse de retraites¹⁸ du Togo créée par la loi n°9-11 du 23 mai 1991. Sont concernés les fonctionnaires civils et militaires, les magistrats, leurs ayants cause (veuf, veuves, orphelins).

Pour les salariés du secteur privé, les prestations sociales concernent les prestations familiales, les pensions (invalidité, vieillesse, décès/survivants) et les accidents du travail et maladies professionnelles. Relèvent également de ce régime les élèves des écoles professionnelles, les stagiaires et les apprentis dès lors qu'ils perçoivent une rémunération. Ni le chômage ni la maladie ne sont pris en charge.

Quant aux prestations sociales prises en charge par la Caisse de Retraites du Togo, celles-ci ne concernent que les pensions, conformément aux dispositions de la loi n° 9-11 du 23 mai 1991. Sont servies les pensions des titulaires (pension d'ancienneté ou pension proportionnelle), les pensions de réversion (pension de veuvage ou pension temporaire d'orphelins), enfin la rente d'invalidité.

¹⁷ Comme précédemment indiqué, les dispositions du nouveau code de la sécurité sociale devraient généraliser les mécanismes de prise en charge à l'ensemble des actifs, que ceux-ci soient ou non salariés.

¹⁸ La création de la CRT fait suite en la transformation en établissement public à caractère social doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière de la Direction des Pensions.

Régime général obligatoire de sécurité sociale au Togo

Une loi portant Code de sécurité sociale au Togo a été adoptée par l'Assemblée nationale (loi n° 2011-006 promulguée le 21 février 2011). Cette loi qui rappelle que le régime général de sécurité sociale comprend au moins trois branches (prestations familiales et de maternité, pensions, risques professionnels) pose le principe d'assujettissement obligatoire à régime général « *tous les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail* » y compris les salariés de l'Etat et des collectivités territoriales et des établissements publics « *qui ne bénéficient pas (...) d'un autre régime de sécurité sociale* ». Mais surtout cette loi stipule que sont également soumis à ce régime :

- pour l'ensemble des branches (i) les travailleurs indépendants relevant de divers secteurs d'activités, (ii) les ministres des cultes,
- pour les branches des pensions et des prestations familiales « les travailleurs de l'économie informelle »
- pour la branche des risques professionnels « les élèves des écoles de formation professionnelle, les apprentis et les stagiaires (...) ».

La généralisation de la protection sociale repose également sur deux aspects contraignants pour l'employeur :

- tout d'abord le fait que la création d'une entreprise classe de facto l'opérateur économique dans la catégorie des travailleurs indépendants : « *Article 8 : tout opérateur économique, personne physique qui crée une entreprise et qui n'emploie pas encore de travailleur salarié, est immatriculé en qualité de travailleur indépendant.* » ;
- ensuite la possibilité donnée au salarié de se substituer à son employeur si celui-ci ne l'a pas inscrit auprès de la caisse de protection sociale : « *Article 9 : Le travailleur dont l'employeur n'aurait pas rempli ses obligations (...) peut, après un mois à compter de sa date d'embauche, s'adresser à la Caisse en vue de son immatriculation. Cette demande d'immatriculation ne peut constituer un motif de licenciement du travailleur.* »

Mais surtout, les articles 25 et 26 stipulent que :

- (art. 25) « *chaque branche fait l'objet d'une gestion financière distincte* », les ressources d'une branche ne pouvant être affectées à la couverture des prestations ou du déficit d'une autre branche ;
- (art. 26) la Caisse effectue au moins une fois tous les cinq ans une analyse actuarielle de chaque branche et que « *si l'analyse révèle un risque de déséquilibre financier dans une branche déterminée, le conseil d'administration de la Caisse procède au rétablissement de cet équilibre (...) notamment au réajustement du taux de cotisations de cette branche* ».

La présente loi prévoit en son article 104 qu'est institué un système de coordination avec la CRT. A noter que le principe d'une coordination avec l'INAM n'est pas évoqué bien que la complémentarité d'informations est évidente. Toutefois les diverses dispositions adoptées (comptabilités séparées ; équilibre financier par branche ; coordination avec un autre organisme de protection sociale) donnent la possibilité de gestion commune si des régimes spécialisés (exemple : agriculteurs) devaient être mis en place.

LA PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SANTÉ

La prise en charge des dépenses de santé s'articule depuis peu autour de trois régimes : (i) le régime des fonctionnaires et des militaires ; (ii) le régime des salariés du secteur privé ; (iii) le régime des étudiants et des indigents.

Régime des fonctionnaires et des militaires

Jusqu'à l'adoption de la loi n° 2011-003 la prise en charge des dépenses de santé des fonctionnaires, des militaires et de leurs familles relevait des dispositions de l'article 72 du décret n°61-14 du 11 février 1961. La gestion en était assurée par le Trésor public qui s'occupait à la fois des prélèvements sur salaires et du paiement des prestations qui était effectuée sur la base d'un tiers payant intégral.

Pour les fonctionnaires, les consultations et les hospitalisations étaient couvertes à hauteur de 50 % par l'Etat. Les 50% restants sont à la charge de l'assuré. Les médicaments étaient à la charge des patients. Quant aux militaires les consultations, les hospitalisations et les médicaments étaient couverts à 100%.

L'adoption de la loi n° 2011-003 le 18 février 2011 conduit à un changement important de ce système. En effet, les dispositions de la nouvelle loi font que ce régime est obligatoire et s'applique à l'ensemble des agents des « administrations publiques¹⁹ et des établissements publics à caractère administratif », actifs et retraités ainsi que leurs ayants droit. Le droit aux prestations s'acquiert par leur affiliation obligatoire à ce régime.

La gestion de ce nouveau régime est confiée à une nouvelle institution, l'Institut national d'assurance maladie (INAM). Celui-ci jouit de « *la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière* ». Il est à but non lucratif. Il a pour mission « *d'assurer la couverture des risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité* ». Pour effectuer le paiement des prestations et exercer ses missions, l'INAM collecte des cotisations en provenance des employeurs (Etat, Collectivités territoriales, établissements publics à caractère administratif) et des salariés (agents publics en activité ou à la retraite). Les cotisations sont obligatoires. Afin de permettre la fourniture des prestations de santé, l'INAM signe des conventions avec des prestataires de soins et de service de santé publics et privés agréés par le Ministère de la santé. Suivant les dispositions de l'article 41 de cette loi, « *les prestations offertes (...) couvrent :*

- *les frais de consultation, d'hospitalisation, de produits pharmaceutiques, des actes médicaux et paramédicaux ;*
- *les frais des examens de laboratoire et de radiologie ;*
- *les frais de vaccins obligatoires et des appareillages ;*
- *les frais de transport de malades d'une formation sanitaire à une autre ;*
- *les frais de prestations de soins liés à l'état de grossesse et à l'accouchement ».*

Régime des salariés du secteur privé

Aucun régime obligatoire d'assurance maladie hormis les prestations médicales liées aux accidents de travail et maladies professionnelles gérés par la CNSS.

¹⁹ Y compris les magistrats, les militaires de carrière, les paramilitaires, les agents des collectivités territoriales, les agents contractuels, etc.

Régime des indigents

Les consultations, les hospitalisations et les médicaments pour les indigents sont pris en charge par le Trésor public²⁰.

Pour certaines catégories de la population, le recours à l'offre privée

L'absence de prise en charge des dépenses de santé dans le cadre des régimes gérés par la CNSS, l'existence de mécanismes de « co-paiement », le désir de recourir aux structures de soins privées et diverses autres raisons – parmi lesquelles probablement la question de l'achat des médicaments - ont conduit certains salariés à s'adresser à des organismes privés de prise en charge, que ceux-ci soient des assurances ou des mutuelles, sachant qu'en l'absence de code de la mutualité au Togo ce type de structure peut prêter à confusion.

Mutuelles

Depuis l'étude²¹ de mai 2006 concernant les mutuelles²² existant au Togo, plusieurs ont été créées en particulier avec l'aide de l'Union européenne. Des demandes ont également été formulées au Département égalité et protection sociale de l'Organisation régionale africaine de la Confédération syndicale internationale (CSI-Afrique) par les organismes confessionnels et par des branches professionnelles en vue de la création de nouvelles mutuelles.

Les informations disponibles permettent de constater le montant des primes payées annuellement par chaque membre d'une mutuelle ainsi que les prestations prises en charge. Ces informations constituent une source particulièrement intéressante dans le cas où l'INAM serait amené à instituer un ou des régimes spéciaux pour certaines branches professionnelles. En effet ces informations sont le reflet de la capacité des populations à financer l'assurance maladie mais aussi de leurs attentes prioritaires.

²⁰ Selon l'étude « Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo » - CHIP- Mai 2011, « *La prise en charge des indigents est assurée exclusivement par l'Etat et les structures offrant les soins de santé. L'Etat, pour couvrir les soins de santé des indigents, met à la disposition des structures de soins des subventions couvrant tout ou une partie du coût des soins. En 2009, cette subvention s'élevait à 885 millions de FCFA, soit 6% du budget central de la santé. On constate que les CHU sont les premiers bénéficiaires de cette subvention (...): les dépenses au sein de ces structures entraînant souvent des dépenses catastrophiques pour les ménages les plus pauvres, le fait de privilégier ces structures dans l'allocation de la subvention paraît bénéficier aux plus pauvres* »

²¹ « Etat des lieux du mouvement mutualiste au Togo ; Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans la zone de l'UEMOA » par Mme Ghislaine SAIZONOU-BROOHM Ghislaine et M. Kwassi K. AGBOVI. L'ordonnateur de cette étude n'est pas identifié.

²² « *Selon les données de l'inventaire de 2003, on dénombre au Togo sept mutuelles fonctionnelles et seulement deux en gestation. Paradoxalement, on note l'existence de nombreux projets de création de mutuelles, soit plus d'une trentaine dont 14 ont déjà une dénomination. Après enquête, il est apparu que les deux mutuelles en gestation sont devenues fonctionnelles* ». Le tableau (voir annexe 1) issu de cette étude donne des informations intéressantes quant à la répartition de ces mutuelles par catégorie ainsi que le nombre d'adhérents et de bénéficiaires.

Régions	Cotisations annuelles par personne (en F CFA)		
	Basse	Moyenne	Haute
Région des savanes		2.200	5.000
Région centrale (1)	2.040		2.450
Région maritime		3.600	6.000

(1) deux mutuelles seulement –

(2) Source : informations fournies par CSI-Afrique

Régions	Taux de prise en charge des prestations		
	<i>Couverture basse</i>	<i>Couverture moyenne</i>	<i>Couverture haute</i>
Région des savanes		Soins curatifs, CPN, accouchement Et soins pédiatriques : 50 % Césarienne : 80.000 F CFA	Soins curatifs, accouchement, Et soins pédiatriques : 50 % Césarienne : 80.000 FCFA
Région centrale	Soins curatifs : 70% CPN et accouchement : 50% Soins pédiatriques : 60% Césarienne : 100 %		Soins curatifs : 70% CPN et accouchement : 50 % Soins pédiatriques : 60 % Césarienne : 100 %
Région maritime		Soins curatifs, CPN, accouchement, laboratoire, Césarienne : 75 %	80 % MEG en soins curatifs 50 % laboratoire 10.000 FCFA hospitalisation 55.000 FCFA chirurgie

Source : sur la base des informations fournies par CSI-Afrique

Assurances

Une dizaine de compagnies d'assurance et une vingtaine de courtiers²³ sont actifs sur le marché togolais de l'assurance. Ces compagnies commercialisent deux catégories de produits « sociaux » : des contrats d'assurance santé et des contrats de retraite.

Concernant l'assurance santé, les produits proposés sont orientés essentiellement vers les groupes (en général de 20 personnes ou familles et plus) et proposent la prise en charge de prestations définies avec les responsables de ces groupes, prestations servies dans des établissements de soins privés. Les contrats sont également plafonnés à un certain montant de dépenses annuelles. Sans que cela ne soit la règle, sont exclues de ces contrats les personnes retraitées et celles souffrant d'affections de longue durée à la date de la signature des contrats. Quant aux relations avec les professionnels de santé, elles reposent sur des contrats triennaux fixant les tarifs à appliquer et les obligations respectives.

Concernant les retraites, les assurances offrent trois types de produits : (i) la prime de fin de contrat prévue par la loi ; (ii) la retraite complémentaire ; (iii) la retraite volontaire. Dans le premier cas, l'employeur finance les primes, tandis que dans le second les primes sont partagées entre le salarié et l'employeur. Dans le dernier cas, la prime est à la charge du salarié. Dans tous les cas, il s'agit de systèmes par capitalisation et en aucun cas par répartition comme fonctionne la CNSS. Nous sommes donc en présence d'une épargne-retraite et non d'une assurance-retraite.

Bien qu'ouvertes à tout le monde, l'assurance santé et l'épargne retraite concernent essentiellement les salariés du secteur privé. A noter que les personnes exerçant en profession libérale souscrivent peu à ces produits.

RETRAITES ET AUTRES PRESTATIONS SOCIALES SERVIES AUX FONCTIONNAIRES

La Caisse de retraites du Togo (CRT) créée par la loi n° 91-11 du 23 mai 1991 fonctionne sur le principe de la répartition. A cette fin elle collecte des cotisations obligatoires payées par le salarié (fonctionnaire) à raison de 7% de la solde de base et par l'employeur (20% de la solde de base. En contrepartie elle est en charge du paiement des retraites et d'autres prestations sociales.

Retraites

Tout fonctionnaire civil, militaire ou appartenant à la Magistrature bénéficie d'une retraite à taux plein dès lors qu'il répond à deux conditions :

- avoir atteint la limite d'âge. Depuis la loi n°2008-002 du 26 mai 2008 celle-ci varie de 50 ans (fonctionnaires des Douanes appartenant à la catégorie D) à 60 ans (fonctionnaires des catégories A1 et A2).
- avoir une ancienneté d'au moins 30 ans de services.

²³ Parmi lesquels: (i) compagnies d'assurance : GTA-C2A, UAT, NSIA, FEDAS-TOGO ASSURANCE, COLINA, FIDELIA ASSURANCE, BENEFICIAL LIFE INSURANCE etc. ; (ii) courtiers et agents d'assurance : SICAR GRAS SAVOYE, ACA, AFRIQUE ENVERGURE, IGERCO, SOCAR, CAREAS, La Togolaise de Courtage d'Assurance etc.

La jouissance de la pension est immédiate en ce qui concerne la pension d'ancienneté (30 ans de service) mais différée pour la pension proportionnelle jusqu'à l'âge de cinquante (55) ans.

Autres prestations sociales

D'autres prestations sociales sont accordées aux fonctionnaires :

- les allocations familiales accordées pour chaque enfant déclaré à la Direction des Finances, à concurrence de six enfants jusqu'à vingt ans d'âge ;
- l'assurance pour accident du travail et maladie professionnelle (trajet domicile/lieu de service ; mission à l'intérieur du pays ; mission à l'extérieur du pays).

Primes

A cela s'ajoutent diverses primes :

- l'allocation de premier établissement accordée mensuellement pendant les deux premières années de mariage du fonctionnaire ;
- l'allocation de salaire unique attribué aux fonctionnaires dont le conjoint ou la conjointe n'est pas salarié(e) ;
- la prime de premiers âges allouée pour chacun des enfants en charge ouvrant droit aux allocations familiales lorsque l'enfant atteint un an puis deux ans ;
- la prime de logement accordée pendant deux ans aux fonctionnaires de la catégorie A nouvellement recrutés et qui sont en service dans la capitale Lomé. La durée de la prime est portée à quatre ans pour ceux qui sont affectés à l'intérieur du pays.

Secours

Différents secours peuvent également être accordés aux fonctionnaires ou à leurs ayants droit : secours liés à un événement, secours temporaires, secours après un décès. La gestion de ces prestations sociales, primes et secours sont de la responsabilité du Trésor Public.

RETRAITES ET AUTRES PRESTATIONS SOCIALES SERVIES AUX SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ

La Caisse nationale de sécurité sociale gère l'ensemble des prestations sociales – hors le régime maladie - des salariés du secteur privé. Comme la CRT, la CNSS est un système par répartition basé sur des cotisations obligatoires payées par le salarié et l'employeur.

Taux de cotisation au 1/01/2009

Prestation sociale	Part salariale	Part employeur
Pensions	4%	8 %
Prestations familiales	-	6 %
Accident du travail	-	2,5%
TOTAL	4 %	16,5%

Source : CNSS

Les cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations et avantages versés au salarié par l'employeur. Celles-ci servent à financer trois branches de la protection sociale : les pensions, les prestations familiales et les indemnités résultant d'un accident du travail. La CNSS gère en plus les prestations complémentaires de retraites destinées aux cadres des organismes para-administratifs.

Pensions

La CNSS gère trois catégories des pensions de base destinées aux salariés du secteur privé : la pension vieillesse, la pension d'invalidité, la pension de réversion destinée au conjoint survivant.

La *pension vieillesse* est allouée à tout salarié ayant atteint l'âge de 60 ans sous condition qu'il soit immatriculé à la CNSS depuis dix ans au moins, qu'il ait cotisé 60 mois et qu'il ait cessé toute activité professionnelle. Le montant de la pension au taux plein est égal à 20% du salaire moyen non plafonné perçu au cours des cinq dernières années. L'allocation vieillesse est égale à un mois de salaire par année d'assurance.

L'obtention de la *pension d'invalidité* nécessite d'avoir été immatriculé à la CNSS pendant au moins cinq ans et d'avoir accompli six mois d'assurance au cours des douze derniers mois. La pension d'invalidité cesse d'être versée aux personnes atteignant l'âge de 50 ans pour être alors transformée en pension de vieillesse.

La *pension de réversion* est attribuée à tout conjoint non remarié d'un bénéficiaire décédé d'une pension de vieillesse ou d'invalidité. Son montant est égal à 50% du montant d'une de ces pensions pour le conjoint, de 40 % lorsque le bénéficiaire est un orphelin de père et de mère et de 25% si l'enfant est orphelin d'un seul parent.

Prestations familiales

Les prestations familiales peuvent être allouées dès lors que le salarié justifie d'au moins trois mois consécutifs de présence chez un ou des employeurs. Elles se composent de prestations en espèces (allocations familiales, allocation au foyer, allocations prénatales et indemnités journalières) et en nature.

Les *allocations familiales* sont attribuées à l'assuré pour chaque enfant à charge dans la limite de six et jusqu'à l'âge de 16 ans (21 ans s'il poursuit des études ou s'il est handicapé). Son montant est de

2.000 F CFA par mois et par enfant. *L'allocation au foyer du travailleur* est attribuée au salarié à l'occasion de la naissance de ses trois premiers enfants. Son montant est de 6.000 F CFA. Quant à la femme enceinte, elle reçoit des allocations prénatales (montant forfaitaire de 4.500 F CFA) sous réserve de se soumettre à des examens médicaux, ainsi que des indemnités journalières pendant quatorze semaines pour moitié par l'employeur et pour l'autre moitié par la CNSS.

Quant aux *prestations en nature* elles consistent en soins gratuits fournis par les centres médico-sociaux de la CNSS et en vêtements, layette et nourriture.

Risques professionnels

Les prestations servies par la CNSS en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle se décomposent en : (i) actes médicaux fournis par la CNSS ou pris en charge par elle et (ii) en pensions. Celles-ci pouvant être temporaires (Indemnités journalières) ou permanentes, soit sous la forme d'une allocation unique si le taux d'incapacité est inférieur à 20%, soit d'une rente au-delà de ce taux. En cas de décès les survivants ont droit à une allocation pour frais funéraires et à une rente.

L'offre privée en matière de retraite (voir le chapitre « assurances »)

L'ACCÈS À L'ÉDUCATION

Si le droit à l'éducation est prévu par les Constitutions togolaises successives, elles précisent que « *l'école est obligatoire pour les enfants des deux sexes jusqu'à l'âge de 15 ans* », mais ajoutent bien que « *l'Etat assure **progressivement** la gratuité de l'enseignement public* ». D'ailleurs des efforts importants ont été consentis par le Gouvernement dans les années passées comme le souligne un rapport²⁴ d'août 2004. En effet, il souligne que dans le premier cycle le taux de scolarisation est passé de 35% en 1995 à 54% en 2002 et que dans « *le second cycle du secondaire général il est passé de 11% en 1995 à 16 % en 2002. (...) Cette forte dynamique de la croissance des effectifs d'élèves et des taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire général n'a été possible qu'au prix d'importants efforts d'investissements. Entre 1990 et 2002 le nombre d'établissements scolaires a presque doublé au niveau du premier cycle (passant de 235 à 414) ; sur la même période le nombre de lycées publics est passé de 25 à 73 (triplement)* ». Il note également que « *des progrès notables ont été réalisés ces dernières années au sein du système éducatif togolais sur le plan de la réduction des disparités, d'une part entre les filles et les garçons, d'autre part entre les régions du pays* ».

Afin de faciliter l'accès à l'éducation, le Conseil des Ministres en date du 1^{er} octobre 2008 a décidé que « *les frais d'écologie seront pris en charge par l'Etat pour tous les élèves des écoles préscolaires et primaires publics dès la rentrée du 6 octobre 2008* ». En contrepartie de cette décision l'Etat alloue annuellement une dotation supplémentaire de fonctionnement de 2 milliards de F CFA aux écoles concernées par cette mesure.

Toutefois, l'accès à l'éducation pour les enfants des familles pauvres ou démunies reste un problème sérieux comme le souligne le rapport d'étude des conditions de vie des ménages (décembre 2006) déjà cité. Cette question ne constitue cependant pas l'unique problème concernant l'éducation au Togo. En effet, le rapport du Ministère de l'enseignement primaire et secondaire d'août 2004 souligne que des progrès restent à faire en matière d'égalité des sexes et de qualité de l'éducation.

En matière d'éducation le rapport relève que des efforts importants ont été menés permettant une diminution de l'écart de taux de scolarisation dans le primaire entre les garçons et les filles, passant

²⁴ « Rapport national du Togo sur les enseignements primaires et secondaires » produit par le Ministère togolais des enseignements primaires et secondaires à l'occasion de la 47^{ème} session de la Conférence internationale sur l'éducation.

de 42% en 1990 à 12 % en 2002. Cette évolution serait le résultat de la mise en place d'une discrimination positive en matière de frais de scolarité des jeunes filles et des enfants des régions pauvres. Toutefois, ce même rapport note que malgré ces actions, « *les filles des ménages pauvres ont 53% moins de chance que leurs sœurs des ménages plus aisés d'être scolarisées* ».

Aides orientées à destination des élèves et de leurs familles

Si l'Etat intervient prioritairement dans l'organisation du système éducatif togolais et dans son fonctionnement au travers de la prise en charge des frais de fonctionnement et des dépenses en investissement, plusieurs programmes sont cependant destinés à aider les familles afin de permettre la scolarisation de leurs enfants. Cependant d'autres acteurs interviennent également à des niveaux divers.

L'AIDE SOCIALE

Aides sociales et Etat

La diversité des besoins et la parcellisation des interventions ont conduit le Ministère en charge de l'action sociale et de la solidarité nationale à décider, à l'issue du symposium présidé par le Premier Ministre et tenu le en décembre 2010 :

- qu'un document de synthèse dressant un état des lieux et fixant les domaines prioritaires ainsi que les critères d'identification des personnes vulnérables devait maintenant être préparé ;
- que des mécanismes de coordination des actions de solidarité devaient être mis en place ;
- que l'Agence nationale de solidarité devait être réorganisée.

Il est à espérer que ce travail de réforme et de réorganisation ne sera pas exclusivement orienté sur les aides sociales, mais intégrera dans une seule vision et un seul document les divers aspects des besoins sociaux (exemple : santé des enfants + éducation + cantine), les conditions d'identification et d'enregistrement des personnes les plus démunies, mais aussi la fixation des droits et bénéfices auxquels cette reconnaissance leur donnera droit, enfin la coordination et la complémentarité des ressources financières. Face à ce défi qui doit s'inscrire dans une stratégie coordonnée à moyen terme, il convient que l'ensemble des ministères soient associés, y compris celui des finances, et que les orientations stratégiques et les priorités résultent d'un consensus national.

Aides sociales et programmes spécialisés

Micro finance

L'évaluation du Programme d'Appui à la Stratégie Nationale de Microfinance (PASNAM) effectuée en 2008/2009 fournit des indications intéressantes concernant ce système d'aide aux personnes démunies. En effet, il indique que « *le secteur de la microfinance au Togo a connu une évolution significative depuis 2004, comme le révèlent les principaux indicateurs du tableau suivant (voir ci-dessous). « Au 30 Septembre 2008 les dépôts ont atteint 63,5 milliards de FCFA. Ce qui a dépassé les encours de crédit de 11.6 Milliards de FCFA. (...) S'agissant du nombre d'usagers, il a connu une progression de 101 007 membres, soit un accroissement de 34% ; amenant la réalisation des objectifs à 93%. En septembre 2008 l'objectif a été dépassé ; en conséquence, le taux de pénétration des ménages est passé de 36% à 43%, soit une progression de 21% en 2007. (...) Les six réseaux d'IMF du Togo représentent 70,3% des usagers, 79,4% des dépôts et 71,4% de l'encours de crédit. Les 36 institutions mutualistes unitaires ne représentent que 13% des usagers, 12,5% des dépôts et 13,5%*

de l'encours de crédit. Les 14 structures conventionnées représentent quant à elles 16,7% des usagers, 8,1% des dépôts et 15,1% de l'encours de crédit. On constate que 11 structures sur les 56 du Togo (20%) représentent 87% des usagers. C'est donc dire que des efforts d'encadrement et de contrôle doivent être faits pour 45 structures isolées qui ne représentent que 13% des bénéficiaires de la microfinance. De plus, elles sont bien souvent dans une situation plutôt fragile et demandent un suivi plus rapproché ».

En milliards de FCFA	2004	30/09/ 2008
Nombre de bénéficiaires	284 001	587 586
Total bilan	32,6	nd
Encours dépôts	26,2	63,5
Encours crédits	21,3	53,4
Fonds propres	2,5	4,3
Résultats	0,113	nd

Source : Rapport d'évaluation du Programme d'Appui à la Stratégie Nationale de Microfinance (PASNAM) – 2008/2009

Ce rapport constate également que les mutuelles d'épargne et de crédit²⁵ dominent le secteur mais que d'autres organisations interviennent également soit formellement, soit informellement. Ainsi dans le secteur informel, la CAS-IMEC²⁶ qui contrôle 70 institutions, et dans le secteur formel cinq banques locales (BRS, BTCL, Banque Internationale pour l'Afrique au Togo, Ecobank, et UTB) ainsi que plusieurs bailleurs de fonds étrangers (AlterFin, KIVA, Oikocredit, et Solidarité Internationale pour le Développement et l'Investissement) interviennent dans ce secteur.

Aide en provenance des bailleurs de fonds

D'après le rapport sur l'aide publique au développement préparé par le PNUD et daté d'août 2010, le montant des aides en provenance des bailleurs de fonds s'est élevé à 243 millions de US dollars en 2008. Sur la période 2006 -2008, l'aide multilatérale est passée de 73,41 millions de \$ US en 2006 à 98,36 millions de \$US en 2008 tandis que l'aide bilatérale passait 0,13 millions en 2006 à 1,57 millions en 2007 et à 144,07 millions de \$US en 2008. Quant aux aides en provenance des organisations non gouvernementales elle restait faible aux environs d'un million de dollars (1,08 millions de \$ US en 2006 ; 94 millions de \$ US en 2008).

Concernant le développement social, l'aide accordée a été de 6,76 millions de \$ US en 2008 en régression par rapport à l'année 2007 (16,15 millions de \$ US). Les déboursments sont allés essentiellement au développement à la base, au financement de l'éducation de base, de la promotion de l'équité et du genre, des appuis aux activités de réhabilitation sociale et de la coordination humanitaire. Les actions entreprises par le gouvernement dans ce secteur rentrent dans le cadre du

²⁵ « Les mutuelles d'épargne et de crédit continuent de dominer le secteur de la microfinance cependant il y a un développement du secteur non mutualiste dominé par Wages qui a connu une spectaculaire croissance ces trois dernières années. Le secteur mutualiste est très fortement concentré. Cinq institutions avec des réseaux variant de 4 à 59 caisses détiennent 83% de l'épargne mobilisée. Croissance du Secteur. De 2004 à 2008, il y a eu une croissance significative ».

²⁶ Cellule d'Appui et de Suivi des Institutions Mutualistes ou Coopératives d'Épargne et de Crédit

Pilier 4 du DSRP-C (Développement à la base) et du point 3.1 (Promotion du système d'éducation et de formation) du pilier 3 du DSRP-C.

En ce qui concerne *le secteur de la santé*, l'aide accordée représentait 29,54 millions de \$ US en 2008, soit 12,14% de l'APD. Elle était en progression par rapport aux années 2007 (18,89 millions de \$ US) et 2006 (18,31 millions de \$ US). Les projets financés dans ce secteur rentrent dans le cadre du Pilier 3 du DSRP-C (le point 3.2 : développement du système et des services de santé).

Aides en provenance des ONG

De nombreuses ONG interviennent au Togo. Le Ministère de l'Economie, des Finances et des Privatisations en dénombre 297 officiellement enregistrées. Aussi est-ce à dire que leur objet et les bénéficiaires de leurs interventions, parfois ponctuelles, sont multiples. Ainsi se côtoient les interventions en vue de développer l'adduction en eau potable, le soutien scolaire, la rénovation d'écoles, etc. Leur objectif consiste en aides : aides aux enfants, aux personnes âgées, aux orphelins, aux victimes d'inondations, aux prostituées, etc. Du fait de cette variété, il peut être difficile pour les Autorités togolaises d'inscrire leurs actions dans une logique gouvernementale de développement basée sur des actions coordonnées, complémentaires et à long terme. Toutefois, les actions de terrain que la majorité d'entre elles mènent, sont indéniablement utiles pour la population.

LES TRANSFERTS DE FONDS DES MIGRANTS

Les transferts des fonds en provenance des migrants constituent une source particulièrement importante de revenus pour les populations restées au pays. Une analyse de la Banque mondiale²⁷ donne des indications précises concernant les flux enregistrés les années passées.

<i>En millions de dollars</i>	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Flux entrants	149	179	193	232	284	337	307
<i>dont</i>							
- Envois de fonds des travailleurs	128	153	164	203	252	306	nd
- Rémunération des salariés	20	26	28	29	32	31	nd
Flux sortants	28	34	35	39	47	58	58
<i>dont</i>							
- Envois de fonds des travailleurs	27	33	34	38	46	56	nd
- Rémunération des salariés	1	1	1	1	1	2	nd

Source : « Recueil de statistiques 2011 sur les migrations et les envois de fonds ». 2^{ème} édition.

²⁷ « Recueil de statistiques 2011 sur les migrations et les envois de fonds ». 2^{ème} édition.

Entre 2003 et 2009, les envois de fonds des travailleurs (migrants) ont continuellement et fortement progressé. Le montant est particulièrement important comparé aux aides en provenance des bailleurs de fonds. En effet faut-il rappeler que le total de ces aides s'est élevé à 243 millions de dollars en 2008.

Aucune étude au Togo ne fournit à l'heure actuelle des indications sur le mode de transfert (banque, société de spécialisée, etc.) et leur coût, sur la fréquence des envois, sur leur utilisation. Dès lors il est impossible de savoir si ces flux sont formalisés ou ponctuels. Des études conduites dans d'autres pays d'Afrique (Pays du Sahel, Afrique du Nord) indiquent que ces flux financiers servent à la consommation finale des ménages en particulier l'alimentation, les dépenses de santé et l'éducation.

Conséquences concernant la protection sociale

- Si le microcrédit constitue pour une large part de la population un moyen permettant le développement d'activités économiques et d'éviter le recours à des usuriers, elle ne doit en aucun cas être la source de financement de la protection sociale.

- Les transferts en provenance des migrants constituent une source particulièrement importante de financement de la protection sociale familiale tout en étant probablement aléatoires dans leur périodicité et variables dans leur montant. C'est pourquoi, la mise en place de mécanismes permettant d'intégrer ces flux, à l'exemple de ce qui se fait dans d'autres pays de la région (Sénégal, Mali) devrait constituer un élément important dans la mise en place de nouveaux mécanismes de protection sociale.

3- ETAT DU FONCTIONNEMENT DES INSTITUTIONS DE PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES SOCIALES (institutions publiques et privées)

La CRT

Effectifs

L'étude actuarielle conduite en 2009/2010 donne des informations précises pour l'année 2009 quant aux effectifs relevant de la CRT, effectifs cotisants enregistrés mais aussi effectifs réels après rectification, ainsi que les allocataires (pensions de retraite, pension de réversion, pension d'orphelin)

Catégorie de cotisants	Nombre enregistré	Nb enregistrement retenu
Fonctionnaires civils	26.486	25.689
Corps habilités	3.208	3.062
Magistrats et enseignants du supérieur	140	132
Militaires	12.235	11.708
Total	42.069	40.591

Source : « Etude actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la CRT »- MEF/Actuaria- Décembre 2010

Concernant les allocataires de pensions, l'étude donne des chiffres précis après rectification pour ce qui concerne les retraités et en indiquant les incertitudes concernant les autres bénéficiaires (veuves, orphelins) du fait de l'absence de certaines informations de base (exemple : dates de naissance).

Catégorie d'allocataires de pensions	Nombre de retraités enregistré	Nb de retraités retenu	Pensions de réversion	Pension d'orphelin
Fonctionnaires civils	7.437	7.373	2.808	4.813
Corps habilités	357	343	187	398
Magistrats et enseignants du supérieur	43	43	10	32
Militaires	4.921	4.896	1.063	4.234
Total	12.758	12.655	4.068	9.477

Source : « Etude actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la CRT »- MEF/Actuaria- Décembre 2010

Gestion

Du fait de l'existence d'un employeur unique – l'Etat – la gestion de la CRT est administrativement simple, chaque allocataire étant clairement identifié et ses revenus connus. L'existence d'un employeur unique facilite grandement le versement des cotisations retenues à la source et transférées directement par le Trésor public.

En charge de deux grandes activités sociales – le paiement des pensions et le paiement des allocations familiales – la CRT peut rencontrer des difficultés techniques dès lors que la mise à jour des fichiers des enfants des agents publics ne serait pas systématique et faite en temps réel. Dans ces conditions le paiement des prestations sociales pourrait être entaché d'erreurs.

Situation financière

La simplicité de gestion de la CRT n'a pas empêché cet organisme obligatoire de connaître de sérieuses difficultés financières. En effet, basé sur le système de répartition, la baisse du nombre d'agents publics en activité ne pouvait qu'affecter sa capacité à financer les pensions des agents retraités. Les départs massifs et obligatoires à la retraite dans les années 80/90 ont gravement affecté l'équilibre financier dès lors que l'impact de ces départs n'a pas été évalué par la Caisse. Aussi le ratio pensionnés sur actifs tel qu'il ressort des tableaux précédents fait ressortir pour 2009 1 retraité pour 3,2 actifs et 1 retraité pour 2,4 actifs si l'on inclut les bénéficiaires de pension de réversion.

Ce ratio a conduit la CRT à subir un déficit structurel particulièrement important. Devant la gravité de la situation une étude actuarielle vient d'être conduite. D'entrée de jeu celle-ci fait trois constats :

- « si rien n'est fait le régime dégagera en 2050 un déficit annuel de plus de 70 milliards de FCFA (constants 2009), soit plus de 1,5% du PIB de cette année-là ;
- pour équilibrer le régime tout en maintenant les prestations inchangées, il faudrait dès maintenant passer le taux de cotisation de 27% à 81%, soit le multiplier par 3 ;
- si le régime était fermé à tout nouvel entrant et se contentait de liquider les droits acquis et d'encaisser les cotisations des actifs actuels, il manquerait au régime en 2050 l'équivalent de 75% du PIB ».

Toutefois l'audit réalisé fait clairement apparaître qu'au fil des ans, la CRT a été amenée à prendre en charge des dépenses ne relevant pas de sa mission statutaire mais de l'Etat (par exemple : coûts de licenciement) tandis que d'autres charges ont été rajoutées sans augmentation des cotisations sociales. L'étude actuarielle suggère donc de retirer du budget de la CRT les charges suivantes : allocations de départ en retraite, bonifications d'âge, bonification de service, majorations pour enfants. Ces réaffectations budgétaires n'excluent cependant pas d'autres mesures : harmonisation légale de l'âge de départ à la retraite (tout en prenant en compte la pénibilité), alignement du taux d'annuité sur les taux pratiqués dans les autres pays de la région, modification du taux de cotisation, etc.

C'est une fois que des décisions auront été prises concernant la mise en œuvre de cette stratégie de réforme et d'équilibre des comptes que les Autorités togolaises devraient entamer le processus d'adoption d'une nouvelle loi organisant le fonctionnement de la CRT

La CNSS

Evolution du rôle de la CNSS

Issue également des structures de l'époque coloniale, la CNSS orientée vers la collecte de cotisations sociales et la gestion de prestations sociales hors celles relatives aux dépenses de santé, a connu diverses évolutions durant les décennies passées. Une nouvelle évolution est donc intervenue avec la loi n° 2011-006 portant code de la sécurité sociale au Togo. Sur la base de ce texte, si la CNSS est amenée à jouer un rôle majeur dans la gestion des prestations sociales aux cotisants appartenant à trois catégories de la population jusque-là non assurées (Indépendants, Ministres des cultes, Actifs relevant du secteur informel), les nouvelles dispositions lui font également obligation d'équilibrer ses comptes par branche. Dès lors, la remise en ordre de la situation financière passée ainsi que la mise en œuvre d'une gestion rigoureuse des cotisants et bénéficiaires, constituent des éléments déterminants pour la capacité de cette caisse à jouer le rôle fixé par la loi.

Effectifs des cotisants et allocataires inscrits à la CNSS

Une étude actuarielle conduite en 2009/2010 à la demande des Autorités togolaises donne des indications concernant le nombre de salariés inscrits à la CNSS et le nombre d'allocataires de pensions. Dans les deux cas, des écarts importants ont été constatés.

Concernant les cotisants, les fichiers de la CNSS enregistrent 126.574 salariés pour 2008. Toutefois pour 60 % d'entre eux, le fichier n'enregistre aucune information concernant les salaires. Dès lors seules les informations concernant 50.480 salariés seraient exploitables. A noter que le rapport d'activité concernant l'année 2008 retient le chiffre de 69.483 salariés.

Quant aux allocataires de pensions, le rapport note également des écarts importants (voir tableau ci-dessous).

	Indiqués dans le Rapport d'activité	Inscrits au Fichier de la CNSS	Ecart
P. Vieillesse	17.800	21.462	+ 3.662
P. d'invalidité		423	
P. de veuve	283		+ 140
	7.454	9.127	
P. d'orphelin			+ 1.673
	1.659	4.053	
			+ 2.394

Source : « Etude actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la CNSS »- MEF/Actuaria- Mai 2011

Pour les responsables de cette institution, 25% des effectifs salariés ne serait pas déclaré, soit environ 20.000 personnes.

Suivant les dispositions du projet de loi n° 2011-006, la CNSS devrait prendre en charge de nouvelles catégories de la population (travailleurs Indépendants, Ministres des cultes, travailleurs relevant du secteur informel). Reste qu'une partie de la population relevant de certaines de ces catégories (travailleurs indépendants et travailleurs relevant du secteur informel) ne sera probablement pas en mesure de payer des cotisations sociales en raison de la faiblesse de ses revenus²⁸. Toutefois le fonctionnement de la CNSS reposant sur le principe que l'ouverture de droits est subordonnée au versement de cotisations, cette catégorie de la population ne pourra donc pas bénéficier des prestations sociales versées par cet organisme, en particulier les allocations familiales qui pourtant représenteraient un complément de revenus. Dès lors se pose la question de savoir si l'Etat²⁹ au nom de la solidarité nationale ne doit pas se substituer à ces personnes (dès lors qu'elles sont clairement identifiées) en ce qui concerne le paiement de cotisations sociales³⁰.

²⁸ Rappelons que les résultats de l'enquête ménages de 2006 indiquent que la proportion de ménages pauvres est de 47,3 % dont 12,9 % extrêmement pauvres. De plus, comme le montre l'étude sur le profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Togo par M. Abdou ABDALLAH, M. Kokou AMOUZOUVI- PNUD – 2007 : « En termes d'individus, l'incidence de la pauvreté est nettement plus élevée en milieu rural, où l'on dénombre 74,3 % de pauvres qu'en milieu urbain qui ne compte que 36,8 % de pauvres. En termes de contribution relative, en prenant en compte le poids démographique, seulement 20,1 % de pauvres vivent dans les milieux urbains contre 79,9 % en milieu rural. En plus, la sévérité de la pauvreté est beaucoup plus marquée en milieu rural, où elle touche environ 14,5 % de la population contre 4,1 % en milieu urbain. Logiquement, la profondeur de la pauvreté est plus forte en milieu rural, où il faut mobiliser en moyenne 29,3 % du seuil de pauvreté par personne pour éradiquer la pauvreté, qu'en milieu urbain où les ressources nécessaires par personne sont évaluées à 10,3 % du seuil. Il s'ensuit compte tenu des effectifs des populations rurales et urbaines que, 84,9 % des ressources nécessaires pour éradiquer la pauvreté doivent être destinées à la population rurale contre 15,10 % à la population urbaine. »

²⁹ Remarque : la solidarité nationale peut également reposer sur les Collectivités territoriales dès lors que sont mis en place des mécanismes permettant de compenser les différences de richesses entre elles.

³⁰ A noter que ce principe est également valable en ce qui concerne l'INAM.

Situation financière de la CNSS par branche

Sur la base des états financiers de la CNSS, l'étude actuarielle dresse les comptes de résultats des branches pensions de vieillesse et prestations familiales.

	<i>En millions de F CFA</i>	2005	2006	2007	2008	2009
Pensions de vieillesse	Produits techniques	7.664	9.019	9.820	10.189	11.896
	Charges techniques	9.317	10.097	11.085	12.408	12.921
	<i>Résultat technique</i>	- 1.653	- 1.078	- 1.265	- 2.219	- 1.025
	Frais de gestion	1.752	2.134	1.816	3.375	2.926
	Résultats d'exploitation	- 3.405	- 3.212	- 3.081	- 5.594	- 3.951
Prestations familiales	Produits techniques	3.861	4.262	4.763	4.956	5.738
	Charges techniques	2.621	2.570	1.127	1.178	1.746
	<i>Résultat technique</i>	1.240	1.692	3.636	3.778	3.992
	Frais de gestion	899	1.048	893	1.659	1.438
	Résultats d'exploitation	341	644	2.743	2.119	2.554

Source : « Etude actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la CNSS »- MEF/Actuaria- Mai 2011

L'analyse de ces données démontre clairement le déficit structurel de la branche « pensions de vieillesse », et l'excédent structurel de la branche des « prestations familiales ». Ce dernier aspect conduit à se poser la question de l'importance du taux de cotisation appliqué à cette branche avec pour conséquence des produits techniques plus de trois fois supérieurs aux charges techniques. Il convient également de s'interroger sur l'importance des frais de gestion de cette branche puisqu'en 2009 ceux-ci représentent 82% des charges techniques, c'est à dire des prestations familiales versées.

Sur la base de la situation actuelle (taux de cotisation) et des évolutions démographiques, les experts en charge de l'étude actuarielle ont effectué une projection du compte de résultat de la branche pensions pour la période 2010 – 2050, mettant en évidence l'impact du déficit structurel si aucune réforme n'était apportée dans le financement et la gestion de cette branche (voir tableau ci-dessous). Le rapport souligne que : « *ce déficit augmente rapidement en fin d'horizon car le déséquilibre est provisoirement masqué jusqu'en 2030 environ par les recettes financières du placement des réserves* ».

<i>En milliards de F CFA constants</i>	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Produits techniques	11,8	16,3	20,6	25,7	32,5	40,5	49,0	58,6	69,4
Charges techniques	14,4	15,1	19,6	25,7	32,0	41,5	56,3	75,3	98,5
<i>Résultat technique</i>	- 2,8	1,2	1,0	0,0	0,5	- 1,0	- 7,3	- 16,6	- 29,1
Frais de gestion	3,0	3,6	4,6	5,9	7,4	9,4	12,1	15,4	19,3
Résultats financiers et hors exploitation	1,6	1,2	1,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Résultat net	- 4,2	- 1,2	- 2,7	- 5,6	- 6,8	- 10,4	- 19,4	- 32,0	- 48,4

Source : « Etude actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la CNSS »- MEF/Actuaria- Mai 2011

Les auteurs de cette étude considèrent que « *le régime des pensions n'est pas paramétré de façon cohérente* » et que « *ce mauvais paramétrage initial a pu, jusqu'ici, être masqué par la jeunesse du système et le dynamisme de la démographie. Mais avec l'arrivée à maturité des promesses et la stabilité des cotisations, la réalité de la générosité du système ressort, conduisant au déficit* ». Il calcule également que « *pour que le régime de retraite soit équilibré sur le long terme il faudrait que sa population vive en moyenne 5 années après la retraite ; or les gens vivent en moyenne 16 ans, ce qui revient à dire que les pensionnés vivent en moyenne 11 ans aux dépens de la CNSS sans avoir cotisé* ».

Afin de permettre une stabilité du régime des pensions pour l'avenir, l'étude analyse et suggère un certain nombre de mesures (révision des mécanismes de revalorisation des pensions, augmentation de l'âge de la retraite, modification du taux d'annuité, etc.) pour lesquels l'Etat devra prendre des décisions.

Situation financière de la CNSS au regard des années passées

a) La situation financière actuelle de la CNSS est la résultante de son passé. Ainsi la crise des années 90 a conduit le gouvernement de l'époque (i) à capter les réserves financières (102 milliards de FCFA) de cette institution, (ii) à ne pas verser les cotisations sociales (part salarié et part employeur) dues par l'Etat au titre des entreprises publiques (soit 40 milliards de F CFA). Il convient cependant de ne pas agréger ces deux composantes en un solde de 142 milliards de FCFA. En effet, il est important de rappeler que la CNSS fonctionne sur le principe de la répartition et non de la capitalisation. Dès lors les prestations payées dans l'année sont financées par les cotisations collectées la même année. En conséquence de quoi il convient de considérer que :

- le montant de 102 milliards de F CFA correspondant à des cotisations versées, n'a pas à être restitué à la CNSS pour financer les prestations actuelles dès lors qu'il aurait fait l'objet d'une décision officielle de transfert en accord avec les dispositions légales à l'époque des faits ;

- le montant de 40 milliards de FCFA correspond à des cotisations dues. L'Etat en sa qualité d'employeur est dans l'obligation légale de payer cette somme majorée des intérêts de retard.

b) Au cours des années passées la CNSS a dû faire face à une modification importante du ratio « retraités sur actifs », celui-ci étant passé d'un retraité pour 12 cotisants en 1980 à 1 retraité pour 3 cotisants à l'heure actuelle. Cette dégradation ne peut cependant pas justifier à elle seule le déficit actuel (5 milliards de FCFA annuellement pour la branche des retraites). En effet cette situation était d'autant plus prévisible que la CNSS dispose en principe de la date de naissance de chaque cotisant afin de lui permettre d'entamer le processus de liquidation des pensions lors de l'arrivée à l'âge de la retraite. Cette situation s'explique d'autant moins que, l'espérance de vie à la naissance étant encore bas (63 ans en 2009), la durée de perception d'une retraite est en principe courte (3 ans pour une retraite à 60 ans) sauf à considérer que le travail d'analyse de la durée de vie des salariés est plus longue que la moyenne nationale. Un travail régulier d'actuariat aurait permis de prendre en compte ces évolutions afin de proposer une évolution des taux et des durées de cotisation.

Cette situation financière dégradée nécessite de s'interroger sur le rôle que doit jouer cette institution sociale au moment de l'arrivée de nouvelles catégories professionnelles, puisque l'impact de celles-ci peut être soit positif (contribution à l'équilibre général) soit négatif dès lors que ces catégories sont mal connues et ne permettent pas de maîtriser les dépenses à venir.

Concernant le redressement financier

En effet, plusieurs options sont envisageables tant en matière de redressement financier que d'équilibre des comptes de la branche retraite hors sommes dues par l'Etat en sa qualité d'employeur. Ainsi le déficit structurel de la branche salariés peut aussi bien être réglé par l'accroissement des taux de cotisations, par le financement partiel par un impôt direct ou indirect, par l'intégration de nouveaux cotisants salariés, par la mise en œuvre d'une globalisation des recettes liées aux pensions. Ainsi les branches professionnelles qui seraient prises en charge (Indépendants, secteurs informels) permettraient de combler le déficit actuel de la branche des salariés sur le principe de la solidarité globale. Cette dernière option est d'autant plus faisable que la CNSS repose sur le principe de la répartition et non de la capitalisation.

Concernant la capacité de la CNSS à jouer un rôle dans la gestion de nouveaux cotisants

L'intégration de nouveaux cotisants concerne essentiellement trois catégories d'actifs : les Indépendants (avocats, architectes, médecins, etc.), les ministres du culte et les personnes relevant du secteur informel. Si la structure d'âge des personnes relevant du secteur des Indépendants et les ministres du culte peut facilement être connue, il n'en va pas de même concernant les actifs du secteur informel du fait de la variété des situations, de l'instabilité de cette population, de l'absence de données statistiques fiables. Dans ces conditions la CNSS va se heurter à de sérieuses difficultés d'appréhension des allocations sociales à leur verser. Cette situation pourrait donc dégrader la situation des branches allocations familiales (la branche retraite nécessitant une durée préalable de cotisation importante). Au déficit de la branche des retraites dues aux salariés pourrait donc s'ajouter un déficit de la branche des allocations familiales³¹.

Aspects techniques

³¹ A la lumière de la situation dans d'autres pays (Maroc) il apparaît que le versement d'allocations familiales est un facteur particulièrement important en matière d'adhésion à une institution sociale de type CNSS. Il convient donc de s'attendre au même phénomène au Togo.

La généralisation de la protection sociale devrait conduire la CNSS à intégrer des catégories professionnelles non salariées à savoir les Indépendants, les agriculteurs et les personnes relevant du secteur informel. Les écarts entre les données (cotisants comme allocataires) relevés dans l'étude actuarielle concernant les salariés doivent conduire à s'interroger sur la priorité à donner quant à la prise en charge de ces nouvelles catégories d'actifs et s'il ne convient pas prioritairement de réorganiser l'identification et la gestion des cotisants actuels.

Concernant le secteur des Indépendants, la CNSS va être confrontée à la question de la détermination de l'assiette de cotisations ainsi que du taux à appliquer. En effet, à la différence des salariés, les actifs du secteur des Indépendants perçoivent des revenus bruts³² variables d'une année à l'autre. C'est pourquoi il est en général prévu un mécanisme de provisionnement avant appel définitif, sachant que celui-ci peut prendre en compte soit l'année en cours, soit la moyenne des revenus de plusieurs années précédentes.

Concernant les agriculteurs

Le revenu des agriculteurs est fortement dépendant de la combinaison de plusieurs facteurs : la nature de la ou des productions, le climat, la zone géographique, le prix d'achat des semences, le ou les prix de vente des productions. De plus, à la différence des Indépendants et à l'exception de quelques grandes exploitations, le secteur agricole n'utilise pas de moyens comptables. Dans ces conditions, l'assiette et le montant des cotisations pourraient constituer des problèmes techniques importants pour la CNSS qui ne dispose d'aucune expérience en la matière.

Quant au *secteur informel*, la diversité de situations, l'instabilité des personnes, la faiblesse des revenus obligent à une approche encore plus pragmatique que celle concernant les agriculteurs, approche qui n'est administrativement pas à la portée de la CNSS du fait du nombre d'agents qu'il conviendrait de mobiliser pour collecter des cotisations sociales.

Dès lors il semble certain que la CNSS, qui connaît déjà des difficultés en matière d'identification et de collecte des cotisations des salariés relevant des petites et moyennes entreprises, n'est pas en mesure d'assurer la fonction de collecte des cotisations pour l'ensemble des actifs. Cette situation ne constitue cependant pas un obstacle quant au versement de prestations sociales en direction de ces catégories dès lors qu'un lien est établi entre cotisants et allocataires.

Conséquences sur l'organisation de la protection sociale

Face à ce déficit structurel, il est probable que, dans le cas d'une extension de l'obligation de cotisation à un organisme de protection sociale en vue des retraites, plusieurs catégories professionnelles s'opposeront alors à rejoindre la CNSS : les Indépendants, les agriculteurs et les artisans qui auront intérêt à disposer chacun de leur propre régime plus adaptés à leurs attentes en matière de retraites ; les catégories aux revenus les plus élevés qui ne voudront pas voir leurs cotisations majorées afin de rétablir l'équilibre financier d'un organisme social dont ils n'ont pas bénéficié les années passées.

Cette situation n'est pas sans conséquence sur le mode de retraite envisageable, à savoir, soit un système par répartition comme la CNSS, soit un système par capitalisation à l'exemple de ce que proposent déjà les assurances privées au Togo.

³² Revenus bruts qui servent à rémunérer le professionnel, mais aussi à payer ses salariés, les divers frais de fonctionnement ainsi que la dotation aux amortissements. Aussi pour les Indépendants, la base de cotisation peut être soit les revenus bruts, soit les revenus nets suivant le choix fait par le pays.

La Caisse de retraite complémentaire des cadres

Instituée par le décret n°74-184/PR du 20 décembre 1974, la caisse de retraite complémentaire des cadres (CRCC) est un organisme para administratif chargé d'assurer une retraite complémentaire aux cadres des organismes parapublics, permettant un « alignement » entre les retraites des secteurs privés et publics. Toutefois le CRCC n'a réellement vu le jour qu'en 1987 lors du rattachement de sa gestion à la CNSS. EN 2005, la CNSS a décidé de transformer ce régime en le faisant passer d'un système par répartition à un système par capitalisation, de l'ouvrir aux salariés des secteurs privés, et de suspendre l'attribution de nouvelles pensions aux assurés cadres partant à la retraite au 1er septembre 2005. Cette décision a été mise en application le 30 juin 2006 par la CNSS qui a ainsi supprimé tous les droits acquis des pensionnaires de la CRCC.

Une décision de justice a déclaré « *illégale la décision de la CNSS de transformer le régime de CRCC, jusque-là géré selon le principe de la répartition par un régime de capitalisation et d'arrêter le paiement aux membres du comité requérant leurs primes de retraités bénéficiaires des droits de cette caisse* » et a condamné la CNSS, au paiement de ces primes de retraite de la CRCC à compter de juillet 2006.

Plusieurs propositions ont été formulées par un comité mis en place par le gouvernement en vue de solder la situation passée des cotisants et des pensionnés. Cette situation confirme de facto la transformation du régime de la CRCC en un système par capitalisation, à l'exemple de ce que pratiquent les assurances privées installées au Togo.

Le régime privé des pensions

Si la plupart des assurances privées installées au Togo proposent des assurances à même de constituer une retraite pour les souscripteurs de contrats, aucune information n'a pu être fournie par l'association des assurances privées quant au nombre de contrats et aux montants concernés.

Conséquences sur l'organisation de la protection sociale

Comme le montrent les études concernant la situation de la CNSS et de la CRT, la gestion et l'équilibre financier de ces deux institutions sont préoccupantes et nécessitent des réformes difficiles. Toutefois, celles-ci ne doivent pas faire oublier qu'une large partie de la population ne bénéficie d'aucune forme de retraite, si ce n'est l'aide familiale. Dans ces conditions il importe de s'interroger sur plusieurs aspects :

- 1) la pérennité des régimes existants au regard des capacités financières de l'Etat, posant de facto la question de la mise en place d'une retraite forfaitaire de base et d'une retraite complémentaire ;
- 2) la pérennité des régimes de retraite offerts par les assurances privées au regard du Code CIMA ;
- 3) la nécessité d'étudier d'autres formes et des formes complémentaires de retraite, en particulier par capitalisation. Aucune étude ne semble avoir été conduite à ce jour sur ce sujet.

L' INAM

Dans l'esprit des Autorités et des législateurs togolais, l'INAM constitue la « porte d'entrée » vers la mise en place d'une assurance maladie universelle. Aussi, partant du groupe des salariés de la Fonction publique y compris les forces de sécurité, l'INAM devrait en principe s'étendre progressivement aux salariés du secteur privé, aux personnes relevant du secteur informel, enfin aux indigents. Compte tenu des très nombreux problèmes encore à régler, il est à craindre que la généralisation de ce système de prise en charge des dépenses de santé ne prenne plus de temps que ce qui était initialement envisagé. Ainsi, dans le cas où un régime spécial pour les indigents viendrait à être créé, l'expérience d'autres pays montre que leur identification mais aussi la définition des prestations médicales garanties ainsi que leur financement sont des processus complexes et donc souvent longs³³.

Gestion

Créé par la loi n°2011-003 du 18 février 2011, l'INAM est actuellement en cours de mise en place sur la base d'un important travail d'analyse et de modélisation préalable. L'INAM est « *un établissement public jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière (...). Il est un organisme à but non lucratif* ». L'INAM sera constitué d'une structure nationale et de délégations régionales. Sa gestion reposera sur (i) l'enregistrement préalable des cotisants et de leurs ayants droit ; (ii) la remise d'une carte d'identification individuelle y compris pour les enfants ; (iii) l'intégration des informations collectées dans une base de données tant en matière de bénéficiaires que des prestations servies ; (iv) l'interconnexion de cette base de données avec d'autres sources (ministère des finances, ministère des forces armées, CNSS ; etc.) mais aussi le développement de la télétransmission avec les fournisseurs de soins.

Gestion financière

La gestion financière de l'INAM repose sur plusieurs principes :

- le paiement d'une cotisation préalable à l'ouverture des droits,
- l'existence d'un « délai de carence » de 3 mois pour les nouveaux inscrits,
- la conclusion d'accords tarifaires avec les prestataires de soins publics et privés et les pharmaciens,
- le conventionnement des prestataires de soins,
- la mise en œuvre d'un « ticket modérateur » à la charge du patient pour certaines prestations ; ce ticket pouvant atteindre 20% du montant de la prestation ;
- la mise en place de mécanismes de contrôle (managed care) effectués par les praticiens (10) salariés de l'INAM.

Si ces mécanismes ainsi que les études réalisées doivent permettre de maîtriser les dépenses de santé, plusieurs risques ont été identifiés : (i) l'absence de carte nationale de santé ; (ii) les tarifs pratiqués par les prestataires de soins publics et privés ; (iii) le mode de conventionnement qui sera retenu ; (iv) l'effet de rattrapage.

³³ Dès lors que le système reste de type bismarckien, à savoir que l'ouverture des droits est subordonnée au versement de cotisations sociales, il est impératif que l'Etat soit en mesure de déterminer les personnes pour lesquelles il paye (substitution) la cotisation au risque sinon de « dérapages » importants. Cette procédure implique de déterminer préalablement la nature des prestations médicales prises en charge ainsi que la fréquence des recours aux soins afin d'ajuster les recettes aux coûts. Il n'en va pas de même dès lors que le système est de type beverdigien.

En effet en l'absence de carte nationale de santé, l'INAM n'est pas en mesure de déterminer si l'offre de soins est satisfaisante ou non dans une zone déterminée ainsi que la nature des prestations dominantes dans une région³⁴. Dès lors l'INAM - en partenariat avec le ministère de la santé - ne sera pas en mesure de moduler ses tarifs de convention (ou des primes) en fonction de la disponibilité médicale et des besoins de la population.

Si les institutions publiques de santé disposent d'une certaine liberté de fixation de leurs tarifs, il est à craindre que la mise en œuvre puis la généralisation de nouveaux mécanismes de financement ne soient l'occasion pour ces institutions de majorer ceux-ci. Il en va de même en ce qui concerne les institutions privées et ce d'autant plus qu'il est toujours à craindre que certains investisseurs ne voient dans cette réforme le moyen de développer et de rentabiliser des installations médicales. C'est pourquoi, l'INAM doit être en mesure d'appliquer un conventionnement individuel afin d'être en mesure de réguler l'offre de soins, de garantir le meilleur rapport qualité/prix, et de mettre facilement un terme à certains abus. L'utilisation de « références médicales opposables » constituerait également un outil important pour permettre à l'INAM de s'assurer des bonnes pratiques médicales tout en donnant aux praticiens des garanties en cas de poursuites en justice.

Gestion des cotisants relevant de la Fonction publique

Le décret n) 2011-032/PR en date du 2 mars 2011 fixe le taux de cotisation à 7% du salaire de l'agent public partagé à parts égales entre « l'Etat employeur et ses démembrements » et le salarié. Il en va de même en ce qui concerne les retraités de l'Etat. Ce décret précise bien que l'INAM est chargé de la gestion (et donc en aucun cas de la collecte) des fonds d'assurance maladie des agents publics.

Autres secteurs professionnels

Visant à la mise en place d'une assurance maladie universelle, l'INAM est donc concerné par l'intégration des catégories professionnelles autres que les agents publics et assimilés. A ce jour, la CNSS n'intervient pas dans le secteur de la prise en charge des dépenses de santé. Rien n'interdit cependant que les taux de cotisation sociale des salariés du secteur privé soient majorés afin d'inclure également les prestations sociales.

Gestion des cotisants relevant des mutuelles

L'existence de mutuelles ne s'oppose pas à celle d'un régime obligatoire, mais au contraire permet sa généralisation progressive en faisant adhérer sur une base d'abord volontaire de nouveaux groupes. Toutefois, l'existence de mutuelles pose la question de l'organisme gestionnaire au regard de l'obligation d'assurance. En effet plusieurs approches sont envisageables :

Option 1 : l'INAM est à la fois organisme obligatoire d'assurance et de gestion ; dans cette option, les mutuelles n'ont plus le droit de prendre en charge les prestations de base, mais uniquement celles complémentaires ;

Option 2 : l'INAM est un organisme de gestion commun à plusieurs assurances santé de branche. Dans ce cas, l'INAM gère à la fois les cotisants, la collecte des cotisations, le paiement des prestations. L'INAM gère alors « pour compte de... » sur la base d'une délégation de gestion.

³⁴ Ainsi une population rurale âgée n'aura pas les mêmes besoins qu'une population jeune urbaine. De même la densité en termes de médecins et de personnels de santé (infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc.) varient en général fortement entre les zones urbaines et les zones rurales.

Option 3 : cette option est la combinaison des 2 options précédentes. Ainsi l'INAM assure en direct la majorité des cotisants et gère d'autres pour le compte de régimes de branche. A noter qu'un tel système ne s'oppose en rien aux dispositions de la loi n° 2011-003 créant cet organisme puisque l'article 6 prévoit une possibilité d'extension de son champ d'application sans en préciser la forme.

Compte tenu de la diversité des situations dans le secteur informel, de la forte identification soit à des activités professionnelles ou à des appartenances territoriales, l'option 3 semble la plus adaptée et la plus facile à mettre en œuvre dans une phase transitoire de « montée en puissance » de l'assurance maladie. En effet, rien n'interdit à terme d'intégrer ces régimes de branche dans une structure générale tout en développant les particularismes au travers de mutuelles complémentaires.

Gestion des cotisants relevant des assurances privées

A la différence d'une partie des mutualistes, les cotisants à une assurance santé gérée par le secteur de l'assurance relèvent du secteur salarié. Leur transfert vers un régime obligatoire ne poserait donc pas de problème dès lors que les assurés continueraient à bénéficier de prestations santé allant au-delà de celles prises en charge par le régime obligatoire.

L'absence de connaissance des coûts risque d'affecter la stratégie de l'INAM

Le rapport portant sur « l'analyse de la situation de la santé au Togo » du Ministère de la santé daté de Mai 2011 souligne la « *faiblesse du système fiduciaire (insuffisance dans la gestion financière et comptable, absence de manuel de procédures et d'outils de gestion harmonisés, insuffisance des audits et contrôles systématiques des dépenses publiques de santé)* » et préconise donc de « *(i) mettre en place au niveau du MS un outil comptable central performant (permettant le suivi des transactions par source financière, par région, par structure et programme bénéficiaires ainsi que par nature de dépenses ; le suivi des consommations budgétaires, et la conception de procédures spécifiques de captation de l'information ; (ii) harmoniser, disséminer et appliquer les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, à tous les niveaux* ».

Cet état de fait ne sera pas sans conséquences sur la prise en charge des dépenses de santé par l'INAM. En effet, en l'absence d'informations comptables et financières fiables, il est donc à craindre que les structures publiques de santé qui disposent d'une liberté de fixation des prix des actes imposent des tarifs ne correspondant en rien ni à la qualité du service rendu ni à un prix de revient effectif. Si une telle situation devait effectivement se produire, l'INAM ne serait alors pas en mesure de mettre en œuvre la stratégie de conventionnement qu'il envisage.

Les Mutuelles

Si certaines d'entre elles connaissent des problèmes financiers du fait des difficultés à recouvrer les cotisations, les demandes d'assistance en vue de la création de nouvelles montrent que ces structures sont connues de certains groupes de la population et répondent à leurs attentes :

- les mutuelles créées ces dernières années ont pour objectif la prise en charge des dépenses de santé, confirmant ainsi la préoccupation des ménages concernant cette catégorie de dépenses. Chaque mutuelle fixe sa propre stratégie en matière de montant de cotisation et de prestations à payer permettant une adaptation aux revenus et aux priorités de prise en charge des ménages constituant le groupe.
- Le sentiment d'appartenance à un groupe précis est déterminant lors de la constitution d'une mutuelle. Ainsi les producteurs de coton ne participeront probablement pas à une mutuelle créée par des producteurs de café. Si ce sentiment constitue un élément fort de cohésion, il constitue un handicap dès lors que la taille du groupe ne permet pas d'atteindre la « masse critique de cotisants » estimé à environ 3.000 bénéficiaires.

Il est important de souligner que ces regroupements sont similaires et concomitants avec ceux concernant le développement des coopératives agricoles et artisanales. Des synergies entre mutuelles et coopératives sont probablement à rechercher et à mettre en œuvre afin de développer la protection sociale.

Conséquence sur l'organisation de la protection sociale

L'intégration de ces diverses mutuelles en une structure plus importante risque de se heurter au fort sentiment identitaire, c'est pourquoi il convient de privilégier des modes de fédération et de gestion souples, au moins dans une phase de développement.

Les Assurances

Compte tenu de la spécificité des produits de retraite commercialisés, les assurances se sentent peu concernées par les évolutions prévues dans ce secteur. Il en va autrement concernant l'assurance santé. En effet, l'Union des assurances togolaises considère qu'elle n'a pas été suffisamment associée à la création de l'INAM et ce bien qu'elle soit ouverte à un dialogue avec les Autorités et les responsables de cette institution. L'Union considère cependant qu'une phase transitoire de plusieurs années est nécessaire avant de « transférer » leurs clients vers ce régime social.

Délégation de gestion

Gestion administrative et comptable

L'intégration de nouveaux cotisants (Indépendants, Agriculteurs, Artisans, etc.) dans les mécanismes de protection sociale institutionnelle conduit à se poser la question s'il convient ou non de confier aux organismes existants (CRT et CNSS) soit des « délégations de gestion » soit les opérations d'enregistrement et de gestion des fichiers cotisants et bénéficiaires avec ou non la collecte des cotisations. Ces délégations de gestion présentent plusieurs avantages : mise en œuvre de « guichets uniques » sans distinction du régime d'affiliation, simplification de la gestion des bases de données, baisse des coûts de gestion. Toutefois si les regroupements des ressources humaines et techniques sont alors pratiqués, chaque caisse (caisse sociale des agriculteurs, caisse des artisans, etc.) conserve et gère en propre ses ressources financières.

Du fait des incertitudes constatées par les deux études actuarielles quant à l'état des fichiers cotisants et bénéficiaires de la CRT et de la CNSS il est peu souhaitable que l'un ou l'autre de ces deux organismes de protection sociale puisse avoir un rôle de gestionnaire pour compte d'autrui.

Collecte de cotisations pour le compte d'autrui

En ce qui concerne la collecte des cotisations, l'INAM va recevoir du Trésor Public celles payées par les Agents publics et l'Etat. Dans ces conditions, il aurait été souhaitable qu'il en soit de même en ce qui concerne les cotisations santé qui seront versées par les employeurs privés. La CNSS déjà collecteur des cotisations Pensions, Accidents du travail, etc. aurait naturellement pu percevoir puis transférer celles destinées à l'INAM. Cette opération aurait permis une simplification des procédures administratives pour les employeurs privés (une seule déclaration).

Les incertitudes déjà évoquées concernant le fichier de la CNSS conduisent à repousser cette pratique à une date ultérieure.

Conséquences concernant l'organisation de la protection sociale

Dès lors que deux institutions historiques connaissent des problèmes d'organisation et financiers, dès lors que la détermination de l'assiette des cotisations de certaines catégories professionnelles ne peut pas entrer dans les schémas traditionnellement pratiqués, dès lors que le suivi des cotisants devra être confié à des tiers (mutuelles, groupements locaux, coopératives, etc.) il semble souhaitable de maintenir des modes séparés de gestion durant une phase transitoire.

ORGANISMES DE SOLIDARITE ECONOMIQUE : LES COOPÉRATIVES

Le secteur des coopératives joue un rôle important au Togo. Déjà ancien puisqu'il a été structuré sur la base d'une ordonnance présidentielle de 1967, il regroupe actuellement 20.000 coopératives dans le secteur agricole, chacune groupant en moyenne 15 personnes. A l'heure actuelle, 8.000 de ces coopératives ont été enregistrées auprès du Ministère de l'agriculture, le solde (12.000) l'étant soit auprès des préfectures, soit auprès d'autres ministères. Toutefois, la mise en œuvre des dispositions OHADA devrait permettre une régularisation de l'ensemble des coopératives. Pour l'essentiel d'entre elles, elles sont considérées comme bien structurées par le Ministère de l'agriculture, tenant annuellement leur assemblée générale et renouvelant leur structure de gouvernance.

Si ces structures ne s'inscrivent pas dans la logique directe de protection sociale, elles constituent cependant une porte d'entrée particulièrement importante tant par le nombre de personnes qu'elles fédèrent que par l'existence de *l'affectio societatis*, c'est à dire de la volonté de se grouper sur une base commune. On retrouve ici le principe constitutif des mutuelles.

Ainsi sur la base de 20.000 coopératives agricoles groupant 15 affiliés en moyenne, chacun ayant une famille groupant 5 personnes, on arrive à un total de 1,5 million de personnes pouvant potentiellement être bénéficiaires d'une mutuelle.

Une approche similaire pourrait être conduite dans le secteur artisanal.

Si le recours aux coopératives agricoles et artisanales constitue un moyen de mettre en œuvre rapidement des mutuelles de branche professionnelles, il n'est cependant pas exclusif du recours à d'autres organisations existantes comme les tontines.

4- EFFECTIFS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PRESTATION SOCIALE³⁵

Les informations collectées durant la mission d'expertise permettent de se faire une idée du nombre de personnes effectivement prises en charge par type de prestation sociale. Rapportée au nombre de personnes relevant de la catégorie concernée par chacune de ces prestations, ces chiffres permettent de déterminer les besoins encore à couvrir.

Pensions

Organisme	Pension retraite	Pension Réversion (veuvage)	Pensions orphelins	Pensions invalidité
CRT	12.655	4.058	9.477	--
CNSS	17.800	7.454	1.659	283
Total	30.455	11.512	11.136	283

Concernant les retraites (pension de vieillesse et pensions de réversion) le montant total d'allocataires s'élevait à 41.967 en 2008/2009. Rapporté à la base de la population de 60 ans et plus (5,8 % de la population totale suivant l'enquête QUIBB 2006), soit environ 330.000 personnes sur la base du chiffre de 2006, le nombre de bénéficiaires d'une pension liée à la retraite représenterait de 9% (pensions de retraite seules) à 12 % (pensions de retraite + pension de réversion) de celle-ci.

Concernant les orphelins, les données en provenance de l'UNICEF indiquent que leur nombre serait de l'ordre de 240.000. Dès lors seulement 4,5% d'entre eux recevraient une pension d'orphelin.

³⁵ Les tableaux présentés dans ce chapitre résultent des données collectées auprès de différentes sources (précédemment indiquées) et agrégées par l'auteur.

Allocations prénatales et allocations familiales

Institutions	Prénatale	IJ maternité
- CNSS	102	213
- Agents publics	Non déterminé	non déterminé
Total		

Comparées aux 215.000 accouchements annuels (source UNICEF), les allocations prénatales ne concernent qu'une infime minorité de femmes même en y incluant les agents publics pour lesquels la mission n'a pas obtenu d'information concernant le nombre de primes prénatales allouées annuellement.

En ce qui concerne les allocations familiales, si l'on considère qu'en 2006 (enquête QUIBB) 80% des ménages (900.000 ménages) étaient composés de 3 personnes et plus, il apparaît que les allocations familiales ne concernent également qu'une très faible part (6% ?) de la population.

Nombre d'allocataires

Institutions	Nombre d'allocataires
- CNSS	11.301
- CRT (estimations) ³⁶	40.000
Total	51.301

³⁶ D'après les informations reçues de la CRT, la majorité des agents retraités seraient toujours en charge d'enfants. Une grande partie des agents actifs percevraient également des allocations familiales. Dès lors, on peut estimer à 56.000 le nombre d'allocataires potentiels : base de 16.000 agents retraités (chiffres à la date de juillet 2011) et des 40.000 agents actifs. En y appliquant un coefficient de minoration (75 % ?) sachant qu'une partie des agents retraités et actifs ont des familles sans enfants, cela donnerait environ 40.000 bénéficiaires d'allocations familiales.

Prestations santé : nombre de personnes bénéficiant d'un système de prise en charge

Institutions	Nombre de cotisants	Bénéficiaires Potentiels ou estimés	Remarques
INAM - cotisants CRT (actifs) - cotisants retraités	40.591 16.000	200.000 80.000	<i>Sur la base de 5 personnes par familles y compris chez les retraités</i>
Salariés du secteur privé disposant d'une assurance santé³⁷		90.000	<i>Estimation sur la base des Informations fournies par l'association des Assureurs Togolais</i>
MUTUELLES		17.200	<i>Sur la base des chiffres fournis par CSI-Afrique</i>
TOTAL		387.200	

³⁷ En l'absence d'information reçue de l'association des assurances, il a été procédé à une estimation du nombre de bénéficiaires d'une couverture médicale relevant d'une assurance. Cette estimation est basée sur le nombre de cotisants à la CNSS (déclaration sociale par les entreprises) soit environ 70.000 salariés, nombre minoré en estimant que tous les employeurs n'assurent pas leurs salariés pour la santé. Aussi, si on applique un coefficient de minoration de 50 %, cela conduirait à un nombre de bénéficiaires de 35.000. Certaines assurances prenant en charge le salarié mais aussi ses ayants droits, on peut estimer qu'environ 70.000 à 90.000 personnes sont bénéficiaires d'une assurance maladie privée.

Sur la base de ces estimations qui restent à vérifier, il convient d'ajouter les Indigents pris en charge sur financement public. Toutefois leur nombre est inconnu à ce jour. Dès lors moins de 10 % de la population totale togolaise (5,7 millions en 2010) est probablement pris en charge par un organisme d'assurance santé (INAM, mutuelle, etc.).

Conclusion

Les mécanismes actuels de protection sociale ne bénéficient qu'à une faible partie de la population, essentiellement celle relevant du salariat dans les secteurs publics et privés, c'est à dire celle disposant déjà des revenus les plus élevés au sein de la population active. Cette catégorie de la population bénéficie pour l'ensemble des prestations retraite et allocations familiales (dès lors que ces personnes sont effectivement enregistrées à la CRT et à la CNSS) et de prestations santé pour les Agents publics et les salariés bénéficiant d'une assurance privée (ou dans certains cas d'une mutuelle d'entreprise). A l'heure actuelle, la mise en place de l'INAM ne constitue pas une amélioration de la prise en charge mais une modification de celle-ci. A l'inverse le développement des mutuelles de santé permet la mise en place de mécanismes de solidarité auprès de populations qui n'en bénéficiaient pas jusqu'à présent.

A l'heure actuelle, **la protection sociale ne bénéficie donc pas à ceux qui en ont le plus besoin et nécessite donc la mise en place d'une nouvelle approche plus pragmatique et plus solidaire.**

5- RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES ACTIONS À CONDUIRE

Synthèse des constats

Les analyses faites dans les chapitres précédents permettent d'effectuer les constats suivants :

- 1- Une priorité pour les familles : la santé, puis l'éducation ;
- 2- Un pays dominé par le monde rural, mais un monde rural regroupé autour de 20.000 coopératives (dont 8.000 enregistrées auprès du ministère de l'agriculture) d'une quinzaine de personnes chacune ;

- 3- Une aide multiple, ciblée sur des besoins mais non coordonnée et donc incapable de produire un effet de levier ;
 - 4- Une absence d'outil concernant l'identification des Indigents, laissant la porte ouverte à des interprétations différentes ;
 - 5- Une stratégie nationale bien définie au travers de documents essentiels (DSRP, PNDS, etc.) mais ni globale, ni complémentaire ;
 - 6- Une progressivité lente des revenus qui laisse les familles à la merci d'un événement qui les fait régresser durablement ;
 - 7- Une progressivité qui ne permet pas de mettre en place des stratégies de prise en charge clairement structurées ;
 - 8- Des prestations sociales qui ne profitent qu'à une très petite partie de la population et qui obligent à s'interroger sur l'adéquation réelle entre les structures existantes et le contexte socio-économique ;
 - 9- Des organismes sociaux orientés vers une structure sociodémographique organisée et clairement identifiée car salariées et donc en décalage avec la réalité socio-économique actuelle ;
 - 10- Des organismes de retraite basés sur la solidarité entre les générations (système par répartition) et dont le principe n'est pas remis en cause bien que ce mode de fonctionnement ne soit pas adapté à la structure socio-économique du pays ;
 - 11- Des organismes sociaux qui doivent d'abord solder leur passé et se restructurer avant d'essayer de prendre en charge de nouvelles catégories de la population ;
 - 12- Des organismes sociaux à qui ne pourront pas être confiées des « délégations de gestion » durant une phase transitoire du fait soit des problèmes internes constatés (CNSS) en particulier au niveau de la gestion du fichier cotisants, soit trop récent (INAM) pour le faire ;
 - 13- Une prise en charge des dépenses de santé pour les deux extrêmes des catégories socio-économiques mais qui laisse une part très importante de la population sans protection aucune ;
 - 14- Une structure nouvelle – l'INAM- qui n'a pas pour vocation de mobiliser des ressources supplémentaires en faveur des producteurs de soins, mais d'institutionnaliser les ressources existantes tout en développant la solidarité.
-
- 15- Une structure nouvelle – l'INAM- qui se met en place et qui doit d'abord organiser et roder sa gestion, définir des modes de contractualisation et des tarifs de référence avec les producteurs de soins publics et privés ;
 - 16- Une structure nouvelle - l'INAM- avec pour objectif prioritaire de prendre en charge les agents publics et qui devrait permettre la prise en charge de nouvelles catégories de la population ;
 - 17- Des organismes sociaux – INAM et CNSS- à qui la loi ou le projet de loi confie de nouvelles missions mais qui devront appréhender des techniques de détermination des assiettes de cotisation et des modes de recouvrement pour lesquels ils ne disposent d'aucune expérience ;
 - 18- Des mutuelles de santé qui se développent soit sur la base professionnelle soit sur la base locale, mais dont le fonctionnement est encore à organiser puis à fédérer ;
 - 19- Des diversités de situation qui imposent des approches variées, pragmatiques et progressives qui devront se situer dans une phase transitoire hors des mécanismes relevant des structures sociales institutionnelles ;

20- Des structures associatives (coopératives agricoles et artisanales) et une taxation locale (vendeurs) qui pourraient être utilisées comme structures relais dans l'organisation de la prise en charge des dépenses de santé ;

21- Des flux financiers en provenance des Togolais travaillant à l'étranger mais qui devraient s'inscrire dans un processus de protection sociale institutionnelle ;

22- Une carte sanitaire nationale incomplète et qui ne permet donc pas de mener un travail de rationalisation de l'offre de soins, ni de définir les besoins réels dans une zone définie ;

23- Une absence de carte sanitaire nationale qui ne permettra pas à l'INAM de mettre en place une stratégie tarifaire adaptée à l'offre publique et privée et aux besoins des populations.

Actions à conduire

Sur la base des constats qui viennent d'être faits, il est proposé une série d'actions visant à l'extension de la protection sociale au Togo. Celles-ci sont de deux ordres : la conduite d'actions stratégiques et la conduite d'actions devant permettre à de nouvelles catégories de la population de bénéficier d'une meilleure couverture sociale. Toutefois, l'ensemble de ces catégories ne pourra accéder immédiatement à l'ensemble des prestations. Nous sommes alors confrontés à une double graduation : graduation de la protection et graduation de l'adhésion (ou du bénéfice).

1- La nécessité d'une approche globale, coordonnée dans une vision à moyen et long termes

Comme déjà souligné, un important travail d'analyse et de formulation de stratégies sectorielles a été conduit par le gouvernement. La lecture de ces documents montre que les actions prévues ne sont pas intégrées dans une approche globale ni en matière de prise en charge des personnes pauvres ni en ce qui concerne les réformes institutionnelles. Ainsi le développement de l'INAM ne prend pas en compte ni une rationalisation des dépenses de santé à mener, ni le développement des mutuelles.

Sur la base de ce constat, il est nécessaire que les divers documents de base (DSRP, PNDS, etc.) soient intégrés en une vision large fixant des objectifs à moyen et long termes, les axes prioritaires, les indicateurs de suivi mais aussi la répartition des rôles de chaque ministère.

2- Des actions devant s'inscrire dans le cadre des décisions du symposium national de décembre 2010

Les dysfonctionnements concernant la prise en charge des Indigents en secteur hospitalier montre que le pays ne dispose pas d'un véritable outil d'identification de cette catégorie de la population ni d'une stratégie nationale – avec des déclinaisons régionales, voire locales – permettant leur gestion.

Aussi, quatre actions sont à mener en priorité :

- la définition de critères permettant l'identification des personnes Indigentes,
- sur la base de critères retenus, la modélisation de l'impact financier suivant la nature des bénéfices pris en charge ;
- la répartition des charges financières entre les différents ministères avec conditions d'allocation suivant le type de prestation (exemple : dotation per capita aux structures hospitalières sur la base de la population pauvre dans la région) ;
- la définition des conditions d'identification et de gestion de ces personnes (délivrance d'une carte d'indigent-pour une durée déterminée, organisme gestionnaire, etc.).

3- Des actions devant faire suite aux conclusions des études actuarielles

3.1. Les deux études actuarielles font ressortir la nécessité de restructurer la CRT et la CNSS en plus de la question des équilibres financiers. La réorganisation technique (fichiers cotisants, fichiers bénéficiaires, contrôles, etc.) est un préalable indispensable à la gestion de nouveaux cotisants. Cette réorganisation devrait cependant être l'occasion de s'interroger sur deux questions organisationnelles :

a) Convient-il ou non de maintenir l'existence de deux organismes de gestion ou bien convient-il de les faire fusionner - tout en maintenant une distinction financière – afin de réduire et de rationaliser l'utilisation des ressources techniques et humaines disponibles ? En effet, la réorganisation de la CRT et de la CNSS, la création de l'INAM et le développement de mutuelles, la volonté gouvernementale d'étendre la protection sociale à d'autres catégories de la population, la nécessité de réformer l'identification et la gestion des Indigents conduisent à s'interroger sur la structure à mettre en place en matière de gestion des prestations sociales. Dès lors conviendrait-il ou non de créer une seule entité de gestion (la Caisse nationale de

protection sociale – CNPS) en charge de la gestion administrative et technique (base de données, etc.) ?

b) Convient-il ou non de séparer la gestion de la collecte des cotisations sociales du secteur privé et de la rapprocher ou non des services fiscaux, permettant ainsi une collecte unique tout en affectant à un compte dédié hors Trésor public les recettes collectées pour le compte de la CNSS et d'autres entités sociales ? Dans le cas où la collecte des cotisations sociales resterait de la responsabilité totale de la CNSS, quels sont les moyens à mettre en œuvre afin de donner à cet organisme les moyens de déterminer et de collecter les cotisations sociales pour les secteurs non-salariés ?

Afin de répondre à ces questions il est proposé la conduite d'une étude non exhaustive concernant les moyens et procédures à mettre en œuvre afin d'organiser de façon simple et performante la collecte des cotisations sociales quels que soient la branche (maladie, pensions, accidents du travail, etc.) et le secteur professionnel concerné. Cette étude devra donc également proposer des modes de détermination et de collecte des cotisations sociales dans la perspective de l'arrivée de nouveaux cotisants salariés relevant de très petites entreprises et de non-salariés.

3.2. Reposant sur le principe de la répartition (les actifs finançant les pensions des retraités) la situation de la CNSS doit être l'occasion de s'interroger sur l'adaptation de ce système à la situation socio-économique et à la faible espérance de vie. En effet, la situation actuelle fait (i) qu'une large partie de la population reste quasiment active jusqu'à la fin de ses jours, (ii) qu'un épisode sérieux de maladie prive la personne de revenus, (iii) que les nouveaux cotisants à la CNSS ne toucheront une pension que dans plusieurs dizaines d'années. Dès lors il convient d'étudier la réforme du système actuel suivant plusieurs options dont : (i) la mise en place d'un système à plusieurs niveaux avec une pension minimale pour tous et un ou plusieurs niveaux complémentaires obligatoires et/ou facultatifs ; (ii) l'introduction progressive de mécanismes basés sur la capitalisation.

4- La possibilité d'intégrer la CNSS (après réorganisation) dans une stratégie globale de gestion de la protection sociale

L'expérience d'autres pays (Maroc) montre que la perception d'allocations familiales par les affiliés à un régime obligatoire comprenant les trois branches de base de la protection sociale (pensions, allocations familiales, santé) a été un facteur déclenchant important pour le paiement de cotisations sociales. Cette situation impose d'étudier la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'information mais aussi une stratégie d'affiliation et de collecte des cotisations unique et commune à plusieurs organismes sociaux (en particulier CNSS et l'INAM).

5- Des actions devant faire suite à la création de l'INAM

51. Coordination

a) La mise en place de l'INAM et du développement des assurances maladie ne doivent pas être isolés d'une stratégie nationale de santé intégrant l'offre de soins, le financement des soins, la solidarité nationale. Une approche globale s'appuyant sur le PNDS, les comptes nationaux de la santé, les programmes prioritaires (exemple : césariennes gratuites), le financement public, etc. s'impose donc. Elle nécessite la mise en place ou le développement de la coordination inter ministérielle compte tenu des priorités à fixer et des implications et arbitrages budgétaires que cela impose.

b) Le développement actuel des mutuelles ne fait pas obstacle à la création de l'INAM et à sa vocation à devenir le gestionnaire d'une assurance maladie universelle. Toutefois, l'existence de ces divers « acheteurs de soins » va conduire les fournisseurs de soins à devoir intégrer dans leur gestion/facturation cette multiplication des paquets de soins. Rien ne garantit qu'actuellement les établissements publics de santé soient techniquement à même de gérer cette diversité de prise en charge. Une réflexion se doit d'être entreprise concernant l'organisation des relations acheteurs/fournisseurs de soins.

c) La réforme de la prise en charge des dépenses de santé afférentes aux Indigents doit s'inscrire dans la mise en place de l'INAM et être traitée comme une prestation sociale. Sur la base de ce principe l'INAM doit pouvoir disposer des outils permettant d'affecter les allocations soit sur la base de la population indigente relevant de la structure publique d'une zone de référence (paiement per capita), soit sur celle d'un paiement à l'acte technique, ce qui est plus compliqué dans un premier temps. Les conditions de cette gestion doivent donc être définies et organisées.

5.2. Actions en matière d'offre de soins

a) L'absence de carte nationale de santé complète ne permet pas de connaître actuellement les besoins réels de la population par zone géographique, ni les moyens et les financements à mettre en place (stratégie nationale). Cet outil est d'autant plus nécessaire que le manque de personnel soignant et de médecins dans certaines zones imposera probablement de mettre en place des politiques tarifaires différenciées et incitatives. Il est donc indispensable que cet outil de réflexion et de gestion soit finalisé le plus rapidement possible.

b) Le développement des Unités de soins périphériques (USP) mais aussi l'ancienneté de la politique nationale de santé (1998), l'existence du PNDS et de Comptes nationaux de la santé, enfin la finalisation de la Carte sanitaire nationale doivent permettre au Ministère de la santé de développer une réflexion nationale sur la rationalisation des dépenses et l'utilisation des ressources disponibles. La définition d'une telle stratégie est d'autant plus indispensable que le développement de l'INAM et des mutuelles de santé s'inscrivent dans cette stratégie nationale tant en matière de prise en charge d'une partie des dépenses que de l'utilisation des services de santé.

c) La définition de la Politique nationale de santé doit être l'occasion de mener à bien une réflexion concernant la complémentarité de la prise en charge des dépenses de santé, en particulier en ce qui concerne l'articulation entre les actions verticales – c'est à dire les actions prioritaires fixées et financées par l'Etat - et les actions horizontales prises en charge par l'INAM, les mutuelles et assurances et les ménages. Cette clarification de la répartition des prises en charge doit donc conduire les Autorités togolaises à fixer une stratégie en matière d'affections de longue durée, d'accès aux urgences, de programmes nationaux prioritaires, etc.

5.3. Actions en matière de prise en charge des dépenses de santé

a) Les mécanismes existants concernant la prise en charge des Indigents par les structures hospitalières ne permettent pas de lier les montants alloués aux patients relevant de cette catégorie ni aux prestations effectuées. En complément de la réforme des mécanismes d'identification des Indigents, il conviendra que leur enregistrement dans les hôpitaux publics soit réformé. Parallèlement, et dans le cadre de la rationalisation des dépenses de santé, il conviendra que les Unités de soins périphériques puissent également bénéficier de financements pour la prise en charge de ces Indigents. Une étude devra donc être conduite préparant à la mise en place et à la gestion de nouveaux mécanismes d'allocation (forfaitaire, à l'acte, per capita, etc.) pour chacun des deux niveaux.

b) Sur la base de cette étude, il conviendra de décider si l'INAM devient le payeur des soins pour cette catégorie de la population, puis de mettre en place les modalités de gestion et de paiement de ces prestations.

c) Avec le développement des mutuelles il conviendra d'analyser le rôle que l'INAM serait à même de jouer à leur égard (i) dans le processus de fourniture des prestations médicales au regard du cadre du conventionnement et des tarifs qu'elle va mettre en place ; (ii) dans le paiement des prestations aux structures de soins publiques et privées.

d) Dans le cas où le principe de la collecte de cotisations santé en complément de la fiscalité locale pour les petits commerces serait retenu par le gouvernement et que des structures de financement solidaires seraient mises en place, il conviendra d'étudier le rôle qui pourrait être confié à l'INAM, soit avec la création de nouvelles branches d'assurance santé, soit afin de permettre la gestion des paiements et l'identification des cotisants.

5.4. Actions en matière de développement du secteur mutualiste

a) Le besoin de prendre en charge les dépenses de santé de nouvelles catégories de la population aux revenus variables passe prioritairement par la mise en place de mutuelles s'appuyant sur une forte identité locale et/ou professionnelle. L'accélération de la création de mutuelles de santé passe par les leçons à tirer des celles déjà existantes et la mise en œuvre d'une stratégie s'appuyant sur les structures philosophiquement proches (coopératives) et nombreuses dans le pays. A cette fin il est nécessaire de mener une réflexion nationale et de bâtir une stratégie nationale de développement des mutuelles de santé.

b) Le développement du secteur mutualiste ne peut cependant se poursuivre sans la mise en place d'un cadre législatif et réglementaire moderne. C'est pourquoi il est maintenant nécessaire que le Togo mette en place un Code de la mutualité en s'appuyant sur les travaux et les recommandations faites par l'OHADA.

c) Aider les mutuelles dans la mise en œuvre de produits standards à l'exemple de ce qui se fait actuellement dans certaines régions tout en leur laissant la possibilité de fixer la nature des prestations qu'elles prennent en charge ; les aider à se regrouper sous la forme de fédérations ;

6- Des actions à conduire sur la base de la structure socio-économique principale du pays : le monde agricole

6.1. Avec 20.000 coopératives agricoles – soit environ 1,5 million de bénéficiaires potentiels – le développement d'une stratégie de protection sociale dans ce secteur d'activité constitue une priorité.

Une analyse permettant de dresser un paysage le plus exhaustif possible du secteur coopératif, définissant les conditions pour y adosser des mutuelles, définissant les capacités contributives (montant de la cotisation) des affiliés aux coopératives ainsi que leurs attentes en matière sociale est indispensable. Compte tenu des attentes déjà constatées au travers d'autres études, il est probable que la prise en charge des dépenses de santé – et plus particulièrement le financement de l'achat de médicaments – constitue la priorité de cette catégorie d'actifs.

Le développement des mutuelles de santé dans le monde agricole pourrait ainsi constituer la base d'une protection sociale propre à ce secteur d'activité.

6.2. Il est probable, mais à une échelle moindre en nombre de personnes, que cette approche pourra être répliquée dans le secteur artisanal. Rappelons que ce secteur emploie environ 600.000 artisans et qu'existent une trentaine de groupements interprofessionnels d'artisans (GIPATO).

7- La prise en charge du petit commerce

Le petit commerce des rues constitue une part importante du secteur dit informel. Toutefois sa forme et sa variété ne lui ont pas permis d'être intégré dans des structures administratives voire associatives facilitant l'identification et la prise en charge des personnes actives dans ce secteur. La mise en place de mécanismes d'assurance santé nécessitera une approche différente de celle pouvant exister dans le secteur agricole ou artisanal. Toutefois il apparaît que les collectivités locales identifient relativement bien ces commerces puisqu'elles les taxent au titre de la TPU³⁸.

Dès lors il conviendrait que soient étudiées les conditions : (i) de mise en place d'une cotisation sociale forfaitaire (per capita) pour les personnes relevant de ce secteur ; (ii) les droits qui en découlent pour les cotisants (par exemple : prise en charge des médicaments) ; (iii) les modalités de gestion de ces cotisations par les collectivités locales et de l'identification des cotisants/bénéficiaires en particulier au regard des missions que pourrait prendre en charge l'INAM ; (iv) de l'équilibre financier de ce régime.

8- La prise en compte des ressources en provenance des Togolais résidant à l'étranger

Si les transferts de fonds en provenance des Togolais résidant à l'étranger sont particulièrement importants, ils concernent à la fois toutes les classes de la population mais ne semblent pas s'inscrire dans une logique institutionnelle de la protection sociale des familles restées au pays. Les analyses concernant des flux financiers similaires dans d'autres pays montrent que ceux-ci répondent pour une large partie à des demandes des familles pour des motifs divers. Outre le fait que ces demandes « déstabilisent » souvent la situation financière des travailleurs résidant à l'étranger du fait soit de leur imprévisibilité, soit de leur montant, soit de leur fréquence, elles ne répondent alors pas à une anticipation des besoins. Quant aux émetteurs des fonds, ils rechignent souvent à passer par des institutions étatiques auxquelles ils ne font souvent pas confiance.

Des opérations menées dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest montrent cependant qu'il est possible d'inscrire ces flux dans une logique assurantielle orientée vers les dépenses de santé.

Il est donc souhaitable qu'une étude soit conduite visant à :

³⁸ TPU : taxe professionnelle unique instituée par la loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale. Mise en place pour les artisans et les micro entreprises du secteur informel, la TPU est un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu des personnes physiques de l'entrepreneur, de l'impôt minimum forfaitaire des personnes physiques, de la taxe professionnelle, de la taxe sur les salaires (part patronale) de 7%, de la taxe sur la valeur ajoutée.

- analyser les spécificités des communautés togolaises résidant à l'étranger, de leurs habitudes et de leurs modes de transfert, de leurs attentes ainsi que de celles des personnes résidant au Togo ;
- analyser les conditions « d'accueil » possible de ces fonds afin de les intégrer dans des mécanismes d'assurance santé.

A noter que certains bailleurs de fonds (AFD, Banque Mondiale, etc.) ont déjà conduit des analyses par pays concernant de tels transferts.

9- Actions reposant sur l'existant

a) Les Unités de soins périphériques publiques associent dans leur gestion les communautés locales. Dans ces conditions, il serait nécessaire d'examiner les conditions dans lesquelles ces communautés pourraient participer à la création des mutuelles de santé permettant la prise en charge des dépenses de santé dans ces Unités.

b) Les infirmiers intervenant dans les zones rurales se sont vu confier le droit de prescrire certains médicaments (médicaments essentiels génériques). Ils constituent donc des sources d'information de la population en matière de santé. Leur rôle n'est donc pas à négliger dans le développement de mutuelles à base locale en matière d'information/incitation de la population.

Gradualité

Si le développement de la protection sociale repose sur la nécessité d'une approche globale et la mise en œuvre d'actions complémentaires, il repose également sur une segmentation de l'intégration des populations. Cela impose de partir de l'existant en matière d'institutions pour aller des salariés vers le secteur informel et de partir d'un besoin prioritaire, à savoir la prise en charge des dépenses de santé avant d'élargir la prise en charge à d'autres prestations sociales.

1- Gradualité en termes de protection sociale

Comme déjà relevé, les informations en provenance du rapport d'étude des conditions de vie des ménages (décembre 2006 – Ministère de l'économie et du développement et Unité de recherche démographique de l'Université de Lomé) font clairement ressortir que la prise en charge des dépenses de santé constitue la préoccupation de la très grande majorité des ménages (60% et plus). Toutefois, rien n'apparaît concernant les retraites et les allocations familiales. Cette situation peut

facilement s'expliquer par l'espérance de vie à la naissance encore faible pour une large partie de la population et dont les revenus faibles l'obligent à travailler le plus longtemps possible. Il est en outre probable que la solidarité familiale conduisant à la prise en charge des personnes âgées dans le cadre de la cellule familiale joue encore un grand rôle au Togo.

Quant aux allocations familiales, si elles pourraient constituer une source significative de revenus pour les ménages les plus pauvres, leur bénéfice n'est réservé qu'aux salariés relevant de la CRT et de la CNSS.

Le développement des prestations sociales doit donc s'inscrire dans cette situation avec par ordre d'importance :

- La généralisation de la prise en charge des prestations de santé,
- l'extension des allocations familiales à de nouvelles catégories de la population,
- le développement des mécanismes de retraite.

2- Gradualité en termes de catégories socioprofessionnelles

A la segmentation des prestations sociales doit s'ajouter la segmentation professionnelle. En effet pour des raisons techniques (nouveau de l'INAM) et financière (impact financier pour les ménages mais aussi pour l'état, etc.) il est impossible de mettre en place immédiatement un système général de protection sociale. Quant à la santé, la mise en place d'une assurance maladie universelle, si elle est souhaitable, nécessite des préalables qui ne peuvent pas être remplis actuellement (absence de rationalisation des dépenses de santé, absence de paquet de soins garanti, etc.). A l'inverse, le développement de mutuelles montre que certains groupes (professionnels ou non) voient un intérêt dans l'organisation de la solidarité. C'est pourquoi, il est nécessaire de prévoir une implantation progressive de la protection sociale en commençant par l'assurance maladie qui constitue la priorité des familles. Dans le cadre d'une approche pragmatique, il est recommandé un développement sur une base catégorielle s'appuyant sur l'existant (coopératives agricoles, GIPATO, etc.).

Concernant la santé (par ordre progressif)

- Mise en place de l'INAM en direction des Agents publics
- Gestion des dotations budgétaires concernant les Indigents
- Ouverture de l'INAM aux salariés relevant de la CNSS
- Ouverture de l'INAM aux Indépendants

Parallèlement :

- poursuite de la mise en place des mutuelles
- développement de mutuelles s'appuyant sur les coopératives agricoles
- développement de mutuelles s'appuyant sur les coopératives artisanales
- mise en place de mécanismes de prise en charge concernant le secteur des petits commerçants en association avec les municipalités

Concernant la retraite (par ordre progressif)

- mise en place d'une stratégie d'enregistrement des employeurs à la CNSS et d'information des salariés
- création d'une branche retraite pour les Indépendants
- création d'une branche retraite pour les ministres des cultes

3- Gradualité en termes de stratégie nationale

Stratégie nationale de santé (par ordre progressif)

- finalisation de la Carte sanitaire nationale
- rationalisation des dépenses de santé et des ressources disponibles
- définition d'une articulation entre programmes verticaux et programmes horizontaux
- définition d'une stratégie nationale santé

Retraites (actions concomitantes)

- réorganisation de la CRT et de la CNSS
- réflexion autour de la mise en place d'un organisme gestionnaire commun
- réflexion autour du mode de financement de la retraite (avenir de la répartition)

CONCLUSION

Dans un pays qui se reconstruit, la priorité va à l'avenir, c'est à dire aux enfants et aux jeunes et à la satisfaction de leurs besoins essentiels : la nourriture, la santé, l'éducation. Mais à quoi serviraient les efforts consentis par tous si ces mêmes enfants ne pouvaient pas trouver de travail et disposer ainsi des ressources suffisantes pour mener une vie digne et responsable ? L'avenir c'est aussi les conditions permettant de créer des emplois structurés et qualifiés et non vivre de « petits boulots » ou, pour les mieux lotis, d'allocations de chômage. Le développement économique compte, donc, autant que le filet social. La mise en place de la zone franche portuaire ou le développement de l'artisanat, avant de devenir celui de l'industrie et de l'agro-industrie, compte donc autant que la réorganisation de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Dans le cadre de cette « étude diagnostic sur les systèmes formels contributifs de protection sociale » il eût été bien d'analyser l'impact des restructurations économiques et du système de prise en charge des chômeurs. D'autres sujets importants méritaient aussi une attention, comme la

nécessité de mettre en place une assurance dommages pour les agriculteurs, comme il eût été intéressant d'analyser les conséquences de la mise en place d'un mécanisme de stabilisation des cours des matières premières agricoles. Le temps imparti à cette mission comme la diversité des analyses que cela impliquait ne le permettaient pas. Des pistes de travail restent donc ouvertes.

Mais partant du principe que le secteur salarié – public et privé – est minoritaire dans un pays encore largement orienté vers le secteur rural, l'analyse est partie d'une question simple : comment intégrer la plus grande masse de la population aux revenus bas et instables dans des mécanismes de protection sociale ? **Compte tenu des spécificités de ce secteur et des populations qui le composent il est apparu clairement que les mécanismes sociaux existant depuis les Indépendances n'étaient pas à même de jouer un rôle actif et qu'une nouvelle approche plus pragmatique et progressive devait être mise en place.** Mise en place à partir de l'existant comme les coopératives et les groupements professionnels de branche avec l'aide de l'Etat, et non imposée par le haut. La protection sociale est d'abord et avant tout une solidarité au sein d'un petit groupe qu'il convient d'élargir pour en faire une solidarité nationale. Une solidarité qui doit correspondre aux réelles attentes des familles. Ainsi la santé – dont le coût peut faire basculer dans la pauvreté au travers de l'endettement qu'il impose souvent – est la priorité. Puis vient l'éducation, c'est à dire la gratuité scolaire dans toutes ses composantes : cours, fournitures mais aussi cantine.

*

* *

C'est sur la base de ce contexte que le présent rapport ouvre des pistes rejoignant les propos du Premier Ministre lors de l'ouverture du symposium sur la solidarité nationale en décembre 2010 :

« Un développement humain efficace se doit de placer l'individu au cœur des priorités de développement. Investir alors dans chaque citoyen en lui offrant la possibilité de se réaliser, de s'intégrer et de s'épanouir est une nécessité.

S'il est vrai que pour cette mission l'Etat a un rôle primordial en tant que promoteur de la politique de développement prenant en compte toutes les catégories sociales, y compris les plus vulnérables, ce dernier ne saurait agir seul sur les pesanteurs économiques et sociales qui concourent au bien-être des populations. L'Etat se doit dès lors de s'appuyer sur divers facteurs qui sont de nature à renforcer le tissu social. Parmi ceux-ci, un concept séculaire, marque référentielle de nos sociétés africaines, la solidarité.

Malheureusement, au regard de la multiplication des aléas de la vie, face à la faiblesse de notre système de protection sociale et aux différentes crises économiques avec leurs effets pervers sur la majorité de la population, la solidarité, cet élan de soutien réciproque semble, de nos jours, être devenue un concept fragilisé ».

Ce challenge, cette approche globale et innovante, les Autorités en sont donc largement conscientes. Mais si de nombreux travaux préparatoires existent, **manque une vision globale basée sur des objectifs clairs, précis qu'il appartient de définir avant de la faire accepter de tous et de concrétiser par un texte d'orientation.** Manque également une série de coordinations à tous les niveaux : entre ministères, entre bailleurs de fonds, entre ONG. Approche globale qui doit donc reposer sur une série de stratégies complémentaires et soutenir l'action de l'état, action reposant elle-même sur les besoins de la population et les ressources qu'il est réellement possible de mobiliser.

Beaucoup de travail reste donc encore à faire pour relever le défi d'un avenir digne pour la jeunesse.

Annexes

Annexe 1 : répartition des mutuelles par type d'activité

Typologie	Nombre de mutuelles	Nombre adhérents	Nombre de bénéficiaires	Groupes cibles	Caractéristiques
				Toutes	- Solidarité

Mutuelle de santé	6	240	960	catégories de personnes	- Adhésion libre - Montant unique fixé pour tous les adhérents
Mutuelle avec couplage crédit/santé	1	4476	8711	Membres de groupements solidaires	- Solidarité - Adhésion libre
Mutuelle pratiquant le prépaiement	1	243	1500	Membres de l'association ou du district sanitaire	- Adhésion libre - Solidarité - Montant des cotisations selon les possibilités de chacun
Mutuelle d'entreprise	1	1300	5200	Personnel de l'entreprise	- Adhésion automatique - Cotisation prélevée directement sur salaire

ANNEXE 2 : liste non exhaustive des personnes rencontrées lors de la mission d'expertise effectuée à Lomé en juillet 2011

Institution	Personne rencontrée	Fonction	Numéro(s) De téléphone	Adresse e-mail
PNUD	Idrissa Diagne	Conseiller économique principal	221 20 22	Idrissa.diagne@undp.org
PNUD	Kokou Amouzouvi	Economiste national	221 20 22	Kokou.amouzouvi@undp.org
UNICEF	Christine Jaulmes	Représentante adjointe	223 15 00	cjaulmes@unicef.org
OMS	Pierre M'Pélé	Représentant	221 92 75	mpele@tg.afro.who.int mpele@hotmail.com
OMS	Etienne Pikel Minzah	Chargé de programme	221 33 60	pekelem@tag.afro.who.int
Banque mondiale	Yemdaogo Tougma	Economiste	223 33 00	ytougma@worldbank.org
Banque mondiale / Projet de facilitation du commerce et transport sur le corridor Abidjan-Lagos	Essobozou Awade	Coordinateur national	905 78 22	pierreawade@hotmail.com
PNUD/Ministère de la planification, du développement et de l'aménagement du territoire	Baly Ouattara	Conseiller technique / Coordinateur de l'aide	221 20 22	baly.ouattara@undp.org
Ministère du Travail, de l'emploi et des lois sociales	Faustin Ekoué Amoussou- Kouetete	Directeur général Direction générale du travail et des lois sociales	221 32 60	amoussou_faustin@hotmail.com dgtls.togo@gmail.com

Ministère de l'agriculture	Koffi Mawuli Akakpo	Direction en charge des coopératives	923 68 43	marcakakpo@yahoo.fr
Ministère de l'économie et des finances	Aftar Touré Morou	Direction du budget Spécialiste en développement Social et en santé	221 03 16	Aftar.morou@finances.gouv.tg
CNSS	Koffi Kadanga Walla	Ancien ministre. DG	225 31 44	
CNSS	Komian Madanawè Baliki	DG adjoint	250 63 04	felixbaliki@yahoo.fr
CNSS	Kouadjo A. Gbadago	D. financier et comptable	253 56 21	felixgbadago@yahoo.fr
CRT	Alain Koussal Wodibalana	Directeur administratif	222 38 49	
Comité des assureurs togolais	Kodjo Locoh	Président	221 10 34	uat.iardt@uat.tg
Organisation régionale africaine de la Confédération syndicale internationale	Ghislaine Saizounou épouse Broohm	Département égalité et protection sociale	225 07 10	info@ituc-africa.org ghislaine.saizonou@ituc-africa.org