



Madagascar : la sécurité sociale en question

Blanche Nirina Richard

Maître de conférences, HDR, Faculté de droit, d'économie, de gestion et de sociologie, Université d'Antananarivo (Madagascar)

La mise en œuvre d'une sécurité sociale dans les pays pauvres est difficile. S'il a le mérite d'exister depuis 1952, le système de sécurité sociale malgache reste incomplet et insuffisamment développé.

Pays classé très pauvre par la Banque mondiale, avec 230 dollars américains de revenus annuels par habitant¹ en 2002, Madagascar a besoin de renforcer son système de sécurité sociale^{2,3}.

Quatre grandes questions préoccupent en la matière :

- la couverture de la population ;
- la prise en charge des risques sociaux ;
- le financement du système ;
- et sa gouvernance.

De la couverture de la population

Seuls les salariés et quelques assimilés sont couverts ; ils constituent près de 7 % de la population malgache qui compte 18,61 millions de personnes⁴ actuellement.

Bénéficiaire de la sécurité sociale gérée par la CNaPS (Caisse nationale de prévoyance sociale) :

- les travailleurs salariés régis par le Code du travail ;
- les marins aux termes du Code de la marine marchande ;

1. Madagascar Country Profile in <http://devdata.worldbank.org/idg/IDGProfile.asp?CCODE=MDG&CNAM=Madagascar>.

2. La sécurité sociale a été instaurée à Madagascar à la suite de la promulgation, en 1952, du Code du travail des territoires français d'outre-mer.

3. Voir « Monographie de la sécurité sociale malgache » sous la direction de B.N.Richard, SME, Antananarivo, 24 novembre 2004, 104 pages.

4. « Madagascar » in « L'État du monde 2006 », p. 192-195, La Découverte, Evreux, août 2005.

- les cultivateurs de tabac visés par l'article 11 de l'ordonnance n° 62002 du 24 juillet 1962 ;

- des groupes assimilés, le cas échéant.

Par ailleurs, deux comptes spéciaux du Trésor public ont été mis en place dans les années soixante et sont gérés par le ministère chargé du budget, selon les règles prônées par la Comptabilité publique et le Code budgétaire, pour la prise en charge des agents de l'État rémunérés sur crédits budgétaires. Ces comptes correspondent à la CRCM (Caisse de retraite civile et militaire) ainsi qu'à la CPR (Caisse de retraite et de prévoyance).

Sont ainsi exclus du système :

- les travailleurs indépendants,
- la population rurale,
- les agents publics territoriaux,
- les agents publics nationaux en situation de détachement,
- les travailleurs du secteur informel.

De la prise en charge des risques sociaux

Les prestations servies, quel que soit le groupe cible considéré, sont :

- les prestations familiales : allocations prénatales, allocations de maternité, indemnités de demi-salaires versées à la femme salariée en couche pendant la durée légale de son arrêt de travail pour congé de maternité, frais d'accouchement et allocations familiales ;

- l'indemnisation des accidents de travail et des maladies professionnelles : indemnités journalières, frais médicaux,

frais funéraires, frais de prothèse, rentes, frais de déplacement occasionnés par une convocation du médecin conseil de la caisse pour suivi et/ou expertise ;

- la retraite.

Les frais médicaux et d'hospitalisation avancés par les agents du secteur public sont remboursés à 100 % à condition qu'ils aient recours à des structures sanitaires agréées par l'État.

En ce qui concerne le secteur privé, dans le cadre du Code du travail⁵, les employeurs doivent assurer la dispense de la médecine du travail à leurs salariés. En plus, cette dernière fournit certains services médicaux préventifs et curatifs aux ayants droit des travailleurs.

Les prestations sont très faibles, par exemple 5 000 MGA⁶ pour les frais d'accouchement chez les salariés du secteur privé ou encore 2 000 MGA⁷ d'allocations familiales par mois et par enfant chez les salariés, tout secteur confondu.

Enfin, la sécurité sociale malgache ne couvre pas le chômage.

Différentes assurances privées proposent leurs services, mais leur accessibilité financière n'est pas à la portée de tous.

Du financement du système

Les ressources de la CNaPS sont constituées principalement par les cotisations patronales et salariales, versées par ses adhérents, qui varient en fonction de la catégorie des bénéficiaires ainsi que de la prestation considérée. Ces cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations ou gains perçus et sont assujetties à des plafonds correspondants à 8 fois la valeur du salaire minimum d'embauche⁸.

Pour les prestations à court terme, l'employeur cotise à hauteur de 8 à 13 %, les travailleurs 1 %, tandis que des forfaits sont prévus pour les gens de maison, les planteurs de tabac, les ouvriers agricoles occasionnels, les membres des sociétés coopératives, les élèves de l'enseignement technique (entièrement à la charge de l'employeur pour ces quatre dernières catégories de bénéficiaires).

Pour la retraite, la cotisation de l'employeur s'élève à 3,5 % tandis que celle du travailleur à 1 %.

Les autres sources de financement de la caisse sont les subventions, les dons et legs ainsi que les produits de placements financiers ou ressources qui lui sont dues.

En ce qui concerne la CRCM et la CRP, les prestations à court terme se retrouvent entièrement budgétisées tandis que la retraite est financée par des cotisations patronales (3 à 4 %) et salariales (14 %) assises sur l'ensemble des rémunérations distribuées. Aussi, 19 % du financement des deux comptes sont-ils constitués de revenus de portefeuille et de divers produits d'aliénation.

Le problème du financement de la sécurité sociale malgache concerne deux points :

- une redistribution horizontale de la part des contribuables ainsi que des consommateurs envers les salariés relevant du droit public qui en font, de fait, un groupe privilégié ;
- une seule subvention de la CNaPS, depuis son existence, effectuée par l'État.

Se pose alors une question d'éthique et l'on peut se demander si l'accès aux soins pour tous ainsi que l'équité font partie des principes acquis.

De la gouvernance de la sécurité sociale

Du point de vue organisationnel, les partenaires sociaux, notamment le patronat, revendiquent la gestion « par les payeurs » de la CNaPS pour en garantir la réussite. Présents au sein du conseil d'administration de la caisse, ils sont pourtant, les uns, limités par la méconnaissance des textes et procédures en vigueur et, les autres, par un problème de disponibilité et ont de ce fait, un faible pouvoir d'initiative.

L'État est, à tort ou à raison, accusé de faire des pressions néfastes comme lors de la nomination du directeur général ou encore dans la prise de décision, voire il est accusé de puiser dans les fonds...

Les pouvoirs de contrôle ont besoin de davantage de moyens : les cadres juridiques sont caducs et/ou inappropriés, des outils de travail sont inexistantes, les compétences sont insuffisantes et enfin les institutions ne sont pas opérationnelles.

Du point de vue technique, les frais de gestion ont largement dépassé les 10 %

légaux des recettes et, malgré les différents audits, expertises et ateliers de réflexion menés jusqu'à présent, peu de recommandations concernant la réforme de la caisse ont été effectives.

Pour le secteur public, l'inexistence d'assise juridique de la CRCM ainsi que de la CPR, liée au problème de financement soulevé *in supra* mérite, à notre avis, une mûre réflexion et sans doute une régularisation de la situation. Il faudrait, ou transformer ces deux comptes en caisses réelles, ou intégrer les salariés de droit public dans le régime général régi par la CNaPS.

Dans tous les cas, le financement de la sécurité sociale des agents concernés ne doit être effectué que par eux-mêmes et l'État employeur, tant que la sécurité sociale n'est pas universelle.

Conclusion

En somme, il existe deux grands régimes de sécurité sociale à Madagascar :

- un régime général
- un régime des salariés de droit public.

Contrairement aux Pays développés qui sont confrontés aux problèmes de l'équilibre des comptes et plus particulièrement la maîtrise des dépenses, Madagascar n'a connu de déficit de sa sécurité sociale qu'une seule fois, dans les années soixante-dix. Celui-ci a suscité une seule intervention de l'État dans toute l'histoire de la sécurité sociale malgache.

En revanche, ce qui reste très préoccupant est :

- l'existence d'une trop grande frange d'exclus du système, notamment les ruraux qui représentent plus de 70 % de la population ;
- l'insuffisance de la couverture eu égard aux conditions socio-économiques et, par conséquent, l'importance des impacts des risques ;
- un problème de gouvernance lié intimement aux modalités de financement ainsi qu'au cadre juridique du système.

Le problème malgache reste encore, pour ainsi dire, l'universalité du système de sécurité sociale ainsi que la qualité des prestations.

Pour améliorer le système, la création de trois régimes est prévue par la loi n° 94-026 du 17 novembre 1994 portant Code de la protection sociale : le régime des travailleurs salariés et assimilés, le régime

5. Loi n° 2003-044 du 28 juillet 2004.

6. 1,80 euro (cours moyen en septembre 2006 : 1 euro = 2 700 MGA).

7. 0,74 euro.

8. À peu près 17,40 euros.

des travailleurs indépendants, le régime des professions libérales.

La mise en place du Cnops (Comité national d'orientation de la protection sociale) en 1999, organe tripartite de concertation et d'information chargé notamment de donner son avis sur les projets de lois et règlements et sur les orientations à apporter au système de protection sociale, constitue un premier pas. Mais le dialogue reste trop politisé pour permettre aux projets d'aboutir. Les avis techniques sont par ailleurs très controversés, en particulier puisque se pose un problème de calcul des cotisations. C'est surtout la formalisation du secteur informel qui est impérative pour permettre le financement adéquat du système de sécurité sociale « élargi ».

En fait, la sécurité sociale est occultée par le gouvernement. Dans le cadre du Document stratégique pour la réduction de la pauvreté (DSRP)⁹ en matière de protection sociale, huit autres préoccupations¹⁰ sont considérées comme prioritaires. ■

9. Document stratégique pour la réduction de la pauvreté, ministère des Finances de l'Économie et du Budget, juillet 2003 (Transformé actuellement en « MAP » : Malagasy Action Plan).

10. Ces huit autres préoccupations sont :
 – Assurer l'éducation fondamentale à tous les Malgaches.
 – Assurer la qualité de l'enseignement à tous les niveaux.
 – Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.
 – Intensifier la lutte contre la malnutrition.
 – Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles.
 – Renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles.
 – Réduire l'exclusion sociale.
 – Promouvoir la diversité culturelle.



Sigle

ARC

Président

Jacques Raynaud

Directeur général

Axelle Davezac

Historique

L'Association pour la recherche sur le cancer (ARC) a été fondée en 1962. Elle a été reconnue association d'utilité publique en 1966 et donc habilitée à recevoir des dons et legs. Depuis 1996, l'ARC, sous l'impulsion de Michel Lucas, son président jusqu'à 2005, s'est délibérément organisée sous le double signe de la rigueur et de la transparence. L'adoption de procédures rigoureuses apparues nécessaires dans le milieu caritatif ont permis d'orienter l'ARC vers la notion d'excellence dans sa gestion. Depuis 1999, l'ARC est membre du Comité de la Charte de déontologie. Cet organisme contrôle les associations et les fondations faisant appel à la générosité du public. En 2002, l'ARC a obtenu la certification de services du Bureau Veritas certification.

Coordonnées

ARC
 9 rue Guy-Moquet
 94803 Villejuif Cedex
 Téléphone : 01 45 59 59 59
 Télécopie : 01 47 26 04 75
 Courriel : contact@arc.asso.fr
 Site Internet : www.arc.asso.fr

Fonctionnement

L'ARC est administré par un conseil d'administration bénévole élu par l'assemblée générale des adhérents.

Le conseil scientifique propose au conseil d'administration les grandes orientations de la politique de soutien à la recherche. Il organise l'expertise et la sélection des projets de recherche qui seront soumis au conseil d'administration pour financement.

Le conseil scientifique coordonne et valide les travaux d'expertise de 10 commissions scientifiques :

- 5 commissions nationales, réparties par discipline thématique, expertisent les demandes de subventions et d'allocations à de jeunes chercheurs.
- 5 commissions régionales expertisent les demandes d'équipements provenant de leur région respective.

Au total, ce sont près de 150 chercheurs qui participent à titre bénévole aux travaux d'expertise, au suivi des projets de recherche qui parviennent à l'ARC ainsi qu'à leur évaluation *a posteriori*.

Pôles interrégionaux

En 2000, l'ARC a créé et finance 9 pôles interrégionaux ARECA (alliance des recherches sur le cancer), qui est le premier réseau français multidisciplinaire de recherche sur le cancer avec une centaine d'équipes ou de laboratoires de recherche. Son objectif est de fédérer des compétences différentes et d'optimiser l'utilisation des moyens de recherche.

Au total, 15,2 millions d'euros sur sept ans ont été affectés à Areca, dont plus de 12 millions sont déjà engagés.