Droit de la Sécurité Sociale

1ère édition

Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

DROIT DE LA SECURITE SOCIALE

1ère édition

2015

A l'occasion de la première Journée Nationale
de la Sécurité Sociale du 29 septembre 2015

A tous les anciens et aux membres du personnel de la **CNaPS**

Au peuple Malagasy

Sous la direction de :

Raoul ARIZAKA RABEKOTO
Docteur ès sciences économiques
Magistrat de 1er grade
Professeur à l'Université d'Antananarivo et à l'Institut National des Sciences Comptables et de l'Administration d'Entreprises
Directeur Général de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de Madagascar

Avec le concours, pour la présente édition de :

Manan'Iala ANDRIANTSALAMA
Annie Francia LANTONIRINA
Solondranja MAHATOVO
Barivololona Harry Sambatra RAJOELINA
Jeannine RAKOTO RAMIARANTSOA
Hiaja RAKOTOARISON
Nathy RAKOTOARY
Maherisoa RAKOTOBE
RAKOTOMANANA
RAKOTOMILA
Hanitry Ny Aina RAKOTONDRADANO
Soanihantanirina RAKOTONIAINA
Lalao & Arison RAMBOARISON
Mamy RANAIVOARIVELO FANOMEZANTSOA
Nandrianina Lalaina RANAIVOMANANA
Harimanana Domoina RANDRIANALISOA
Charles Emilson RANDRIANARIJAONA
Daniel Martin RANDRIANJANAKA
Bruno RAOBIJAONA
Nantenaina RAOELISOA ANDRIANARIVO
Blanche William RASAHONDRATIANA
Andrianjafimanitra Miandranjatovo RASAMOELINA
Fidilalao Jacky Didier RASOANAIVO
Narindra Arinjanahary RASOAZANAMANANA
Haingo Vololona RASOLOFONJATOVO
Haingotiana RASOLONJANAHARY
Hanitriniala RAVALISON
Mirana Volatiana RAVELOSON
Hajasoa Miora RAZAFIARIMANANA
Jean Jacques RAZAFINDRAIBE
Faly RAZAKANDRAIBE
Rivo Nirina RAZANADRAHONA
Joslina TSABOTO

Copyright© CNaPS Madagascar 2015

Aux termes de l'article 37 de la loi N° 94-036 du 18 septembre 1995 relative à la propriété littéraire et artistique « Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ». Cette représentation ou reproduction par quelques procédés que ce soit, constituerait ainsi une contrefaçon sanctionnée par les articles 143 et suivants de la loi précitée.

Liste des abréviations

AF	Allocation Familiale
AISS	Association Internationale de la Sécurité Sociale
AT	Accident du Travail
ATMP	Accidents du Travail et Maladies Professionnelles
ATP	Arbejdsmarkedets TillægsPension
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud
CASNB	Compagnie Agricole et Sucrière de Nosy Be
CCPF	Caisse de Compensation des Prestations Familiales
CPF	Caisse des Prestations Familiales
CA	Conseil d'Administration
CIPRES	Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale
CNAFAT	Caisse Nationale des Allocations Familiales et des Accidents du Travail
CNaPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CPN	Consultation Prénatale
CPS	Code de Prévoyance Sociale
CRPB	Caisse de Retraite du Personnel des Banques
CSR	Caisse Sociale du Rwanda
DNS	Déclaration Nominative des Salaires
EEM	Ecclésia Episcopal Malgache
EFA	Agents appelés à occuper des emplois normalement dévolus à des fonctionnaires
ELD	Emplois de Longue Durée
EPIC	Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial
GRSIA	General Retirement and Social Insurance Authority
IDH	Indice de Développement Humain
IJ	Indemnité Journalière
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
IIR	Indemnité d'Installation de Retraite
M1	Manœuvre ordinaire
MAMA	Mutuelle d'Assurance MAlagasy

MFB	Ministère des Finances et du Budget
MIRTM	Mutuelle Interprofessionnelle de Retraite des Travailleurs à Madagascar
MMI	Military Medical Insurance
MP	Maladie Professionnelle
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PCG	Plan Comptable Général
PEN	Pension
PF	Prestations Familiales
PIB	Produit Intérieur Brut
RAMA	Rwandaise d'Assurance Maladie
SMAE	Services Médicaux Autonomes d'Entreprise
SME	Salaire Minimum d'Embauche
SMIE	Services Médicaux Inter-Entreprises
SMT	Service Médical du Travail
SOSUMAV	Société Sucrière de la Mahavavy
SSFR	Social Security Fund of Rwanda

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS IX

PREFACE XIII

INTRODUCTION 1

PARTIE I : THEORIE GENERALE DE LA SECURITE SOCIALE 11

TITRE I : GENERALITES 12
CHAPITRE I : L'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE 12
CHAPITRE II : LES SOURCES 29
TITRE II : LES CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE LA SECURITE SOCIALE 35
CHAPITRE I : LES OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA SECURITE SOCIALE 35
CHAPITRE II : LE CADRE REFERENTIEL DE LA SECURITE SOCIALE 41
CHAPITRE III : LE BENCHMARKING DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE 48

PARTIE II : LE SYSTEME MALAGASY DE LA SECURITE SOCIALE 63

TITRE I : GENERALITES 64
CHAPITRE I : LES SYSTEMES LEGAUX OBLIGATOIRES 65
CHAPITRE II : LES COMPLEMENTAIRES FACULTATIFS 75
TITRE II : LE REGIME DES TRAVAILLEURS SALARIES DU SECTEUR PRIVE 79
CHAPITRE I : L'ORGANISATION 79
CHAPITRE II : LES PRESTATIONS SOCIALES 95
CHAPITRE III : LE CONTENTIEUX DE LA SECURITE SOCIALE 115

BIBLIOGRAPHIE 118

Préface

Comme la réussite des enfants est l'objectif des parents, l'harmonie et la justice sociale des citoyens sont le but ultime de l'État. Fort de ce principe propre à l'État providence, la sécurité sociale des citoyens relève de sa responsabilité.

Reconnaissant aujourd'hui plus que jamais toute l'importance de la sécurité sociale dans le développement socio-économique du pays, le gouvernement malgache s'est engagé le 05 mai 2015 à mettre en œuvre le Programme Pays pour le Travail Décent pour la période 2015-2019. En ce sens, il s'investit à promouvoir, entre autres, la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Cet ouvrage s'inscrit comme une continuation de cet engagement politique fondamental et s'accorde avec l'ambition de l'État de faire de la sécurité sociale l'affaire de tous.

En effet, l'objet de ce livre est de rendre plus transparents et plus clairs les dispositifs en place. Cet ouvrage d'une centaine de pages constitue dès lors un instrument indispensable autant aux lecteurs avisés qu'aux profanes, et permet à chacun d'avoir un aperçu suffisamment explicite, précis et surtout complet de la situation actuelle de la sécurité sociale à Madagascar.

Au-delà de la présentation du droit positif malgache, il esquisse également les droits étrangers et offre à travers les études comparatives une ouverture intellectuelle. L'ouvrage invite le lecteur à de profondes réflexions qui contribueront à la réforme du droit actuel, jugé obsolète et ne répondant plus aux besoins des bénéficiaires.

Il s'inscrit ainsi dans une logique de responsabilité sociale, dans la mesure où il vise à anticiper et à limiter les conséquences économiques et sociales du non-accès à la sécurité sociale, de la quantité et de la qualité réduites des prestations offertes.

Si l'État est le premier maillon de la chaîne tenu de mettre en œuvre les mesures législatives et réglementaires adéquates et garantissant la sécurité sociale des travailleurs, les auteurs du présent ouvrage ont souhaité impliquer chaque citoyen quel qu'il soit, qui est d'ailleurs un acteur clé à part entière.

Sur cet arrière-fond de solidarité collective, il m'est essentiel de réitérer ici mon soutien à l'heureuse initiative entreprise par les dirigeants de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale. Je tiens donc à remercier Monsieur Raoul ARIZAKA RABEKOTO, Directeur Général, et tous les collaborateurs de cette grande institution nationale, qui n'ont pas compté leurs temps et leurs efforts à ce projet d'envergure.

J'ose espérer que leurs savoir-faire et expertise contribueront à sensibiliser davantage les acteurs concernés et, par conséquent, participeront à la consolidation des efforts déployés pour protéger et améliorer les conditions de vie au travail et de bien-être des salariés malgaches, ainsi que de leurs ayants droit.



Jean de Dieu MAHARANTE
Ministre de la Fonction Publique,
du Travail et des Lois Sociales

Introduction

Le système malgache de sécurité sociale repose, d'une part, sur le régime de pension de retraite des fonctionnaires et assimilés, géré par l'Etat, et d'autre part, sur le système de prévoyance sociale dont la gestion a été confiée à la CNaPS au profit des travailleurs du secteur privé et du personnel de l'Etat relevant du Code du travail.

Le système en vigueur ne répond ni aux besoins primaires de la population, ni aux normes minimales de sécurité sociale prescrites par les instruments juridiques internationaux. Une insuffisance qualitative et quantitative, accentuée par l'ignorance des concernés, influence considérablement les décisions d'affiliation de la population cible, malgré le caractère obligatoire de ce droit. Les données statistiques révèlent à cet égard que le système actuel couvre moins de 10 pour cent seulement de la population active.

N'est-il donc guère surprenant que les assurances privées et autres mécanismes de substitution prennent le soin de combler ce déficit ?

Le défi majeur pour Madagascar aujourd'hui est de faire de la sécurité sociale, l'instrument de développement économique, social et humain de sa population. Son objectif fondamental étant de protéger le niveau des revenus et la qualité de vie de la population, toute son importance ne saurait être trop soulignée.

Ainsi, en ratifiant à la date du 22 septembre 1971, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 janvier 1966, qui reconnaît à son article 9 « le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales », Madagascar a exprimé son aspiration de donner au peuple malgache un niveau élevé de développement économique, social et culturel, tout en respectant la dignité humaine.

Dans un même ordre d'idées, le préambule de la Constitution du 17 novembre 2010 affirme son attachement aux libertés fondamentales inscrites dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 qui stipule en son article 22 que : « Toute personne, en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale (…) ».

Néanmoins, à Madagascar la désolante faiblesse de couverture sociale résulte, en grande majorité, de l'ignorance des bénéficiaires cibles et de l'abus consécutif de certains employeurs sans scrupules, du problème fondamental relatif à l'inadéquation des prestations servies et des besoins des assurés, laquelle inadaptation accentue dissuasion et méfiance de la population dans le système en vigueur. Cette situation est défavorable aux organismes en charge de la gestion des systèmes obligatoires de sécurité sociale qui sont confrontés à de multiples critiques.

Pour faire face à toutes ces considérations, une présentation du système actuel pour une meilleure compréhension des enjeux apparaît comme une exigence incontournable. A travers les thèmes abordés dans cet ouvrage, les auteurs ont voulu apporter des clarifications pratiques qui conscientisent les acteurs concernés par la sécurité sociale et aideront, à terme, à initier de profondes réformes et mutations pour répondre favorablement au contexte malgache.

NOTIONS PRELIMINAIRES

I. LA PROTECTION SOCIALE

Considérée comme l'un des maillons essentiels visant à endiguer le cycle intergénérationnel de la pauvreté, la protection sociale figure parmi les priorités des sociétés.

La Banque Mondiale et les Nations Unies soutiennent la protection sociale en ces termes : « La protection sociale est de plus en plus considérée comme un investissement crucial en matière de capital humain et aussi comme un moyen pour briser les pièges de la pauvreté intergénérationnelle. »

Se basant sur la notion de justice sociale de travail décent, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'Association Internationale de Sécurité Sociale (AISS) prônent également le rôle clé de la protection sociale dans la lutte contre les inégalités sociales et incitent les gouvernements à promouvoir la sécurité sociale.

L'Union Africaine exhorte, quant à elle, ses pays membres à intégrer le concept de protection sociale dans leur politique nationale de développement et leurs stratégies respectives de lutte contre la pauvreté.

Face à la multiplicité des termes utilisés qui prêtent souvent à confusion, une précision en ce sens mérite d'être faite.

Les notions de protection sociale et de sécurité sociale recouvrent des définitions aussi différentes que variées suivant les époques, les entités et les lieux, chaque pays leur donnant des accents et des interprétations singulières selon les priorités et les politiques.

1.1- Une conceptualisation restrictive de la protection sociale

Selon une conceptualisation restrictive, la protection sociale est un ensemble d'initiatives officielles ou informelles, susceptibles de protéger directement les ménages contre les chocs exogènes (ces chocs exposant les membres des ménages à des formes de vulnérabilité spécifiques) ou des chocs endogènes (maternité, maladies, vieillesse, décès, chômage) et de les aider à y remédier.

1.2- Un concept large de la protection sociale

Conçu au travers de l'ensemble de dispositifs et d'institutions, la protection sociale inclut des programmes d'assurance sociale, des programmes d'assistance sociale, des programmes universels, des mutuelles, des fonds de prévoyance nationaux et d'autres dispositions.

Sur un plan opérationnel, la protection sociale comprend une assistance sociale aux personnes et ménages extrêmement pauvres assise sur des régimes non contributifs. Elle englobe, entre autres, les régimes de transferts collectifs contributifs (en espèce et/ou en nature) conçus pour protéger les individus et les ménages (contre les risques sociaux), pour accroître leur accès aux services de base et pour favoriser l'accumulation de richesses.

A cela s'ajoutent également les services sociaux œuvrant en faveur des groupes marginalisés qui, en raison de leurs singularités tant économiques que sociales, se verraient refuser l'accès aux services de base. En effet, ils nécessitent des soins particuliers dans les cas suivants : maladie, décès (soutien familial/parental), accident, catastrophe naturelle, handicap, violences, effondrement de structures familiales ou extra-familiales, chômage,…

Enfin s'inscrivent également dans la protection sociale les mesures d'équité sociale et les dispositifs législatifs contre la discrimination (en termes d'accès à la propriété, au crédit, aux biens et aux services) de même que des mesures d'action positive en vue de redresser des cas de discrimination.

II. LA SECURITE SOCIALE ET SES DIMENSIONS

Au-delà de cette simple acception matérielle et opérationnelle, Devereux et Sabates-Wheeler voient en la protection sociale (et ses composantes) un garant d'un niveau de revenu pour les ménages d'une part, ainsi qu'un moyen de promotion de leur productivité (en contribuant à l'accroissement de leur capacité de consommation) d'autre part.

Ainsi ces précurseurs distinguent quatre dimensions de la sécurité sociale :

- ***les mesures de prévention*** : elles tendent à éviter la misère aux populations cibles. L'auto-assurance, l'épargne, les transferts sociaux, ou encore les mesures d'aide à la gestion des risques liés aux revenus sont autant d'illustration parmi tant d'autres ;
- ***les mesures de protection*** : elles offrent une protection sociale assez large à des groupes économiquement faibles, garantissant ainsi des prestations pour établir un niveau de vie minimum acceptable.
- ***les mesures de promotion*** : celles-ci aspirent à accroître les revenus réels et visant à améliorer les modes d'existence des populations cibles par un ensemble de programmes adéquat.
- ***les mesures de transformation*** : ces dernières ambitionnent de transformer les systèmes d'inégalité.

III. LA NOTION DE RISQUES SOCIAUX

Le risque est un concept intrinsèquement complexe qui s'est développé au cours du temps et de son utilisation. Pour le profane, toute menace quelle qu'elle soit, et aussi incertaine soit-elle, relève du risque.

La science en donne une définition plus précise, qui s'articule autour de trois notions majeures : aléa, probabilité et enjeux.

Le risque se définit par la probabilité de survenue d'un événement potentiellement néfaste (l'aléa) et par la gravité de ses conséquences (enjeux).

En termes mathématiques, il se traduit ainsi par les formules simples :

Risque = Aléa (événement) x Vulnérabilité (enjeux)

ou

Risque = Probabilité x gravité.

D'un point de vue ontologique, le risque est toujours potentiel et virtuel : lorsqu'il se matérialise, il ne s'agit plus d'un risque, mais d'un sinistre (Caeymaex, 2007).

Lelart le définit comme « la possibilité (ou la probabilité) qu'un évènement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées. Le risque, selon lui, est « un danger qui s'actualise, c'est-à-dire entraîne, effectivement des dommages, dans des conditions déterminées ».

Le sociologue, quant à lui, détermine le risque comme « une fonction de la probabilité et de l'intensité/la gravité d'un effet (naissance) et/ou néfaste (maladie, accident, chômage, vieillesse,…) sur les revenus et les conditions de vie de l'individu.

Sinha et Lipton en parlent comme des « fluctuations indésirables ».

Dans un monde économique de plus en plus complexe, la notion s'est relativement élargie englobant au XXIème siècle des risques de plus en plus variés.

L'empreinte des activités industrielles et de nouvelles technologies a fait apparaître des risques industriels, nucléaires, chimiques ou biologiques qui ont mis en exergue l'importance de la gestion du risque social.

A travers ce concept de gestion de risque, s'est dessinée une définition plus différenciée et plus nuancée de la sécurité sociale.

Elle constitue un ensemble de programmes publics visant à aider les individus et les ménages à mieux gérer le risque.

CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Madagascar est classé parmi les pays les plus pauvres du monde, avec un revenu annuel par habitant à peine supérieur à 430[1] $. Toutefois, il ne manque pas d'atouts, tant en qualité qu'en quantité, de ressources humaines et de richesses naturelles non négligeables. Sur le plan démographique, Madagascar a une population estimée à 22 millions d'habitants qui comptent un fort taux d'analphabétisation. Cette topographie et ce climat éducatif ont inévitablement des répercussions dans le domaine de la protection sociale. Cette situation paradoxale, qui existe presque dans tous les pays en voie de développement, n'est pas exceptionnelle pour notre pays. Bien que potentiellement riche, la population malgache vive toujours en dessous du seuil de pauvreté. L'une des principales causes qui explique ce phénomène est le mauvais choix de la politique économique inadaptée au développement de l'environnement commercial.

De 1960 à 1972, la politique économique adoptée par le gouvernement malgache avait été relativement libérale période pendant laquelle le pays avait connu un taux moyen de croissance annuel d'environ 2,7%. Une hausse de PIB par habitant de l'ordre de 0,4% a été constatée car le secteur industriel s'était vraiment développé malgré la souffrance du secteur agricole qui n'évoluait que très faiblement.

A partir de l'année 1972, le gouvernement décidait d'adopter une politique économique alternative. Son objectif était de réduire la dépendance du pays vis-à-vis de l'étranger et de faire jouer à l'Etat un rôle déterminant dans l'orientation et la gestion de la vie économique. Alors que Madagascar est un pays à vocation agricole, cette nouvelle politique fonctionnait au détriment du secteur clé de son économie. Elle freinait le développement de ce secteur à cause de l'introduction de mesures désincitatives au niveau du contrôle du marché par l'Etat et la limitation des crédits utilisés. Cette politique économique adoptée et suivie par le gouvernement à l'époque donnait une priorité au secteur industriel qui promouvait la nationalisation des entreprises étrangères. Cependant, le développement du secteur public n'accaparait qu'un faible taux de la population active. Ceci a engendré des coûts de subventions et d'investissements de plus en plus massifs, entraînant le surendettement du pays.

[1] http ://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/countryinfo.html

En un mot, la régulation autoritaire des mécanismes du marché – contrôle des prix à la consommation et à la production, contrôle de changes, interdiction ou contingentement sévère des importations, taxation dissuasive sur les produits exportés – avait des répercussions sur l'environnement macro-économique et social de Madagascar. Cette politique a généré des déséquilibres de l'environnement interne et externe de l'économie. Par exemple, à partir de 1980, Madagascar a connu un taux de croissance de moins 3,6% en moyenne par année. Par les effets de cette détérioration face à la croissance démographique, le PIB par habitant connaissait une chute assez spectaculaire de moins 6,3% entre 1980 et 1983. Par conséquent, l'Etat a fait un déficit budgétaire qui atteignait les 18% du PIB et le taux d'inflation qui avoisinait les 30%.

A partir de 1983, suite à cette dégradation de l'économie, le gouvernement malgache avait décidé de réagir en adoptant un plan de stabilisation et de restauration de grands équilibres. Il procédait à une réduction des dépenses et d'investissements publics, en réorientant la politique vers les activités de réhabilitation et de maintenance des infrastructures nécessaires au développement du pays. En application de cette politique, l'Etat a progressivement supprimé les subventions de certaines denrées de première nécessité - comme le riz - en vue de dynamiser la production agricole.

En 1985, le gouvernement engageait le pays dans un processus de transformations économiques profondes : économie planifiée et centralisée à une économie qui fait une très grande place aux lois du marché. Ces réformes, élaborées avec l'assistance de la Banque Mondiale, ont été menées conformément à un Programme d'Ajustement Structurel (PAS). Elles ont modifié le contexte économique du pays ainsi que le comportement de ses opérateurs et le changement du paysage social du pays. Sur le plan social, ces mesures se traduisaient par une compression des offres d'emploi, notamment dans le secteur public, une stagnation des salaires qui signifiait une lente détérioration du fort taux d'inflation. Ainsi, le Programme d'Ajustement Structurel a fait remarquablement reculer le faible taux de représentation de la population active dans le secteur formel. Il prévoyait une baisse des salaires aussi bien dans le secteur public que privé qui créait une érosion de la base financière des régimes légaux de la sécurité sociale. Cette politique a donc fait souffrir le système légal de sécurité sociale entraînant inévitablement une perte de confiance des adhérents.

Ce Programme d'Ajustement Structurel consistait à effacer dans le budget gouvernemental les budgets sociaux sous prétexte que le gouvernement n'est plus en mesure d'assurer gratuitement les services sociaux. Ainsi, ce changement de la politique socioéconomique, accompagné d'un faible taux du développement économique, était à l'origine de l'apparition des groupes sociaux vulnérables dans la société. Ces derniers ne sont couverts ni par les régimes d'Assurances sociales ni par les régimes d'Assistance sociale existants. L'expansion ou la prolifération du secteur informel urbain, résultant de ce programme de réforme économique, est encore une dimension supplémentaire de la problématique du système légal de la sécurité sociale. Ces mesures constituent un mouvement de bascule des salariés du secteur structuré ou formel vers le secteur non structuré ou informel. A cet effet, les statistiques nécessaires à l'étude du marché de l'emploi et de l'évolution des salaires ne sont pas disponibles, alors que ces deux paramètres sont importants dans l'appréciation de l'étendue de la couverture de la protection sociale, dont la partie qui intéresse le système de sécurité sociale. Evidemment, tout ceci met en danger les systèmes légaux de sécurité sociale car cette réalité attaque la base et le financement desdits systèmes.

Malgré tout, l'un des effets positifs de ces réformes dans l'économie est l'augmentation du PIB à un niveau de 3,8% en 1988 et de 4,9% en 1989. Depuis 1972, c'est la première fois que les taux de croissance économique sont supérieurs au taux de croissance démographique, d'autant plus que l'inflation a été ramenée en dessous de 10%. Une réaction positive dans le monde rural a été générée par la levée des mesures de contrôle des prix qui ont entravé son développement. Mais la monétarisation de l'économie agricole connaît aussi une accélération remarquable du mouvement d'urbanisation. Par contre, le secteur public est en plein rétrécissement car le recrutement a été complètement arrêté.

L'une des conséquences positives de cette politique est l'émergence du secteur privé formel et informel. Il en est de même des organisations privées de la sécurité sociale telles que les Mutuelles, les Caisses d'épargne et de crédit, le régime de fonds de pension de retraite, qui posent beaucoup de problèmes quant à la compréhension des missions respectives de chaque entité concernée.

L'ensemble de la politique de réforme ne sera pas analysée de manière détaillée et approfondie dans cet ouvrage. Seules les conséquences importantes sur la problématique de la Protection Sociale en général seront

évoquées. Ces mesures remodèlent indirectement la base du système de protection sociale, qu'il soit institutionnalisé ou non. Elles ont des effets jugés négatifs, sur le système de financement des régimes et modifient de manière négative le contenu même de la protection sociale.

Le changement apporté par ces réformes à l'environnement économique reposait sur une nouvelle redéfinition du rôle de l'Etat : moins omniprésent et moins interventionniste. D'où l'avènement de la libéralisation du marché telle que la suppression du contrôle des prix à la production et à la consommation, la réorientation du commerce vers l'extérieur, une nouvelle politique de change qui s'est traduite par des dévaluations importantes et successives du franc malgache, la restructuration des entreprises publiques, la privatisation de certaines sociétés d'Etat et la restructuration du secteur bancaire et financier.

Quoi que l'on dise, ces réformes n'ont pas pu produire tous les effets escomptés. Alors que des privatisations sont en cours, les restructurations annoncées n'étaient pas encore effectives. Par exemple, la déflation dans la fonction publique, qui accompagnait ces mesures de réforme, n'est pas encore atteinte. Au contraire, le recrutement est ouvert puisque les effectifs exerçant dans la fonction publique se maintiennent et évoluent en nombre par rapport à la période précédant les réformes. Ceci ne correspond pas à la réalité du marché du travail car le nombre de créations d'emplois dans le secteur privé ne reflète pas ses besoins effectifs et se trouve de façon constante provisoirement réduit. La capacité du marché du travail est faible pour pouvoir absorber les demandeurs d'emploi. Ce phénomène risque d'avoir des conséquences négatives sur le système de sécurité sociale qui est sensible aux fluctuations de l'emploi.

Pour conclure, l'adoption du plan des réformes économiques et l'ampleur de la modification du paysage social pose jusqu'à présent au gouvernement malgache un problème d'adaptation du système de protection sociale à la nouvelle donne économique. Cette situation exige de tous les responsables concernés par cette question de dépasser les limites et de repenser la stratégie efficace dans ce domaine. En un mot, les alternatives s'ouvrent devant le gouvernement s'il décide de procéder au changement de choix de la politique socio-économique fondamentale du pays.

PARTIE I : THEORIE GENERALE DE LA SECURITE SOCIALE

TITRE I : GENERALITES

CHAPITRE I : L'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE

Section 1 : L'évolution de la Sécurité Sociale dans le monde

I. La période révolutionnaire

Avec l'avènement et l'expansion du capitalisme, les activités de production industrielle, de capitalisation et de distribution se développent au XIXème siècle en Europe et aux États-Unis.

Sous l'influence des principes du taylorisme, la Révolution industrielle s'est accomplie dans des conditions extrêmement pénibles et destructrices de l'existence des classes laborieuses, mettant en exergue des inégalités sociales flagrantes et anéantissant la masse ouvrière dans une « misère monstrueuse[2] ».

Exacerbé par cette pauvreté dévastatrice et l'inertie des Etats face à la détresse du peuple, un vent de revendications et de nouvelles idéologies révolutionnaires centrées sur « la dictature du prolétariat » apparaît.

Entre 1883 et 1889, l'empire allemand créa le premier modèle d'assurance sociale couvrant les risques liés au salariat et reposant sur un droit individuel, pour les travailleurs et autres salariés :

- l'assurance maladie et l'assurance accidents obligatoires ;
- l'assurance-vieillesse et l'invalidité.

Cette conception interventionniste innovante du chancelier allemand Otto Von Bismarck marqua le passage d'une politique sociale fondée sur l'assistance et la prise en charge ponctuelle des frais de réadaptation à un système de prévoyance étatique.

[2] Expression de l'historien démographe Chevalier, étudiant la situation sociale à Paris dans les années 1828 à 1848

II. Les premières formes de protection sociale

En réponse aux risques d'accidents du travail et des maladies fréquentes nées de la pénibilité du travail, des Sociétés de secours mutuels ont été créées. Cette mutuelle traduit une première avancée de la conscience sociale en France et en Europe. Ces premières créations ouvrières de protection sociale impulsèrent un passage de la solidarité à la résistance et à la lutte de classe.

La Mutualité apparut néanmoins insuffisante pour répondre au besoin de sécurité de l'existence devenu plus large, dont témoigne l'audience des premières institutions de prévoyance et de retraites instituées dans les mines de charbon et dans les chemins de fer en 1883.

1) *Des techniques collectives : l'assurance et la mutualité*

Les techniques de l'**assurance** et de la prévoyance collective reposent sur la répartition des risques ou **mutualisation** des risques entre l'ensemble des personnes appelées à participer à l'opération de prévoyance. Chacun supporte ainsi les primes (d'assurance) ou les cotisations (mutualité) et peut prétendre, en contrepartie, au bénéfice d'une indemnité s'il est victime de la réalisation du risque couvert.

Bien que l'assurance et la mutualité aient une même technique de protection, elles sont toutefois nettement différentes :

- les risques couverts par l'assurance sont calculés à partir des données statistiques. Le montant des primes exigées de l'assuré est fonction de la fréquence et de la gravité du risque. Ayant un caractère commercial, l'assurance comporte des charges et doit dégager des bénéfices ;

- la mutualité tend davantage à promouvoir la solidarité entre ses membres. Les cotisations peuvent être forfaitaires ou proportionnelles au revenu. Cependant, la réparation n'est forcément pas proportionnelle aux montants cotisés. « La mutualité est une institution dépourvue de but lucratif qui est gérée par les membres eux-mêmes. Elles ne sont pas à confondre avec les associations sans but lucratif qui sont régies par la loi modifiée du 21 avril 1928 (sur les associations sans but *lucratif et les établissements d'utilité publique*) ». Les principes sur lesquels se base la mutualité sont la solidarité et le volontariat. Les personnes

adhérentes se regroupent ainsi à titre volontaire dans un but d'entraide mutuelle.

Dans les pays européens, la **mutualité** est le précurseur de la sécurité sociale.

Comme un peu partout en Europe, des sociétés de secours mutuels furent créées depuis la moitié du 19è siècle et furent reconnues officiellement par la loi du 11juillet 1891. Elles avaient pour objet de fournir à leurs membres une aide financière en cas de maladie, de décès ou de chômage. C'est surtout dans le milieu des ouvriers que s'est ressenti le besoin de se prémunir de la misère par la solidarité.

Par la suite elles se sont développées auprès de l'ensemble des groupes socioprofessionnels mais se limitent de nos jours, à un rôle avant tout complémentaire au régime général obligatoire.

2) *Une technique ambivalente : l'assistance*

L'**assurance** est un système de protection contre les risques sociaux et ne concerne que les individus qui se sont protégés par le *paiement au préalable d'une cotisation*, tandis que l'**assistance** est un système de protection contre les risques sociaux, financée par la collectivité et destinée à tout individu.

L'assistance a une origine très ancienne : elle découle des actions religieuses traduites sous forme de « devoir de charité ». Ce fut le cas en France, du temps de l'ancien régime : les confréries religieuses auprès des pauvres.

Les techniques traditionnelles de protection sont caractérisées par le principe de solidarité. Elles sont organisées autour des collectivités et de plus en plus autour du travail.

3) *Un procédé de prévoyance individuelle : l'épargne*

L'épargne est une méthode souvent prisée à l'époque ancienne pour prévenir les risques sociaux. Elle consiste à la renonciation à une consommation actuelle en vue d'une consommation future. L'avantage de cette méthode est la liberté de l'épargnant d'utiliser son épargne quand et comment il le veut. Elle demeure cependant limitée dans la mesure où

l'épargnant faisant face, avec ses propres ressources, aux évènements qui menacent sa sécurité économique, en supporte lui-même la charge. Elle peut donc être insuffisante en cas de survenance de risques ou d'aléas de la vie.

De ce fait, l'épargne peut être considérée comme « *un mode de protection au sens large, mais non comme une véritable technique de garantie*… » car elle permet uniquement d'atténuer les charges liées aux risques socio-économiques et non de les modifier ni de les supprimer. Elle ne peut donc être profitable qu'aux individus disposant d'un haut revenu.

En définitive, retenons que cette technique, individuelle et volontaire, ne peut jouer un rôle appréciable que pour la protection de classes sociales disposant de hauts revenus et vivant dans un climat de stabilité monétaire suffisante.

4) ***Une technique ancienne : le Rôle de la famille***

La famille a toujours eu un rôle essentiel dans la couverture des risques auxquels sont confrontés ses membres. Cela est dictée par la solidarité qui s'applique au sein de la famille et conduit cette dernière à la prise en charge financière et /ou matérielle de ses membres qui ne peuvent pas subvenir à leur besoin du fait de leur âge, de leur santé ou de leur situation économique, sachant par ailleurs que cette contribution de la famille n'est pas « sans limite » puisque tout dépend de sa capacité financière et de l'étendue des risques que celui-ci est amené à supporter. Cependant, cette protection peut être aléatoire suivant l'évolution de sa structure ou encore son éclatement (cas de divorces, familles recomposées, monoparentales). Ce rôle qu'occupe la famille existe encore aujourd'hui dans le droit de la protection sociale :

- l'attribution de nombre des prestations de l'aide sociale est subordonnée au préalable, de l'obligation alimentaire des proches du bénéficiaire ;

- à l'opposé, la couverture des risques prend en compte la situation familiale de l'intéressé : en plus des prestations familiales proprement dites, l'extension du bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité aux proches de l'assuré, l'institution de la pension de réversion au profit du conjoint survivant de l'assuré ou l'attribution de rente d'ayant droit aux proches de la victime d'un accident du travail après le décès de celle-ci.

5) *Une technique de prise en charge des accidents : La responsabilité civile*

La loi prévoit que tout individu a le devoir de ne pas nuire aux autres. Les personnes qui manquent à ce devoir et qui causent du tort aux autres en doivent réparation.

Cette réparation est dictée par ce qu'on appelle la « responsabilité civile ». Lorsque la réalisation d'un risque est imputable à un tiers, l'application des règles de responsabilité civile (ou de responsabilité administrative) et de l'assurance, est de nature à garantir la réparation du préjudice subi (exemple : frais médicaux et hospitalisation, perte de revenu).

Il y a deux types de responsabilité civile : la responsabilité quand il y a un contrat entre les personnes impliquées (responsabilité contractuelle) et la responsabilité quand il n'y a pas de contrat entre les personnes impliquées (responsabilité extracontractuelle).

III. Les premières interventions de la législation sociale

Pour mettre fin aux inégalités sociales et à la lutte des classes, certains réformateurs sociaux imprègnent dans la pensée politique les notions de « solidarité » et de « dettes sociales » comme une réponse radicale à la problématique. Léon Bourgeois présente l'idée en ces termes : "L'homme vivant dans la société, et ne pouvant vivre sans elle, est à toute heure un débiteur envers elle. Là est la base de ses devoirs, la charge de sa liberté". "L'obéissance au devoir social n'est que l'acceptation d'une charge en échange d'un profit. C'est la reconnaissance d'une dette[3]".
De cette idée de *solidarité naquit* la sécurité sociale et surtout la légitimation de l'intervention sans précédent des pouvoirs publics pour la protection sociale des citoyens, pour combattre le fonctionnement discrétionnaire des systèmes de retraites d'entreprises anticipant ainsi l'État-providence.

Ces idéologies impulsèrent ainsi en France les accidents du travail, en avançant la notion de responsabilité pour risques, ce qui donnera naissance, en 1898, à une loi créant une obligation de prise en charge qui s'impose aux industriels. S'y ensuivit également la promulgation progressive de la loi de 1894 sur les retraites minières applicable aux mineurs et aux cheminots.

---

[3] *"Solidarité"* de Léon Bourgeois -, *p. 46- 1896*

L'introduction des prestations familiales en France et dans d'autres pays d'Europe comme la Belgique sous forme de supplément familial au salaire se situa entre 1897 et 1913. En France, ces prestations familiales couvrirent certains secteurs publics comme les Contributions indirectes, Administration centrale des finances et des colonies, militaires de *carrière,* instituteurs, postiers. L'on peut citer par ailleurs l'instauration du programme minimum de 1921 pour les Assurances sociales qui accepte la cotisation ouvrière.

Influencés par la doctrine sociale de l'église catholique construite sur la justice sociale et le principe de subsidiarité[4], les longs débats acharnés entre politiciens, syndicalistes et législateurs aboutirent à la diffusion généralisée des systèmes de garanties dans les pays d'Europe et partiellement en Amérique du Nord. Lord Beveridge chargé par Churchill développa en 1940 en Grande-Bretagne le système Beveridgien inspiré des théories keynésiennes. Reposant sur les principes d'*universalité, l'unicité, l'égalité, le modèle prôna qu'i*ndépendamment de sa situation professionnelle, tout citoyen doit être protégé contre tous les risques sociaux ».

Mis en œuvre par la majorité travailliste, qui aspira à un ordre social de paix et de progrès social et dont la Conférence de l'OIT[5] à Philadelphie en 1944 se fera l'écho, le système britannique devient ainsi la référence historique de « l'État-providence national » et impulsa les législations nationales sur la sécurité sociale en Italie et en France en 1945, et hors en Europe, aux États-Unis et au Japon.

S'inspirant des deux systèmes co-existants « bismarckien » et « beveridgien », l'éminent juriste Pierre Laroque « *fonda* » en France en 1945 le Code de Sécurité Sociale, qui fut dès lors considéré comme une synthèse originale, l'une des réalisations les plus durables issues de la Libération.

[4] L'Encyclique « Rerum Novarum » du Pape LÉON XIII, 15 mai 1891 ; L'Encyclique « Quadragesimo anno » - le pape Pie XI en 1931

[5] Recommandation n° 67 sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation n° 69 sur les soins médicaux, 1944

Section 2 : L'évolution historique de la sécurité sociale à Madagascar

I. Avant l'indépendance

1) *La lente évolution du droit social*

Sous l'impulsion des recommandations de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en 1944 et 1945, influencées notamment par les grandes idéologies anticolonialistes convergeant sur des principes d'assimilation et de non-discrimination, les puissances coloniales introduisirent le droit du travail et le droit de la sécurité sociale dans leurs colonies respectives. Ainsi après l'échec du Code du travail de 1946 dit « Code MOUTET » boycotté par les groupes de pression coloniaux, la France adopta en 1952 un Code du travail applicable à tous les territoires d'outre-mer.

Cette législation marqua d'une pierre blanche l'histoire du droit social en Afrique noire et notamment à Madagascar. En effet, la législation de travail conduisit également les jalons de la sécurité sociale à travers l'introduction consécutive des prestations familiales et celui de la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

L'article 237 du Code du travail des T.O.M. de 1952 imposa effectivement l'institution par les chefs des territoires concernés, d'un système de prestations familiales et de caisses de compensation. Ainsi fut créée en 1956 la Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF) à Madagascar, un organisme de droit privé soumis à la tutelle de l'administration.

La loi cadre du 24 février 1957, modifiée par le décret du 23 juillet 1957, instaura quant à elle un régime de protection contre les risques professionnels dans les territoires d'outre-mer. Ces deux textes confièrent dès lors la gestion de ce risque aux Caisses de compensation des prestations familiales existantes. Cette nouvelle impulsion entraîna, étendit la mission de la Caisse de Compensation des Prestations Familiales de Madagascar et sa transformation en CNAFAT (Caisse Nationale d'Allocations Familiales et des Accidents de Travail) suivant ordonnance n° 62-078 du 29 septembre 1962.

Si la loi cadre du 24 février 1957 modifiée par le décret du 23 juillet 1957 a révolutionné indubitablement la législation sociale, l'absence de la protection

contre certains risques comme les maladies, l'invalidité, l'assurance vieillesse ou le décès est toutefois remarquée. Marc DONNIER expliqua ces lacunes par l'accélération du processus d'indépendance ; il cite en effet : « Ce ne pouvait être en l'espace de quelques années, pratiquement entre 1952 et 1957, que le législateur français pouvait implanter dans ses possessions d'outre-mer un véritable régime de sécurité sociale directement inspiré de celui fonctionnant dans la métropole depuis 1945 ».

Malgré cela, cette loi cadre contribuera à éclairer le législateur du nouvel Etat indépendant, qui intègrera dans la législation de la sécurité sociale le régime des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles. En 1962, le législateur malgache transforma la Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF) héritée de la colonisation en Caisse Nationale d'Allocations Familiales et des Accidents de Travail (CNAFAT) le 1er janvier 1963 suivant l'ordonnance n° 62-078 du 29 septembre 1962,.

Un Code des Allocations Familiales et des Accidents de Travail fut instauré suivant le décret n° 63-124 du 22 février 1963, pour assurer et permettre à la nouvelle Caisse de mettre en œuvre la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Le régime de retraite fut mis en place à compter du 1er janvier 1969 concomitamment à la mutation de la Caisse existante en Caisse Nationale de Prévoyance Sociale ou CNaPS par la loi n°68-023 du 17 décembre 1968.

2) *L'apparition des initiatives privées de sécurité sociale*

Pour pallier à cette insuffisance de la protection face à ces risques, la culture caractéristique malgache d'entraide mutuelle va faire apparaître des initiatives confessionnelles et civiles d'assurances et d'assistance sociales. Cette forme d'assurance a marqué fortement la société malagasy tout au long de son histoire.

a. Les entraides familiales ou entres proches traditionnelles

La famille représente l'unité sociale de base à Madagascar. Elle est le premier acteur de la solidarité, dans sa dimension nucléaire et dans sa forme élargie, notamment aux ascendants et descendants. Le système d'entraide entre membres de la famille s'apparente à une sorte d'obligation sociale et morale dont chacun doit s'acquitter envers les autres. Cette entraide s'applique aux normes sociales et en premier lieu, sur la prise en charge des enfants. Lorsque les enfants ont perdu leurs parents, ce sont les

grands-parents ou un oncle et une tante qui les prendront en charge et les traiteront comme leurs propres enfants. De même les personnes âgées, et notamment celles qui sont dépendantes, bénéficient souvent d'une prise en charge partielle par le groupe familial.

Basée sur la notion typique du « fihavanana » qui préside l'organisation sociale malgache, les pratiques d'entraide sont fortement usitées par la société malgache notamment rurale. Ces dernières prennent la forme de « tontine de l'énergie humaine ou de la main-d'œuvre », où les individus d'une même communauté effectuent un travail collectif au profit d'une autre personne nécessiteuse ou en difficulté. Cette organisation sociale repose sur la solidarité et l'entraide dans lesquels le compromis et le consensus tiennent une place importante.

La société malgache met un accent particulier sur l'importance des liens sociaux et les rapports sociaux. Suivant ce principe, la population échange des biens et services, à moyen ou à long terme, selon leurs besoins. Tout individu qui s'implique dans ce réseau d'échanges jouit ainsi d'une sorte de « sécurité sociale » en cas de difficulté. Et comme dit le proverbe malagasy : « Trano atsimo sy avaratra, izay tsy mahalen-kialofana » qui signifie littéralement que la maison des voisins peut vous servir d'abri quand votre toit ne vous protège plus de la pluie. Aujourd'hui encore, dans le monde rural, la solidarité joue un rôle d'assurance communautaire contre le risque par le biais de deux injonctions implicites dans le but d'aider automatiquement l'individu en situation de difficulté et de ne pas entreprendre d'action induisant un risque pour les membres de la communauté.

b. Les coopératives professionnelles

Aux lendemains de la seconde guerre mondiale, la France définit un plan décennal de développement social et économique, lequel incita à la grande colonisation entreprenante. Celle-ci se traduisit ainsi par le développement industriel dans le milieu agricole notamment à travers l'apparition de grandes entreprises capitalistes. Il est cité à ce titre parmi tant d'autres la Compagnie Agricole et Sucrière de Nosy Be (CASNB), la Société Sucrière de Mahavavy (SOSUMAV) dans le Nord-Ouest de Madagascar ou encore la Société Lyonnaise et la Société Nantaise d'exploitation de café et de poivre dans l'Est de l'île ou les plantations de sisal du Mandrare dans le sud : une exploitation industrielle qui généra la formation d'un prolétariat croissant, dépourvu de protection sociale.

Pour faire face à cette lacune et usant de leur droits syndicaux obtenus en 1937 et 1938, les mouvements syndicaux érigés par les prolétaires sollicitèrent de meilleures conditions de travail. Des revendications qui eurent un écho positif auprès des colons lesquels aménagèrent des infrastructures d'habitation et sanitaires pour les travailleurs des plantations. D'autres sensibilisés par les problématiques soulevées, créèrent des coopératives agricoles et s'entendirent sur la protection de leurs ouvriers contre les risques professionnels.

Ces pratiques, témoins des changements de mentalités de l'époque, conduisirent aux évolutions législatives évoquées dans les paragraphes précédents. A cela s'ensuivirent des avancées au travers des promulgations des arrêtés n° 041-IGT du 07 janvier 1954 instituant un comité technique consultatif auprès de l'inspecteur général du travail et des lois sociales, ou encore le circulaire n° 93 du 26 octobre 1954 relatif à la réparation des accidents du travail.

c. Les mutuelles privées professionnelles

Les organisations confessionnelles et professionnelles n'ont pas été en reste. Madagascar vit la naissance de grandes organisations privées, telles la Mutuelle Interprofessionnelle de Retraite des Travailleurs de Madagascar (MIRTM), Caisse de Retraite du Personnel des Banques (CRPB) ou encore la retraite privée de l'Église Épiscopale Anglicane de Madagascar.

II. <u>Après l'indépendance</u>

1) *Les Caisses publiques de sécurité sociale*

Au lendemain de l'indépendance, tout en maintenant la structure de sécurité sociale héritée de la colonisation qui couvrait uniquement les travailleurs salariés, le nouvel État de la République de Madagascar étendit la protection sociale à certaines catégories de personnes jusque-là exclues du système posé sous le protectorat français.

Dans le cadre de sa construction nationale, le pouvoir publique malgache instaura la sécurité sociale des fonctionnaires et des agents assimilés, créant deux caisses distinctes, la Caisse de Retraite Civile et Militaire ainsi que la Caisse de Prévoyance et de Retraite qui gère les prestations familiales, les risques incapacités temporaires de travail et les pensions de retraite.

a. La Caisse de Retraite Civile et Militaire (CRCM)

Le régime de sécurité sociale géré par la CRCM s'applique exclusivement aux agents encadrés de l'Etat ou fonctionnaires qui sont définis par la loi n° 2003-011 du 03 septembre 2003.

Les magistrats bénéficient d'un régime qui leur est propre suivant les dispositions de l'ordonnance n° 2005-005 du 22 mars 2006 portant loi organique relative au statut de la Magistrature.

Les agents affiliés à la CRCM sont soumis à une retenue mensuelle de quatre pour cent (4%) de leur salaire durant leur service afin qu'ils puissent jouir de leur pension. Quant à l'Etat, il verse à hauteur de seize pour cent (16%).

Les prestations servies par la CRCM sont variées, elles comprennent la pension de l'Agent, la pension de veuvage et d'orphelin, la pension d'ascendant, la rente d'invalidité, les pensions alimentaires, le remboursement de cotisations, le pécule de réforme, le secours au décès et l'indemnité d'installation de retraite ou IIR.

b. La Caisse de Prévoyance et de Retraite (CPR)

La Caisse de Prévoyance et de Retraite affilie les agents non fonctionnaire de l'Etat appelés communément Agents non encadrés de l'Etat. La loi n° 94-025 du 11 octobre 1994 relative au Statut Général des Agents non encadrés de l'Etat les définit comme toute personne « appelée à occuper des emplois dans l'Administration et les établissements publics et engagée par un contrat à durée déterminée ».

Il s'agit notamment des :

- agents appelés à occuper des emplois normalement dévolus à des fonctionnaires (EFA) ;
- agents appelés à occuper des emplois de longue durée (ELD).

Cette Caisse fut créée en 1961 suivant le décret n° 61-642 du 29 novembre 1961. Elle exerce sa mission dans le domaine de l'assurance vieillesse, de l'accident de travail et de l'allocation familiale.

Le taux de cotisation pour la part salariale est de 3% des rémunérations tandis que la contribution budgétaire qui supporte la rémunération de l'agent est le double des cotisations versées.

Les prestations allouées aux assujettis de la Caisse ainsi qu'à leurs ayants droit sont : la pension, la rente viagère d'invalidité, la rente viagère de solidarité, les pensions de veuves et d'orphelins, le secours au décès, le remboursement de cotisation, les allocations familiales et les rentes d'accident du travail.

c. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNaPS)

La Caisse a été créée, le 1er Avril 1956, dénommée initialement Caisse de Compensation des Prestations Familiales ou C.C.P.F. Elle gérait uniquement les Prestations Familiales. En 1958, l'Etablissement a pris le nom de Caisse des Prestations Familiales ou C.P.F.

La CNaPS est un Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC). Elle est placée sous la tutelle conjointe du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales et du Ministère des Finances et du Budget.

La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale a pour mission de contribuer à la réalisation de la politique de l'Etat principalement en faveur des travailleurs du secteur privé. Elle vise également à appliquer la réglementation en vigueur en matière de prévoyance sociale. Enfin, elle entreprend des actions sanitaires et sociales.

Les assujettis sont composés par les employeurs définis selon l'article 3 du code de travail et par les travailleurs et assimilés. Les régimes gérés par la Caisse sont les Prestations Familiales, les Accidents de Travail, les Maladies Professionnelles et la Pension de Retraite.

d. Le Service Médical du Travail

En vertu du décret 2003/1162 du 17 décembre 2003 portant sur l'organisation de la médecine d'entreprise, obligation est faite à toute entreprise ou tout établissement, public ou privé, d'assurer un service médical et sanitaire au profit des travailleurs salariés définis par le Code du travail ainsi qu'à leurs familles.

Selon l'importance de la nature des entreprises ou de l'établissement, leur infrastructure et de leur situation géographique, le service médico-sanitaire est organisé :

- soit sous la forme d'un service autonome propre à une seule entreprise (connu sous l'abréviation SMAE ou Service médical

autonome d'entreprise) ou d'un service interentreprises commun à plusieurs d'entre elles (SMIE) ;

- soit sur la base d'une convention passée avec un établissement hospitalier public.

Les Établissements fonctionnant sur les budgets publics malgaches échappent à la règle : ils sont admis à ne pas adhérer aux services médicaux inter-entreprises lorsqu'ils font assurer à leurs salariés, par les services médicaux de l'État les prestations de soins et de prévention définies dans le décret n°2003-1162 17 décembre 2003.

Le Service Médical du Travail est administré par un Conseil de Gestion composé de représentants des Employeurs et des Travailleurs ainsi que des représentants de l'Etat dont le nombre des membres dépend du nombre des travailleurs affiliés.

Les ressources sont constituées par des cotisations ; le taux minimum est fixé par l'Etat à six pour cent (6%) dont un pour cent (1%) à la charge des Travailleurs et cinq pour cent (5%) à la charge des Employeurs. Les cotisations sont assises sur l'ensemble des salaires et accessoires de salaire, conformément au Code de Prévoyance Sociale. Ce taux plancher est donné à titre indicatif. Il appartient à chaque organisme de le fixer selon sa gestion financière.

Le rôle imparti au service médical de travail consiste notamment à assurer aux travailleurs ainsi qu'à leurs familles des soins médicaux nécessaires, à prendre les mesures de prévention appropriées et à éduquer les adhérents notamment, entres autres, à travers des formations en secourisme suivant les articles 5 et suivants du décret n° 2003-1162 du 17 décembre 2003.

En outre, ce service est compétent pour réaliser les examens médicaux d'aptitude à l'embauche et les examens médicaux périodiques de tous les travailleurs.

Par ailleurs, il procède au contrôle des conditions d'hygiène du travail, de l'état de santé du travailleur et particulièrement à ceux dont les travaux comportent un risque grave ainsi qu'au contrôle de santé des femmes et des enfants.

2) *Les Institutions privées employées dans le domaine de la Sécurité Sociale*

a. Les assurances commerciales

Après l'avènement de l'indépendance, le marché de l'assurance à Madagascar a continué à se développer malgré le retrait des organismes étrangers. En 1968, La Mutuelle d'Assurances Malagasy (M.A.M.A) et La compagnie d'Assurances et de Réassurances NY HAVANA ont été les deux premières sociétés de droit malgache. En 1974, la PRESERVATRICE – MADAGASCAR. SA devenue par la suite en 1975 l'Assurances et Réassurances Omni branches (A.R.O) rejoignit le secteur.

Ces sociétés proposent également des prestations assurant la protection des clientèles contre les risques non couverts par la sécurité sociale classique voire des produits similaires : il s'agit entre autres de l'assurance maladie, l'assurance invalidité, l'assurance décès, ou encore l'assurance retraite, etc.

La libéralisation économique a incité l'institution d'autres organismes au fil des ans. Outre les sociétés d'assurances, sont venues s'ajouter les mutuelles de santé qui ont « accompagné » la prolifération des agences de micro-finances ainsi que les fonds de pension.

Les fonds de pension ont été institués à Madagascar en 2005 par la loi 2005-007 du 22 août 2005. Il est soumis à l'agrément délivré par une commission de contrôle. Il reçoit les placements des versements émanant des personnes physiques ou morales, salariés ou non-salariés. Ses activités s'inscrivent dans le cadre de la gestion de fonds de pension. Etant donné qu'il est basé sur un système par capitalisation, les adhérents cotisent volontairement pour financer leurs propres prestations de retraite. Lorsqu'ils atteignent leur âge légal de retraite, ils perçoivent ces prestations sous forme de rente viagère ou d'un capital.

Pour les salariés, ce fonds de pension constitue un régime de retraite complémentaire tandis que pour les non-salariés, c'est un système de base facultatif qui complète le régime légal obligatoire. Ceci résulte de l'article 5 de la loi suscitée qui prévoit que l'adhésion individuelle d'un salarié à ce système est soumise à la condition préalable d'affiliation au régime légal de base dont la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale pour les salariés du secteur privé et la Caisse de Retraite Civile et Militaire pour les

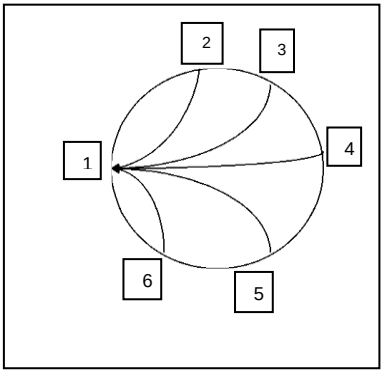
fonctionnaires ou la Caisse de Prévoyance de Retraite pour les agents non encadrés de l'Etat.

b. Les initiatives privées conventionnelles : akandray

A la faveur de la libéralisation financière et de la crise du secteur bancaire découlent dans les années 1990 les pratiques tontinières ou akandray qui se sont développées et se sont modernisées à Madagascar. Étymologiquement, le terme tontine trouve son origine dans la formule du banquier napolitain Lorenzo Tonti qui consistait en « une opération financière ayant pour objet de mettre en commun des fonds destinés à être partagés entre les sociétaires survivants à une époque déterminée d'avance, ou à être attribués au dernier d'entre eux ».

Néanmoins contrairement à cette pratique originelle et apparente à « l'assurance vie » de Lorenzo TONTI, l'akandray constitue au sens malagasy du terme un mécanisme de collecte périodique de cotisations ainsi que de redistribution circulaire et égalitaire, au profit des membres du groupe social qui la compose.

En prenant l'exemple de 6 individus représentés dans le graphe suivant, la pratique se décrit ainsi :



En janvier, le sujet 1 reçoit 100 000 Ariary des individus n° 2, 3, 4, 5 et 6. En février, le sujet 2 reçoit 100 000 Ariary de 1, 3, 4, 5 et 6. De la même façon le sujet 3 reçoit 100 000 Ariary au mois de mars de 1, 2, 4, 5 et 6. Et ainsi de suite au fil des mois restants, les autres individus (4, 5, 6) recevront à leur tour respectif la même somme des autres membres du groupe de sorte qu'au final chacun ait reçu donc 500 000 Ariary.

Une fois que chaque membre a bénéficié des cotisations, l'activité peut être reprise ou dissoute d'un commun accord (Le Iart, 2005).

La population, exclue du système bancaire jugé trop coûteux, trouva en cette forme informelle d'accès au micro financement une solution à sa problématique d'insécurité sociale. Propice à des abus, la pratique devint éphémère et s'effaça peu à peu laissant cours à des formules plus modernes.

c. Les mutuelles

Sous l'influence du premier Sommet mondial du microcrédit qui s'est tenu à Washington en février 1997, la micro-finance et la micro-assurance sont apparues. La mutuelle de santé en constitue le modèle dominant. Les produits de micro-assurance constituant la demande sont, entre autres, les assurances santé, les assurances emplois agricoles ou les assurances pour la couverture des frais funéraires.

Section 3 : L'impact de la mondialisation sur le développement socio-économique

La fin du XXème siècle a été marquée par un mouvement de libéralisation économique et par l'intégration du secteur privé au développement socio-économique des pays. Cependant, face à la concurrence dans le cadre de l'économie mondiale libéralisée, les entreprises visent à une meilleure compétitivité sur le marché mondial et le processus de la productivité devient un des problèmes-clés de la réussite. A cet effet, la mondialisation de l'économie a entraîné des impacts importants sur le plan social et des effets néfastes sur les conditions des travailleurs en matière de sécurité sociale.

A l'échelle mondiale, ce phénomène de mondialisation a permis de constater que la couverture sociale dans les pays en développement est encore limitée, comme par exemple en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, 5 à 10 pour cent seulement de la population active est couverte par le système légal de la sécurité sociale[6]. De même pour Madagascar, ce faible taux de couverture sociale est aussi une réalité nationale car près de 10

[6] BIT, Sécurité sociale pour la majorité exclue, Etudes de cas dans les pays en développement, éd.2000

pour cent seulement de la population active est couverte par les régimes légaux de sécurité sociale. Par contre, la couverture oscille entre 50 à 80 pour cent dans la plupart de pays en transition en matière de développement comme en Amérique latine, en Asie du Sud-est et en Asie Orientale. Et dans la majorité des pays industrialisés, la couverture sociale atteint 100 pour cent de la population active.

La meilleure compétitivité sur le marché mondial est une des exigences de l'économie mondiale libéralisée qui semble en contradiction avec la nécessité d'avoir une justice sociale équitable dans les entreprises.

En réalité, certains employeurs ne comprennent pas encore le lien entre la productivité des entreprises avec le respect des principes et droits fondamentaux au travail. Ils pensent que le respect et l'application des normes de travail ou les exigences sociales prescrites par les lois constituent une entrave à la performance et la rentabilité de leurs entreprises car les charges sociales constituent encore une des charges supplémentaires dans le processus de la production. Autrement dit, les exigences des produits de qualité sur le marché mondial sont légèrement le motif de certains employeurs pour la négligence des conditions sociales des travailleurs et des personnes à leur charge, alors qu'il y a un lien positif entre le respect des droits sociaux et la productivité des entreprises. Bon nombre d'employeurs ne sont pas convaincus que l'application et le respect des droits sociaux des travailleurs tiennent une place importante de la productivité des entreprises.

CHAPITRE II : LES SOURCES

Le droit de la Sécurité Sociale s'appuie sur l'ensemble des sources relevant du droit international et du droit interne.

Section 1 : Le cadre international

I. La Déclaration de Philadelphie

La Déclaration de Philadelphie, adoptée le 10 Mai 1944 par la conférence générale de l'OIT, redéfinit les buts et objectifs de ladite Organisation. La conférence affirme solennellement à travers cette déclaration l'importance des questions économiques et sociales à l'échelle internationale. Elle insiste en particulier sur le besoin de sécurité sociale ainsi que son extension afin d'assurer un revenu de base à ceux qui en ont besoin.

II. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme reconnaît à tout être humain les libertés et droits fondamentaux. Adoptée à Paris le 10 Décembre 1948, à l'unanimité de l'assemblée générale des Nations Unies, elle garantit non seulement les droits politiques et personnels mais aussi les droits économiques et sociaux. En effet, l'article 22 stipule que « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. » Malgré le fait qu'elle n'ait eu qu'une valeur déclarative, elle a néanmoins influencé le développement des traités internationaux ayant une force obligatoire.

III. Le Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels

Le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a été adopté en 1966 par l'assemblée générale des Nations Unies et est entré en vigueur le 3 janvier 1976. Il reconnaît le droit de toute personne à la sécurité sociale suivant l'article 9. A la différence de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, il a une valeur plus contraignante. Les

pays qui ont signé et ratifié le pacte s'engagent à assurer l'exercice des droits garantis par ce pacte. Madagascar a procédé à sa ratification le 22 Septembre1971.

IV. La Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable

La Conférence Internationale du Travail a adopté le 10 juin 2008 la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable. S'inspirant de la Déclaration de Philadelphie, elle exprime la vision contemporaine de la mission de l'OIT à l'ère de la mondialisation. Le concept du travail décent élaboré en 1999 est institutionnalisé dans la déclaration. Ce concept repose sur quatre piliers dont : l'emploi productif, les normes et droits fondamentaux du travail, la sécurité sociale pour tous et la promotion du dialogue social. Dans la déclaration, l'OIT reconnaît solennellement l'obligation d'accompagner les membres dans la mise en œuvre des programmes propres à réaliser les objectifs dont entre autres l'extension de la sécurité sociale à tous.

V. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale

Les Etats parties prenantes de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale s'engagent à l'interdire et à l'éliminer sous toutes ses formes et à garantir l'égalité devant la loi notamment dans la jouissance des droits, en particulier les droits à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux suivant l'article 5.

Cette convention a été ratifiée par Madagascar le 7 février 1969.

VI. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

Adoptée le 18 Décembre 1979 par l'Assemblée Générale des Nations Unies, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes est exclusivement dédiée aux questions d'égalité des sexes. Les Etats parties prenantes de la Convention s'engagent à assurer les mêmes droits à l'homme et à la femme en particulier le droit à la sécurité sociale, notamment aux prestations de retraite, de chômage, de maladie, d'invalidité et de vieillesse ou pour toute autre perte de capacité de travail,

ainsi que le droit à des congés payés selon l'article 11.1.e. Par ailleurs, ils doivent prendre les mesures appropriées pour assurer aux femmes dans les zones rurales le droit de bénéficier directement des programmes de sécurité sociale suivant l'article 11.2.c.

Madagascar est tenu par ces engagements en ayant ratifié la convention le 17 mars 1989.

VII. La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant a été adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 novembre 1989. Cette Convention reconnaît à l'enfant les droits inhérents à la dignité humaine et à son développement harmonieux. En ratifiant la Convention, tel le cas de Madagascar le 19 Mars 1991, les Etats reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale suivant l'article 26.1.

En outre, les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom selon l'article 26.2.

VIII. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille

La Convention reconnaît aux travailleurs migrants ainsi qu'aux membres de leur famille le droit au même traitement que les nationaux en matière de sécurité sociale s'ils remplissent les conditions requises par la législation du pays d'emploi ou les dispositions des accords bilatéraux ou multilatéraux applicables. Autrement, la possibilité du remboursement des cotisations versées au titre d'une prestation dont ils sont privés doit être examinée.

Quant aux travailleurs employés au titre d'un projet, les Etats parties prenantes concernés doivent faire en sorte qu'ils soient protégés par le régime de sécurité sociale de leur pays d'origine ou de leur pays de résidence habituelle. Ces Etats doivent par ailleurs prendre les mesures appropriées pour éviter que ces travailleurs ne soient assujettis à une double cotisation ou par contre privés de leurs droits.

Cette convention a été ratifiée par Madagascar récemment, le 13 Mai 2015.

IX. La Convention relative aux droits des personnes handicapées

Les Etats parties prenantes de la Convention reconnaissent les droits des personnes handicapées à la protection sociale et à la jouissance de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap. Afin de protéger et de promouvoir l'exercice de ce droit, ils sont tenus de prendre les mesures appropriées pour assurer aux personnes handicapées l'accès aux programmes de protection sociale et aux programmes de réduction de la pauvreté ainsi que l'égalité d'accès aux programmes et prestations de retraite.

Le 12 juin 2015, cette Convention a fait l'objet d'une ratification par Madagascar.

X. La Convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)

La Convention n°102 de l'OIT fixe les normes minimales des prestations, leur condition d'attribution et les neuf branches de la sécurité sociale entre autres les soins médicaux, les prestations de santé, les prestations de chômage, les prestations de vieillesse, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations familiales, les prestations de maternité, les prestations d'invalidité et les prestations de survivants. Cette convention a été adoptée le 28 juin 1952 et est entrée en vigueur le 27 avril 1955. Cependant, Madagascar ne figure pas encore dans la liste des pays ayant ratifié cette convention à ce jour.

XI. La Convention franco-malgache

La convention générale du 8 mai 1967 de sécurité sociale entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République malgache entrée en vigueur le 1er mars 1968 concerne la coordination de l'application de la législation malgache et française en matière de sécurité sociale à leurs ressortissants respectifs. La convention s'applique aux travailleurs salariés et assimilés excepté les gens de mer en matière de prestations familiales et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Section 2 : Le cadre national

1) La constitution

La Constitution malgache de la quatrième République reconnaît le droit fondamental à la sécurité sociale en faisant sienne dans son préambule la Charte internationale des droits de l'homme qui inclut la Déclaration Universelle des Droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ainsi que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques. La Constitution consacre le droit de tout individu à la protection de la santé dès la conception, à la protection de la famille particulièrement de la mère et de l'enfant ainsi que l'accès au logement.

2) Les lois et les règlements

a. Le Code de Protection Sociale

Le système de protection sociale malgache est défini et institué par la loi n° 94-026 du 17 novembre 1994 portant Code de Protection Sociale. Ce système vise à assurer en faveur de chaque citoyen un minimum de prestation sociale en rapport avec la dignité humaine selon l'article 2. La protection sociale malgache est assurée suivant trois régimes dont :

- le régime des travailleurs salariés et assimilés du secteur public, parapublic et privé ;
- le régime des travailleurs indépendants ;
- le régime des professions libérales.

b. Le statut général des fonctionnaires

Les fonctionnaires bénéficient d'un système de sécurité sociale en vertu des dispositions de la Loi N°2003-011, portant sur le statut général des fonctionnaires. En effet, cette loi prévoit la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, la prise en charge des frais médicaux, l'attribution des prestations familiales, l'octroi d'une pension de retraite et en cas de décès du travailleur, d'un secours décès, d'une pension de veuvage et d'une pension d'orphelinat.
Des décrets fixent les modalités d'attribution ainsi que les taux de ces prestations.

c. Le Code du Travail

La loi N° 2003-044 portant Code du Travail fixe les principes généraux applicables à l'employeur et au travailleur dont le contrat du travail est exécuté à Madagascar exception faite des agents encadrés de l'Etat et des travailleurs régis par le Code Maritime. Parmi ces principes figurent le droit du travailleur et partant, l'obligation de l'employeur en matière de sécurité sociale.

d. Le Code de Prévoyance Sociale

Le Code de Prévoyance Sociale fixé par le Décret N° 69-145 du 08 Avril 1969, définit les prestations sociales auxquelles les travailleurs salariés et assimilés du secteur privé ont droit. Ces prestations comprennent les prestations familiales, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que la pension de retraite. De plus, ce Code présente l'organisation et le fonctionnement de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de ces prestations.

3) La jurisprudence

La jurisprudence joue un rôle important en tant que source du droit du fait qu'elle contrôle la bonne application et interprétation de la loi par les juridictions. La jurisprudence malgache se réfère à la jurisprudence française devant les litiges concernant l'interprétation des dispositions légales. Elle est particulièrement importante en matière d'affiliation et dans la définition des accidents du travail.

TITRE II : LES CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE I : LES OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA SECURITE SOCIALE

Pour mieux comprendre l'importance que revêt la sécurité sociale, il apparaît essentiel de comprendre les objectifs et les principes directeurs de la sécurité sociale.

Plus de 40 années après sa création, la sécurité sociale présente encore les « nobles » caractéristiques suivantes que sont :

Section 1 : Les objectifs de la sécurité sociale

La Sécurité sociale poursuit plusieurs objectifs que sont l'assurance des principaux risques sociaux, partant de la réduction des inégalités sociales et de la garantie d'un minimum de ressources.

I. L'assurance contre les risques sociaux

Dans cette optique assurantielle, la sécurité sociale est intimement liée à la réparation des conséquences des "risques sociaux". En ce sens, le droit à la sécurité sociale s'apparente ainsi comme le droit à la réparation des risques sociaux ainsi encourus ; ce droit garantit dès lors à chaque assuré un revenu de remplacement en cas de perte causée par la maladie, à l'invalidité, à la mise à la retraite, etc. Par ailleurs, il lui assure également des compléments de revenus aux assurés qui ont des enfants à charge.

II. La réduction des inégalités sociales

Dans une autre conception dite distributive, la mission de la Sécurité sociale est davantage orientée vers une population plus large et définie selon les besoins des individus, au nom de la solidarité naturelle entre les membres d'une même collectivité nationale.

Dans ce contexte, la Sécurité Sociale s'approprie un rôle majeur dans le transfert de revenus d'une catégorie à l'autre, qu'elle matérialise en donnant des revenus de compensation sous forme de prestations ou d'aides aux personnes les plus défavorisées, de façon à pallier les inégalités sociales.

III. La garantie d'un minimum de ressources

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, la sécurité sociale aspire à garantir à chacun un minimum de ressources à la population. Les instruments utilisés diffèrent dans ce cas d'un pays à un autre. Tantôt certains pays comme les États-Unis ont créé un système national d'assistance plus ou moins généralisé, en laissant à l'initiative privée le soin de garantir les citoyens « solvables » contre les principaux risques. D'autres comme la Suède ont érigé un système de sécurité sociale plus ou moins complet qui, tout en couvrant les personnes marginalisées, donne place à l'assistance et aux protections privées.

Si l'action normale de la sécurité sociale collabore à la réduction de la pauvreté d'un pays, elle ne peut à elle seule l'atteindre, encore moins l'éradiquer.

Section 2 : Les principes directeurs de la sécurité sociale

I. Le principe d'universalité

Le principe d'universalité trouve sa genèse dans l'un des textes fondateurs de la protection sociale, notamment la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948. En son article 22, celle-ci stipule en effet que » toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale».

Cette Déclaration universelle des Droits de l'Homme assigne à l'État la lourde responsabilité d'assurer l'harmonisation et la justice sociale, en se portant garant de la solidarité publique et de la cohésion sociale.

II. Le principe obligatoire

Dans cette logique, la plupart des États ont imposé l'adhésion obligatoire aux organismes de protection sociale ainsi que la couverture sociale de l'ensemble de la population.

En matière de sécurité sociale, le principe permet à tous les salariés d'être solidaires quels que soient leurs salaires et leurs forces face à leur patron. Dans ce cas précis, l'obligation exprime la solidarité de la classe des salariés.

III. Le principe d'égalité

Le principe d'égalité implique l'absence de toute discrimination de sexe ou de race, ou de tout autre genre ; il impose ainsi la parité de la protection des droits sociaux et du traitement entre les hommes et les femmes, entre les nationaux et les non-nationaux résidents.

Ceci concerne donc :

- le champ d'application des régimes et les conditions d'accès aux régimes ;
- l'obligation de cotiser et le calcul des cotisations ;
- le calcul des prestations et les conditions de durée ainsi que le maintien du droit aux prestations.

Toutefois, il ne fait pas obstacle à certaines dispositions, fondées sur le sexe, comme celles relatives à la protection de la femme en raison de la maternité.

D'autres dispositions considérées comme contraires au principe d'égalité de traitement sont également admises, telles que :

- la définition des personnes admises à participer à un régime professionnel ;
- la fixation de niveaux différents pour les cotisations des travailleurs ;
- la fixation de niveaux différents pour les cotisations des employeurs ;
- l'application de normes différentes ou des normes applicables seulement aux travailleurs d'un sexe déterminé.

IV. Le principe de globalité

La sécurité sociale protège les citoyens et leur famille de l'ensemble des aléas de la vie, de la naissance à la mort, et leur assure les prestations

énumérées dans la convention n° 102, article 10 concernant la sécurité sociale (norme minimum) de l'OIT (1952).

V. Le principe de solidarité

La sécurité sociale repose sur le principe de la solidarité. Il s'agit fondamentalement avant tout de la solidarité entre les citoyens d'un État.

Dans le système assurantiel des travailleurs salariés, le principe repose sur la solidarité collective intergénérationnelle ; c'est le système de retraite par répartition. Selon ledit système, les versements effectués par un travailleur au cours de sa vie active déterminent le montant de la pension de la retraite qu'il recevra.

Par ailleurs, dans l'optique de la responsabilité entre générations, le principe souligne que :

- chaque actif paie pour les retraités du moment et d'autres actifs paieront sa retraite lorsqu'il sera retraité ;

- une obligation légale de solidarité doit être observée par les jeunes actifs envers leurs descendants et leurs ascendants, envers les personnes en situation de handicap ou malades.

VI. Le principe de redistribution

Le principe de solidarité implique pour l'État une organisation de la redistribution des richesses et donc de la redistribution des revenus.

Cette redistribution consiste à prélever des revenus chez certains par le biais des cotisations sociales et des impôts, pour les redistribuer à d'autres, sous forme d'allocations ou de prestations. A travers ce mécanisme de redistribution dite horizontale, l'État transfère une partie des revenus des ménages sans enfants vers les ménages avec enfants, des ménages bien portants vers les ménages malades, des ménages actifs vers les ménages inactifs…

Dans une logique d'assurance, cette forme de redistribution s'appuie sur des cotisations payées par les travailleurs et les employeurs, tendant à leur assurer la protection contre les risques sociaux.

Au-delà de la solidarité évoquée dans les paragraphes précédents, la politique de redistribution poursuit aussi la réduction des écarts de revenus et des inégalités sociales. Dans ce mécanisme de redistribution dite verticale, l'État opère des prélèvements sur les ressources des hauts revenus en les transférant vers les revenus les plus modestes.

Dans une logique d'assistance aux personnes aux ressources insuffisantes, cette forme de redistribution s'appuie sur des impôts.

Dans un cas comme dans l'autre, les mécanismes tendent à augmenter d'autant le pouvoir d'achat des ménages et donc leur consommation, lesquels peuvent avoir une influence sur la demande globale adressée aux entreprises et sur le niveau de la production et de l'emploi. La redistribution de revenus est dès lors perçue comme un vecteur du lien social, un soutien de la consommation, constitue sur ce point un véritable instrument pour favoriser la productivité et soutenir le développement économique.

VII. Le principe d'assurance

Des traditions historiques, le système de sécurité sociale proprement dit est issu des assurances professionnelles. En vertu de ce principe, chacun cotise en fonction de ses revenus et reçoit en retour des prestations sociales selon ses besoins, quels que soient les risques potentiels encourus.

Dans un système assurantiel des travailleurs salariés, il y a mutualisation tandis que dans un système assurantiel individualisé, l'assuré se protège d'un risque défini à l'avance pour un montant précisé.

La sécurité sociale malgache est surtout liée à l'activité professionnelle. Elle vise à maintenir à l'assuré social actif une continuité de revenus avec les gains issus du travail malgré la survenance d'aléas.

Néanmoins s'il en est ainsi à Madagascar, dans certains pays, il compose cette approche assurantielle assise sur des contributions financières liées aux revenus du travail avec des dispositifs reposant sur la solidarité et un financement collectif.

VIII. La gestion paritaire

En mettant l'accent sur la convention (nº 144) sur les consultations tripartites relatives aux normes internationales du travail, 1976, l'OIT a souligné

l'importance des structures tripartites dans la résolution des problématiques liées aux normes internationales du travail et de sécurité sociale.

Sous l'impulsion de l'Organisation et à travers les campagnes menées en ce sens tel le projet QUATRAIN AFRICA, entre autres, la gouvernance des institutions de sécurité sociale est tripartite et voit la représentation des gouvernements et des partenaires sociaux composés des groupes les plus représentatifs d'employeurs et des travailleurs.

CHAPITRE II : LE CADRE REFERENTIEL DE LA SECURITE SOCIALE

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) est reconnue sur le plan international à établir des normes sur la sécurité sociale. Ses normes sont publiées sous forme de *Conventions* ou de *Recommandations*. Les Conventions, qui sont soumises aux pays membres de l'OIT pour ratification diffèrent des Recommandations qui sont émises sans nécessité de ratification mais contiennent des orientations générales ou techniques en complément des Conventions. Depuis la création de l'OIT en 1919, l'on recense 189 Conventions et 204 Recommandations.

Les normes sur la sécurité sociale sont divisées en trois générations :

- La première génération repose sur le concept d'assurance sociale et ne couvre que certaines catégories de travailleurs.
- La deuxième génération, élaborée après la deuxième guerre mondiale, est inspirée du concept de sécurité sociale suivant le rapport de Beveridge. La convention 102 fait partie de cette génération de normes.
- La troisième génération regroupe tous les instruments publiés après la convention 102 qui constitue leur modèle de conception. Ces instruments offrent une protection plus élevée en termes de couverture et de niveau de prestation.

Face au constat que les anciennes conventions ne répondaient plus aux besoins et à la situation de bon nombre de pays membres, un examen de toutes les conventions a été effectué entre 1995 et 2002. Il en résultait que 71 Conventions et 73 Recommandations ont été retenues comme pertinentes et prioritaires. Concernant la sécurité sociale, six Conventions dont la Convention phare ou la Convention 102 ont été jugées à jour. En outre, deux Conventions sur les droits des travailleurs migrants étaient également retenues.

Chaque Convention de l'OIT sur la sécurité sociale offre à ses membres la souplesse de choisir le mode d'organisation des régimes assurant le service de prestations. Toutefois, il faut respecter les principes de base en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement des régimes de sécurité sociale. Ces principes, présentés dans la Convention 102 et dans la plupart des Conventions supérieures sont :

- la responsabilité générale de l'état pour le service des prestations et la bonne administration des institutions et services impliqués dans le service des prestations ;
- le financement collectif des régimes de sécurité sociale par voie de cotisations ou d'impôt ou par les deux voies conjointement ;
- la participation des assurés dans l'administration des systèmes de sécurité sociale.

D'une manière générale, la sécurité sociale est organisée en régimes et en branches.

Section 1 : Les régimes de la sécurité sociale

I. Définition

« Les régimes de sécurité sociale sont des régimes imposés et contrôlés par des unités gouvernementales dans le but de fournir des prestations sociales aux membres de la collectivité dans son ensemble ou à des sous-ensembles importants de la collectivité. »[7]

Selon la loi de finance française, « le régime regroupe un ensemble de prestations gérées par une organisation autonome ».

La sécurité sociale est constituée de différents régimes légaux ou régimes de base. Ces régimes peuvent être de nature professionnelle ou catégorielle. Il y a également lieu de noter que, outre les régimes de base, des régimes complémentaires existent.

II. L'origine

Pour garder leur identité, certains groupes socioprofessionnels dont les exploitants agricoles et les travailleurs exerçant une profession libérale, voulaient se différencier des travailleurs salariés du secteur privé. De même, certaines catégories de personnes dont les cadres voulaient se distinguer des autres catégories (comme les ouvriers et les contremaîtres) et se refusaient d'intégrer le même système de sécurité sociale que les autres.

[7] http ://www.statcan.gc.ca/fra/cen/gloss/ssp

De plus, certains secteurs d'activités refusaient de perdre les avantages liés à des systèmes antérieurs à celui de la Sécurité Sociale. Il s'ensuit la division en plusieurs régimes.

III. Les différents régimes existants

Principalement, la Sécurité Sociale est constituée par trois grands régimes, à savoir : le régime de base comme le régime général, le régime agricole et le régime des indépendants. Toutefois, chaque pays est libre de définir cette subdivision de régimes.

Pour le cas de la France, il y a quatre différents régimes de sécurité sociale.

1) *Le régime général*

Constitue le régime de base de la plupart des salariés (des professions non agricoles).

Ces salariés sont souvent issus du secteur privé mais suite à son extension, d'autres populations sont également couvertes tels que les étudiants et les agents contractuels de l'Etat.

2) *Le régime agricole*

Il vise les exploitants agricoles et les salariés agricoles. La notion d'activité agricole est vaste mais il y a lieu de la définir.

D'abord, les activités agricoles par nature sont l'ensemble des opérations qui se rapportent à la production végétale ou animale tels que la mise en culture des sols, l'élevage des animaux et l'exploitation des bois et forêts.

Ensuite, les activités agricoles par extension concernent soit le prolongement d'une activité agricole par nature comme la conserverie ou la vente de produits si les deux activités sont exercées par une même entreprise, soit les activités connexes ou au service de l'agriculture, soit les organismes à caractère agricole comme le coopératives, les fédérations ou le crédit agricole.

3) *Le régime des travailleurs non-salariés des professions non agricoles*

Regroupe les commerçants, les artisans et les personnes exerçant une profession libérale.

4) ***Les régimes spéciaux***

Couvrent certains salariés non agricoles tels que les fonctionnaires, les gens de mer, les salariés de la SNCF, … et assurent la protection contre certains risques particuliers.

A Madagascar, la loi n° 94-026 du 17 novembre 1994 portant sur le Code de protection sociale définit trois régimes assurant la protection sociale à savoir : le régime ***des travailleurs salariés et assimilés***, le régime ***des travailleurs indépendants*** et le régime ***des professions libérales***.

Section 2 : Les branches de la sécurité sociale

Suivant la Convention 102, la sécurité sociale contient neuf branches qui seront présentées ci-dessous. Chaque pays membre de l'OIT est tenu d'en ratifier au moins trois et peut par la suite prétendre à l'extension progressive de la couverture de la sécurité sociale ultérieurement. A noter que d'autres Conventions de la troisième génération ont également été retenues pertinentes pour ces neuf branches.

Les objectifs minimaux de la convention 102 concernent : le pourcentage de la population protégé par les régimes de sécurité sociale en cas de survenance de risque ; le niveau de la prestation minimale garantie pour les personnes couvertes ainsi que les conditions ouvrant droit aux prestations et la durée de versement des prestations prescrites.

I. Les soins médicaux

Les instruments de l'OIT relatifs à la branche des soins médicaux sont la Convention 102 - partie II, la Convention 130 et la Recommandation 134 qui portent sur les soins médicaux et les indemnités de maladie.

Selon ces deux Conventions, le pays membre ayant ratifié cette branche doit garantir l'attribution de prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif. L'éventualité couverte comprend tout état morbide, la grossesse, l'accouchement et leurs suites.

D'une manière générale, les soins médicaux doivent tendre à préserver, rétablir ou améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.

II. Les indemnités de maladie

Les normes relatives à la branche Indemnités de maladie sont la Convention 102 – partie III, la Convention 130 et la Recommandation 134 qui portent sur les soins médicaux et les indemnités de maladie.

L'éventualité couverte comprend l'incapacité de travail qui résulte d'un état morbide et qui entraîne une suspension du gain.

III. Les prestations de chômage

La Convention 102 – partie IV, la Convention 168 et la recommandation 176 qui portent sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage sont concernées par la branche prestations de chômage.

L'éventualité couverte par ces instruments comprend la suspension ou la perte de gain due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable pour une personne protégée qui est capable de travailler et disponible pour le travail.

La convention 168 prévoit expressément que la personne doit être effectivement en quête d'un emploi. Cette convention prévoit également la promotion de l'emploi pour des catégories déterminées de personnes désavantagées qui ont ou qui sont susceptibles d'avoir des difficultés à trouver un emploi durable.

IV. Les prestations de vieillesse

Les instruments relatifs à la branche Prestations de vieillesse sont énoncés dans la Convention n° 102 - partie V, la Convention 128 et la Recommandation 131 qui portent sur les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants. L'éventualité couverte sera la survivance au-delà d'un âge prescrit qui ne doit normalement pas dépasser 65 ans.

V. Les prestations en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles

La Convention n° 102 - partie VI, la Convention 121 et la Recommandation 121 qui portent sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont concernées par cette branche.

Les éventualités couvertes par ces instruments comprennent, lorsqu'elles sont dues à un accident du travail ou à une maladie professionnelle

prescrite : l'état morbide, l'incapacité de travail résultant d'un état maladif et entraînant la suspension du gain, l'invalidité ou la diminution de l'intégrité physique.

L'éventualité comprend également la perte des moyens d'existence subie du fait du décès du soutien de famille à la suite d'une lésion professionnelle.

VI. Les allocations familiales

La Convention 102 - partie VII établit les normes relatives à la branche Allocations familiales. L'éventualité couverte par cette Convention est la charge d'enfants n'ayant pas atteint l'âge limite de la scolarité obligatoire ou avant 15 ans.

VII. Les prestations de maternité

Les normes relatives à la branche Prestations de maternité sont définies dans la Convention 102 - parties II et VIII, la Convention 183 et la Recommandation 191 qui portent sur la protection de la maternité.

Les éventualités couvertes définies dans la Convention 102 sont les soins médicaux nécessités par la grossesse, l'accouchement et leurs suites, ainsi que la suspension concomitante des gains. La Convention 183 prévoit des prestations plus étendues dans le cadre de la protection de la maternité.

VIII. Les prestations d'invalidité

Les instruments qui concernent la branche Prestations d'invalidité sont la Convention102 - partie IX, la Convention 128 et la Recommandation 131 qui portent sur les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants.

L'éventualité couverte est l'inaptitude à exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit, dès lors qu'il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu'elle subsiste après la période durant laquelle le bénéficiaire était prestataire au titre de l'incapacité temporaire.

IX. Les prestations de survivants

Les instruments qui concernent la branche Prestations de survivants sont la Convention102 - partie X, la Convention 128 et la Recommandation 131 qui portent sur les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants.

L'éventualité couverte est la perte de moyens d'existence affectant la veuve ou les enfants à la suite du décès du soutien de famille. Pour le cas de la veuve, la Convention 102 permet de subordonner le droit à la prestation conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins. Suivant la Convention 128, son droit peut être subordonné à la condition qu'elle ait atteint un âge prescrit sans dépasser celui ouvrant droit aux prestations de vieillesse. La condition d'âge n'est toutefois pas exigée si la veuve est invalide ou a un enfant du défunt à sa charge. Ces deux Conventions permettent, sous certaines conditions, d'imposer une durée minimum de mariage pour l'ouverture du droit pour la veuve sans enfant.

CHAPITRE III : LE BENCHMARKING DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

Ce chapitre vise à mieux appréhender les spécificités des systèmes de sécurité sociale à travers le monde à la lumière de leurs structures, caractéristiques et expertises face aux différents risques sociaux. En tant que droit fondamental de l'être humain et instrument de cohésion sociale, la sécurité sociale tient un rôle important dans le développement d'un pays.

Section 1 : Des études de cas de la Sécurité Sociale

I. Cas du Brésil

Au Brésil, le système de protection sociale est assis sur trois socles : le système unique de santé, l'assistance sociale non contributive et la sécurité sociale contributive et obligatoire. De ce fait, les Brésiliens sont couverts contre les principaux risques sociaux énumérés dans la convention n° 102 (1952) de l'OIT.

Placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé et financé par le budget de l'Etat, le système unique de santé fourni un accès gratuit aux services publics de santé dans les hôpitaux publics ou privés sous contrat pour l'ensemble de la population. C'est le régime officiel d'assurance maladie et de maternité.

Par ailleurs, l'assistance sociale est une prestation servie par l'Institut National de Sécurité Sociale. Financée par le budget de l'Etat, elle est concédée sous conditions aux personnes handicapées et âgées en situation de précarité.

Concernant le système de sécurité sociale, le rôle de la prévoyance sociale est conféré à l'Institut National de Sécurité Sociale. Ce système couvre les travailleurs du secteur privé, les indépendants et les assurés volontaires. Il est financé par les cotisations sociales. Les taux de cotisations diffèrent selon le statut de l'assuré. Par contre, le montant des prestations sociales ainsi que le revenu qui sert de base de calcul des cotisations doivent être compris entre le minimum de salaire légal et le plafond.

1) *Les régimes sociaux*

Au Brésil, il peut être distingué le régime des fonctionnaires, le régime regroupant les travailleurs du secteur privé et près de 2000 régimes spéciaux pour les fonctionnaires des États de la fédération, les militaires, les fonctionnaires des municipalités.

2) *Les branches de sécurité sociale*

Les branches de sécurité sociale comprennent les indemnités de maladie, les prestations de maternité, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations d'invalidités, les prestations de vieillesse, les prestations de survivants et les prestations de chômage involontaire.

Outre les prestations en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles, les travailleurs indépendants bénéficient du droit à la même prestation que les travailleurs salariés.

Par ailleurs, les prestations familiales sont réservées à certains travailleurs salariés ayant un salaire inférieur à un seuil et ayant rempli une condition de durée minimale de cotisation. Le montant des allocations est forfaitaire et dépend du revenu des salariés.

- **<u>L'assurance retraite</u>**

La pension de vieillesse se divise en deux catégories : la retraite de base et la retraite complémentaire.

Pour la retraite de base, les critères ouvrant droit aux prestations de vieillesse dépendent soit de l'âge (65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes) avec une durée minimale de cotisations soit du nombre d'années de cotisations. L'exercice d'une activité rémunératrice n'exclut pas la jouissance d'une pension de vieillesse auprès de l'INSS. Le montant de la pension de retraite est plafonné et versée sur 13 mensualités.

La durée de versement de la pension aux survivants dépend de l'âge et du nombre de cotisations effectuées par le travailleur décédé.

Les retraites complémentaires peuvent être prises en charge par les fonds de pension ouverts administrés par des organismes à but non lucratif, les

banques, ainsi que les compagnies d'assurance et les fonds de pension fermés gérés par des institutions dotées de plan d'assurance collective.

- **L'assurance chômage**

Le droit à la couverture de chômage est conféré aux travailleurs salariés du secteur privé. Le salaire moyen de l'assuré ainsi que la durée de versement des cotisations déterminent les prestations d'allocation de chômage.

II. Cas de la Chine

La sécurité sociale en Chine a été redéfinie par la « Social Insurance Law » qui est entrée en vigueur le 1er Juillet 2011. Ses objectifs principaux sont l'unification du régime de sécurité sociale en Chine et l'extension de l'ensemble des branches d'assurances sociales aux populations rurales. Ainsi, les taux de couverture de la population contre les risques santé et vieillesse ont progressé à un rythme rapide. A noter que la Chine fait actuellement face au problème démographique dû au vieillissement rapide de la population et au maintien de la politique de l'enfant unique.

1) *Les régimes sociaux*

Le système de protection sociale chinois est constitué de plusieurs régimes. Chaque branche peut comprendre des régimes de base pour les salariés urbains, des régimes pour les employés de la fonction publique, pour les résidents urbains non-salariés et les résidents ruraux. Les travailleurs indépendants et les travailleurs à temps partiel peuvent intégrer le régime qui leur convient.

2) *Les branches de la sécurité sociale*

En Chine, cinq des neuf branches de la Convention 102 de l'OIT sont définies par la loi du 1er Juillet 2011.

- **L'assurance vieillesse**

Les conditions et les prestations de l'assurance vieillesse en Chine diffèrent suivant quatre régimes.

L'assurance vieillesse de base concerne les employés d'entreprises urbaines et est financée par le système par répartition et le système de

comptes individuels basé sur un fonctionnement par capitalisation. Le taux de contribution de l'assuré est égal à 8% du salaire contre 20% pour l'employeur. La prestation dépend de l'âge légal de départ à la retraite (qui varie selon la personne et la catégorie professionnelle) et d'une durée minimum de cotisations. Les assurés peuvent également prétendre à une retraite complémentaire qui est une assurance d'entreprise basée sur la loi sur les fonds de prévoyance d'entreprise adoptée en 2004. Les prestations sont versées sous forme de montant forfaitaire ou de rente lorsque l'assuré a atteint l'âge de départ à la retraite.

L'assurance vieillesse des employés de la fonction publique est basée sur un système par répartition. L'assuré ne cotise pas car son financement est supporté par l'Etat ou l'entité qui l'emploie. La pension perçue est égale à un pourcentage qui varie en fonction du nombre d'années de service accompli et du dernier salaire reçu.

Les résidents ruraux peuvent s'assurer volontairement au régime appelé la New Rural Old-Age Insurance par le paiement d'une cotisation déterminée en fonction du lieu de résidence enregistré. Elle est financée par les cotisations des assurés, les subventions collectives et les subventions de l'Etat. Les prestations sont composées de pension du compte personnel et de pension de subsistance.

Un régime de retraite est également proposé aux résidents urbains non-salariés. Leur pension sociale est intégralement financée par l'Etat mais ils reçoivent une pension mensuelle correspondant au montant des cotisations divisé par 139 sous condition d'avoir rempli une durée minimale de cotisations.

- **L'assurance chômage**

Tous les employés des entreprises urbaines du secteur privé et public sont obligatoirement couverts par l'assurance chômage.

Pour pouvoir prétendre aux indemnités de chômage, l'assuré doit satisfaire certaines conditions. Le montant des indemnités est fixé par le gouvernement des provinces, les régions autonomes et les municipalités en fonction des conditions et du niveau de vie local. Toutefois, il doit être supérieur à l'allocation de garantie de minimum vital des citadins et ne peut excéder le salaire minimum de la région. La durée de versement des prestations varie selon la durée d'affiliation de l'intéressé. D'autres

prestations peuvent être attribuées dans le cadre de l'assurance chômage. A l'âge de la retraite, les prestations de chômage sont remplacées par une pension de vieillesse.

- **L'assurance médicale de base**

Elle comporte trois régimes à savoir celui pour les Salariés, pour les Résidents Urbains non-salariés et celui pour les Résidents Ruraux. Le fonds d'assurance médicale couvre principalement les paiements des services hospitaliers et ambulatoires en cas de maladies graves mais le taux de couverture les diffère. Le plafond de remboursement est fixé à 6 fois le salaire moyen annuel local. La prise en charge des maladies fréquentes a commencé à être intégrée progressivement

L'affiliation de tout salarié, tout secteur confondu, au régime d'Assurance Médicale pour les Salariés est obligatoire. Le fonds d'assurance maladie est composé d'un fonds commun de financement et des comptes personnels. Environ un tiers des cotisations patronales et l'intégralité des cotisations salariales sont versées vers le compte individuel.

L'affiliation au régime des résidents urbains non-salariés est volontaire. Ce régime concerne les personnes dans les régions urbaines qui sont sans activité professionnelle tels que les étudiants, les enfants et les personnes âgées.

Le régime d'Assurance Médicale pour les ruraux couvre tous les résidents ruraux et leur foyer. **L'assurance Accidents du Travail**

Le régime des Accidents du Travail vise tous les travailleurs salariés des entreprises chinoises.

La prestation d'invalidité pour accident du travail ou maladie professionnelle est déterminée en fonction du degré d'incapacité. Une indemnité forfaitaire d'invalidité est versée à l'accidenté. L'employeur a l'obligation de verser une rente mensuelle, supérieure au salaire minimum local à la victime lorsqu'il ne peut pas offrir à la victime un poste correspondant à ses aptitudes.

- **L'assurance maternité**

L'assurance maternité concerne pratiquement toutes les femmes salariées mais également l'épouse sans emploi d'un travailleur salarié ou

d'un travailleur indépendant, ainsi que la femme qui exerce une activité indépendante. Elle couvre les frais médicaux liés à la grossesse et à l'accouchement qui sont, en principe, supportés par l'employeur ou par le fonds de l'assurance maternité. La durée de cotisations n'est pas conditionnée.

Les indemnités de maternité correspondent à 100% du salaire mensuel moyen de l'année précédente pratiqué dans l'entreprise.

III. Cas du Rwanda

Le gouvernement du Rwanda élabore et met en œuvre différents régimes et interventions dans le secteur de la sécurité sociale afin de réduire la pauvreté de la population et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

En matière de sécurité sociale, la gestion des pensions et des risques professionnels est attribuée à la Caisse sociale ou « Social Security Fund of Rwanda» (SSFR).

Quant au régime d'assurance maladie les fonctionnaires et les travailleurs salariés sont couvert par la RAMA (Rwandaise d'Assurance Maladie) et la MMI (Military Medical Insurance) prend en charge les militaires.

1) *Les régimes sociaux*

Le régime institué au Rwanda est le régime d'assurance sociale en faveur des travailleurs salariés du secteur privé et public.

2) *Les branches de la sécurité sociale*

La sécurité sociale au Rwanda contient la branche des pensions et la branche accident de travail et maladies professionnelles.

- **La pension**

Les prestations servies par la CSR en matière de pension comprennent la pension de vieillesse, la pension d'invalidité et la pension de survivants.

L'attribution de la pension est subordonnée à des conditions de durée de versement de cotisations, d'atteinte de l'âge légal de retraite fixé à 55ans et la cessation de toute activité salariale.

- **Les risques professionnels**

Plusieurs prestations peuvent être versées en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. L'indemnité journalière est forfaitaire mais ne dépasse pas 180 jours.

En cas d'incapacité permanente totale ou partielle, une rente est versée pour un taux d'incapacité supérieur ou égal à 15%. Les rentes ainsi que les allocations sont calculées par rapport à un taux à partir du revenu de l'assuré.

- **Les maladies**

Les travailleurs salariés peuvent opter pour une affiliation à la RAMA ou à une société d'assurance privée.

La branche d'assurance maladie gérée par la RAMA couvre tous les soins médicaux et paramédicaux. Les adhérents ont accès à tous les centres publics de santé, les hôpitaux de district et les hôpitaux de référence, aux établissements privés conventionnés par la RAMA ainsi que les pharmacies.

IV. Cas du Danemark

L'assurance de la tutelle des différentes branches de sécurité sociale danoise est départagée entre différents ministères.

Les prestations sociales sont financées soit par l'impôt soit par les cotisations selon le type de branche.

L'obtention des prestations est soumise à plusieurs conditions mais la principale condition est la résidence des assurés au Danemark. La plupart des prestations sont soumises à l'impôt à l'exception des prestations familiales.

1) *Les régimes sociaux*

Le système de protection sociale danois est basé sur le principe d'assurance nationale. C'est pour cela que le régime général concerne les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants, avec quelques particularités pour ces derniers. Les prestations familiales sont servies dans le cadre d'un régime universel.

2) *Les branches de la sécurité sociale*

La protection sociale danoise couvre presque toutes les branches convenues dans la Convention 102 de l'OIT.

- **La maladie**

Toute personne résident au Danemark reçoit gratuitement une carte de santé dès la naissance qui doit être présentée à chaque visite à l'hôpital ou chez le médecin de son choix parmi les agréés. Chaque assuré a droit à des consultations gratuites chez le médecin généraliste et spécialiste. Il en est de même en cas d'hospitalisation dans un hôpital public et certains hôpitaux privés spécialisés agréés à concurrence des tarifs publics. Généralement, la participation des assurés aux autres frais médicaux sont moindres.

En cas de maladie, le salarié peut prétendre, sous certaines conditions, à une indemnité journalière versée par l'employeur et/ou la commune. Le montant de l'indemnité est basé sur le salaire de l'assuré et sa durée de versement est limitée.

- **La maternité**

Toutes les femmes ayant résidé pendant au moins 6 semaines au Danemark bénéficient gratuitement des prestations en nature de l'assurance maternité. Les prestations en espèces sont versées aux femmes exerçant une activité professionnelle.

Les indemnités journalières sont conditionnées par la durée de travail effectué avant le repos prénatal et sont basées sur le salaire de l'assuré. Le père et la mère ont droit aux indemnités journalières mais sous différentes conditions. Ils ont également droit à une indemnisation, sous certaines conditions, lors d'une adoption avec une possibilité de prolongement de la période en cas d'adoption à l'étranger.

- **L'invalidité**

L'assurance invalidité vise les citoyens danois ayant résidé au moins trois ans à Danemark ainsi que les étrangers justifiant de 10 ans de résidence dont 5 ans avant le début du versement de la pension. Les communes sont compétentes pour l'évaluation du droit à la pension d'invalidité. Le montant

de la pension d'invalidité est fonction des revenus de l'assuré et de son conjoint ou cohabitant ainsi que de sa durée de résidence au Danemark.

L'assuré peut également prétendre à une allocation couvrant les frais supplémentaires causés par le handicap en fonction des frais compte tenu de la gravité du handicap.

- **La vieillesse**

Le système de pension de vieillesse est fondé sur le principe d'un premier pilier obligatoire comprenant un régime universel, qui est la pension sociale, et une assurance complémentaire, qui est la pension complémentaire. Il existe également un deuxième pilier avec des fonds de pension complémentaires comme les pensions catégorielles ou les pensions privées.

L'âge légal de départ à la retraite varie en fonction de l'année de naissance de l'assuré.

Le mode de financement de la pension sociale est particulier au Danemark car elle est financée par l'impôt et non par des cotisations. Ainsi, le droit de pension s'acquiert en fonction du nombre d'années de résidence ou d'activité professionnelle au Danemark. Le montant peut être influencé par les revenus ou autres situations fiscales du pensionné ou de son conjoint ou concubin.

La pension sociale consiste en un montant de base et un supplément de pension dont le montant est déterminé en fonction des ressources, des revenus et de la situation familiale du pensionné.

La pension complémentaire est versée sans condition de durée d'affiliation minimum mais il suffit d'avoir cotisé à ce régime. C'est un régime de pension par capitalisation à caractère contributif et obligatoire pour les travailleurs salariés. Il n'y a pas d'âge limite, même après l'âge légal de la retraite, pour cotiser et il n'y a pas de durée minimum d'affiliation. Le montant dépend du montant des cotisations versées.

La pension partielle est un droit ouvert uniquement en faveur des travailleurs résidant au Danemark qui sont nés avant 1959, âgées de 60 à 65 ans et qui réduisent leur durée de travail. Pour bénéficier de cette pension, il faut également avoir cotisé à l'ATP à taux plein pendant une durée minimum fixée.

Les suppléments sont servis aux pensionnés sous conditions de ressources et de revenus. Il s'agit de différentes allocations non soumises à l'impôt à l'exception de l'allocation supplémentaire.

- **Les survivants**

Le conjoint survivant, titulaire également d'une pension sociale ou d'une pension d'invalidité comme le défunt, peut bénéficier d'un versement continu de la pension jusqu'à 3 mois suivant le décès de celui-ci.

Un capital-décès est versé à chaque survivant, conjoint ou partenaire enregistré, enfants biologiques et adoptés âgés de moins de 21 ans, en cas de décès. Plusieurs conditions doivent être remplies comme la cotisation et l'âge de l'assuré.

Une allocation forfaitaire est versée en une seule fois au conjoint survivant qui justifie de trois ans de vie commune avec le défunt et dont les revenus annuels sont inférieurs à une certaine somme. Celle-ci est également soumise à l'impôt.

L'allocation de décès est versée à la personne ayant organisé les funérailles lorsque le défunt était assuré du régime danois d'assurance maladie. Le montant est fonction de l'âge du défunt au moment du décès mais peut également ne pas être versé suivant les ressources de ce dernier.

- **Les accidents du travail et les maladies professionnelles**

Cette assurance couvre les salariés, les stagiaires ou autres personnes se trouvant dans un établissement de formation ou sur un lieu de travail, et les enfants qui souffrent d'une maladie ou d'une lésion congénitale due au travail de la mère.

Les prestations sont servies sans condition de durée préalable d'assurance mais l'accident doit être déclaré dans un délai maximum de 12 mois. Les prestations en nature et en espèces en cas d'incapacité temporaire sont identiques à celles de l'assurance maladie. Le taux minimum d'incapacité de travail ouvrant droit à une indemnisation est fixé à 15%. Le salaire de l'année précédant l'accident est pris en compte pour le calcul de la rente ou du capital dans la limite d'un plafond.

Une indemnisation sous forme de montant forfaitaire est possible pour toute blessure ou maladie entraînant des séquelles définitives constituant une gêne.

Un capital-décès peut être versé, sous certaines conditions, aux survivants.

- **Les prestations familiales**

Les prestations familiales sont servies dans le cadre d'un régime universel sous conditions de résidence au Danemark. Elles sont accordées aux enfants de moins de 18 ans ou de 24 ans dans certains cas. Il existe plusieurs types de prestations familiales au Danemark suivant le cas de la famille.

- **Le chômage**

L'assurance chômage n'est pas obligatoire. Tous les salariés peuvent s'affilier volontairement. Pour bénéficier des prestations, plusieurs conditions doivent être respectées.

L'intéressé peut également prétendre à une préretraite sous plusieurs conditions. Le montant de la préretraite, versé par les caisses d'assurance chômage, est fonction de l'âge de l'intéressé au moment du premier versement et de l'éventuel exercice simultané d'une activité professionnelle.

V. Cas du Qatar

Malgré une faible population, l'économie du Qatar est très florissante grâce à ses produits nationaux bruts et des profits élevés du pétrole. Les aides sociales sont ainsi financées massivement par l'Etat évitant aux citoyens d'être imposés de nombreuses obligations financières. Qatar dispose alors d'un système de sécurité sociale géré par l'Administration générale des retraites et de l'assurance sociale (GRSIA) offert à ses propres ressortissants.

1) *Les régimes sociaux*

Le système de sécurité sociale à Qatar est un régime public qui couvre tous les travailleurs qataris du secteur privé ainsi que leurs familles. Un régime

spécial est instauré pour les employés de la fonction publique et les militaires.

Les travailleurs étrangers peuvent bénéficier des services médicaux par l'intermédiaire de l'assurance médicale privée souscrite par leurs employeurs. Toutefois, le régime de retraite n'existe pas pour les expatriés étrangers.

2) *Les branches de la sécurité sociale*

Ce système comprend les soins médicaux, la couverture maladie et maternité, les prestations en cas d'accidents du travail et d'invalidité, les retraites, les allocations de chômage.

- **Les soins médicaux**

Le Qatar possède un système de santé de haut niveau, comprenant des infrastructures hospitalières publiques et privées, lequel système propose des services de soins de santé de grande qualité et gratuits dans la plupart des cas. Les soins de santé préventifs et curatifs fournis par le secteur public sont gratuits pour tous les citoyens.

- **La couverture maladie et maternité**

L'octroi des prestations en nature que ce soit pour la maladie ou la maternité est déterminé en fonction de la durée de travail. Les employés ont droit à un congé de maladie payé pour un maximum de 2 semaines. Le montant des prestations allouées est égal à 100% du revenu du travailleur et est réduit à 50% sur les quatre semaines complémentaires. Concernant le congé de maternité des femmes salariées, la durée est de 50 jours, dont 35 après l'accouchement, durant lequel elles perçoivent une allocation égale à 100% de leur revenu.

- **L'accident du travail**

Les prestations en cas d'accidents du travail sont entièrement à la charge de l'employeur. Aucune condition de durée de travail n'est exigée pour en bénéficier. La durée de versement de ces prestations est de 6 mois dont le

montant est de 100% du revenu du salarié. Ce revenu est réduit de moitié jusqu'à l'entière guérison ou la certification d'une incapacité permanente.

Une incapacité permanente ouvre droit à une allocation versée par rapport à la loi islamique. Dans le cas d'une incapacité partielle, le montant de la prestation varie selon le taux d'incapacité.

- **Les retraites**

Le système d'assurance sociale pour les retraites couvre les travailleurs qataris du secteur public, de certains secteurs privés et ceux qui travaillent dans un des pays du Golf Cooperation Countries. Son financement repose sur les cotisations salariales, 5%, et patronales, 10%, ainsi que la subvention de l'Etat. L'âge légal de départ à la retraite est de 60 ans pour les hommes et 55 pour les femmes avec une possibilité de retraite anticipée respectivement à 45 et 40 ans.

Le montant de la prestation de retraite varie de 75 à 100% du revenu total de l'assuré avec une réduction de 2 à 2.5% en cas de retraite anticipée. Afin que l'assuré puisse percevoir cette prestation, il faut qu'il ait atteint l'âge légal et remplit une certaine durée de cotisations.

Une pension d'invalidité est versée lorsque l'assuré n'a pas encore l'âge légal à la retraite alors qu'il est atteint d'une incapacité totale. Lors du décès d'un assuré, une pension sera versée aux survivants qui peuvent être le veuf ou la veuve, les enfants, les parents et les frères et sœurs.

Section 2 : Les études comparatives de la Sécurité Sociale

Le benchmarking consiste à s'inspirer et à tirer le meilleur des modes de fonctionnement réutilisables par l'entreprise ou organisme commanditaire du benchmark. Et comme il a été constaté dans la section précédente, le système de sécurité sociale diffère selon la situation politique et économique de chaque pays. Aussi, est-il bénéfique pour Madagascar de tirer profit des atouts des autres pays afin de développer au mieux son système de sécurité sociale. Danemark figure parmi les pays à proposer les meilleures prestations.

I. La structure et l'organisation

La gestion de la sécurité sociale est conférée aux institutions publiques et dans la majorité, les Caisses de Sécurité Sociale sont sous la tutelle des Ministères en charge de l'emploi, de la santé, des finances et de la protection sociale. Certains pays possèdent plusieurs autres institutions pour la gestion de chaque type de prestation fournie.

II. Le financement

Les sources de financement en matière de sécurité sociale diffèrent d'un pays à un autre, et sont constituées principalement par les cotisations salariales et patronales. Dans les pays dont le montant de prestation est élevé, la contribution publique est très remarquable car l'Etat subventionne ou finance certaines assurances grâce à l'impôt. Au Danemark, plus de la moitié des prestations sont financées par l'impôt. Les cotisations du régime général varient des pays pauvres aux pays développés. La part salariale peut ainsi se situer entre 1% et 26% contre 8% et 46% pour la part patronale. Exceptionnellement, la contribution des travailleurs est facultative surtout dans les pays nordiques. Compte tenu de ces fourchettes de cotisations, les taux applicables à Madagascar sont parmi les plus faibles.

III. Les prestations

Bien que Madagascar n'ait pas encore ratifié la Convention 102 de l'OIT, l'organisme de Sécurité sociale couvre la majeure partie des branches définies. Les assurances chômage et maladie ne sont pas prises en charge comme dans la majeure partie des pays africains. Toutefois, certaines des prestations déjà couvertes peuvent être améliorées si l'on se réfère à celles de certains pays.

En général, l'âge légal de départ à la retraite est aux alentours de 60ans. Au Qatar, elle peut être anticipée à 40ans et dans les pays nordiques peut être reculée à 75 ans.

En Chine, la possibilité de jouissance d'une pension complète au-delà de l'âge de départ à la retraite est conditionnée par le versement du restant requis de la totalité des cotisations exigée.

Quant au Danemark, un des pays qui offre les meilleures prestations aux personnes âgées, outre les pensions de vieillesse et complémentaires, les retraités peuvent prétendre à plusieurs allocations supplémentaires. Et en

matière d'assurance maternité, les deux parents peuvent bénéficier d'indemnités journalières.

IV. La couverture

L'existence de plusieurs régimes définit l'étendue de la couverture de la sécurité sociale du pays. Globalement, le régime général concerne principalement les travailleurs salariés du secteur public et privé, le régime agricole pour les ruraux. Toutefois, le régime de type universel institué dans les pays nordiques est classé le meilleur étant donné que la totalité de la population est couverte sous condition de résidence.

A Madagascar, les prestations sont servies sous les régimes général et agricole. Actuellement, une étude, initiée par la CNaPS, sur l'extension des régimes aux travailleurs indépendants est en cours.

Les pays du groupe BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) ont adopté des mesures pour étendre la couverture de la sécurité sociale aux groupes vulnérables et souvent exclus des régimes de protection sociale. En Inde, par exemple, les gens de maison ne sont pas reconnus par la législation comme des travailleurs nonobstant leur effectif par rapport au travailleur actif.

PARTIE II : LE SYSTEME MALAGASY DE LA SECURITE SOCIALE

TITRE I : GENERALITES

Le système malgache de protection sociale est essentiellement composé par un régime d'assurance sociale, assuré par deux structures nationales étatiques : le régime de pension de retraite des fonctionnaires et assimilés géré par le Ministère chargé des finances et du budget d'une part, et le régime de prévoyance sociale géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNaPS) au profit des travailleurs du secteur privé et du personnel de l'État relevant du Code du travail d'autre part.

Aussi bien la CNaPS que le Ministère chargé des finances et du budget fournissent des prestations de sécurité sociale identiques. Il s'agit des prestations familiales, des prestations de maternité, de la pension d'invalidité, des prestations d'accidents du travail et des maladies professionnelles, de la pension de retraite ou de réversion, de la prestation en cas de décès.

Au-delà de ces prestations, l'action sanitaire et sociale est une prestation qui est intégrée dans le droit de la sécurité sociale gérée par la CNaPS.

Au travers des circonstances passées qui ont marqué l'histoire de la sécurité sociale malgache, le système national de protection sociale comprend aussi, en plus de ces institutions publiques, un système privé géré par les compagnies d'assurance et certaines banques, le régime des mutuelles présentes dans les administrations publiques, parapubliques et les sociétés privées, ou encore récemment les fonds de pension.

CHAPITRE I : LES SYSTEMES LEGAUX OBLIGATOIRES

Le droit international considère l'obligation d'affiliation à un système national de sécurité sociale comme la règle, et le caractère facultatif comme une exception admise à titre subsidiaire.

Section 1 : Les institutions étatiques

Un bref aperçu de ces institutions a déjà été traité dans la première partie et seront étudiés en détail dans cette section.

I. La Caisse de Retraite Civile et Militaire (CRCM)

Cette caisse fonctionne suivant le décret n° 62-144 du 21 mars 1962. Elle est en charge des agents encadrés de l'Etat ou fonctionnaires. Les taux de cotisation sont de vingt pour cent (20%) dont quatre pour cent (4%) à la charge de l'agent et seize pour cent (16%) à la charge de l'Etat.

Les prestations servies par la CRCM comprennent :

1) *La pension de l'Agent*[8]

Tout personnel encadré et militaire de toutes armes sont les bénéficiaires de cette prestation.

La condition d'obtention du fonctionnaire civil est de 25 ans de services effectifs sans condition d'âge pour la pension d'ancienneté et 15 ans de services effectifs sans condition d'âge également pour la pension proportionnelle.

Concernant les Militaires, la condition d'obtention des officiers est de 25 ans de services civils et militaires effectifs sans condition d'âge pour la pension d'ancienneté et au moins 15 ans de services civils et militaires effectifs et moins de 15 ans de service et placés en position de réforme pour santé pour la pension proportionnelle.

[8] cf. Art.2 Décret n° 62-144 du 21/03/62, modifié par l'art 1 Décret n° 89-094 du 12/04/89

Tandis que celle des sous-officiers est d'au moins 20 ans de services civils et militaires effectifs sans condition d'âge pour la pension d'ancienneté et au moins 15 ans de services civils et militaires effectifs, moins de 15 ans de service et placés en position de réforme pour santé pour la pension proportionnelle.

En ce qui concerne les militaires sous contrat, ils bénéficient de la pension d'ancienneté dans le cas où ils ont effectué au moins 15 ans de services effectifs et moins de 15 ans de service et placés en position de réforme pour santé.

Pour la pension proportionnelle des officiers et sous-officiers obligés de cesser à son service pour cause de santé, la condition d'obtention est d'au moins 15 ans de service et de service militaire.

2) ***La pension de veuvage et d'orphelin***[9]

Les bénéficiaires de la pension de veuvage sont les veufs ou veuves ainsi que l'enfant légitime.

Les conditions d'obtention sont selon le cas :

- pour le veuf ou la veuve légitime :
    - marié(e) officiellement ;
    - non séparé(e) de corps et non divorcé ;

- pour le veuf ou la veuve divorcé(e) :
    - divorcé aux torts exclusifs de l'agent décédé ;
    - non remarié(e) avant le décès de l'agent décédé ;

- pour l'enfant légitime : enfant né pendant le mariage et inscrit officiellement comme enfant sur l'acte de naissance ;

- pour l'enfant naturel reconnu : enfant adultérin, puisque né hors mariage, mais reconnu par l'agent décédé. Il y a nécessité de l'autorisation écrite de la femme légitime de l'agent décédé ;

[9] Décret n° 62-144 du 29/03/62 et Décret n° 89 – 094 du 12/04/1989

- pour l'enfant adopté judiciairement : l'agent a adopté l'enfant par acte judiciaire. Il y a nécessité de l'autorisation écrite de la femme légitime de l'agent décédé.

3) *La pension d'ascendant*[10]

Le père ou la mère des militaires célibataires décédés en activité n'ayant pas eu d'enfants est le bénéficiaire de cette pension. La condition d'obtention est le fait d'être père de 55 ans d'âge ou mère de 60 ans d'âge.

4) *La rente d'invalidité*[11]

Les bénéficiaires sont les militaires et les civils. Les conditions d'obtention de cette rente sont :

- inaptitude physique résultant du service ou de l'exercice des fonctions ;
- agent décédé en activité, l'invalidité doit résulter du service ou de l'exercice des fonctions ;
- imputabilité décidée par la Commission de Réforme.

5) *Les Pensions alimentaires*

La conjointe divorcée ou non, ainsi que les enfants mineurs âgés de moins de 18 ans sont les bénéficiaires des pensions alimentaires.

6) *Le remboursement de cotisations*[12]

Les bénéficiaires sont toute personne ayant travaillé pour l'Etat et ayant cotisé dans les Caisses de retraites de l'Etat durant le travail, mais ne pouvant pas bénéficier d'une pension de retraite pour ne pas avoir rempli les conditions d'obtention de la pension de retraite (années de service, fonctionnaires stagiaires, etc.) et les ayants droit au remboursement.

7) *Le pécule de réforme*[13]

Les Officiers et sous-officiers de carrière ayant accompli moins de 15 ans de services civils et militaires effectifs qui sont placés en position de réforme

[10] Art 47 Décret n°63-485 du 30/07/63
[11] Art 21 du Décret n° 62-144 du 29/03/62 et Décret n° 89 – 094 du 12/04/1989
[12] Art.46 Décret n°62-144 du 21/13/62 et Décret n°89-094 du 12/04/89
[13] Art.5 Décret n°73-045 du 27/02/73

pour mesure disciplinaire ; les militaires ayant accompli plus de 5 ans de services civils et militaires effectifs ainsi que les militaires placés de réforme pour raison autre que la santé.

8) *Le secours au décès14*

Les bénéficiaires en sont les ayants droit de l'agent décédé en activité (veuf, veuve, orphelins mineurs) et les ayants droit du pensionné décédé. Le secours au décès est supporté par le Budget général.

9) *L'indemnité d'installation de retraite ou IIR.*

Tout fonctionnaire admis à la retraite à compter de la date du 03 Septembre 2003 bénéficie de cette indemnité. L'octroi de cette IIR est soumis à l'une des trois conditions suivantes :

- 25 ans de service effectif au moins sans condition d'âge ;
- 15 ans de service effectif au moins sans condition d'âge ;
- moins de 15 ans de service et être âgé entre 45 et 55 ans.

II. <u>La Caisse de Prévoyance et de Retraite (CPR)</u>

Créée en 1961 suivant le décret 61-642 du 29 novembre 1961, la Caisse de Prévoyance et de Retraite est en charge des agents non-fonctionnaires de l'Etat :

- les Agents appelés à occuper des Emplois normalement dévolus à des fonctionnaires (EFA) ;
- les Agents appelés à occuper des Emplois de Longue Durée (ELD).

La Caisse exerce sa mission dans le domaine de l'assurance vieillesse, de l'accident du travail et de l'allocation familiale.

Le taux de cotisation est de 3% des rémunérations pour la part salariale. La contribution budgétaire qui supporte cette rémunération est le double des cotisations versées par l'agent.

Les prestations allouées aux assujettis de la CPR ainsi qu'à leurs ayants droit sont :

[14] Art.37 de la Loi n° 2003-011 du 03/09/2003

1) *La pension de retraite*[15]

Sont bénéficiaires de la pension de retraite les agents auxiliaires et les agents occupant les emplois EFA et ELD des administrations et services de l'Etat. L'obtention de la pension de retraite est soumise aux conditions ci-après :

- soit 15 ans de service effectifs et 45 ans d'âge ;
- soit 25 ans de services effectifs, sans condition d'âge ;
- soit 55 ans d'âge, sans condition de service.

2) *La rente viagère d'invalidité*[16]

Ont droit à la rente d'invalidité, les assujettis de la Caisse, licenciés postérieurement au 1 janvier 1958 pour incapacité permanente de travail des deux tiers aux moins.

3) *La rente viagère de solidarité*[17]

La rente viagère de solidarité est une rente ajoutée à la pension de retraite et à la rente d'invalidité pour les services antérieurs au 1 janvier 1958.

4) *Les pensions de veuves et d'orphelins*[18]

En cas de décès de l'agent, ou après avoir dû cesser son activité pour inaptitude physique mais sans avoir atteint la condition d'âge, les veufs(ves) et les orphelins peuvent obtenir à titre gracieux la réversion d'une rente de solidarité et le cas échéant, les prestations familiales.

Sont bénéficiaires des pensions de veuves et d'orphelins :

- les veufs et les veuves et orphelins légitimes ;
- les ex-conjoints(es) divorcés aux torts exclusifs de l'agent décédé non remarié ;
- les enfants naturels reconnus ;
- les enfants adoptés judiciairement ;
- les enfants nés hors mariage dont la reconnaissance a été faite avec consentement écrit de l'épouse légitime.

---

[15] Art 1 décret n°65-430 du 03/06/1965 – décret 95 – 155 du 21/02/95
[16] Art 15 au 17 décret 61-642
[17] Art 18 au 25 décret 61-642
[18] Art 27 et 28 décret n° 95-155 du 21/02/95

5) *Le secours au décès*[19]

En cas de décès d'un agent survenu pendant son activité dont le solde a été supporté par le Budget général, ou d'une pensionnée : le secours au décès est attribué à ses ayants droit (veufs, veuves, orphelins mineurs).

6) *Le remboursement des cotisations*[20]

Le remboursement des cotisations est attribué :

- à l'agent n'ayant pas rempli les conditions d'obtention de pension ;
- aux ayants droit des agents n'ayant pas rempli les conditions nécessaires pour l'obtention d'une pension.

7) *Les allocations familiales*[21]

Ont droit aux allocations familiales, les enfants à charge des titulaires de l'allocation viagère et les orphelins bénéficiaires d'une pension temporaire.

8) *Les rentes d'accident du travail*[22]

Selon l'article 11 de la loi 94-025 : l'Administration est tenue sous réserve de faute personnelle détachable du service, de réparer le préjudice subi par l'agent sous forme d'une indemnité définitive et irrévocable en cas d'accident survenu à l'agent non encadré de l'Etat. Sont bénéficiaires des prestations :

- les agents affiliés à la Caisse ;
- les ayants droit des agents décédés.

III. L'assurance maladie des fonctionnaires et des agents non encadrés de l'Etat

L'assurance maladie des Fonctionnaires et des agents non encadrés de l'Etat est assurée par L'Etat lui-même suivant le Décret n° 94/077 du 25/01/94 portant le régime des soins médicaux, d'hospitalisation, d'évacuation sanitaire des fonctionnaires et des agents non encadrés de

[19] Art 33 décret n°61-642 du 29/11/61 et art 33 du décret n° 95-155 du 21/02/1995
[20] Décret n° 95-155 du 21/02/1995
[21] Art 31au 32 décret 61-642
[22] Art 11 de la loi N° Loi n°94-025 du 11 octobre 1994

l'Etat ; et le Circulaire n° 0377-MFB/SG/DGD2/DF2 du 19/04/94 portant modalités d'application du régime d'hospitalisation et des soins médicaux du personnel civil de l'Etat.

Sont adhérents à ce régime :

- les fonctionnaires et les agents non encadrés de l'Etat (EFA et ELD) en activité leur conjoint ainsi que leurs enfants ayant moins de 21 ans ;
- les retraités titulaires d'une pension au titre de la CRCM et de la CPR, leur conjoint et leurs enfants mineurs âgés de moins de 21 ans ;
- les veufs, veuves, et orphelins mineurs des retraités anticipés.

Le régime supporte et rembourse les frais occasionnés par l'hospitalisation et les traitements externes relatifs à la maladie.

Pour les retraités et leurs ayants droit, le régime rembourse les frais sous certaines conditions :

- les retraités et les membres de leur famille doivent résider sur le territoire national ;
- les soins et traitements sont assurés soit par un établissement public à lits payants, soit par une formation sanitaire agréée par l'Etat.

Section 2 : Le régime des travailleurs du secteur privé

La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale ou CNaPS

La Caisse a été créée le 01 Avril 1956 sous la dénomination de Caisse de Compensation des Prestations Familiales ou C.C.P.F. Elle gérait uniquement les Prestations Familiales. En 1958, l'Etablissement a pris le nom de Caisse des Prestations Familiales ou C.P.F. Ensuite, elle s'est élargie et est devenue la Caisse Nationale d'Allocations Familiales et d'Accidents du Travail ou CNAFAT. En plus des prestations familiales, la Caisse a pris en charge le régime des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles à compter du 01 Janvier 1963.

Le Code des Allocations Familiales et des Accidents du Travail comportant trois livres fut institué par le Décret N° 63-124 du 22 Février 1963 :

- Livre I : Organisation de la Caisse ;
- Livre II : Prestations Familiales ;
- Livre III : Accidents de travail.

La Caisse devient Caisse Nationale de Prévoyance Sociale ou CNaPS par la loi n°68-023 du 17 Décembre 1968. En plus des deux régimes existants, elle gère également celui des Pensions de retraite à compter du 1er Janvier 1969.

Le Code des Allocations Familiales et des Accidents du Travail fut complété par le livre IV sur la retraite et devient le Code de Prévoyance Sociale suivant le décret n°69-145 du 08 Avril 1969.

La CNaPS est un Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC). Elle est placée sous la tutelle conjointe du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales et du Ministère des Finances et du Budget.

Le fonctionnement de la Caisse se résume par les trois points suivants : l'encaissement et le recouvrement des cotisations, l'assurance des services de prestations sociales et le contrôle de l'application des dispositions relatives à la prévoyance sociale. La CNaPS est gouvernée par un Conseil d'Administration dont les membres sont nommés par arrêté ministériel. Ce conseil comprend des représentants de l'administration, des travailleurs et des employeurs. Le Directeur Général et l'Agent Comptable qui gèrent la Caisse sont nommés par décret, sur proposition du Ministre du Travail et des Lois Sociales et après avis du Conseil d'Administration.

La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale a pour mission de contribuer à la réalisation de la politique de l'Etat principalement en faveur des travailleurs du secteur privé. Elle vise également à appliquer la réglementation en vigueur en matière de prévoyance sociale. Enfin, elle entreprend des actions sanitaires et sociales.

Les assujettis sont composés par les employeurs définis par l'article 3 du code du travail et par les travailleurs et assimilés. Ces derniers comprennent : les travailleurs régis par le code du travail ; les marins régis par le code maritime ; les pasteurs et les catéchistes ; les PDG des Sociétés Anonymes ; les gérants associés minoritaires de sociétés à responsabilité limitée ; les chauffeurs de taxi non-propriétaires ainsi que les patrons et équipages des boutres et goélettes.

Les branches gérées par la Caisse sont énumérées ci-dessous.

1) ***Les Prestations Familiales :***

- les allocations prénatales ;
- les allocations de maternité ;
- les allocations familiales ;
- le remboursement des frais médicaux d'accouchement ;
- l'indemnité de demi-salaire des femmes salariées en couche.

2) ***Les Accidents de Travail et les Maladies Professionnelles :***

- l'indemnité journalière ;
- les frais médicaux ;
- la rente.

3) ***La Pension de retraite :***

- les pensions de retraites privées ;
- l'assurance vieillesse ;
- la retraite complémentaire ;
- le remboursement des cotisations.

II. <u>Le Service Médical du Travail</u>

La prise en charge des responsabilités au niveau de la santé relève du Service Médical du Travail**.** En vertu du décret 2003/1162 du 17 décembre 2003 portant sur l'organisation de la médecine d'entreprise, tout établissement public ou privé employant des salariés est tenu d'assurer à ses travailleurs et aux membres de leurs familles un minimum de services médicaux. Tous les employeurs ont l'obligation d'adhérer à ces services de médecine d'entreprise.

Les services sont normalement assurés par des Services Médicaux Inter-Entreprises (SMIE) ou par des Services Médicaux Autonomes d'Entreprise lorsqu'une entreprise possède les ressources requises (SMAE).

Le Service Médical du Travail est administré par un Conseil de Gestion composé de représentants des Employeurs et des Travailleurs ainsi que des représentants de l'Etat dont le nombre des membres dépend du nombre des travailleurs affiliés.

Les ressources en sont constituées par des cotisations ; le taux minimum est fixé par l'Etat à six pour cent (6%) dont un pour cent (1%) à la charge des Travailleurs et cinq pour cent (5%) à la charge des Employeurs. Les cotisations sont assises sur l'ensemble des salaires et accessoires de salaire, tels que ceux-ci sont déterminés par le Code de Prévoyance Sociale. Ce taux est donné à titre indicatif. Il appartient à chaque organisme de le fixer selon sa gestion financière.

Les prestations servies comprennent :

- pour les travailleurs et les membres de leur famille :
  - soins (art 5 du décret 2003/1162) ;
  - soins préventifs (art 5 du décret 2003/1162) ;
  - évacuations sanitaires (art 5 du décret 2003/1162) ;
- pour les travailleurs uniquement :
  - visites médicales systématiques (art 7-8-9 du décret 2003/ 1162) ;
  - alimentation des travailleurs soignés sur place (art 6 du décret 2003/1162) ;
  - éducation en matière d'Hygiène et de Sécurité au Travail (art 5 du décret 2003/1162) ;
  - formation des secouristes (art 5 du décret 2003/1162) ;
  - visites d'entreprise (art 5 du décret 2003/1162).

CHAPITRE II : LES COMPLEMENTAIRES FACULTATIFS

Depuis la création du régime de retraite, les législateurs ont pensé à un développement du service pour améliorer le bien-être des membres qui ont atteint l'âge de la retraite, et ont conçu dans ce sens une autre prestation complémentaire pour ces derniers.

Pour pallier à la modicité des régimes d'assurances sociales obligatoires destinés à assurer des minima sociaux dits de base, des régimes complémentaires volontaires ont été institués. Cette prévoyance complémentaire couvre d'une part les risques sociaux » lourds » (coût élevé à fréquence faible : décès, incapacité, invalidité), et d'autre part les risques à faible coût et à fréquence élevée (frais médicaux).

Section 1 : Les organismes intervenant dans le système complémentaire facultatif

Les organismes publics de sécurité sociale interviennent aux côtés des organismes complémentaires pour assurer les régimes complémentaires. A cet égard, l'on peut distinguer :

- les sociétés d'assurance ;
- les banques ;
- les institutions de prévoyance ;
- les mutuelles.

La libéralisation économique a incité l'institution d'autres organismes au fil du temps. Outre les sociétés d'assurance, sont venues s'ajouter, les mutuelles de santé qui ont « accompagné » la prolifération des agences de micro-finances ainsi que les fonds de pension.

Pour une meilleure clarté, une distinction propre des régimes gérés par ces différentes institutions par rapport aux organismes publics de sécurité sociale est intéressante.

Section 2 : L'analyse comparée des modes de financement des organismes publics et des organismes privés

L'organisation respective des régimes complémentaires des deux « types » d'organismes est caractérisée par le modèle « bismarckien » fondé sur les assurances sociales financées par des cotisations sociales.

Quel que soit le montant des cotisations, les différences dans leur système de financement selon qu'il s'agisse d'un système de répartition ou de capitalisation sont observées pleinement.

Section 3 : Les modes de gestion et de délivrance des prestations différenciées

Les responsabilités en matière de gestion des prestations varient d'un organisme à un autre, marquant ainsi le régime dominant de sécurité sociale dans lequel il s'inscrit. Les Caisses publiques de sécurité sociale ont la charge du régime légal obligatoire des retraites, tandis que les organismes privés œuvrant dans le domaine se partagent la gestion et le versement des prestations complémentaires de retraites.

Il est toutefois utile de préciser que la Caisse publique gère également des régimes complémentaires. A cet égard, l'on mentionnera le régime complémentaire facultatif géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale.

La réglementation de ce régime est inscrite sur le même livre que le régime de base et regroupant les mêmes prestations que le régime d'assurance-vieillesse obligatoire.

L'adhésion nécessite un accord préalable entre l'employeur et les salariés occupés à cette date. Cet accord doit concerner la majorité des salariés, soit la moitié plus un travailleur.

L'inscription à la retraite complémentaire est soumise préalablement à celle de la retraite de base. L'approbation à ce régime induit au paiement de cotisation dont 3,5% pour l'employeur et de 1% pour le travailleur.

Le montant des prestations de retraite complémentaire est égal à 1% du salaire moyen pour chaque période de 12 mois de cotisations avec un maximum de 30% de ce salaire moyen.

Par ailleurs, dans le cadre du régime complémentaire, il est à noter que le régime facultatif couvre également des risques qui ne sont pas pris en charge par les Caisses de sécurité sociale publiques. L'on citera, entre autres, les risques maladie et santé, le risque invalidité, le risque décès, etc.

Les entreprises d'assurances peuvent accomplir des opérations d'assurance ayant vocation à servir aussi bien des assurances de biens et de responsabilité que des assurances de personnes. L'adhésion à ces entreprises d'assurance est facultative.

À Madagascar, elles sont régies par la loi n°99-013 du 02 août 1999 portant code des assurances. Il existe deux formes d'entreprises d'assurances :

- société d'assurance sous la forme d'une société anonyme ;
- société d'assurance mutuelle.

D'une part, les sociétés d'assurance sous la forme d'une société anonyme sont des sociétés ayant un but lucratif. Elles sont soumises à des conditions de formalité. Dans la pratique, elles offrent une très large gamme de produits d'assurance, ayant pour objet de couvrir la quasi-totalité des risques.

D'autre part, contrairement aux sociétés d'assurances sous la forme d'une société anonyme, les sociétés d'assurance mutuelles sont des sociétés non commerciales n'ayant pas vocation à réaliser des bénéfices.

Lors de la souscription, la première obligation de l'assuré est de déclarer auprès des entreprises d'assurances la nature des risques à couvrir. Il doit ainsi payer les cotisations ou les primes d'assurance aux dates convenues. Lorsque les risques se réalisent, l'assureur doit payer dans le délai convenu les prestations fixées par le contrat et ne peut en aucun cas être tenu au-delà.

Le Fonds de pension ou fonds d'investissement a pour vocation de gérer un régime de retraite par capitalisation[23].

Le fonds de pension a été institué à Madagascar en 2005 par la loi 2005-007. Il est soumis à l'agrément délivré par une commission de contrôle. Il reçoit les placements des versements émanant des personnes physiques ou

[23] http ://www.banque-info.com/lexique-bancaire/f/fonds-de-pension

morales, salariés ou non-salariés. Ses activités s'inscrivent dans le cadre de la gestion de fonds de pension. Etant donné qu'il est basé sur un système par capitalisation, les adhérents cotisent volontairement pour financer leurs propres prestations de retraite. Lorsqu'ils atteignent leur âge légal de retraite, ils perçoivent ces prestations sous forme de rente viagère ou d'un capital.

Pour les salariés, ce Fonds de pension constitue un régime de retraite complémentaire tandis que pour les non-salariés, c'est un système de base facultatif.

Ce Fonds de pension complète le régime légal obligatoire. Il ne peut s'y substituer. Ceci résulte de l'article 5 de la loi suscitée qui prévoit que l'adhésion individuelle d'un salarié à ce système est soumise à la condition préalable d'affiliation au régime légal de base dont la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale pour les salariés du secteur privé et la Caisse de Retraite Civile et Militaire pour les fonctionnaires ou la Caisse de Prévoyance de Retraite pour les agents non encadrés de l'Etat.

Certaines institutions bancaires aussi proposent des produits dont le but est de maintenir l'équilibre financier en cas de survenance des risques sociaux comme le décès ou un accident de circulation.

TITRE II : LE REGIME DES TRAVAILLEURS SALARIES DU SECTEUR PRIVE

CHAPITRE I : L'ORGANISATION

Section 1 : L'organisation administrative

La sécurité sociale destinée aux travailleurs du secteur privé à Madagascar est gérée par une seule institution de sécurité sociale dénommée Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNaPS). Ce système est organisé selon un système de gestion autonome, qui cherche à considérer les intérêts de l'ensemble des principales parties prenantes à savoir le gouvernement, les employeurs, les travailleurs et les bénéficiaires. Son administration peut être divisée en trois parties : le conseil d'administration, les services et la tutelle.

I. Le Conseil d'Administration

1) *Généralités*

C'est un organisme paritaire composé à la fois des représentants de **l'Etat**, des **employeurs** et des **travailleurs**. Le concept du tripartisme de ce conseil prévient contre l'unilatéralité des prises de décisions de l'Etat et recherche l'intégration à la prise de décision des principaux intéressés, que sont les salariés, ainsi que la participation des employeurs, premiers bénéficiaires du travail des salariés.

Cette parité du conseil en trois groupes est nécessaire pour éclaircir au mieux les zones d'ambiguïtés, afin d'éviter les conflits d'intérêts de l'une ou de l'autre partie, et de rassembler des idées tous azimuts, pour en adopter une proposition consensuelle, et permettre ainsi de régler, par ses délibérations ou par ses commissions les affaires de la Caisse.

2) *La nomination et l'éligibilité*

Le processus de sélection des membres devrait assurer l'aptitude et la compétence des membres du Conseil. De même, la durée du mandat, ainsi que le renouvellement des membres du conseil doivent être claires et bien définies afin d'éviter d'éventuels conflits.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour **trois ans**, par **arrêté** du ministre de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales.

Afin de garder l'équité entre chaque groupe de représentants, le Conseil est présidé par rotation annuelle entre ces représentants.

Pour être éligible, les représentants des employeurs et des travailleurs doivent satisfaire aux conditions exigées par l'article 6[24] du Code du Travail pour les membres chargés de l'administration ou de la direction d'un syndicat professionnel.

3) *La composition*

Une représentation équilibrée entre les parties est de rigueur pour maintenir la stabilité entre les parties au niveau du conseil d'administration. Suivant le décret n°2010/0961 du 30 novembre 2011, ce dernier est composé de 24 membres répartis comme suit :

- huit (08) représentants de l'Etat dont :
    - 4 représentants du Ministre chargé du Travail et des Lois Sociales ;
    - 3 représentants du Ministre des Finances et du Budget ;
    - 1 représentant de la Primature ;
- huit (08) représentants des Employeurs ;
- huit (08) représentants des Travailleurs.

4) *Les missions*

Le Conseil d'Administration est responsable aussi bien de leurs actes que de l'absence d'action de leur part. Les membres doivent rendre des comptes

[24] **Article 6.-** Les contrats de travail sont passés librement sous réserve du respect des dispositions d'ordre public. Ils sont soumis aux règles de droit commun, notamment, le consentement des parties, la capacité de contracter, un objet certain et une cause licite.
Il est constaté, au moment de l'embauche, par un écrit précisant au moins la fonction, la catégorie professionnelle, l'indice minimum de classification, le salaire du travailleur et la date d'effet du contrat. Il est rédigé en malgache ou en français. Il est établi en double exemplaire : le premier étant tenu par l'employeur tandis que le second doit être remis immédiatement au travailleur après signature des deux parties. En l'absence de contrat par écrit, l'existence du contrat de travail peut être prouvée par tous les moyens. Le contrat de travail est exempt de tout droit de timbre et d'enregistrement.

en matière de réalisation du mandat et de l'institution, ainsi que de sa gestion prudente, efficace et équitable. Pour cela, tout ce qui est jugé nécessaire pour une intervention peut être effectué en commun accord entre les parties composant le Conseil. De ce fait, ils :

- émettent des vœux et propositions sur les modifications qui lui parait souhaitable d'apporter aux dispositions du code de la prévoyance social ;
- proposent la nomination du directeur et de l'agent comptable ;
- entendent les délégués des Ministres de tutelle, du directeur, de l'agent comptable, ainsi que du directeur du Contrôle financier ou de son représentant ;
- statuent sur le budget annuel ;
- gèrent le patrimoine de la Caisse ;
- délibèrent sur l'acceptation des dons et legs ;
- délibèrent sur le règlement intérieur ;
- délibèrent sur le rapport annuel du directeur et du compte annuel de l'agent comptable.

5) *Le mandatement, le remplacement et la démission*

Chaque membre doit comprendre et connaître l'administration de la sécurité sociale, ainsi que tous les sujets débattus durant des réunions pour pouvoir participer activement aux discussions et à la prise de décision du conseil d'administration. Ainsi, les membres qui n'assistent pas à deux sessions consécutives sans motif valable sont déclarés démissionnaires d'office. Cependant, les administrateurs peuvent donner procuration à un représentant du même collège, sans que chaque représentant ne puisse détenir plus d'une seule procuration afin de garder l'équilibre entre chaque partie et d'éviter la détention de plusieurs voix par un seul membre.

Toujours dans le souci de l'équilibre entre les parties, le remplacement d'un membre du conseil d'administration est effectué dans un délai maximum de deux mois lorsqu'une vacance est constatée par suite de départ, décès, démission ou déchéance lorsqu'un membre perd la qualité qui avait motivé sa désignation. En outre, le mandat des membres remplaçants s'achève avec celui du mandat du Conseil.

6) *Les rémunérations, les compensations et le remboursement*

Par son statut d'organe délibérant qui représente des entités morales, les fonctions de membre du conseil d'administration sont gratuites et

incompatibles avec tout emploi rémunéré par la Caisse, pour éviter tout risque de conflit d'intérêts.

Par ailleurs, étant représenté soit de groupements d'employeurs, soit de travailleurs, soit tout simplement de l'Etat, par l'intermédiaire des ministères de tutelle, la formation de ce collège leur confère d'être une autorité supérieure, les plaçant au plus haut sommet de la hiérarchie.

Cependant, des frais de déplacement sont alloués aux membres résidant hors du lieu du Siège, dans les conditions prévues aux fonctionnaires chefs de famille appartenant au groupe I.

Toutefois, une indemnité peut être allouée exceptionnellement à un membre par le conseil d'administration pour compensation des pertes subies dans le cadre d'assistance aux travaux du Conseil.

7) ***Les obligations des employeurs aux travailleurs salariés membres du conseil d'administration***

Dans le principe de solidarité et de représentation au sein du Conseil, une compréhension et un respect mutuel entre salariés et employeurs doivent être maintenus. Les employeurs sont ainsi tenus de laisser le temps nécessaire à leurs salariés administrateurs de participer aux réunions du conseil ou de ses commissions, et ne peuvent rompre le contrat de louage de services sous prétexte de la suspension de travail, à peine de dommages et intérêts au profit du salarié, conformément aux dispositions de l'article 31 du Code du Travail.

8) ***La nomination des commissions paritaires***

Les membres du Conseil étant composé d'individus de toutes catégories et de disciplines diverses, la composition d'un sous-groupe spécialisé dans un domaine déterminé permet l'étude en profondeur de sujets déterminés.

Par ailleurs, chaque membre du Conseil a sa propre opinion sur les autres membres du collège concernant l'aptitude de chacun à poursuivre une mission déterminée. Ce qui nécessite au Conseil de demander l'avis personnel de chaque membre qui est précieux pour lui permettre de mener à bien sa mission

Le Conseil d'Administration nomme de ce fait, en son sein, au scrutin secret, les membres des commissions paritaires, composées chacun de trois

membres titulaires et de trois membres suppléants. Ces commissions paritaires sont subdivisées en :

- une commission permanente, qui est chargée de l'examen des questions d'ordre général et des demandes de remises de majoration ;
- un comité de gestion pour chaque régime, qui est chargé de suivre le règlement des dossiers et la régularité des paiements effectués, ainsi que les réclamations des prestataires pour décider de la suite à leur donner ;
- une commission de contrôle, qui a la charge de vérifier la comptabilité. Elle examine les comptes annuels de gestion de l'Agent Comptable et présente au Conseil un rapport sur les opérations effectuées au cours de l'année et sur la situation financière en fin d'année. Elle procède au moins une fois par an à une vérification inopinée de la caisse et de la comptabilité.

Ces commissions peuvent être déléguées d'une partie des pouvoirs du conseil d'administration, en matière de gestion administrative, et sollicitées à émettre des avis sur toute question de sa compétence.

9) ***Les réunions du Conseil d'Administration***

Tout ensemble d'individus rassemblés au sein d'une organisation doit nécessairement être coordonné pour œuvrer ensemble vers un même objectif. Il en est de même du Conseil d'Administration qui se réunit par convocation de son président, à laquelle il adresse aux membres une convocation par écrit huit jours à l'avance, mais peut être ramené à trois jours, par décision du président en cas d'urgence. La réunion du Conseil d'Administration peut se tenir :

- en session ordinaire, au moins une fois par trimestre, afin de mieux informer les membres du CA qui agiront en conséquence ;
- en session extraordinaire, soit à l'initiative du président, soit à la demande du tiers au moins de ses membres pour les affaires ayant une importance majeure ou dont le règlement doit se faire le plus rapidement possible.

L'ordre du jour des réunions du Conseil d'Administration est arrêté par le président sur proposition du Directeur Général de la Caisse, mais toute question dont l'inscription est demandée par le tiers au moins des membres du Conseil d'Administration doit figurer obligatoirement à l'ordre du jour de la

prochaine session, et éviter ainsi que des sujets évoqués soit mis de côté jusqu'à ce qu'y surgissent des difficultés.

Les séances du conseil d'administration ou de ses commissions sont assistées de plein droit par l'Inspecteur Général d'Etat et le Directeur du Contrôle Financier, ou leur représentant.

Les délibérations du conseil d'administration ne peuvent être validées que si la moitié des membres qui le composent assiste à la séance. Toutefois, elle est valable, après deux convocations successives à trois jours d'intervalle au moins, sans considération du nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents, et la voix du président l'emporte en cas de partage des voix.

Les délibérations du Conseil d'Administration et des Commissions sont constatées par des procès-verbaux signés par le président de séance, un administrateur désigné à cet effet par le Conseil ou les commissions, et le Directeur Général de la Caisse responsable du secrétariat.

II. Les services

1) *Généralités*

Le statut d'établissement public de la Caisse, qui évolue dans le domaine du service public contraint une séparation entre ses opérations administratives et ses opérations financières. En raison de cela, les services de la Caisse sont placés sous l'autorité du Directeur Général, tandis que les opérations financières et comptables sont effectuées par le Directeur Général et l'Agent Comptable. Par cette séparation des pouvoirs, le maniement des fonds est davantage formalisé, et donc plus sécurisant vis à vis des affiliés et de l'administration.

Exceptionnellement aux autres établissements publics dont le personnel est soumis au Code du travail, les agents de la CNaPS disposent d'un statut particulier défini par le décret 68-354 du 06 Août 1968.

2) *Le Directeur Général de la Caisse*

Le Directeur Général est le premier responsable des activités de la Caisse. Il est le soutien opérationnel du conseil d'administration, dont la principale mission est de faire évoluer la Caisse.

Pour poursuivre ces objectifs, il est tenu de :

- exécuter les délibérations régulièrement approuvées par le Conseil d'Administration ;
- organiser les services administratifs de la Caisse, de recruter et de licencier le personnel, de les nommer aux différents emplois, à l'exception de l'Agent Comptable, selon les besoins du service et dans les limites budgétaires ;
- soumettre auprès du conseil d'administration, au cours de chaque mois de novembre, le projet de budget pour l'année suivante ;
- ordonner le budget de la Caisse en recettes et en dépenses. Pour cela, il exécute les dépenses et poursuit le recouvrement des recettes dans les conditions fixées au chapitre II du titre II du Code de Prévoyance Sociale ;
- représenter la Caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile, par délégation générale du président du Conseil d'Administration ;
- accorder ou de refuser le paiement des prestations sous réserve d'appel devant la commission permanente du Conseil d'Administration ;
- rendre compte de son activité par un rapport annuel qu'il soumet au Conseil d'Administration.

III. La tutelle de la caisse

1) *Généralités*

Selon la Convention n° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale de 1952, la responsabilité ultime de l'administration et la solvabilité des régimes de sécurité sociale incombe à l'État.

Dans ce cadre, il a un rôle clé dans la gouvernance directe des caisses publiques de sécurité sociale auquel cas l'État assume d'une part la responsabilité financière de la sécurité sociale, à travers le ministère chargé des Finances et du Budget, compte tenu des implications financières et économiques, et d'autre part la responsabilité technique, à travers le ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois sociales, considérant les implications sociales en découlant.

La tutelle technique vise à fixer les objectifs assignés à l'organisme de sécurité sociale et, en tant que de besoin, d'en assurer la régulation, en vue d'un fonctionnement normal.

La tutelle financière, quant à elle, a pour objet d'apprécier les opérations de gestion à incidence financière des organismes de sécurité sociale.

2) *La soumission des délibérations*

La délibération du conseil d'administration et de ses commissions doit être communiquée par le Directeur Général de la Caisse aux ministres de tutelle dans les huit jours, sachant qu'il est le premier responsable vis-à-vis de l'administration

Certes, les Ministres de tutelle peuvent approuver ou rejeter les délibérations du conseil d'Administration et de ses commissions. Mais tout rejet doit être motivé, soit par sa divergence à la loi, soit par sa nature à compromettre l'équilibre financier de la Caisse.

Toutefois, les Ministres de tutelle peuvent demander un second examen sur les questions soumises aux délibérations qu'ils n'auront pas approuvées.

Les raisons qui ont motivé le conseil d'administration peuvent ainsi être scrutées par le ministre et l'aider à prendre une décision finale.

Par ailleurs, les délibérations sont considérées comme approuvées si aucune réponse ne parvient dans les quinze jours.

3) *Les privilèges des ministres de tutelle*

Les Ministres de tutelle peuvent, par leur hiérarchie vis-à-vis de la Caisse :

- faire procéder d'office à l'inscription au budget de la Caisse les dépenses nécessaires à son fonctionnement ;

- par arrêté motivé, suspendre le Conseil d'Administration ou révoquer un ou plusieurs de ses membres, en cas de mauvaise gestion ou de carence. Toutefois, un arrêté de suspension nomme un administrateur provisoire, car la révocation d'un administrateur entraîne l'incapacité définitive à ses fonctions.

Section 2 : L'organisation financière (ressources, recouvrement)

1) *Les règles financières et comptables*

La Caisse est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC), dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. De part cette vocation, elle est obligatoirement soumise aux règles de la comptabilité publique suivant l'article 2 du Décret n° 99-335 définissant le statut-type des établissements publics nationaux. Ces règles reposent sur le principe de séparation des ordonnateurs et des comptables et la responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable. De plus, elle est soumise aux dispositions du Décret n° 2005-003 portant règlement général sur la comptabilité de l'exécution budgétaire des organismes publics qui précise, entre autres la tenue de la comptabilité conformément au Plan Comptable Général en vigueur et la soumission au Contrôle de la cours des comptes.

Le Code de Prévoyance Sociale a repris les dispositions de ces textes quant à l'organisation financière et comptable de la Caisse. L'article 46 précise que les opérations financières et comptables sont effectuées par le Directeur Général et l'Agent Comptable. Y sont également repris le rôle du Directeur Général et de l'Agent Comptable ainsi que les responsabilités de l'Agent comptable.

En outre, les termes de l'Article 3 et 4 du Décret n°2004-272 portant approbation du plan comptable Général 2005 (PCG 2005), plan de référence, autorisent les entreprises à apporter des adaptations nécessaires selon leurs spécificités. A cet égard, un plan comptable de la Caisse a été approuvé par le Ministère des Finances et du Budget suivant la décision n°31-MFB/SG/DGT/DCP en date du 10 octobre 2014.

Au demeurant, la loi organique n°2004 – 007 du 26 juillet 2004 sur les lois de finances définit les règles applicables en matière de cadre budgétaire. Ainsi, chaque année un document cadre appelé « budget », relatant les recettes et les dépenses prévues et autorisées, est élaboré. Suivant l'esprit de cette nouvelle loi organique, la Caisse a substitué le budget de moyen par le budget de programme à partir de 2008. Depuis, deux plans quinquennaux, celui de 2008-2012 et celui de 2013-2017, ont été conçus. Ces documents définissent la vision, les stratégies, les objectifs à atteindre ainsi que les budgets prévus.

Dans ce contexte, les règles de gestion régissant la Caisse s'apparentent en général à ceux des pays francophones et plus particulièrement aux membres de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES). En ce sens, le défi majeur des organismes de sécurité sociale est de garantir le paiement des prestations par une liquidité suffisante et la pérennité du système au moyen d'une bonne gouvernance financière.

2) *Les dépenses*

Selon les textes régissant la Caisse, les opérations de dépenses sont soumises aux règles de la comptabilité publique et suivent la procédure d'exécution de dépenses : l'engagement, liquidation, l'ordonnancement avant chaque paiement. L'***engagement*** est l'acte par lequel la Caisse crée ou constate à son encontre une obligation de laquelle résultera une charge dans la limite des autorisations budgétaires. La ***liquidation*** a pour objet de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter le montant de la dépense. Elle est faite au vu des titres établissant les droits acquis aux créanciers. ***L'ordonnancement*** ou ***le mandatement*** est l'acte administratif donnant, conformément aux résultats de la liquidation, l'ordre de payer la dette de l'organisme public. Et le ***paiement*** est l'acte par lequel l'organisme public se libère de sa dette. Les trois premières étapes sont assurées par le Directeur Général, le comptable intervient dans le paiement.

Les charges de la Caisse sont constituées par les dépenses techniques comprenant l'ensemble des charges des trois prestations, les dépenses de fonctionnement qui ne doivent pas dépasser le dix pour cent du montant des cotisations encaissées et les dépenses au fonds d'action sanitaire et sociale telles qu'elles sont définies par le Conseil d'Administration de la Caisse dans le cadre de plans annuels ou pluriannuels.

Figurent également dans le budget annuel de la Caisse, les investissements.

3) *Les ressources*

La situation financière des organismes sociales est directement liée au développement de l'économie surtout celle de l'emploi. En termes de financement, les cotisations sociales constituent la quasi-totalité des ressources financières. Ces dernières sont constituées par les cotisations sociales, les pénalités liées aux infractions sociales, et les transferts de cotisations.

Les **cotisations obligatoires** incluent les contributions patronales ainsi que les cotisations salariales. Le financement des branches prestations familiales et les accidents de travail est assuré par les cotisations de l'employeur tandis que la cotisation pour la branche vieillesse est partagée entre l'employeur et le travailleur.

Le taux de cotisation en vigueur est de 13% et 1% pour le régime général contre 8% et 1% pour le régime agricole, et est fixé forfaitairement pour les gens de maison.

Par ailleurs, selon l'article 38 du CPS, les employeurs sont tenus de verser trimestriellement à l'appui des Déclarations Nominatives des salaires (DNS) le précompte salarial et la part patronal au cours du premier mois qui suit chaque trimestre de l'année civile.

Les cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations dues à chaque travailleur en contrepartie du travail y compris les indemnités représentatives de salaire, les heures supplémentaires, les avantages en nature, les primes et les gratifications diverses.

Toutefois, les rémunérations, bases de calcul de cotisation, ne peuvent être inférieures au Salaire Minimum d'Embauche (SME), et sont plafonnées à huit fois le SME.

Les autres ressources comprennent les produits financiers résultant des activités de placements de fonds et des revenus des immeubles de rapport ainsi que les subventions, dons et legs que la CNaPS pourrait être autorisée à recevoir.

Sur le plan organisationnel, le Directeur Général constate les droits de la Caisse, liquide, ordonnance et met en recouvrement les recettes. **L'**Agent Comptable intervient dans l'encaissement des recettes ou la mise en recouvrement des créances.

Section 3 : Le recouvrement des cotisations

Les cotisations sociales constituent les premières ressources de financements des prestations sociales. Ainsi, leur recouvrement s'avère primordial pour garantir la pérennité de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et pour protéger les droits des travailleurs salariés.

Pour assurer cette mission, la Caisse a érigé un service spécial nommé Service de Recouvrement afin de déclencher la procédure y afférente.

I. Le déclenchement de la procédure de recouvrement :

L'article premier alinéa 2 et 3 du Décret 69-145 du 08 avril 1969 portant sur le Code de Prévoyance Sociale stipule que : « Les employeurs et assimilés(…), sont tenus, sous peine de sanctions judiciaires, de :

- adresser à la Caisse, au cours du premier mois de chaque trimestre civil, un état nominatif des travailleurs employés au cours du trimestre précédent, cet état mentionnant les périodes d'emplois et les salaires versés, ainsi, éventuellement, que les informations nécessaires à l'immatriculation des travailleurs ;

- verser à la Caisse, à l'appui de cet état, leurs propres cotisations et celles des travailleurs, obligation étant faite aux employeurs de retenir les cotisations des travailleurs sur les salaires qu'ils leur versent. »

Ainsi, dans une situation normale, les déclarations nominatives de salaire et le versement des cotisations sociales doivent parvenir à la CNaPS avant la date d'exigibilité à savoir, le dernier jour du mois qui suit le trimestre dû. Toutefois, dans la pratique, cinq situations peuvent se produire :

- la déclaration est établie mais le versement n'a pas été effectué ;

- la déclaration n'est pas fournie mais les cotisations sont versées ;

- la déclaration et le versement de cotisations font défaut ;

- la déclaration et le versement ont été accomplis mais après la date d'exigibilité ;

- les cotisations payées sont insuffisantes.

II. La procédure de recouvrement

Lorsque l'employeur ne réagit pas dans le délai imparti pour régulariser sa situation, le code de prévoyance sociale prévoit deux procédures de recouvrement, à savoir la mise en demeure et la contrainte.

Toutefois, avant d'engager ces procédures, la Caisse favorise le recouvrement à l'amiable dans certains cas.

1) *La procédure précontentieuse*

a. La lettre de relance

La lettre de relance préludera à la mise en demeure. Elle a pour objet de rappeler à l'employeur le montant des sommes dues et les périodes y afférentes. Il importe de préciser que cette procédure n'est pas prévue par le code de prévoyance sociale mais dans la pratique, un délai de huit jours supplémentaires est accordé à l'employeur défaillant pour régulariser sa situation. Si à l'expiration de ce délai, la relance demeure infructueuse, la Caisse procèdera à la mise en demeure.

b. La mise en demeure

La mise en demeure est une invitation impérative adressée au débiteur de régulariser sa situation dans un délai de quinze (15) jours à compter de la réception de sa réception. La notification se fait soit par lettre recommandée avec accusé de réception soit par notification par un agent assermenté de la Caisse. Les mentions obligatoires que doivent contenir la lettre de mise en demeure sont :

- le nom et le matricule du destinataire ;
- la date d'établissement de la mise en demeure ;
- le montant des cotisations principales ;
- les majorations de retard ;
- le délai de régularisation ;
- la signature et le cachet du Directeur Général de la Caisse ou son représentant.

Les créances de la Caisse se prescrivent par quatre ans à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure.

2) *La procédure contentieuse : la contrainte*

Si la mise en demeure reste sans effet dans le délai imparti, une contrainte est éditée à l'encontre du débiteur. Cette contrainte équivaut à un titre exécutoire engendrant les mêmes effets qu'un jugement dès qu'elle est signée par le Directeur Général de la Caisse et visée par le Président du tribunal du travail d'Antananarivo. Elle est signifiée à l'employeur défaillant par voie d'huissier ou notifiée par un agent de contrôle assermenté.

L'employeur dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la contrainte pour former opposition motivée par inscription au greffe du tribunal du travail ou par lettre recommandée adressée au greffe dudit tribunal. En cas d'opposition, la procédure à suivre est celle de la juridiction du travail.

Il est à noter que cette opposition suspend l'exécution de la contrainte.

Si l'employeur n'a pas formé opposition, la contrainte a la même valeur qu'un jugement ayant une force de la chose jugée. Ainsi, la Caisse peut entamer les voies d'exécution.

3) ***La prescription quadriennale***

L'action civile en recouvrement des cotisations sociales ainsi que des majorations de retard dues par un employeur, se prescrit par quatre ans à compter de la mise en demeure en vertu de l'article 11 de l'ordonnance n° 62 078 du 29 septembre 1962.

Conformément à ces dispositions, la Caisse ne peut plus recouvrer les cotisations dues au titre d'une mise en demeure plus de quatre (04) ans après son émission. Il résulte donc que le point de départ du délai ainsi fixé est celui de la réception de la mise en demeure par le cotisant récalcitrant.

La contrainte n'ayant fait l'objet d'une opposition et ayant des effets de jugement définitive, est soumise quant à elle à la prescription trentenaire. Cette prescription est acquise si aucune reconnaissance de dette ne l'a pas interrompue.

Section 4 : Le contrôle des employeurs

Le calcul des cotisations sociales est laissé aux soins des employeurs suivant le taux des cotisations défini par le législateur.

Aussi, est-il normal que la Caisse, chargée du recouvrement des cotisations dispose d'un moyen pour vérifier l'exactitude des informations fournies par l'employeur déclarant. Seul un contrôle efficace peut accéder à déceler les erreurs, négligences ou omissions découlant de la mauvaise foi ou non de l'employeur.

Le principal objectif de la mission de contrôle est donc d'assurer la bonne application de la réglementation relative à la sécurité sociale.

I. La mission de contrôle

La mission de contrôle est confiée aux agents assermentés de la Caisse. Ils sont tenus au secret professionnel.

Le Contrôleur de la Caisse a comme principales fonctions de vérifier et de contrôler :

- l'immatriculation des employeurs et des travailleurs qu'ils emploient ;
- l'exactitude des déclarations d'emploi et de salaires ;
- le paiement des cotisations des employeurs et de celles des travailleurs ;
- l'établissement des droits des allocataires et les règlements des prestations par l'intermédiaire des employeurs.

Afin de réaliser ses missions, le contrôleur de la Caisse dispose de certaines prérogatives.

Ainsi, il a l'aptitude de :

- mentionner, sur le registre de l'employeur, leurs observations et le cas échéant, leurs mises en demeure ;
- recevoir, exceptionnellement, le montant des cotisations dues par l'employeur ;
- relever les infractions au code de prévoyance sociale par des rapports ;
- recueillir toutes déclarations et exiger toutes justifications concernant l'emploi du personnel et les rémunérations versées ;
- procéder à des enquêtes, consignées sur procès-verbal, en cas d'accident du travail ;
- investir les lieux de travail et de visiter les entreprises dans le cadre du contrôle.

II. Les types de contrôle

Après l'établissement du plan de contrôle qui est une phase de préparation, les contrôleurs entament le contrôle proprement dit. Le contrôle se subdivise en trois catégories :

- contrôle par détection ;
- contrôle systématique ;
- contrôle occasionnel suivant la demande des services sédentaires.

1) *Le contrôle par détection*

Au cours d'un contrôle par détection, le contrôleur veille à ce que chaque établissement nouvellement créé, chaque nouvel employeur soient immatriculés à la Caisse dès le début de leurs activités et que chaque travailleur soit affilié dès la date effective de son embauchage. Ainsi, le contrôleur a pour rôle de conseiller et de sensibiliser les employeurs afin que ces derniers honorent leurs obligations sociales et par la même occasion, de prévenir toutes les difficultés relatives aux dispositions de la législation sociale en vigueur.

2) *Le contrôle systématique*

Le contrôle systématique cible les employeurs déjà immatriculés à la CNaPS. Il a pour but de vérifier périodiquement la situation des employeurs.

Le contrôle systématique peut être un contrôle sur place ou un contrôle sur pièces.

Pour que le contrôle soit efficace, il est nécessaire que les contrôleurs fassent une préparation approfondie des informations concernant l'employeur et une exécution rigoureuse du contrôle sur terrain.

Dans ce cas, les contrôleurs vérifient l'assiette des cotisations selon l'article 23 du code de prévoyance sociale. Ceci peut s'opérer par le rapprochement du montant des salaires réellement versés aux travailleurs inscrits sur les documents comptables de l'employeur et le montant des salaires de ces travailleurs déclaré à la CNaPS par le biais de la déclaration nominative des salaires. Si des anomalies sont constatées, les contrôleurs invitent l'employeur à redresser la situation. En cas de réticence de l'employeur, les contrôleurs peuvent demander au service Recouvrement de déclencher la procédure de recouvrement prévue à cet effet.

3) *Le contrôle occasionnel suivant la demande des services sédentaires*

Dans ce cas, les contrôleurs recueillent les informations précises sur la situation d'un employeur ou d'un travailleur selon la requête du service demandeur.

CHAPITRE II : LES PRESTATIONS SOCIALES

Instituée pour répondre aux aspirations légitimes de besoins sociaux des travailleurs du secteur privé, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale gère trois régimes à savoir le régime des prestations familiales, le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles et le régime des risques vieillesses.

Section 1 : Les prestations familiales

I. Définition

Les prestations familiales sont des droits payés à l'allocataire durant la période de grossesse (allocation prénatale), après l'accouchement (allocation de maternité), durant la période de congé de maternité (indemnité journalière) ou jusqu'à l'âge de vingt-et-un (21) ans pour l'enfant (allocations familiales proprement dites), lorsqu'il poursuit encore ses études.

Les prestations ainsi versées ont donc pour objectif essentiel de fournir au travailleur salarié des revenus destinés à compenser les charges supplémentaires et affectant de manière substantielle son niveau, liées à la naissance la naissance d'un enfant au sein de sa famille.

L'organisation financière du régime de compensation de ces prestations familiales est traitée dans le deuxième livre du Code de Prévoyance Sociale.

II. Les conditions générales d'octroi

Le droit aux prestations familiales est ouvert à toutes les personnes actives affiliées à la CNaPS, qui en font la demande appuyée par des pièces justificatives et sous réserve du respect des dispositions des articles 131 – 132 du Code de Prévoyance Sociale à savoir :

1. la qualité du travailleur ;
2. les six mois consécutifs de travail salarié ;
3. l'accomplissement d'un temps de travail mensuel d'une durée au moins égale à 20 jours ou 134 heures pour les salariés du Régime Général et les gens de maison, 18 jours ou 144 heures pour les salariés du Régime Agricole, 100 heures pour les instituteurs et professeurs permanents, 75 heures pour les chargés de cours.

Les catégories de personnes qui peuvent bénéficier des prestations familiales servies par la Caisse sont prévues par l'article 129 du Code de Prévoyance Sociale. Ces prestations couvrent les travailleurs salariés et leur famille.

III. Les différentes prestations familiales

1) *L'Allocation Prénatale*

L'allocation prénatale est une prestation servie par la CNaPS aux personnes qui remplissent les conditions d'obtention de cette allocation au moment du dépôt de leur demande.

Toute femme salariée ou épouse légitime d'un travailleur salarié, étudiante ou épouse légitime d'un étudiant peuvent bénéficier de cette allocation.

Le but ultime est incontestablement de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle. L'aide à la famille incite la future mère à se soumettre aux soins prénataux en vue d'une maternité sans risque. Elle stimule les femmes enceintes à fréquenter et à utiliser les services de Consultation Prénatale (C.P.N.) afin de réaliser au minimum les quatre consultations recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réparties ainsi : une consultation par trimestre et une consultation avant l'accouchement.

Sous réserve notamment de subir au moins une Consultation Prénatale au cours du 3ème ou du 4ème mois de la grossesse chez un médecin, l'allocation prénatale correspond à 9 mensualités d'allocations familiales.

Si la consultation prénatale n'est pas effectuée pendant la date déterminée par la Caisse, la prestation allouée à la mère est réduite de moitié. Enfin, même si elle a déposé le certificat médical mais au-delà du délai d'un mois après la visite, elle perd son droit.

2) *L'Allocation de Maternité*

L'allocation de maternité est une prestation payée par la CNaPS aux femmes qui viennent d'accoucher. L'accouchement doit être assisté et justifié par un médecin ou une sage-femme. La première tranche de l'allocation par enfant né viable est payée à la mère si cette dernière a rempli les conditions demandées, et dans le cas contraire, son droit pour la première tranche est nul.

Au cours du 5ème, 6ème ou 7ème mois du (ou des) nourrisson(s), la mère effectue une visite médicale avec lui (ou avec eux) et fait remplir un certificat médical. En cas de décès de la mère, seuls le ou les enfants effectuent la visite médicale.

La mère qui a bien établi et bien rempli le certificat médical et qui l'a adressé à la Caisse reçoit la deuxième tranche de l'allocation. Elle équivaut à six mensualités du montant moyen mensuel de l'allocation familiale.

Dans le but de responsabiliser la mère de famille qui doit respecter les délais impartis et prévus par le Code de Prévoyance Sociale, la Caisse s'érige pour l'application sans faille des textes en vigueur. Ainsi, la mère perd son droit pour la deuxième tranche si la visite médicale est effectuée au-delà de la date fixée par la Caisse ; et si le certificat médical est déposé au-delà du délai d'un mois après la visite, son droit est nul.

3) *L'Allocation Familiale*

L'allocation familiale est une prestation mensuelle payée aux travailleurs affiliés à la Caisse qui ont des enfants à charge et qui remplissent les conditions requises. Ces travailleurs sont alors dénommés allocataires.

On entend par enfants à charge les enfants dont la filiation avec l'allocataire ou son conjoint est établie par l'état civil, les enfants adoptés, les orphelins auxquels l'allocataire doit nourriture, assistance et soins ; les enfants sous tutelle légale.

Le montant des allocations familiales par enfant, quel que soit le rang reste le même. Et l'âge limite des enfants pouvant bénéficier d'allocations familiales est de 21 ans suivant Arrêté n° 8260/2003 du 22 mai 2003.

L'allocation familiale est aussi octroyée à la personne ayant la charge effective des enfants et ayant adressé auprès de la Caisse une demande avec les pièces justificatives en fonction des cas suivants : parents séparés ou divorcés, allocataire condamné à une peine privative de liberté, allocataire décédé, allocataire malade, allocataire au chômage, étudiants âgés de moins de 30 ans, inscrits dans un établissement d'études supérieures.

Concernant le paiement : les allocations familiales accompagnées d'un bordereau sont envoyées chaque mois par la Caisse à l'employeur. Ce dernier se charge du paiement aux travailleurs qui ont accompli le temps de travail minimum exigé pour le mois concerné. Le bordereau dûment revêtu

des signatures des travailleurs allocataires doit être retourné à la Caisse par les soins de l'employeur.

Les allocations ne sont pas payées indéfiniment à l'allocataire, mais pour pouvoir maintenir son droit, il doit envoyer à la Caisse chaque année avant le 31 décembre, les pièces justificatives en fonction des cas : les enfants de 0 à 13 ans révolus, ceux âgés de 14 à 21 ans, ceux qui sont en apprentissage, jusqu'à leur 18ème année, la fille non mariée de l'allocataire ou de son conjoint vivant sous son toit, qui se consacre exclusivement aux travaux ménagers et à l'éducation de ses frères et sœurs, bénéficiaires d'allocations familiales.

Le travailleur déjà allocataire qui change d'employeur ou qui reprend le travail salarié après une période d'interruption a droit aux allocations familiales dès son embauche. Il doit adresser à la CNaPS les pièces de maintien de droit.

Pour les arriérés d'allocations familiales non perçues, l'allocataire doit établir une lettre de réclamation accompagnée d'un certificat de temps de présence et éventuellement des certificats annuels pour les enfants.

Les allocations familiales peuvent être payées à la personne qui assume la charge et la garde effective des enfants sous réserve de production de pièces justificatives.

4) ***Le remboursement des frais médicaux d'accouchement.***

Le remboursement des frais médicaux d'accouchement est une prestation due à la femme salariée qui remplit les conditions d'octroi des prestations familiales ; les frais médicaux sont remboursés en cas de grossesse interrompue avant terme, à condition qu'une demande d'allocation prénatale ait déjà été déposée à la Caisse

5) ***L'indemnité de demi-salaire ou indemnité journalière (IJ)***

L'indemnité de demi-salaire ou indemnité journalière (IJ) est l'équivalent de salaire au cours du congé de maternité, payée par la Caisse à la femme salariée ayant rempli les conditions d'octroi des prestations familiales. L'article 97 du Code du travail stipule que : "L'employeur est tenu de verser la moitié du salaire qui n'est pas à la charge de la CNaPS. Les femmes enceintes, en vue de leur accouchement ne peuvent pas être employées

pendant une période de huit semaines avant leur accouchement et six semaines après leur délivrance ".

La femme salariée doit établir une demande d'indemnité journalière et effectuer une visite prénatale au cas où elle n'aurait pas fait de demande d'allocation prénatale pour que le médecin ou la sage-femme puisse certifier la date probable d'accouchement. Elle dépose ensuite à la Caisse cette demande, accompagnée du dernier bulletin de paie précédant l'interruption de travail.

Pour le paiement de cette indemnité journalière, la première fraction est payée dès réception de la demande et des pièces justificatives requises. Le calcul porte sur la période allant de la date d'arrêt de travail, dans la limite de 42 jours avant la date probable d'accouchement, jusqu'à 15 jours après cette date. La deuxième fraction est versée dès réception de l'attestation de reprise de travail, établie par l'employeur. La troisième fraction est payée dès réception du certificat médical justifiant que la femme venant d'accoucher doit observer un repos médical supplémentaire, cela dans la limite de 21 jours.

Section 2 : Les accidents du travail et les maladies professionnelles

Le troisième livre du Code de Prévoyance Sociale traite la couverture du risque accidents du travail (AT) et de maladies professionnelles (MP). Cette branche diffère des deux autres branches gérées par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale par son mécanisme de financement. En effet, la cotisation sociale correspondante est supportée par l'employeur et son taux varie en fonction de la nature de l'activité exercée.

I. Définition

1) *L'Accident du travail*

Suivant les dispositions de l'article 167 du CPS « est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à un travailleur :

- par le fait ou à l'occasion du travail ;

- pendant le trajet de sa résidence au lieu du travail et vice versa, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi ;
- pendant les voyages dont les frais sont mis à la charge de l'employeur en vertu de l'article 87 du Code du travail. »

De cette définition, quatre éléments peuvent être retenus, à savoir : la survenance d'un accident, le caractère professionnel, l'accident de trajet et l'accident du travailleur déplacé.

a. La survenance d'un accident

La jurisprudence a longtemps distingué l'accident de la maladie par le caractère de soudaineté. En effet, par opposition à la maladie, l'origine et la date de l'accident sont localisables dans le temps. Toutefois, lorsqu'elle peut être rattachée à un évènement certain, une maladie peut constituer un accident (par exemple : une surdité consécutive à un accident).

L'accident provoque une lésion corporelle. Cette lésion peut être d'ordre physique ou psychique. Peu importe l'origine et la gravité de l'accident (blessures ou décès), un accident n'est retenu que si elle porte atteinte à l'intégrité corporelle.

b. Le caractère professionnel

Suivant la jurisprudence, l'accident n'est pris en charge que si le travailleur salarié se trouvait sous la subordination de l'employeur au moment de sa survenance. Autrement dit, la jurisprudence a caractérisé l'accident du travail en faveur du risque de l'autorité. L'accident survenu au lieu et au temps du travail est présumé être un accident du travail, la victime n'étant tenue que de rapporter la matérialité de l'accident. Cette présomption simple peut être pourtant renversée si l'accident a une origine totalement étrangère au travail ou si elle s'est soustraite à l'autorité de l'employeur au moment où l'accident est survenu.

Lorsque l'accident s'est produit en dehors du lieu ou du temps du travail, la victime est tenue d'établir l'imputabilité de l'accident au travail, sa matérialité et les lésions qui s'en sont suivies. En effet, le salarié doit prouver que l'accident est survenu au moment où il exécutait des tâches que l'employeur lui a confiées.

L'accident survenu à un travailleur en cours de mission est présumé imputable à l'accomplissement du travail sauf si le travailleur a interrompu sa

mission pour une raison d'ordre personnel (Soc, 19 juillet 2001 Société Framatome c. Mme Gicquiaux et autres).

c. L'accident de trajet

Suivant les dispositions de l'article 167 précité, les risques durant le trajet du salarié pour se rendre au travail et pour en revenir sont couverts par la branche accidents du travail sous certaines conditions. Le trajet suppose qu'il y a un point de départ et un point d'arrivée. A une extrémité se trouve le lieu de travail et selon le cas :

- la résidence principale ;
- la résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ;
- le lieu habituel de repas ;
- tout lieu où le travailleur se rend habituellement pour des motifs familiaux.

L'accident n'est pris en charge comme accident de trajet que s'il est survenu à l'extérieur de l'habitation ou à l'extérieur de l'entreprise et ses dépendances.

Concernant la manière dont le salarié a parcouru le trajet, ce dernier ne devait en aucun cas être interrompu ou détourné pour des raisons d'ordre privé. Autrement dit, le trajet doit correspondre au parcours normal et être effectué dans un temps normal.

Toutefois, le détour et l'interruption peuvent être justifiés. En effet, la couverture des risques pendant le trajet demeure si :

- la victime s'est détournée de son parcours habituel pour des motifs inhérents aux nécessités de la vie courante ou à l'emploi ;
- le parcours a été interrompu pour des motifs inhérents aux nécessités de la vie courante ou à l'emploi.

d. L'accident du travailleur déplacé

L'article 87 précité est l'équivalent de l'article 41 de la Loi N° 2003-044 du 28 Juillet 2004 fixant le Code du Travail actuellement en vigueur. Cet article définit le travailleur déplacé comme étant « celui qui, pour l'accomplissement du travail convenu, est appelé à s'installer de manière durable dans un lieu de travail autre que sa résidence habituelle ou à l'extérieur de son pays d'origine. Les frais de déplacement du travailleur et les membres de sa

famille pour rejoindre le lieu du travail et pour en revenir sont à la charge de l'employeur, cette clause étant expressément stipulée dans le contrat du travail.

Le déplacement du travailleur entre dans le cadre d'une activité inhérente à l'exécution du travail, les risques d'accidents durant le voyage sont couverts par la branche accidents du travail.

e. La maladie professionnelle (MP)

Une maladie est reconnue comme maladie professionnelle quand elle figure sur le tableau regroupant la liste des maladies professionnelles. Ce tableau qui énumère limitativement les maladies professionnelles est établi par arrêté du Ministre du travail et des lois sociales pris après avis du comité technique consultatif. Il indique la nature de la maladie, le délai de prise en charge ainsi que les activités susceptibles de provoquer la maladie. A ce jour, quarante-huit maladies sont répertoriées dans le tableau des MP.

La prise en charge d'une maladie par la Caisse est subordonnée à trois conditions :

- l'atteinte d'une des maladies figurant sur le tableau des MP ;
- l'exercice d'une activité figurant sur le tableau ;
- le délai d'incubation prescrit par le tableau.

Une maladie n'est pas prise en charge si elle n'est pas incluse dans le tableau. Toutefois ce dernier n'est pas figé. Les médecins sont tenus de déclarer à la Caisse et aux inspecteurs du travail les maladies ayant à leur avis un caractère professionnel en vue de la révision et de l'extension du tableau.

Dans la pratique, compte tenu de la condition limitative de la prise en charge, les déclarations des MP sont rares.

II. <u>La procédure</u>

L'accident du travail survenu à un travailleur doit être déclaré par l'employeur dans les quarante-huit heures ou en cas de force majeure, à compter du jour où il en a eu connaissance. S'agissant de la maladie professionnelle, le délai de déclaration est de quinze jours à compter de la constatation du caractère professionnel de la maladie. Dans la pratique, les employeurs accompagnent les déclarations avec une lettre expliquant le retard au cas où le délai n'a pas été respecté. Si la déclaration n'a pas été

effectuée par l'employeur, le travailleur victime ou ses ayants droit, en cas de décès, disposent d'un délai d'un an à compter de l'accident pour faire la déclaration.

Il incombe à la CNaPS, après instruction de la déclaration d'accident du travail et de maladie professionnelle (ATMP), de notifier sa décision à la victime ou aux ayants droit et à l'employeur.

Concernant les prescriptions, la prise en charge des ATMP se prescrit par deux ans :

- à compter de la date de l'accident ou de la constatation du caractère professionnel de la maladie ;
- ou de la clôture de l'enquête dans l'hypothèse où une enquête a été instruite ;
- ou de la cessation du versement des indemnités journalières.

III. Les prestations

Les prestations en matière d'AT/MP comprennent le remboursement des frais et les indemnités.

1) *L'indemnité journalière*

L'indemnité journalière est allouée au travailleur victime pendant l'arrêt de travail consécutif à un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Elle est due pendant la période d'incapacité temporaire : le lendemain du jour de l'accident à la veille de la reprise du travail.

Le taux de l'indemnité journalière est égal aux deux tiers du salaire journalier mais un plafond a été fixé par arrêté interministériel.

Dérogeant au principe de l'interruption du travail, l'indemnité journalière est maintenue en cas de reprise d'un travail léger autorisée par le médecin traitant, si cette reprise est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

2) *La rente*

La rente est allouée au travailleur victime d'un ATMP au cas où une incapacité permanente partielle ou totale résulte de l'AT ou la MP. Elle est également allouée aux ayants droit de la victime si l'AT ou la MP a entraîné le décès.

a. La rente de la victime

A compter de la consolidation de la blessure, une rente est ouverte au travailleur victime qui a conservé une incapacité permanente suite à un AT/MP. Cette rente constitue l'indemnisation du préjudice corporel de la victime.

La rente octroyée à la victime tient compte de son taux d'incapacité et de son salaire moyen annuel.

i) Taux d'incapacité

Le taux d'incapacité est proposé par le médecin traitant et fixé par le médecin conseil de la CNaPS suivant le barème indicatif d'invalidité agrée par le Conseil d'Administration de la Caisse.

ii) Salaire moyen annuel

Le salaire servant de base au calcul de la rente est constitué par le salaire des douze mois précédant l'accident. Pour la maladie professionnelle, le salaire retenu pour le calcul est celui au titre de l'emploi exposant le travailleur au risque de la maladie constatée, lorsque ce salaire est supérieur à celui perçu lors de l'arrêt du travail. Un plancher et un plafond du salaire moyen annuel sont fixés pour le calcul de la rente.

La rente est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50% et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50%.

Par exemple :

- pour un taux d'incapacité de 50%, le taux pris en compte dans le calcul de la rente est de 25% (50%/2) ;
- pour un taux d'incapacité de 60%, le taux pris en compte dans le calcul de la rente est de 40% (50%/2) + (10%*1.5)).

Dès la constitution des rentes, la capitalisation des rentes est effectuée. Le capital est obtenu en multipliant la rente avec le coefficient d'âge fixé sur le barème servant à la détermination du capital représentatif des rentes d'ATMP.

La rente est octroyée en fonction du taux d'incapacité de la victime :

- si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10% fixe, la rente est substituée par une indemnité en capital. Il s'agit de rachat total puisque la victime perçoit en une fois la totalité des droits qui lui sont dus au titre de l'indemnisation de l'incapacité permanente ;

- si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10% révisable ou supérieur à 10% révisable ou fixe, une rente est allouée trimestriellement à terme échu à la victime ;

- si le taux d'incapacité permanente est supérieur à 75%, le rentier peut demander à ce que la rente lui soit payée mensuellement ;

- si le taux d'incapacité est de 100%, la rente est payée mensuellement. En outre compte tenu de cette incapacité totale qui oblige le rentier à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré de 40%.

A l'expiration d'un délai de trois ans, le rentier ayant un taux d'incapacité supérieur à 10% peut demander le quart du capital représentatif de la rente dans la portion de celle-ci correspondant à un taux d'incapacité inférieur à 50%.

La rente peut être révisée en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état de la victime. En effet, un contrôle médical est effectué par le médecin conseil en vue d'évaluer l'évolution de l'état du rentier.

Concernant l'incidence de la faute sur la réparation, la faute inexcusable de la part de la victime entraîne une diminution de la rente tandis qu'une faute intentionnelle ne donne droit à aucune réparation.

Si la faute inexcusable incombe par contre à l'employeur, la rente peur être majorée mais une cotisation supplémentaire qui lui est imposée.

En outre, si l'accident est causé par une faute intentionnelle de l'employeur, la Caisse dispose d'une action récursoire en remboursement des sommes payées par elle à la victime.

b. Les rentes des ayants-droit

Le décès de la victime du fait de l'accident ou postérieurement à l'attribution d'une rente ouvre droit à rente aux ayants droit incluant le conjoint, les descendants et les ascendants.

i) La rente du conjoint survivant

Le conjoint survivant non divorcé peut prétendre à une rente viagère de 30% à condition que le mariage ait été contracté avant l'accident. Le conjoint qui se remarie perd le droit à la rente, un capital représentant trois annuités de rentes lui est versé à titre de rachat. Toutefois, la rente est maintenue tant qu'il y a un enfant ouvrant droit lui-même à une rente ; dans ce cas, le rachat n'est effectué qu'à la disparition du droit de l'enfant.

ii) La rente des enfants et descendants

Cette catégorie d'ayants droit comprend les enfants légitimes, les enfants adoptés avant l'accident, les descendants et enfants recueillis et à la charge de la victime.

Une rente de 15% est ouverte pour chacun des deux premiers descendants et enfants et 10% pour les suivants. Elle est portée à 20% pour chaque enfant devenu orphelins de père et de mère suite à l'accident. Si les enfants sont de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée séparément. La rente aux descendants est octroyée jusqu'à la majorité civile.

iii) La rente des ascendants

Une rente de 10% est octroyée à chaque ascendant :

- si celui-ci était à la charge de la victime ;
- si la victime n'a laissé ni conjoint ni descendants.

La totalité des rentes allouées aux ayants droit est limitée à 85%. En cas de dépassement, il faut procéder à la réduction proportionnelle des rentes revenant à chaque ayant droit.

Par ailleurs, les rentes dues au titre des accidents de travail ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente supérieure à 10% subissent une revalorisation proportionnelle à l'augmentation du Salaire Minimum d'Embauche (SME).

c. Le remboursement des frais

Les frais occasionnés par les traitements et soins sont remboursés ou pris en charge par la Caisse.

- Les frais médicaux incluant les frais pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation, les frais chirurgicaux relatifs à l'accident sont remboursés dans la limite des tarifs des formations sanitaires administratives fixés par arrêté.

- Les frais d'appareillage comprennent les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils. En effet, la victime présentant une infirmité peut demander à la Caisse la prise en charge des appareils selon son infirmité.

- Les frais occasionnés par le déplacement suite à une convocation pour contrôle médical ou expertise médicale émanant du médecin conseil. Le frais de déplacement inclut le frais de transport et le frais de séjour. Tandis que le remboursement du premier est basé sur le trajet le plus court et le moyen de transport le plus économique, celui du second est fixé par arrêté avec un plancher et un plafond. Durant le déplacement, une indemnité compensatrice de perte de salaire est octroyée à la victime et à la personne qui l'accompagne si elle ne peut pas se déplacer toute seule.

- Le frais funéraire dont le taux est fixé par arrêté est versé aux ayants droit dès le décès de la victime d'accident du travail. D'autre part, la famille a droit au transport du corps au lieu de sépulture qu'elle a choisi si la victime est un travailleur déplacé.

Section 3 : La pension de retraite

A Madagascar, avant 1968, des organismes privés ont assuré l'administration de la pension de retraite au profit de quelques travailleurs du secteur privé. Il s'agit notamment de la Mutuelle Interprofessionnelle de Retraite des Travailleurs à Madagascar ou MIRTM, de la Caisse de Retraite du Personnel des Banques ou CRPB, et de l'Ecclésia Episcopal Malgache ou EEM.

A compter du 17 décembre 1968, l'Etat a confié à la CNaPS, par la loi n°68-023, la gestion du régime de retraite de tous les salariés du secteur privé. Ainsi, la Caisse assure également l'administration des pensions de retraite des travailleurs affiliés antérieurement aux organismes susmentionnés.

I. Définition

La retraite est la situation sociale et financière d'un individu qui, ayant atteint l'âge minimum requis, cesse son activité professionnel, en général de manière définitive, et perçoit régulièrement un revenu sous forme de pension versée par des ressources provenant des cotisations passées.

L'essentiel est de se rendre compte du phénomène du vieillissement et de la retraite en termes de réalités sociales et de problèmes sociaux, où le plus souvent le problème des ressources financières des retraités est abordé. Il est à rappeler que ces personnes en âge de retraite n'ont plus la capacité physique et mentale d'exercer une activité professionnelle engendrant un revenu régulier. Également, ces personnes perdent leurs autonomies et deviennent un handicap pour la société.

Face à cette situation, l'Etat s'engage dans la gestion sociale des risques liées au vieillissement et dans la couverture des besoins de ces personnes dites retraités, ce à travers la décentralisation de ces branches d'activités auprès d'organisme public compétent et spécialisé dans la promotion de la sécurité sociale en particulier d'une assurance vieillesse, telle la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale chargée entre autres de l'institution d'un régime de retraite.

Le système de l'assurance vieillesse repose sur le principe de la répartition. Ce système consiste à utiliser les contributions des salariés actifs pour verser la pension aux travailleurs remis à la retraite

L'assurance vieillesse est une subdivision de la sécurité sociale chargée du financement de dispositifs de retraite des salariés du secteur privé. Le financement est fondé sur les cotisations patronales et salariales. Il est à signaler que les quotes–parts salariales et patronales sont respectivement de 1 pour cent et de 9,5 pour cent. Son objectif est de permettre aux salariés de maintenir le niveau de vie minimum qu'ils avaient eu durant leur carrière professionnelle.

Néanmoins, le montant de la pension de retraite ne peut être supérieur à soixante-quinze pour cent (75%) du salaire moyen si la majoration est comprise ou à quarante pour cent (40%) du plafond applicable, lors de la liquidation, aux salaires soumis à cotisation si la majoration est non comprise.

Le paiement de la pension de retraite se fait trimestriellement à terme échu. La prescription des arrérages de la pension de retraite est une prescription biennale.

II. Les conditions générales d'ouverture de droit à la pension de retraite

Suivant la disposition de l'article 266 du CPS, « Le régime de pension de retraite bénéficie aux travailleurs cotisants, éventuellement à leurs conjoints, descendants et ascendants, lorsque les bénéficiaires en ont fait la demande, et sous réserve qu'ils remplissent certaines conditions d'âge, de cessation d'emploi salarié, de durée d'affiliation et de cotisation ».

1) *La demande*

La pension de vieillesse n'est pas attribuée automatiquement mais subordonnée au dépôt d'une demande. Cette dernière est une condition sine qua non afin que le droit de l'assuré soit liquidé. Il peut effectuer cette démarche à tout moment dès qu'il atteint l'âge ouvrant droit à la retraite. Toutefois, les cotisations versées et les périodes d'affiliation constatées après cet âge ne sont plus considérées dans le calcul des droits lorsque la demande intervient après l'âge normal.

2) *L'âge de la retraite*

Avant le 14 mai 2013, l'âge légal de départ à la retraite du travailleur du secteur privé est de 55 ans pour les femmes et de 60 ans pour les hommes. En application de la convention 111 de l'OIT concernant la discrimination, l'âge ouvrant droit à la retraite des travailleurs féminins est porté à 60 ans suivant le décret N°2013-337 portant modification des dispositions des articles 268, 287 et 122 du code de prévoyance sociale.

Toutefois, l'âge ouvrant droit à la retraite est minoré de :

- cinq ans pour les travailleurs régis par le Code de la marine marchande ;
- cinq ans au maximum en cas d'incapacité de travail médicalement constatée ;
- dix ans pour le travailleur décédé avant l'âge normal d'ouverture droit aux prestations de vieillesse.

3) *La durée d'affiliation*

L'affiliation est une situation de droit qui consacre le rattachement d'un assuré social à une Caisse déterminée.

La durée d'affiliation ouvrant droit aux prestations est de quinze années. Cette durée peut être diminuée, de cinq ans au plus, dans le cas d'incapacité au travail médicalement constatée.

Exceptionnellement, le travailleur qui n'atteindra pas le minimum de 15 années d'affiliation requises, les périodes d'affiliation postérieures à l'âge ouvrant droit à la retraite peuvent être prises en considération pour permettre l'ouverture du droit à une prestation d'assurance vieillesse.

4) *Le versement de cotisation*

Etant donné que la cotisation constitue la ressource principale permettant de financer les prestations sociales en l'occurrence la pension de retraite. Ainsi, le bénéfice d'une assurance vieillesse dépend exclusivement du versement de cotisations.

Il importe de souligner que seules les cotisations versées avant l'âge ouvrant à la retraite sont pris en compte pour l'ouverture du droit et le calcul de la retraite.

5) *La cessation d'activités*

Le versement de la pension de retraite court à partir du premier jour du mois civil qui suit la demande de liquidation. Ce versement est soumis à la cessation effective d'activité au sein de l'organisme employeur. En effet, la reprise d'activité entraîne la suspension du droit aux prestations d'assurance vieillesse.

La convention N°35 de l'OIT du 1933 sur l'assurance vieillesse confirme en son article 8 que : « la pension pourra être totalement ou partiellement, suspendue pendant que l'intéressé occupe un emploi assujetti à une obligation d'assurance ».

III. <u>Les majorations et la revalorisation de la pension de retraite</u>

Le montant de l'assurance vieillesse peut être majoré en remplissant certaines conditions.

1) *La majoration pour médaille du travail*

En récompense du travail effectué par les salariés, ils obtiennent des médailles notamment la médaille de bronze et la médaille d'argent. L'acquisition de ces médailles donne lieu au paiement d'une majoration, soit de 5% pour le bronze et de 10% pour l'argent. Ces deux majorations ne sont pas cumulables.

2) *La majoration pour conjoint*

Le montant de la pension de base peut faire l'objet d'une majoration en cas d'un conjoint à charge. Cette majoration n'est admise que si le mariage ait été régulièrement enregistré au moins deux ans avant la demande de liquidation de la pension de retraite, et que les ressources du conjoint soient inférieures à la moitié de la majoration.

Il est indispensable également que le conjoint lui-même atteigne l'âge ouvrant droit.

3) *La majoration spéciale*

Suivant le décret n°2003-572 du 06 mai 2003, l'Etat a accordé une majoration spéciale de 30% au profit des pensionnés. Cette majoration a pour objectif de maintenir le niveau de vie du pensionné par rapport à son homologue actif.

4) *La revalorisation de la pension*

Face à l'évolution du coût de la vie, la revalorisation est attribuée en vue d'instaurer un mécanisme périodique permettant d'ajuster les pensions de base. Elle s'opère automatiquement sur la variation de SME. Cette revalorisation vise à préserver les pouvoirs d'achats des pensionnés.

IV. Les prestations du régime de retraite des travailleurs

Les prestations du régime de retraite se distinguent comme suit :

- les prestations de retraite privées ;
- le régime d'assurance vieillesse ;
- le régime de retraite complémentaire ;
- le remboursement des cotisations salariales.

1) *Les prestations de retraite privée*

Les prestations de retraite privée sont octroyées au travailleur antérieurement affilié à un autre organisme de retraite dont la liquidation et le paiement de ses droits ont été effectués avant l'institution du régime de retraite géré par la CNaPS.

2) *Le régime d'assurance vieillesse*

Le régime d'assurance vieillesse couvre :

- les pensions de vieillesse ;
- les allocations de solidarité ;
- les rentes d'invalidité ;
- les allocations de survivant.

a. La pension de vieillesse

La pension de vieillesse est servie au travailleur ayant effectué quinze ans d'affiliation. Il doit justifier d'au moins 28 trimestres de cotisation au cours des dix années civiles précédant l'âge ouvrant droit à la retraite.

La pension de vieillesse se calcule par addition de trente pour cent (30%) du salaire minimum d'embauche de la catégorie M1 applicable à l'âge ouvrant droit à la retraite, de vingt pour cent (20%) du salaire moyen annuel des dix années civiles suscitées et de un pour cent (1%) de ce même salaire par période de quatre trimestres constatés au-delà de ces dix dernières années civiles. Il est à noter que le salaire annuel des dix années civiles est majoré dans les mêmes proportions que le salaire minimum d'embauche pour les périodes antérieures aux augmentations de celui-ci.

Dans le cas où le travailleur n'a pas rempli les 28 trimestres de cotisations précités, une pension proportionnelle de vieillesse peut être octroyée à son encontre. Elle est attribuée à condition que le travailleur ait effectué cent (100) trimestres de cotisation. Son mode de calcul est similaire à celui de la pension de vieillesse. Toutefois, le salaire moyen annuel pris en compte n'est pas revalorisé.

b. L'allocation de solidarité

L'allocation de solidarité est allouée au travailleur qui n'a pas atteint les conditions de quinze (15) ans d'affiliation à la Caisse mais ayant exercé au moins quinze (15) trimestres civils d'activité professionnelle avant l'institution du régime de retraite géré par la CNaPS, soit du 1er janvier 1964 au 31

décembre 1968. Le travailleur doit également justifier un emploi salarié au cours du 1er janvier 1969.

Cette allocation se calcule par addition de trente pour cent (30%) du salaire minimum d'embauche de la catégorie M1 et de un pour cent (1%) de ce même salaire par période de quatre trimestres de cotisation au régime de retraite des travailleurs.

c. La rente d'invalidité

La rente d'invalidité est accordée au travailleur dont la capacité de travail est réduite suite à la survenance d'un accident non professionnel ou d'une maladie d'origine non professionnelle. En plus des conditions d'âge mentionnées précédemment (Section 3.II.2), le taux d'invalidité doit être au moins soixante pour cent (60%).

Le montant de la rente est égal à quatre-vingt pour cent (80%) de la prestation de vieillesse à laquelle le travailleur aurait pu prétendre. Lorsque le travailleur invalide atteint l'âge ouvrant droit à la retraite (60ans), la rente d'invalidité est convertie en prestation de vieillesse sous condition d'une demande.

Il est à préciser que la rente d'invalidité n'est pas cumulable avec la rente en matière d'accident de travail.

d. L'allocation de survivant

En cas de décès du travailleur ou de l'allocataire, ses ayants droit peuvent prétendre à une allocation de survivant.

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint survivant ;
- les descendants légaux.

Le taux et le pourcentage des allocations de survivant sont les mêmes que ceux de la rente en matière d'accident du travail et maladie professionnelle.
Dans le cas où seuls les descendants peuvent prétendre à une allocation de survivant, le total de leurs droits est limité à cinquante pour cent (50%) des droits acquis de l'allocataire ou du travailleur décédé.

e. Le régime de retraite complémentaire

La pension complémentaire est une retraite conventionnelle s'ajoutant à la retraite légale de l'assurance vieillesse en vertu d'une adhésion au régime

de retraite complémentaire. Cette adhésion implique l'acceptation de l'employeur et l'affiliation volontaire de la majorité des salariés travaillant à l'entreprise à la date d'adhésion. Les travailleurs nouvellement recrutés après cette date seront adhérés d'office.
Le régime de retraite complémentaire rassemble les mêmes prestations que le régime d'assurance vieillesse.

f. Le remboursement des cotisations salariales

Les travailleurs qui n'ont pas rempli les conditions pour obtenir une assurance vieillesse sont remboursés de leurs cotisations augmentés d'un intérêt capitalisé de deux pour cent (2%) par an. Toutefois, en cas de décès du travailleur, ce remboursement est attribué aux ayants droit mais additionné de un pour cent (1%) de cotisation patronale. Il règle définitivement les droits acquis.

Néanmoins, lorsque le conjoint survivant est un travailleur affilié à la Caisse, il peut demander l'addition de ses droits à ceux du travailleur décédé.

CHAPITRE III : LE CONTENTIEUX DE LA SECURITE SOCIALE

Le contentieux de la sécurité sociale à Madagascar traite les litiges entre la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et ses assujettis. Il se limite à des domaines très particuliers notamment les trois régimes gérés par la Caisse et les cotisations sociales.

Compte tenu de l'absence d'une juridiction spécialisée pour traiter les différends en matière de sécurité sociale, ces derniers relèvent de la compétence de la juridiction du travail. L'attribution de la compétence à cette juridiction se justifie par le lien de connexité qui existe entre les prestations sociales et la prestation de travail.

Toutefois, la quasi-totalité des litiges a pour objet de statuer sur des questions purement techniques ce qui nécessite la mise en place d'une juridiction plus spécialisée.

De surplus, Pierre Laroque affirmait que « *le contentieux social ne s'accommode pas des cadres juridictionnels habituels, qu'il appelle des cadres nouveaux tenant compte de ses caractères propres » et que cette situation « [devrait] conduire à la constitution d'une juridiction sociale autonome, d'un troisième cadre de juridiction à côté de l'ordre judiciaire et de l'ordre administratif* »[25].

La création d'une telle juridiction pourrait produire plus d'efficacité tant sur la prise de décision que sur la protection des intérêts des parties au procès.

Sur la compétence territoriale, en principe, le tribunal compétent est celui du domicile du défendeur.

Cependant, en matière de différends relatifs à la cotisation sociale, le tribunal compétent est celui du siège de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale étant donné que la contrainte est visée par le président du tribunal du travail d'Antananarivo.

---

[25] P. LAROQUE, Contentieux et juridiction sociale, Études et documents du Conseil d'État, repris dans Droit social, mai 1954, p. 271 s.

Section 1 : La procédure précontentieuse en matière sécurité sociale

Un comité de gestion pour chaque régime a été mis en place pour trancher sur les réclamations des prestataires. Ce comité fait partie intégrante de la commission paritaire. Il est composé de trois membres titulaires et de trois membres suppléants. Les prestataires mécontents de la décision rendue par la Caisse peuvent au préalable saisir ce comité. En cas d'insatisfaction, ils peuvent porter l'affaire devant la juridiction du travail. Toutefois, en pratique, cette procédure est méconnue par les assurés. Ils introduisent leurs requêtes directement devant le tribunal.

Section 2 : La procédure devant la juridiction du travail

La procédure contentieuse devant la juridiction du travail est gratuite afin de rendre plus facile l'accès du justiciable au tribunal. Le Tribunal du travail est présidé par un magistrat assisté par un assesseur représentant les travailleurs et un assesseur représentant les employeurs et un greffier. Ces assesseurs sont choisis parmi les organisations syndicales les plus représentées.

I. La saisine de la juridiction

La requête introductive d'instance est formulée par écrit sur un papier libre ou sur un imprimé préétabli. Cette requête doit mentionner l'identité du requérant et l'objet de la demande. Elle doit être signée par le demandeur. La requête est déposée au greffe du Tribunal du travail.

Il appartient au Greffier du Tribunal de convoquer, par lettre recommandée, les parties en leur notifiant la date et le lieu d'audience.

II. Les débats

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter soit par un avocat soit par un mandataire soit par un représentant du syndicat.

Avant le débat, le Tribunal du travail procède à la conciliation des parties. Si ces dernières parviennent à se réconcilier, la procédure contentieuse prend fin. Dans le cas contraire, elle se poursuit et les parties sont convoquées à

une autre audience. Le débat se concrétise par un échange de conclusions entre les parties au procès.

Par le biais de ces conclusions, les parties expriment leurs prétentions tout en s'efforçant de convaincre le Juge. En effet, elles avancent des moyens de droit et de fait en étayant des pièces pour prouver le bien fondé de leurs assertions. Avant de statuer sur le fond de l'affaire, le Tribunal peut ordonner une enquête au fonds en cas d'imprécisions afin d'éclairer sa religion.

Une fois que l'affaire est en état d'être jugée, le Tribunal rend sa décision à une date fixée en audience publique.

III. Les voies de recours

1) *L'Appel*

La Cour d'appel ou la chambre sociale est composée de quatre magistrats dont un président, deux conseillers, un substitut général et un greffier.

Elle connaît les appels interjetés à l'encontre des jugements du Tribunal du travail. Le délai de recours pour faire appel est de quinze jours à compter de la notification ou de la signification du jugement à la partie concernée. Lorsque le délai imparti est respecté par l'appelant, ce dernier continue à fournir toutes les preuves pour fonder ses prétentions. Si la Cour s'estime suffisamment éclairée, elle rend sa décision publiquement par un arrêt.

2) *Le Pourvoi en cassation*

La Cour de cassation est composée d'un président de chambre, de conseillers et un greffier. Le délai de recours pour former le pourvoi en cassation est de deux mois à compter de la notification ou signification de l'arrêt. Elle statue sur les pourvois formés contre les décisions définitives rendues en dernier ressort par la Chambre sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- Jean Jacques DUPEYROUX, Michal BORGETTO, Robert LAFORE, Droit de la sécurité sociale, 17ème édition 2011, Précis DALLOZ
- Nelly RAKOTOBE RALAMBONDRAINY, Droit Malgache du Travail, Les relations individuelles de Travail, édition 2006, Jurid'Ika
- Gérard PIGAGLIO, Technique de recouvrement des cotisations de la sécurité sociale Tome 2 1992, Programme régional de formation des cadres de la sécurité sociale, AISS
- Roger PERROT, Institutions judiciaires, 15ème édition 2012, Montchrestien

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS IX

SOMMAIRE XI

PREFACE XIII

INTRODUCTION 1

PARTIE I : THEORIE GENERALE DE LA SECURITE SOCIALE 11

TITRE I : GENERALITES 12

CHAPITRE I : L'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE 12

Section 1 : L'évolution de la Sécurité Sociale dans le monde 12

I. La période révolutionnaire 12

II. Les premières formes de protection sociale 13

1) Des techniques collectives : l'assurance et la mutualité 13

2) Une technique ambivalente : l'assistance 14

3) Un procédé de prévoyance individuelle : l'épargne 14

4) Une technique ancienne : le Rôle de la famille 15

5) Une technique de prise en charge des accidents : La responsabilité civile 16

III. Les premières interventions de la législation sociale 16

Section 2 : L'évolution historique de la sécurité sociale à Madagascar 18

I. Avant l'indépendance 18

1) La lente évolution du droit social 18

2) L'apparition des initiatives privées de sécurité sociale 19

a. Les entraides familiales ou entres proches traditionnelles 19

b. Les coopératives professionnelles 20

c. Les mutuelles privées professionnelles 21

II. Après l'indépendance 21

1) Les Caisses publiques de sécurité sociale 21

a. La Caisse de Retraite Civile et Militaire (CRCM) 22

b. La Caisse de Prévoyance et de Retraite (CPR) 22

c. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNaPS) 23

d. Le Service Médical du Travail 23

2) Les Institutions privées employées dans le domaine de la Sécurité Sociale 25

a. Les assurances commerciales 25

b. Les initiatives privées conventionnelles : akandray 26
c. Les mutuelles 27
Section 3 : L'impact de la mondialisation sur le développement socio-économique 27
CHAPITRE II : LES SOURCES 29
Section 1 : Le cadre international 29
I. La Déclaration de Philadelphie 29
II. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme 29
III. Le Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels 29
IV. La Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable 30
V. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale 30
VI. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes 30
VII. La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 31
VIII. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille 31
IX. La Convention relative aux droits des personnes handicapées 32
X. La Convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) 32
XI. La Convention franco-malgache 32
Section 2 : Le cadre national 33
1) La constitution 33
2) Les lois et les règlements 33
a. Le Code de Protection Sociale 33
b. Le statut général des fonctionnaires 33
c. Le Code du Travail 34
d. Le Code de Prévoyance Sociale 34
3) La jurisprudence 34
TITRE II : LES CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE LA SECURITE SOCIALE 35
CHAPITRE I : LES OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA SECURITE SOCIALE 35
Section 1 : Les objectifs de la sécurité sociale 35
I. L'assurance contre les risques sociaux 35
II. La réduction des inégalités sociales 35

III. La garantie d'un minimum de ressources....36
Section 2 : Les principes directeurs de la sécurité sociale....36
I. Le principe d'universalité....36
II. Le principe obligatoire....36
III. Le principe d'égalité....37
IV. Le principe de globalité....37
V. Le principe de solidarité....38
VI. Le principe de redistribution....38
VII. Le principe d'assurance....39
VIII. La gestion paritaire....39
CHAPITRE II : LE CADRE REFERENTIEL DE LA SECURITE SOCIALE.... 41
Section 1 : Les régimes de la sécurité sociale....42
I. Définition....42
II. L'origine....42
III. Les différents régimes existants....43
1) Le régime général....43
2) Le régime agricole....43
3) Le régime des travailleurs non-salariés des professions non agricoles....43
4) Les régimes spéciaux....44
Section 2 : Les branches de la sécurité sociale....44
I. Les soins médicaux....44
II. Les indemnités de maladie....45
III. Les prestations de chômage....45
IV. Les prestations de vieillesse....45
V. Les prestations en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles....45
VI. Les allocations familiales....46
VII. Les prestations de maternité....46
VIII. Les prestations d'invalidité....46
IX. Les prestations de survivants....46
CHAPITRE III : LE BENCHMARKING DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE....48
Section 1 : Des études de cas de la Sécurité Sociale....48
I. Cas du Brésil....48
1) Les régimes sociaux....49
2) Les branches de sécurité sociale....49

II. Cas de la Chine 50
1) Les régimes sociaux 50
2) Les branches de la sécurité sociale 50
III. Cas du Rwanda 53
1) Les régimes sociaux 53
2) Les branches de la sécurité sociale 53
IV. Cas du Danemark 54
1) Les régimes sociaux 54
2) Les branches de la sécurité sociale 55
V. Cas du Qatar 58
1) Les régimes sociaux 58
2) Les branches de la sécurité sociale 59
Section 2 : Les études comparatives de la Sécurité Sociale 60
I. La structure et l'organisation 61
II. Le financement 61
III. Les prestations 61
IV. La couverture 62

PARTIE II : LE SYSTEME MALAGASY DE LA SECURITE SOCIALE 63

TITRE I : GENERALITES 64
CHAPITRE I : LES SYSTEMES LEGAUX OBLIGATOIRES..... 65
Section 1 : Les institutions étatiques 65
I. La Caisse de Retraite Civile et Militaire (CRCM) 65
1) La pension de l'Agent 65
2) La pension de veuvage et d'orphelin 66
3) La pension d'ascendant 67
4) La rente d'invalidité 67
5) Les Pensions alimentaires 67
6) Le remboursement de cotisations 67
7) Le pécule de réforme 67
8) Le secours au décès 68
9) L'indemnité d'installation de retraite ou IIR. 68
II. La Caisse de Prévoyance et de Retraite (CPR) 68
1) La pension de retraite 69
2) La rente viagère d'invalidité 69
3) La rente viagère de solidarité 69
4) Les pensions de veuves et d'orphelins 69
5) Le secours au décès 70

6) Le remboursement des cotisations 70
7) Les allocations familiales 70
8) Les rentes d'accident du travail 70
III. L'assurance maladie des fonctionnaires et des agents non encadrés de l'Etat 70
Section 2 : Le régime des travailleurs du secteur privé 71
1) Les Prestations Familiales : 73
2) Les Accidents de Travail et les Maladies Professionnelles : 73
3) La Pension de retraite : 73
II. Le Service Médical du Travail 73
CHAPITRE II : LES COMPLEMENTAIRES FACULTATIFS 75
Section 1 : Les organismes intervenant dans le système complémentaire facultatif 75
Section 2 : L'analyse comparée des modes de financement des organismes publics et des organismes privés 76
Section 3 : Les modes de gestion et de délivrance des prestations différenciées 76
TITRE II : LE REGIME DES TRAVAILLEURS SALARIES DU SECTEUR PRIVE 79
CHAPITRE I : L'ORGANISATION 79
Section 1 : L'organisation administrative 79
I. Le Conseil d'Administration 79
1) Généralités 79
2) La nomination et l'éligibilité 79
3) La composition 80
4) Les missions 80
5) Le mandatement, le remplacement et la démission 81
6) Les rémunérations, les compensations et le remboursement 81
7) Les obligations des employeurs aux travailleurs salariés membres du conseil d'administration 82
8) La nomination des commissions paritaires 82
9) Les réunions du Conseil d'Administration 83
II. Les services 84
1) Généralités 84
2) Le Directeur Général de la Caisse 84
III. La tutelle de la caisse 85
1) Généralités 85
2) La soumission des délibérations 86

3) Les privilèges des ministres de tutelle 86
Section 2 : L'organisation financière (ressources, recouvrement) 87
1) Les règles financières et comptables 87
2) Les dépenses 88
3) Les ressources 88
Section 3 : Le recouvrement des cotisations 89
I. Le déclenchement de la procédure de recouvrement : 90
II. La procédure de recouvrement 90
1) La procédure précontentieuse 91
a. La lettre de relance 91
b. La mise en demeure 91
2) La procédure contentieuse : la contrainte 91
3) La prescription quadriennale 92
Section 4 : Le contrôle des employeurs 92
I. La mission de contrôle 93
II. Les types de contrôle 93
1) Le contrôle par détection 94
2) Le contrôle systématique 94
3) Le contrôle occasionnel suivant la demande des services sédentaires 94
CHAPITRE II : LES PRESTATIONS SOCIALES 95
Section 1 : Les prestations familiales 95
I. Définition 95
II. Les conditions générales d'octroi 95
III. Les différentes prestations familiales 96
1) L'Allocation Prénatale 96
2) L'Allocation de Maternité 96
3) L'Allocation Familiale 97
4) Le remboursement des frais médicaux d'accouchement. 98
5) L'indemnité de demi-salaire ou indemnité journalière (IJ) 98
Section 2 : Les accidents du travail et les maladies professionnelles 99
I. Définition 99
1) L'Accident du travail 99
a. La survenance d'un accident 100
b. Le caractère professionnel 100
c. L'accident de trajet 101
d. L'accident du travailleur déplacé 101
e. La maladie professionnelle (MP) 102

II. La procédure....102
III. Les prestations....103
1) L'indemnité journalière....103
2) La rente....103
a. La rente de la victime....104
i) Taux d'incapacité....104
ii) Salaire moyen annuel....104
b. Les rentes des ayants-droit....105
i) La rente du conjoint survivant....106
ii) La rente des enfants et descendants....106
iii) La rente des ascendants....106
c. Le remboursement des frais....106
Section 3 : La pension de retraite....107
I. Définition....108
II. Les conditions générales d'ouverture de droit à la pension de retraite....109
1) La demande....109
2) L'âge de la retraite....109
3) La durée d'affiliation....110
4) Le versement de cotisation....110
5) La cessation d'activités....110
III. Les majorations et la revalorisation de la pension de retraite....110
1) La majoration pour médaille du travail....111
2) La majoration pour conjoint....111
3) La majoration spéciale....111
4) La revalorisation de la pension....111
IV. Les prestations du régime de retraite des travailleurs....111
1) Les prestations de retraite privée....112
2) Le régime d'assurance vieillesse....112
a. La pension de vieillesse....112
b. L'allocation de solidarité....112
c. La rente d'invalidité....113
d. L'allocation de survivant....113
e. Le régime de retraite complémentaire....113
f. Le remboursement des cotisations salariales....114
CHAPITRE III : LE CONTENTIEUX DE LA SECURITE SOCIALE....115
Section 1 : La procédure précontentieuse en matière sécurité sociale....116
Section 2 : La procédure devant la juridiction du travail....116

I. La saisine de la juridiction 116
II. Les débats 116
III. Les voies de recours 117
1) L'Appel 117
2) Le Pourvoi en cassation 117

BIBLIOGRAPHIE 118

TABLE DES MATIERES 119

Droit de la Sécurité Sociale

1ère édition

Le droit de la sécurité sociale est un des thèmes fondamentaux du droit social. Depuis sa création, aucun ouvrage d'ensemble montrant les aspects généraux de ce droit, très peu connu des gens, n'a traité jusqu'à ce jour sur ce sujet d'actualité.

La plupart des ouvrages se limite à l'étude d'une infime partie du droit de la sécurité sociale malagasy. Le présent livre, né du fruit de collaboration des professionnels de la profession de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, vient donc combler une lacune.

Afin de bien en saisir le sens, il est essentiel de savoir que les auteurs l'ont avant tout rédigé dans le but premier de faire connaître, à Madagascar, le droit malagasy de la sécurité sociale. Les auteurs aspirent, à travers l'étude de ce droit, à donner un outil singulier à tous les acteurs de l'entreprise impliqués de près ou de loin dans la sécurité sociale des salariés. Le lecteur y découvrira la dimension socioéconomique de la sécurité sociale ainsi que son importance dans la lutte contre les inégalités et la pauvreté.

Cet ouvrage ne cerne pas chacun des problèmes de ce secteur du droit. Dans une optique d'amélioration constante, il sera le prélude de parutions ultérieures qui complèteront davantage les études de fond. Il donne en outre une vision cohérente de l'évolution de ce droit de la sécurité sociale à Madagascar, du passé le plus lointain à ce jour, et aidera à épanouir, dès à présent, les potentialités mises en germe pour une consolidation continue de celui-ci pour une justice sociale plus équitable et conforme au contexte malagasy.

www.cnaps.mg