

Droit de la sécurité et de la prévoyance sociale : Les organismes de sécurité sociale du secteur privé et assimilés en Côte d'Ivoire

 ivoire-juriste.com/2017/01/droit-de-la-securite-et-de-la.html

Ce cours portant sur **les organismes de la sécurité sociale du secteur privé et assimilés en Côte d'Ivoire** constitue la Deuxième partie du cours complet de la sécurité et de la prévoyance sociale subdivisé en trois parties : **Une Introduction, une Première Partie (les organismes de sécurité sociale du secteur public et parapublic)** et **une Deuxième partie (les organismes de sécurité sociale du secteur privé et assimilés)** que voici.

Deuxième partie : Les organismes de sécurité sociale du secteur privé et assimilés en Côte d'Ivoire

Ce sont principalement, l'Institution de Prévoyance Sociale la Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale (CNPS) et les Assurances privées.

Seule la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) fera l'objet d'étude dans la mesure où les assurances privées constituent un cours à part entière dénommée droit des assurances.

Titre I : L'institution de la prévoyance sociale : La Caisse Nationale de Prévoyance sociale (IPS-CNPS)

L'Institution de Prévoyance Sociale IPS-CNPS, sous sa forme juridique actuelle a été créée par le décret 2000-487 du 12 juillet 2000.

Elle est régie par la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance Sociale et la loi n° 99-477 de la même date portant modification du Code de Prévoyance Sociale, modifiée par la loi 2005-557 du 2 décembre 2005, complétant et modifiant le chapitre 2 du TITRE 5 et les ordonnances de 2000,... et 2012-03 du 11 janvier 2012, modifiant les articles 22 ; 50 ; 95 ; 149a ; 163 ter et complétant l'article 168.

Elle est passée successivement de statut d'établissement public à caractère Industriel (EPI) dans les années 90, avant son érection en une société privée, de type particulier dénommée IPS-CNPS, Institution de Prévoyance Sociale - Caisse Nationale de Prévoyance Sociale par le **décret n° 2000-487 du 12 juillet 2000**.

C'est un décret qui renforce son autonomie de gestion tout en demeurant sous la tutelle de l'Etat de Côte d'Ivoire. Le suivi des activités de l'institution est fait à travers une convention et un contrat programmé signé entre la CNPS et l'Etat de Cote d'Ivoire.

Elle connaît depuis 2012 des réformes avec ***l'ordonnance n° 2012-03 du 11 janvier 2012 modifiant les articles 22, 50, 95, 149 à 163 ter et complétant l'article 168 de la loi n° 99-477 du 02 août 1999, portant modification du Code de Prévoyance Sociale.***

Pour mener à bien sa mission principale qui est la gestion du régime général obligatoire de Prévoyance Sociale du secteur privée et assimilé qui couvre quatre branches dont les prestations familiales, les accidents de travail et maladies professionnelles, l'assurance maternité et l'assurance-vieillesse.

La CNPS a initié une politique de déconcentration qui a conduit à l'ouverture de huit agences à Abidjan de premières catégories, quinze agences de deuxième et troisième catégorie à l'intérieur du pays dont sept fonctionnelles à ce jour.

La politique de prévoyance sociale décidée par le gouvernement est appliquée par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, en abrégé CNPS. ***(Article 3 de la loi n° 99-477 du 2 Août 1999 portant modification du code de prévoyance sociale).***

En tant que service public de prévoyance sociale, elle a pour but de fournir des prestations à l'effet de pallier les conséquences financières de certains risques ou certaines situations, en matière :

- D'accident de travail et de maladies professionnelles ;
- De maternité ;
- De retraite, d'invalidité et de décès ;
- D'allocations familiales.

La loi peut étendre l'offre des prestations ***(article 2 de la loi précitée).***

La gestion des régimes complémentaires ou spéciaux, obligatoires ou volontaires ; Le recouvrement des cotisations sociales et le service des prestations afférentes à ces différents régimes.

Comment est organisée la CNPS, comment fonctionne-t-elle et comment est-elle financée ?

A.- L'organisation, le fonctionnement administratif et de la gestion de la CNPS

B- Le financement de la sécurité sociale

Sous-Titre I : L'employeur

En Côte d'Ivoire, tout employeur est tenu de s'affilier à la Caisse nationale de Prévoyance Sociale et d'y faire procéder à l'immatriculation de ses salariés.

Le travailleur indépendant pour sa part ou toute personne exerçant une activité professionnelle qui n'est pas soumise à l'obligation d'être assuré au titre de l'assurance accidents du travail-maladie professionnelle, peut néanmoins s'assurer volontairement contre ce risque. L'assuré pourra alors bénéficier de la plupart des prestations d'accidents du travail offertes par CNPS.

Trois **(03)** chapitres seront examinés : la déclaration de l'entreprise (**chapitre 1**), les cotisations sociales (**chapitre 2**) et les obligations de l'employeur en matière de contrôle (**chapitre 3**).

Chapitre 1.- La déclaration de l'entreprise

L'immatriculation est l'opération administrative par laquelle l'organisme de sécurité sociale attribue d'abord à l'employeur un numéro pour aboutir ensuite à celui du travailleur. Le numéro employeur aussi bien que celui du travailleur est individuel et unique. Ils permettront leur identification dans notre base SECU (système informatique).

L'immatriculation est obligatoire pour toute entreprise employant des travailleurs salariés. L'immatriculation peut se faire suite à la déclaration de l'employeur ou à la suite d'une identification sur le terrain de la CNPS. L'immatriculation est un élément indispensable pour permettre à l'entreprise de procéder aux déclarations mensuelles, trimestrielles et annuelles de ses cotisations.

Mais ce processus débute avec celle de l'employeur. Nous verrons successivement l'assurance ou l'immatriculation obligatoire de l'employeur (**Section 1**), la déclaration du travailleur (**Section 2**) et l'assurance volontaire (**Section 3**).

Section 1.- L'assurance obligatoire de l'employeur

En vertu de l'article 5 de la loi n° 99-477 du 02 août 1999 portant modification du Code de Prévoyance Sociale : **« Est obligatoirement affilié à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, tout employeur occupant des travailleurs salariés tels que définis à l'article 2 du Code du travail ».**

L'article 2 du Code du travail définit le travailleur salarié en ces termes :

« Est considéré comme travailleur, ou salarié quel que soit son sexe, sa race et sa nationalité, toute personne physique qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle moyennant rémunération sous la direction et l'autorité d'une autre personne physique ou morale, publique ou privée appelée employeur ».

Les entreprises agricoles qui, désormais cotisent sans exception disposent d'un délai d'un an à compter du 1er janvier 2000 pour régulariser leur situation (Art. 5 al. 3). En d'autres termes, les exonérations accordées aux entreprises agricoles sont supprimées.

L'immatriculation de l'entreprise est imminente dès l'embauche du premier salarié. L'immatriculation s'entend par l'attribution d'un numéro d'identification à une entreprise.

Pour être reconnu par l'institution de sécurité sociale et avoir un numéro matricule, le dirigeant de l'entreprise doit remplir certaines formalités pour le compte de l'entreprise. L'une d'elles est la fourniture de pièces pouvant permettre aux agents de la CNPS de créer une identité à l'entreprise dans son système informatique :

- Des imprimés à récupérer à la CNPS (À retirer à l'agence CNPS la plus proche).
- La déclaration aux fins d'immatriculation.

Cette fiche contient des interrogations qui permettront d'avoir des renseignements concernant l'entreprise, partant de sa raison sociale, son début d'activité, sa situation géographique etc ;

- L'état de recensement des salariés, qui nous donnera le nombre exact de travailleurs au moment de la déclaration, leur fonction et leur salaire ;
- Le registre de commerce ;

À cette demande, sont jointes les pièces relatives à l'entreprise et au dirigeant de l'entreprise.

1.- Pour l'entreprise

- Une photocopie de la facture CIE et SODECLI pour une précision plus accrue de la situation géographique de la société ;
- Une photocopie du Registre de commerce ;
- Une photocopie de la déclaration fiscale d'existence (DFE).

2.- Pour le dirigeant

- La photocopie de la carte nationale d'identité pour les nationaux et une copie du passeport biométrique pour les non-nationaux.

Ces documents doivent être déposés à l'agence de la zone géographique où est situé le siège social de l'entreprise ou de l'établissement

À la réception de la demande d'immatriculation et des documents joints, la CNPS attribue un matricule employeur qui est notifié à l'employeur avec le taux de cotisation pour la branche « **Accidents du Travail** » correspondant à son secteur activité. Dans ses rapports avec la CNPS, il est recommandé à l'employeur d'indiquer son matricule CNPS sur ses papiers à en-tête.

Il faut préciser que l'immatriculation de l'entreprise entraîne systématiquement l'immatriculation des travailleurs.

Section 2.- La déclaration du travailleur ou l'immatriculation du salarié

L'employeur doit fournir à la CNPS tous les renseignements relatifs à l'identification des travailleurs concernés par le règlement des cotisations (Art. 21 du Code de Prévoyance Sociale).

La déclaration doit se faire le premier jour de l'embauche (par embauche, il faut entendre le 1er jour de début d'activité du salarié) par une fiche de déclaration du travailleur (à retirer auprès des services de la CNPS).

À cette fiche signée de l'employeur (et cachetée pour les entreprises), le travailleur est rattaché à l'entreprise dans l'application SECU, mais avant il doit fournir un certain nombre de renseignements sur sa personne ; et pour cela des pièces sont nécessaires :

- *La déclaration du travailleur ;*

- *L'extrait de naissance du travailleur ;*

- *Éventuellement un acte de mariage et l'extrait de naissance du conjoint ;*

- *L'extrait de naissance des enfants éventuellement ;*

- *Une pièce d'état civil (Carte d'identité ou extrait de naissance) ainsi que deux photos d'identité du travailleur.*

- *Un imprimé « déclaration des membres de la famille » à retirer à la CNPS.*

Lorsque le travailleur a des enfants, ils lui sont rattachés dans le système et un numéro leur est attribué, c'est également le cas de son conjoint ou sa conjointe.

Les ascendants du travailleur lui sont rattachés aussi dans le système par des numéros.

Pour le salarié déjà immatriculé par un ancien employeur, le nouvel employeur doit préciser sur la déclaration du travailleur, son numéro CNPS.

Afin de permettre à la CNPS d'alimenter le fichier famille, le travailleur doit fournir les pièces d'état civil de chaque membre de sa famille : père, mère, conjoint, enfants.

À la réception du dossier de déclaration, la CNPS procède à l'immatriculation du travailleur.

Le numéro CNPS ainsi attribué au travailleur est unique, personnel et permanent même en cas de changement d'employeur.

Pour les employeurs qui n'ont pas été diligents dans la déclaration de leurs employés, il leur est demandé de joindre les DISA des années précédant l'année de la déclaration.

La Déclaration Individuelle des Salaires Annuelles en abrégé DISA, est un document juridique. C'est un relevé nominatif et analytique qui retrace la situation cotisante de l'ensemble des travailleurs d'une entreprise pour une année donnée.

Elle peut se présenter sous trois formes : sur support papier, sur support magnétique ou format Txt, et DISA sous Excel. La DISA contient les informations suivantes :

- L'effectif global des travailleurs rémunérés par l'entreprise au cours d'un exercice donné ;
- Les rémunérations annuelles payées à chaque travailleur ainsi que la période d'activité au cours de l'exercice déclaré ;
- La date d'embauche et de départ (éventuel) du travailleur ;
- La rémunération soumise à cotisation pour chaque travailleur.

Pour pouvoir déterminer le montant à régulariser, les cotisations versées par l'employeur doivent être connues.

Pour cette raison, la déclaration annuelle des salaires et de cotisation (DASC) est le complément indispensable à la DISA.

La DASC permet la régularisation des déclarations déjà faites au cours de l'année par la détermination de l'assiette de cotisations prenant en compte toute la rémunération perçue par chacun des travailleurs. Sur la DASC, on distingue outre les identifiants de l'employeur :

- les colonnes réservées aux cotisations déclarées ;
- les colonnes de cotisations déterminées sur la base des salaires annuels soumis à cotisation pour chaque branche ;
- l'écart de déclarations qui est la différence entre les cotisations versées et le montant que l'employeur devrait effectivement verser à la caisse.

Le traitement d'une DISA nous permettra de mieux comprendre tout ce qui a été écrit ci-dessus.

Procédure de traitement de la DISA dans l'application SECU

- Saisie de la DASC :

Recouvrement / immatriculation / DISA / Déclaration des salaires annuels / création

- Ensuite, on passe à la saisie de la DISA
Recouvrement / immatriculation / DISA / saisie de DISA papier.

- Après de la saisie de la DISA, on passe au traitement.

Recouvrement / immatriculation / DISA / traitement DISA.

Ensuite, avant de déclencher le traitement, il faut s'assurer que les différents écarts sont nuls. Autrement, il faut prendre soin de vérifier les montants portés sur la DISA et la DASC.

Ensuite, on clique sur "traitement" et on suit le processus déroulé par les systèmes. C'est-à-dire la validation de la DISA ; puis le transfère de la DISA à l'unité archivage.

Exemples :

1/ Salarié embauché le 2 janvier 1998, déclaration faite le 30 avril 1999, joindre la DISA 1998.

2/ Salarié embauché le 3 mai 1996, déclaration faite le 22 juin 1998, joindre les DISA 1996 et 1997.

Une attestation d'immatriculation est établie au nom du travailleur nouvellement immatriculé et remise à son employeur.

L'attestation vaut carte d'assuré social. Le salarié, s'il n'en possède pas, peut la réclamer à son employeur ou à la CNPS. En cas d'anomalie dans l'immatriculation du salarié, l'employeur doit saisir l'agence de la CNPS dont il relève pour que les corrections nécessaires soient effectuées.

En cas de perte de l'attestation, la CNPS ne pourra établir de duplicata qu'au vu de l'imprimé de déclaration du travailleur rempli par l'employeur à partir de la pièce d'état civil ayant servi à l'établissement de l'attestation égarée.

Paragraphe 1.- Les travailleurs occasionnels

Ils sont soumis aux mêmes règles que les travailleurs permanents. Toutefois, à cause de leur mobilité, l'entreprise doit se rapprocher de l'agence CNPS afin d'arrêter les modalités pratiques de leur déclaration. Cette déclaration concerne les journaliers, les CDD, les vacataires non fonctionnaires...

Section 3.- L'assurance volontaire

Les personnes autres que les travailleurs salariés tels que défini à l'article 2 du code du travail, peuvent adhérer volontairement à une ou plusieurs branches du régime de prévoyance sociale géré par la CNPS quelle que soit la nature de l'activité qu'elles exercent.

Il n'existe pas de régime spécifique aux travailleurs indépendants, mais ils peuvent adhérer volontairement à l'assurance accident du travail.

Depuis le mois de septembre 2015, une couverture maladie universelle (CMU), instituée par la **Loi n° 2014-131 du 24 mars 2014**, couvre obligatoirement l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire.

NB : L'employeur ou l'assuré volontaire est tenu d'informer la CNPS de tous les changements intervenus au niveau de l'entreprise (Adresse géographique ou postale, changement des statuts juridiques, de dirigeant d'activité, etc.).

Chapitre 2.- Les cotisations sociales

Prélevées sur le salaire brut, les cotisations sociales sont dues à la fois par l'employeur que par le salarié (uniquement la Branche Retraite), toutes les autres branches (AT / MP / PF) sont supportées par l'employeur seul.

Mais les cotisations dues par le salarié étant retenues lors de chaque paie par l'employeur, c'est ce dernier qui doit déclarer et verser l'ensemble des cotisations (contributions patronales et salariales) à la CNPS.

Une mauvaise connaissance de l'effectif exact de l'entreprise et du montant réel des versés aux employés aura une influence sur le montant des cotisations à évaluer. C'est ainsi qu'une maîtrise du nombre de salariés est nécessaire.

Quatre (04) sections : les assiettes des cotisations (**section 1**), le taux des cotisations (**section 2**), le paiement des cotisations (**section 3**) et le contentieux (**section 4**).

Section 1.- Les assiettes des cotisations

Selon ***l'alinéa 1 de l'article 23 du Code de Prévoyance Sociale***, les cotisations sont assises sur l'ensemble des salaires y compris les avantages en nature et indemnités diverses versées par l'employeur à son personnel salarié à l'exception des indemnités ayant le caractère de remboursement de frais.

Le régime ivoirien de protection sociale comporte quatre branches : prestations familiales, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite et assurance maternité. Il ne prévoit pas de protection en cas de maladie, mais confie des dispositions dans le cadre des prestations familiales en cas de maternité.

Les prestations sont financées par les cotisations versées par l'employeur pour ses travailleurs. Celles-ci sont calculées sur un salaire brut plafonné, lequel est légal, en matière de prestations familiales et d'accident du travail à 70.000 francs CFA par mois et en matière de retraite à 1.647.315 francs CFA par mois (soit quarante-cinq fois le SMIG, 36.607 francs CFA pour 40 heures de travail hebdomadaire).

IMPORTANT : Dans tous les cas, le montant du salaire à prendre en considération pour base de calcul des cotisations ne peut être inférieur au SMIG (60.000F anciennement 36.607 F).

Paragraphe 1.- Le salaire brut

Il est constitué par le traitement de base et par les compléments, primes et indemnités diverses, à l'exclusion des allocations familiales et des indemnités ou remboursements destinés à couvrir des frais inhérents à la fonction ou à l'emploi.

Paragraphe 2.- Les déductions autorisées

Les primes et indemnités de panier, de salissure, de tenue de travail, d'outillage et de transport, sont exclues de l'assiette des cotisations dans les limites suivantes :

- Prime de panier : 3 fois le SMIG horaire ;
- Prime mensuelle de salissure : 13 fois le SMIG horaire ;
- Indemnité mensuelle de tenue de travail : 7 fois le SMIG horaire ;
- Prime mensuelle d'outillage : 10 fois le SMIG horaire ;
- Indemnité mensuelle de transport : elle est exclue de l'assiette des cotisations dans la limite d'une fois le montant exonéré par l'administration fiscale.

Toutes les autres primes, gratifications ou indemnités sont soumises à cotisation.

Paragraphe 3.- Avantages en nature

Les avantages en nature sont intégrés dans l'assiette des cotisations pour leur valeur réelle.

A.- Pour le cas spécifique du logement

B.- Cotisations pour apprentis

C.- Cotisations pour les autres catégories assimilées

Section 2.- Le taux des cotisations

Les taux utilisés pour le calcul des cotisations sont les suivants :

- 5% pour les Prestations Familiales ;
- 0,75 % pour l'Assurance Maternité ;
- 2 à 5 % (selon le secteur d'activité) pour les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles ;
- 14% pour l'Assurance Vieillesse.

L'IMPORTANT : Les cotisations pour les prestations familiales, l'assurance maternité et les accidents du travail sont à la charge exclusive de l'employeur.

Les cotisations pour la retraite sont à la charge conjointe de l'employeur et du salarié à raison de 7,7 % pour l'employeur et 6,3 % pour le salarié.

Les cotisations sont calculées à partir des salaires plafonnés et des taux de cotisation. Pour que les travailleurs soient de plus en plus satisfaits, de profondes réformes ont été opérées depuis la création de l'institution.

Ainsi, depuis 1961, les taux et les plafonds de base de calcul des cotisations des retraités ont évolué comme mentionnés dans le tableau ci-dessous :

Années de reformes	Plafond mensuel	Taux de cotisation retraite		
Part salarié	Part employeur	Total		
1961	45000	1,20 %	1,80 %	3 %
1976	70000	1,20 %	1,80 %	3 %
1985	1497555	1,60 %	2,40 %	4 %
1994	1647315	1,60 %	2,40 %	4 %
2000	1647315	3,20 %	4,20 %	8 %
2012	1647315	5,40 %	6,60 %	12 %
2013	1647315	6,30 %	7,70 %	14 %

Ces reformes ont aussi permis :

- la mensualisation du paiement des pensions qui étaient trimestrielles ;
- l'amélioration de la méthode de calcul de la pension de retraite ;
- l'âge de départ à la retraite est passé de 55 ans à 60 ans ;
- la durée d'activité minimum pour avoir droit à une pension normale de 10 ans est passée à 15 ans.

La réforme prévoit la mise en place d'une retraite complémentaire suspendue depuis 1984 pour les travailleurs et l'extension de la couverture sociale aux actifs non salariés et aux secteurs dits informels.

Aussi, depuis l'année 2008, un projet de réforme de la branche de retraite a-t-il été soumis au gouvernement qui, quatre ans plus tard a été adopté.

Quelles sont les motivations de cette dernière réforme et comment se présente-t-elle ? La branche retraite de la CNPS affiche des déficits financiers depuis 2004, et présente jusqu'à 2008 un solde cumulé négatif de 110 milliards de FCFA.

Les études actuarielles réalisées font apparaître une aggravation de cette situation au cours des prochaines années, et proposent des réformes devant permettre le retour à l'équilibre de cette branche :

1- Les causes externes

1-1) Augmentation rapide du nombre de pensionnés

Le nombre de pensionnés croît au fil des ans d'où l'augmentation du nombre d'émissions des droits.

Par exemple, à l'APS de San Pedro, à l'exercice 2011, 22 575 émissions de pensions ont été faites pour 2100 pensionnés.

En 2012, ce nombre est passé à 25 361 émissions, soit un écart de 2796 émissions en plus.

1.2) Les crises sociopolitiques

Depuis 1999, la Côte d'Ivoire connaît une série de crises militaro-politiques qui ont eu pour conséquence la fermeture et ou la délocalisation massive de nombreuses entreprises partout dans le pays, surtout dans les zones CNO.

Cela a conduit à de nombreux licenciements ou à des mises au chômage technique. San Pedro n'a pas dérogé à cette règle ; le départ de plusieurs dirigeants a occasionné plusieurs suspensions d'activités. La conséquence directe est la baisse des cotisations sociales et la hausse du volume des prestations dû aux retraites anticipées et autres.

Cela a agi considérablement sur la trésorerie de la caisse au titre de cette branche qui s'est retrouvée déficitaire.

2.2) L'évolution rapide des prestations par rapport aux cotisations

Les prestations versées au titre du régime de retraite de la CNPS ont atteint plus de 81 milliards de FCFA en 2010. Leur montant a dépassé les 86 milliards de FCFA en 2011 et atteindra plus de 543 milliards de FCFA en 2055. Dans le même temps, les cotisations du régime d'assurance-vieillesse, qui étaient d'un peu plus de 71 milliards de FCFA en 2010, n'ont quasiment pas vérifiées en 2011 et n'atteindront qu'un peu plus 145 milliards de FCFA en 2055.

Paragraphe 1.- Le Salaire Plancher

Le montant du salaire mensuel à prendre en considération pour base de calcul des cotisations ne peut être inférieur au SMIG dont le montant actuel est de 60.000 FCFA.

Paragraphe 2.- Les Salaires Plafonds

Les plafonds sont de :

- 840 000 F par an (210 000 F par trimestre et 70 000 FCFA par mois) pour les prestations familiales, l'assurance maternité, les accidents du travail et maladies professionnelles ;
- 45 fois le SMIG soit actuellement : 32.400.000 FCFA par an (10.800.000 FCFA par trimestre ou 3.600.000 FCFA par mois) pour la retraite.

Section 3.- Le paiement des cotisations

L'employeur est responsable du paiement à la CNPS des cotisations (part patronale et part salariale).

Le salarié ne peut en aucun cas s'opposer à la retenue de sa part de cotisation (6,2%) sur son salaire lors de chaque paye.

Nous étudierons la périodicité des paiements (paragraphe I) et la régularité annuelle (paragraphe II).

Paragraphe 1.- La Périodicité des paiements

Les cotisations sont payées :

- Tous les mois, si l'entreprise emploie 20 salariés ou plus ;
- Tous les trimestres, si l'entreprise emploie moins de 20 salariés.

Le versement des cotisations se fait dans les 15 premiers jours qui suivent le mois ou le trimestre échu. Le versement des cotisations au-delà de cette période expose l'employeur à des pénalités.

Le paiement des cotisations peut se faire par chèque, virement ou en espèces. Il doit être accompagné de l'appel de cotisation.

Paragraphe 2.- Régularisation annuelle

Les cotisations dues au titre des trois branches sont assises sur l'ensemble des rémunérations ou gains perçues par les salariés et assimilés dans la limite d'un plafond annuel. C'est pour permettre le calcul des cotisations lors de chaque paie, que ce plafond annuel est fractionné selon la périodicité des paies (mois, trimestre).

Cependant, pour respecter le principe de l'annualité du plafond, l'employeur doit procéder à une régularisation des cotisations pour tenir compte de l'ensemble des rémunérations payées à chaque salarié entre le premier et le dernier jour de l'année considérée.

Cela, afin d'éviter que les indemnités ou gratifications versées à intervalles éloignés soient prises en considération uniquement dans la limite du plafond mensuel de la paye correspondante, ou que les salaires dont le montant mensuel varie sur l'exercice ne soient que partiellement pris en compte dans le calcul des cotisations.

Pour se faire, conformément aux dispositions de l'Art. 26 de la loi 99-477 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance Sociale, l'employeur affilié est tenu de produire une Déclaration Individuelle des Salaires Annuels (DISA) à la CNPS.

Par ailleurs, la DISA a pour but de permettre avec justesse et régularité :

- Le suivi de la carrière des travailleurs ;
- La mise à jour du fichier des salariés en activité ;
- L'ouverture et la détermination des droits des salariés ;
- La tenue régulière des comptes employeurs.

Document obligatoire dans l'intérêt des travailleurs et des employeurs, la DISA doit être dûment remplie et transmise à la CNPS au plus tard, pour chaque année, à la fin du premier trimestre de l'année suivante.

NB : Pour les entreprises dotées de moyens informatiques, la CNPS a élaboré une monographie qui leur permet de fournir la DISA sur un support magnétique (disquette, clé USB, carte mémoire, Internet).

En vertu de l'article 30 de la loi précitée, le défaut de production de la DISA aux échéances fixées donne lieu au versement d'une pénalité de 10 % du montant total mensuel des cotisations dues par l'employeur.

Section 4.- Contentieux

Les sanctions financières spécifiques et les sanctions pénales feront l'objet de notre analyse.

Paragraphe 1.- Sanctions financières

La majoration de retard et la majoration forfaitaire seront examinées successivement.

A.- La majoration de retard

B.- La majoration forfaitaire

Paragraphe 2.- Sanctions pénales

Art. 29 du Code de Prévoyance Sociale

L'employeur qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales et réglementaires applicables en matière de recouvrement des cotisations, est puni de peines conventionnelles déterminées par décret.

L'amende est prononcée autant de fois qu'il y a de travailleurs pour lesquels les versements n'ont été que partiellement effectués, sans que le montant total des amendes infligés à un même contrevenant puisse excéder dix fois le taux maximum de l'amende prévue.

Chapitre 3.- Les obligations de l'employeur en matière de contrôle

En vertu des dispositions du Code de Prévoyance Sociale, les agents de contrôle disposent de prérogatives légales dont la mise en œuvre à l'occasion des missions comporte deux types d'obligations pour l'employeur : les obligations liées à la personne du contrôleur et celles liées à l'exécution matérielle du contrôle.

Section 1 : les obligations liées à la personne du contrôleur

Il est question du respect de l'intégrité morale du contrôleur (paragraphe I), le respect de l'intégrité physique du contrôleur (**paragraphe II**) et l'obligation de permettre l'accès à l'entreprise au contrôleur (**paragraphe III**).

Paragraphe 1.- Le respect de l'intégrité morale du contrôleur

Conformément à l'**article 223 du Code Pénal**, le contrôleur assermenté peut être assimilé à un fonctionnaire en raison de la mission de service public qu'il accomplit dans l'exercice de ses fonctions.

Aussi, est-il interdit à l'employeur de lui faire subir des outrages et tenter de le corrompre par quelque moyen que ce soit.

A.- L'interdiction de commettre des outrages envers le contrôleur

B.- L'interdiction de toute tentative de corruption

Paragraphe 2.- Le respect de l'intégrité physique du contrôleur

La qualité d'agent assermenté reconnue à l'agent de contrôle lui accorde, conformément à l'article 256 du Code Pénal, le bénéfice de la protection de son intégrité physique contre toute forme d'agression.

Ainsi, les violences et voies de fait commises contre le contrôleur dans l'exercice de ses fonctions ou à cette occasion, sont punies d'un emprisonnement d'un mois à 3 mois et d'une amende de 30 000 FCFA à 300 000 FCFA.

Toutefois, si les violences sont les causes de blessures ou de maladies, la peine est l'emprisonnement de 5 à 20 ans. Si la mort s'en est suivi, le maximum de cette peine est prononcé.

Dans le cas où ces violences n'ont causé ni blessure ni maladie, la peine est l'emprisonnement de 5 à 20 ans, si elles sont commises avec préméditation ou guet-apens. Si les violences sont commises avec intention de donner la mort, le coupable est puni d'emprisonnement.

Paragraphe 3.- L'obligation de permettre l'accès à l'entreprise

Le principe du libre accès du contrôleur aux entreprises énoncées par le Code de Prévoyance Sociale en son article 25, est une règle qui s'impose à l'employeur et devant l'application de laquelle il ne peut opposer de résistance.

Section 2.- Les obligations liées à l'exécution matérielle du contrôle

Ces obligations tiennent au but et au rôle du contrôle puis les pouvoirs du contrôleur.

Paragraphe 1.- Le but du contrôle

En principe, le recouvrement des cotisations sociales est basé sur un système déclaratif. Dans un tel système, l'employeur détermine lui-même le montant des cotisations dont il est redevable vis-à-vis de la Sécurité Sociale.

La contrepartie de ce principe est la possibilité pour les Organismes de Sécurité Sociale d'effectuer un contrôle sur la régularité et l'exactitude des déclarations faites par le cotisant.

Paragraphe 2.- Le rôle du contrôle

Dans la pratique, le contrôleur employeur exerce simultanément :

1.- Une mission de contrôle consistant à :

- faire appliquer la législation de Sécurité Sociale en matière de recouvrement des cotisations et des prestations sociales ;
- vérifier sur place les déclarations des salaires des employeurs ;
- faire des redressements comptables en cas d'omission de certains éléments à prendre en compte pour le calcul des cotisations ;
- débusquer les employeurs clandestins et procéder à leur immatriculation systématique ;
- détecter les fraudes et autres formes d'abus ;
- rechercher les adresses des employeurs disparus ;
- contrôler les déclarations et les informations en matière de prestations.

2.- Une fonction de conseil consistant à :

- Fournir des informations et des conseils aux employeurs dans le cadre de l'interprétation des textes de Sécurité Sociale.

Paragraphe 3.- Les pouvoirs du contrôleur (article 25 alinéa 2 du CPS)

En vertu de cette disposition suscitée, les agents de contrôle ont le pouvoir de :

- pénétrer librement pendant les heures d'ouverture sans avertissement préalable dans

tout établissement assujetti à leur contrôle ;

-- procéder à tout examen, contrôle ou enquête jugé nécessaire pour s'assurer que les dispositions applicables sont effectivement observées et notamment :

- interroger avec ou sans témoins l'employeur ou le personnel de l'entreprise, contrôler leur identité, demander à toute autre personne des renseignements dont le témoignage pourrait sembler nécessaire.

- requérir la production de tout registre et document dont la tenue est prescrite par les textes en vigueur en matière de travail et de Sécurité sociale dans la mesure où les registres et documents sont nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

À l'occasion d'une visite d'inspection, l'agent de contrôle doit, informer de sa présence, l'employeur ou son représentant.

Les agents de contrôle prêter devant le tribunal ou la section de tribunal de leur résidence, le serment prévu à l'article 91.2 du Code du travail.

Au terme de cette partie, il faut retenir que l'employeur est un acteur incontournable dans la politique de la sécurité sociale.

Étant aussi un acteur indispensable dans les relations travail, toute cette politique de prévoyance sociale est envisagée en vue du bien-être du travailleur en lui octroyant une couverture sociale.

D'où l'examen de l'assuré social en tant que travailleur salarié dans un deuxième sous-titre.

Sous-titre II : Les assurés sociaux

Le régime ivoirien de protection sociale protège les travailleurs salariés obligatoirement pour les risques :

- maladie ;
- prestations familiales (dont la maternité) ;
- accidents du travail, maladies professionnelles ;
- pensions (vieillesse, invalidité et survivants).

Quand devient-on assuré social ?

Est considéré comme assuré social, tout travailleur immatriculé à la CNPS.
L'obligation d'immatriculation incombe à l'employeur.

NB : Tout travailleur a le droit de demander son immatriculation et l'affiliation de son employeur.

L'immatriculation à la CNPS est matérialisée par un numéro de douze (12) chiffres qui peut vous être communiqué soit par votre employeur, soit à la CNPS.

NB : Le numéro d'immatriculation sert pour toute la vie.

Il doit être rappelé au nouvel employeur en cas de changement d'employeur et dans tous vos rapports avec la CNPS.

Qui cotise ?

L'immatriculation à la CNPS crée des obligations aussi bien pour le travailleur que pour son employeur.

Ces obligations consistent essentiellement au prélèvement et au versement périodique de cotisations.

L'employeur est tenu pour seul responsable du versement des cotisations (part patronale et part salariale) à leur échéance.

Le travailleur ne peut en aucun cas s'opposer à la retenue de sa part de cotisations sur son salaire.

Il existe une cotisation pour chacune des branches de prestations gérées par la CNPS.

À l'exception de la branche, vieillesse, les cotisations des autres branches sont entièrement à la charge de l'employeur.

Quatre (04) chapitres guideront donc cette partie :

- L'Assurance Maternité (**chapitre I**)
- Les Prestations Familiales (**chapitre II**)
- La déclaration de l'A.T et M.P (**Chapitre III**)
- L'Assurance Vieillesse (**chapitre IV**)

Chapitre 1.- L'assurance maternité

Les prestations d'assurance maternité sont dues à la femme salariée pendant le congé de maternité et la grossesse. Elles comprennent les indemnités journalières et les frais médicaux et pharmaceutiques.

Nous analyserons deux sections dans ce chapitre. D'une part, les indemnités journalières des femmes salariées en congé de maternité (**section I**) et d'autre part, le remboursement des frais d'accouchement (**section II**).

Section 1.- Les indemnités journalières des femmes salariées en congé de maternité

Elles sont dues pendant la durée du congé de maternité qui est de quatorze semaines, six semaines avant et huit semaines après l'accouchement.

En cas d'un repos supplémentaire justifié par une maladie résultant de la grossesse ou de l'accouchement, l'arrêt de travail peut être prolongé jusqu'à concurrence de trois semaines (21 jours) maximum.

Paragraphe 1.- A qui sont-elles payées ?

À la femme salariée du secteur privé et assimilé et à la femme agent temporaire, contractuelle ou journalière de l'administration publique.

Paragraphe 2.- A combien s'élèvent-elles ?

Les indemnités journalières correspondent au salaire que la femme percevait au moment de son départ en congé : salaire de base augmenté, le cas échéant, des primes et indemnités inhérentes à la nature de l'emploi, à l'exclusion de tout ce qui a un caractère de remboursement.

Elles sont calculées au prorata du temps de repos effectif et sont soumises à l'impôt.

Paragraphe 3.- Quand sont-elles payées ?

Le règlement se fait par mois et à terme échu.

Paragraphe 4.- Dans quelles conditions sont-elles payées ?

- Être salariée en activité chez un employeur affilié à la CNPS ;
- Avoir accompli une période de stage (durée minimale pour avoir droit à une prestation) de trois (3) mois continus ;
- Arrêter effectivement de travailler à partir de sept mois et demi de grossesse ;
- Résider sur le territoire ivoirien.

Paragraphe 5.- Quelles sont les formalités à accomplir ?

- Justifier d'au moins 3 mois de travail consécutifs chez un ou plusieurs employeurs affiliés à la CNPS
- Arrêter effectivement de travailler à partir de sept mois et demi de la grossesse ;
- Résider sur le territoire ivoirien.

Pour bénéficier des indemnités journalières, la femme salariée doit produire les pièces suivantes :

- Une attestation de travail (présence) délivrée par l'employeur ;
- Une attestation d'arrêt de travail pour congé de maternité ;
- Un certificat de grossesse de 7 mois et demi indiquant la date présumée d'accouchement ;
- Les 3 derniers bulletins de paie précédant l'arrêt de travail ;
- À la reprise du travail, une attestation de reprise de travail signée par l'employeur ;
- Si le repos se prolonge au-delà de 14 semaines, un certificat médical accompagné d'un rapport médical doit être délivré par le médecin.

Ce certificat médical devra préciser que la prolongation est en rapport avec la grossesse ou les couches. En plus du certificat médical, un certificat de non reprise de travail doit être délivré par l'employeur.

Section 2.- Le remboursement des frais d'accouchement et frais pharmaceutiques

Les frais d'hospitalisation, médicaux et pharmaceutiques à la grossesse font l'objet de

remboursement dans les conditions prescrites par les textes en vigueur.

Paragraphe 1.- Le remboursement des frais d'accouchement et des soins médicaux

Les remboursements concernent les frais d'hospitalisation, les frais pharmaceutiques et les soins médicaux liés à la grossesse.

Qui a droit à ces remboursements ?

La femme salariée en grossesse.

Quand a-t-elle droit à ces remboursements ?

Les remboursements sont dus à la femme salariée à partir du 3ème mois de la grossesse.

Paragraphe 2.- Les frais pharmaceutiques

Dans quelles conditions sont-ils remboursés ?

Les médicaments doivent être délivrés exclusivement pour les maladies liées à la grossesse ou aux couches.

Quels en sont les montants ?

Les remboursements se font :

- Aux prix portés sur l'ordonnance (au vu des vignettes collées sur l'ordonnance) ;
- Dans la limite des sommes réellement déboursées.

Les ordonnances médicales sont remboursées à partir du 3e mois de la grossesse jusqu'à la reprise du travail après accouchement.

Paragraphe 3.- Les frais d'accouchement

Dans quelles conditions sont-ils remboursés ?

L'accouchement doit avoir lieu sous contrôle médical.

Quels en sont les montants ?

- En établissement sanitaire privé : sur la base du taux journalier de la 2^e catégorie des hôpitaux publics ;
- Plus 5 000 F pour l'accouchement avec un supplément de 2 000 F par enfant s'il y a accouchement multiple ;
- En formation sanitaire publique ; taux de la 2^e catégorie par le nombre de jours d'hospitalisation.

Paragraphe 4.- Les soins médicaux proprement dits

Dans quelles conditions sont-ils remboursés ?

Ils sont remboursés en cas de :

- Accouchement à domicile ;
- Accouchement dans une formation sanitaire publique ou privée, quand les soins médicaux ne sont pas pris en compte dans le tarif de la journée.

Quels en sont les montants ?

Le remboursement est effectué en fonction du tarif des consultations externes applicables dans les établissements hospitaliers publics.

Quand les remboursements sont ils effectués ?

À la demande des bénéficiaires et après validation des factures par le médecin conseil de la CNPS.

Prescription des prestations

Les prestations liées à l'assurance maternité sont calculées à compter de la date de dépôt du dossier à la CNPS et payées si l'intéressé remplit toutes les conditions de fond et de forme.

Les arriérés de paiement des prestations familiales, ne sont plus dus après deux (2) ans.

NB : Les remboursement sont effectués à la demande des bénéficiaires et après validation des factures par le médecin conseil de l'agence de l'assuré social. Ces remboursements sont opérés que dans la limite des sommes réellement déboursées.

Le délai de rétroactivité, en ce qui concerne les paiements pour les prestations familiales

et assurance maternité, est de 2 ans maximum.

Chapitre 2.- Les prestations familiales

Les prestations familiales sont des prestations sociales dont l'objet est d'apporter aux familles une aide compensant partiellement les dépenses engagées pour la subsistance et l'éducation des enfants.

Afin d'aider le travailleur à faire face à ses charges familiales et en vue de promouvoir la protection maternelle et infantile, l'emploi féminin ainsi que l'éducation des enfants, la loi a prévu les prestations suivantes :

- Les allocations prénatales ;
- Les allocations de maternité ;
- Les allocations au foyer du travailleur ;
- Les allocations familiales.

La condition générale de bénéfice des prestations au titre de la branche des prestations familiales est de justifier d'au moins 3 mois de travail consécutifs chez un ou plusieurs employeurs.

Quatre (04) sections : les allocations prénatales (**section I**), les allocations de maternité (**section II**), les allocations au foyer du travailleur (**section III**) et enfin, les allocations familiales (**section IV**).

Section 1.- Les allocations prénatales

Elles sont dues, pour les neuf mois de la grossesse, à toute femme salariée ou conjointe légale d'un travailleur salarié à compter du jour où l'état de grossesse est déclaré.

À qui sont-elles payées ?

À la mère.

À combien s'élèvent-elles et quand sont-elles payées ?

- 3 000 F après le 1er examen médical (fait par un médecin) vers le 3ème mois de la grossesse ;
- 6 000 F après le 2ème examen (fait par un médecin ou une sage-femme) vers le 6ème

mois ;

- 4 500 F après le 3ème examen (fait par un médecin ou une sage-femme) à 7 mois et demi de la grossesse.

Quelles sont les formalités à accomplir ?

En plus de la condition générale définie ci-dessus, la conjointe du travailleur ou la femme salariée doit :

- Effectuer les visites médicales à 3 mois, à 6 mois, à 7 mois et demi de la grossesse.

La première visite doit obligatoirement être effectuée par un médecin et les deux autres soit par un médecin, soit par une sage-femme.

- Fournir les certificats médicaux relatifs à ces différentes visites.

La déclaration de grossesse accompagnée d'un certificat médical doit parvenir à la CNPS avant la fin du 3ème mois de grossesse.

NB : N'oubliez pas que les allocations prénatales ne vous sont versées qu'après chaque examen. Sous peine de rejet, les examens prénataux doivent être effectués aux moments indiqués et par les autorités médicales compétentes.

Section 2.- Les allocations de maternité

Elles sont dues pour toute femme ou conjointe légale d'un travailleur salarié qui donne naissance à un enfant né viable, sous contrôle médical et inscrit à l'état civil.

À qui sont-elles payées ?

À la mère ou à défaut au père.

À combien s'élèvent-elles et quand sont-elles payées ?

À 18 000 F payable en fraction :

- 9 000 F à la naissance ;

- 4 500 F lorsque l'enfant atteint 6 mois ;

- 4 500 F lorsqu'il atteint 12 mois.

Quelles sont les formalités à accomplir ?

En plus de la condition générale définie plus haut, la conjointe du travailleur ou la femme salariée doit :

Faire effectuer au nouveau-né des visites médicales tous les 2 mois à partir de sa naissance jusqu'au 12ème mois (soit au total, 6 visites médicales). Chaque visite doit être certifiée par le médecin ou la sage-femme.

Fournir l'extrait de naissance et les certificats médicaux d'accouchement et des différentes visites.

NB : En cas de non assistance à la naissance par un médecin, demander une constatation d'impossibilité en présentant l'enfant à un médecin, une sage-femme ou une infirmière. Les jumeaux, triplés... donnent droit à des montants d'allocations de maternité doubles, triples.

Section 3.- Les allocations au foyer du travailleur

Elles sont perçues à l'occasion de la naissance de chacun des 3 premiers enfants issus du premier mariage (contracté devant un officier de l'état civil) au travailleur.

Cependant, en cas de décès du premier conjoint déclaré à l'état civil, ces allocations peuvent être payées pour les enfants du second mariage, le nombre total d'enfants pouvant ouvrir droit à cette allocation, étant limité à trois.

Elles sont perçues à l'occasion de la naissance de chacun des 3 premiers enfants issus du premier mariage (contracté devant un officier de l'état civil).

Cependant, en cas de décès de la première épouse, déclarée à l'état civil, cette allocation peut être payée pour les enfants du second mariage (le nombre total d'enfants pouvant ouvrir droit à cette allocation, est fixé à trois).

À qui sont-elles payées ?

À la mère ou à défaut au père.

À combien s'élève-t-elle et quand est-elle payée ?

Le montant de cette allocation est actuellement de 18 000 F par enfant, payable en une seule fois à la naissance de chacun des 3 premiers enfants.

Dans quelles conditions est-elle payée ?

Les enfants doivent être nés viables, sous contrôle médical et déclarés à l'état civil.

Quelles sont les formalités à accomplir ?

En plus de la condition générale définie plus haut et des conditions spécifiques ci-dessus énumérées :

Les enfants doivent être nés viables, sous contrôle médical et déclarés à l'état civil ; fournir un extrait d'acte de naissance (ou le jugement supplétif) et le certificat d'accouchement pour chaque enfant.

Section 4.- Les allocations familiales

Elles sont octroyées au travailleur pour chacun des enfants à sa charge, âgé de plus d'un an et de moins de 14 ans.

Toutefois, la limite d'âge est portée à :

- 18 ans pour l'enfant placé en apprentissage ;
- 21 ans s'il poursuit ses études ou si, par suite d'infirmité ou de maladie, il ne peut exercer un travail rémunéré.

NB : Pour les enfants scolarisés, il est exigé le certificat de scolarité qui doit préciser si l'enfant est boursier ou non boursier.

De même pour l'enfant en apprentissage, il est exigé un contrat d'apprentissage qui doit préciser si l'apprenti perçoit ou non un salaire. Dans l'affirmative, le montant du salaire doit être indiqué.

Quels enfants donnent droit aux allocations familiales ?

Ce sont les enfants :

- d'allocataires issus de mariages inscrits à l'état civil ;
- de la femme de l'allocataire, issu d'un précédent mariage, lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré ou divorce judiciairement prononcé, sauf si ces enfants sont restés à la charge du premier mari ou si celui-ci contribue à leur entretien ;
- adoptés ou légitimés par l'allocataire, conformément aux dispositions du code civil ;
- des mères célibataires salariées si celles-ci ont la charge de leur enfant sans l'aide du père. Cette situation doit être attestée par une ordonnance de puissance paternelle délivrée par le tribunal.

À qui sont-elles payées ?

À la mère et à titre exceptionnel, à la personne qui a la charge de l'enfant.

À combien s'élèvent-elles et quand sont-elles payées ?

À 2 500 F (1500F jusqu'à 2014) par enfant et par mois, payables par trimestre et par mois.

Dans quelles conditions sont-elles payées ?

- L'assuré doit consacrer un temps minimum à son travail ;
- L'assuré doit être marié légalement. S'agissant des femmes célibataires, elles doivent bénéficier d'une ordonnance de puissance paternelle ;
- L'assuré doit avoir au moins un enfant à sa charge âgé de moins de 21 ans.

Quelles sont les formalités à accomplir ?

En plus de la condition générale définie plus haut et des spécificités ci-dessus énumérées, les conditions suivantes doivent être réunies :

-- Pour le travailleur : être marié légalement. S'agissant des femmes salariées (mariées ou célibataires), elles doivent bénéficier d'une ordonnance de puissance paternelle ;

-- Pour l'enfant, il doit être :

- issu du travailleur marié ;
- issu d'un précédent mariage, lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré ou divorce judiciairement prononcé, sauf si cet enfant est resté à la charge du premier mari ou si celui-ci contribue à son entretien ;

Adopté ou légitimé par l'allocataire, suivant les règles du code civil ;

Issu de la femme salariée (célibataire ou mariée) si celle-ci a la charge de l'enfant sans l'aide du père. Cette situation doit être attestée par une ordonnance de puissance paternelle délivrée par le tribunal.

Pour bénéficier des allocations familiales, le travailleur doit produire les pièces suivantes :

- Attestation de travail remplie par son employeur (chaque semestre) ;
- Extrait d'acte de mariage ;
- Certificat médical pour enfant de moins de 6 ans ou infirme (chaque année)
- Attestation de fréquentation scolaire pour l'enfant scolarisé (chaque année scolaire);
- Certificat d'assiduité et de contrat d'apprentissage pour l'enfant en apprentissage (Chaque année) ;
- Ordonnance de puissance paternelle (pour les mères salariées).

Comment sont-elles payées ?

Les allocations familiales sont payées soit au guichet CNPS pour les allocataires employés par les personnes physiques ainsi que les conjoints d'assurés décédés, soit dans les entreprises (paiement par employeur).

Dans ce dernier cas, après chaque paiement, l'employeur est tenu de retourner le bordereau de paiement à la CNPS avec les émargements des salariés ayant perçu leurs allocations. L'employeur devra reverser à la CNPS, le montant total des allocations familiales qui n'ont pas été versées aux bénéficiaires.

Des allocataires employés par des personnes physiques sont payés aux guichets de l'agence CNPS dont dépend leur employeur.

En ce qui concerne les conjoints d'assurés décédés, leurs paiements sont effectués à l'agence de la CNPS dont relevait le défunt.

NB : Vous pouvez continuer à bénéficier des allocations familiales si vous êtes veuve d'un allocataire décède en activité, même si vous n'exercez aucune activité.

Chapitre 3.- La déclaration de l'AT/MP

Section préliminaire : Aspects médico-légaux des Accident du Travail et des Maladies Professionnelles dans le secteur public en Côte d'Ivoire.

Les accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (PM) constituent pour les économies des pays en développement un véritable problème de santé publique, au regard des indicateurs de fréquence et de gravités disponibles.

Malgré les progrès observés dans le domaine de la prévention, un grand nombre de travailleurs est victime d'atteintes physiques et psychologiques d'origine professionnelle.

Dans la quasi-totalité des Etats, ces altérations de la santé donnent droit à réparation, sur la base d'arsenaux juridiques souvent complexes et peu connues des bénéficiaires.

À la différence du secteur privé, les mécanismes de réparation des lésions professionnelles dans l'administration publique restent grandement méconnus des fonctionnaires, des médecins et souvent, des responsables hiérarchiques de la victime.

À travers une présentation des structures spécialisées, des procédures en vigueur d'une part, et une analyse critique de ces dispositions d'autre part, ce travail vise à informer de manière élargie les différents partenaires en présence.

1- Bases juridiques

En Côte d'Ivoire, l'organisation de la prise en charge des victimes de lésions professionnelles dans le secteur public repose sur deux textes essentiels : **le décret n° 68-82 du 9 février 1968 et le décret n° 71-301 du 25 juin 1971.**

Le premier porte réparation pécuniaire accordée aux agents de l'Etat en cas de maladie contractée en service, ou d'accidents survenus dans l'exercice de leurs fonctions.

L'arrêté interministériel n° 8993 du 16 octobre 1974, pris conjointement par les ministères de la fonction publique, de la santé et de l'économie précise les modalités d'application dudit décret.

Le second décret porte institution d'un comité médical et d'une commission de réforme.

Ces deux décrets précisent la nature des lésions réparées, ainsi que les procédures d'instruction des dossiers de demande. Ces textes ont été en application respective de la loi n° 64-488 du 21 décembre 1964 portant statut général de la fonction publique, et de **l'article 14 de la loi n° 62-405 du 7 novembre 1962 portant organisation des pensions civiles.**

2- Champ d'application

a. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires visés par le décret de 1968 et par l'arrêté de 1974 sont les fonctionnaires, les fonctionnaires détachés. Les agents temporaires des administrations et établissements publics administratifs de l'Etat et leurs ayants-droits.

b- Les types de lésions concernées

L'article 1^{er} du décret de 1968 présente le champ des atteintes visées. Il s'agit bien des invalidités résultant soit d'un accident de service ayant entraîné une incapacité permanente, soit d'une maladie d'origine professionnelle.

La définition de l'accident y est clairement spécifiée. Il s'agit de l'accident par le fait ou à l'occasion du service, de l'accident de trajet et de l'accident survenu au cours des missions.

Cette définition est identique à celle appliquée aux travailleurs du secteur privé. Un AT réunit obligatoirement trois conditions : un fait accidentel, une lésion et un lien entre le fait et la lésion.

Contrairement au secteur privé, il faut que l'accident entraîné des séquelles ou une incapacité permanente factio les incapacités partielles, c'est-à-dire les accidents parvenus au stade de guérison.

Rappelons que les séquelles désignent les lésions qu'aucun traitement ne peut modifier, la guérison étant l'expression de la restitution ad intégrum de l'organe lésé.

À l'opposé des AT, les maladies visées par le décret de 1968 n'ont pas été définies. Il n'est nullement fait allusion aux tableaux de maladies professionnelles indemnissables.

Les premières sont expressément inscrites sur une liste de tableaux dits de maladies professionnelles indemnissables, les secondes n'y figurant pas. Les maladies à caractère professionnel ne donnent accès à aucune réparation. Les tableaux actuels au nombre de 42, sont annexés au code de prévoyance sociale.

Ils représentent le seul instrument médico-légal indispensable à la reconnaissance et à l'indemnisation des MP. Sans un tel instrument, l'imputabilité d'une maladie à l'exécution d'une activité professionnelle demeure un exercice difficile, périlleux, souvent éloigné de toute objectivité.

Le risque d'une telle situation est la sous-estimation ou la surestimation des MP reconnues par des structures compétentes.

Procédure de déclaration et reconnaissance

Elle peut être schématiquement subdivisée en trois parties, à savoir la demande ou déclaration, l'instruction ou traitement de la demande, et la décision de reconnaissance et d'indemnisation.

Après une section préliminaire portant sur les aspects médico-légaux des AT et MP dans le secteur public en C.I, trois (03) autres sections jalonneront les AT et MP dans le secteur

privé : il sera question de la notion de AT et MP (**Section 1**), de la constitution du dossier de l'AT et MP (**Section 2**) et des droits de victimes d'AT ou d'une MP (**Section 3**).

Section 1.- Notion d'AT et MP

Qu'est-ce qu'un accident du travail ?

(article 66 de la loi n° 99-477 du 02 août 1999 portant code de prévoyance sociale ; article 26.1 du code du travail)

Est considéré comme accident du travail :

- L'accident survenu à un travailleur, quelle qu'en soit la cause, par le fait, à l'occasion ou en raison de son travail ;

- L'accident de trajet, c'est-à-dire l'accident qui survient pendant le trajet de la résidence du travailleur au lieu de son travail et vice-versa dans la mesure ou le parcours qu'il doit effectuer n'a été ni interrompu ni détourné pour un motif personnel ou indépendant de son emploi ;

- L'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont à la charge de l'employeur, en application du code du travail : mission, recrutement, déplacement...

Il s'agit des frais de voyage de celui du travailleur, de son conjoint et de ses enfants mineurs vivant habituellement ainsi que les frais de transport de leur bagage.

(Du lieu de la résidence habituelle au lieu de travail ou du lieu d'emploi ou lieu de résidence habituel)

Les formalités à remplir en cas d'Accident du Travail
Déclaration de l'accident

L'accident doit être déclaré par l'employeur dans les 48 heures à son agence CNPS de rattachement.

En cas de carence de l'employeur, la victime ou ses ayants droits dispose d'un délai de 2 ans maximum pour faire cette déclaration. Passé ce délai, la CNPS ne prend plus en charge le dossier.

Cette déclaration est faite en 3 exemplaires sur un imprimé à retirer à la CNPS.

NB : La date de la première constatation médicale de la Maladie Professionnelle est assimilée à la date de contraction de la maladie.

Le délai de 48 heures et de 2 ans accordé respectivement à l'employeur et à la victime et ses ayants droits pour faire la déclaration court à partir de cette date.

Rôle de l'employeur

L'employeur est tenu :

- De fournir à la victime, un feuillet d'accident ;
- De faire assurer les soins de Première Urgence ;
- D'aviser le médecin de l'entreprise ou, à défaut, le médecin le plus proche ;
- De diriger la victime vers le centre médical, hôpital privé conventionné ou public ou la formation sanitaire la plus proche.

Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?

La conception et la mise en œuvre des politiques de prévention des risques professionnels et la problématique de l'actualisation des listes des maladies professionnelles pose la question préalable de la disponibilité des données fiables et utiles.

De ce point de vue, la collecte et l'enregistrement concernant les statistiques sur les maladies professionnelles apparaissent aujourd'hui comme une nécessité tant sur le plan national qu'au niveau sous-régional.

C'est dans ce cadre que l'Interafricaine de Prévention des Risques Professionnels a demandé à la Côte d'Ivoire d'abriter l'Observatoire sous-régional des accidents de travail [AT] et maladies professionnelles (MP) afin de parvenir à une harmonisation du recueil statistique des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Ceci, en vue de mesurer l'impact des politiques et d'évaluer le coût de la prévention.

Le fondement légal du recueil des données statistiques sur les maladies professionnelles en Côte d'Ivoire réside dans ***l'article 127 de la loi 99-477 du 02 août 1999 portant modification du Code de Prévoyance Sociale Ivoirien.***

Cet article impose à la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) de recueillir tous renseignements permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquels ils sont survenus, de leurs fréquences et de leurs effets, notamment de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent.

En l'absence de définition légale comme les AT, la définition de la MP nous est fournie

par la jurisprudence et par la doctrine.

La Maladie Professionnelle est une maladie contractée par le travailleur exposé de façon habituelle à l'action de certains agents nocifs dans l'exécution de son travail.

Pour le professeur Jean Sylvain Bonny : la définition la plus simple de la maladie professionnelle, c'est une maladie qui est en rapport avec le travail, la profession, le métier.

Dans le Code de prévoyance sociale, on dit qu'une maladie est professionnelle, lorsqu'elle survient chez un travailleur qui est exposé de façon habituelle à un risque au cours de son activité professionnelle. Il s'agit de risque chimique, physique, biologique, ergonomique.

Au CHU de Yopougon, service créé dès l'ouverture en 1989, a pour mission notamment de surveiller la santé des travailleurs du Chu. Il existe des médecins du travail du Chu dans le cadre de la médecine préventive du personnel hospitalier.

Le personnel du Chu consulte chez le service des PM pour toutes les affections générales. Ils reçoivent également les travailleurs qui leur sont adressés par d'autres confrères ou des entreprises qui consultent dans le cadre des pathologies professionnelles.

À ce niveau, ils font la part des choses pour savoir si la maladie est réellement en rapport avec le travail.

Nous pouvons donner quelques chiffres : de 2004 à 2009, ils ont traité, à peu près, 100 dossiers de maladies professionnelles. Sur ces dossiers, nous avons environ 13% qui sont indemnisables, 39% de maladies à caractère professionnel et 45% de maladies non professionnelles.

Quelle est la différence entre les maladies indemnisables et les maladies à caractère professionnel ?

Les maladies professionnelles indemnisables sont des maladies qui sont déjà reconnues, en tant que telles par le législateur. On les retrouve sur une liste de 42 tableaux.

Cependant, certaines maladies qui ne sont pas sur la liste, peuvent être en rapport avec le travail. Il s'agit de maladies à caractère professionnel. On peut avoir un asthme dû à une situation donnée reconnue en France ou ailleurs et non en Côte d'Ivoire où on ne reconnaît que 42 tableaux. Nous devons faire en sorte que ces maladies soient prises en compte.

Autrement, celui qui a ces maladies ne peut pas se faire indemniser ?

Le gros problème qui se pose dans nos pays, c'est celui des maladies à caractère professionnel. Si l'on vous donne les statistiques, aujourd'hui sur les maladies professionnelles, cela ne reflète pas la réalité du terrain.

Il y a nettement plus de maladies à caractère professionnelle que de maladies professionnelles indemnisables.

Les maladies à caractère professionnel devraient constituer l'enjeu dans la politique de santé au travail en Côte d'Ivoire.

Je pense que le dernier décret qui sera signé et qui porte sur la liste des maladies, de 42 à 45, fait allusion à ces maladies à caractère professionnel.

Quelles sont ces nouvelles maladies ?

Dans les nouveaux tableaux, nous retrouvons : tableau n° 43, les affections provoquées par les bois ; tableau n° 44, les affections péri articulaires provoquées par les gestes et postures ; tableau n° 45, les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes.

Comment se faire indemniser, une fois la maladie professionnelle contractée ?

Dans notre législation, c'est l'employeur qui déclare la maladie à la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS).

On peut déclarer plusieurs maladies, mais ne pas les reconnaître toutes. Il y a une étape de reconnaissance de la maladie professionnelle par les médecins conseils de la CNPS.

Ce n'est qu'après qu'on a une étape de réparation. Il y a donc quatre étapes : diagnostic, déclaration, reconnaissance et réparation. Mais on laisse la possibilité également au travailleur de déclarer la maladie directement à la CNPS.

Quand peut-il le faire ?

Le diagnostic, en principe doit se faire par tout médecin. Cela, après les examens cliniques et complémentaires qui permettent de confirmer ou d'infirmier le diagnostic. Le médecin remet au travailleur un certificat médical notifiant qu'il est atteint de telle maladie.

Le patient va retourner à son entreprise pour déposer le certificat médical et l'employeur va réunir tous les documents, c'est-à-dire le certificat médical et l'attestation de travail prouvant son appartenance à l'entreprise et va faire la déclaration à la CNPS.

Si jamais, il y a une réticence ou une résistance de la part de l'employeur, le travailleur

s'adresse directement à la CNPS. Une fois la déclaration faite, il y a l'étape de reconnaissance.

Là, il y a des critères de symptomatologie, de délai de prise en charge et de profession exposée.

Qu'est-ce à dire ?

Nous avons un système de reconnaissance de maladie professionnelle qui est basé sur les tableaux. Au niveau des colonnes, la première est réservée aux symptômes, c'est-à-dire les signes de la maladie. La deuxième colonne, c'est le délai qui permet la prise en charge.

Il s'agit du délai maximal entre la constatation de l'affection et la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque.

Donnons l'exemple de quelqu'un qui part à la retraite. Ce n'est pas parce que vous êtes retraités que vous ne pouvez pas avoir une maladie professionnelle. Une maladie professionnelle peut se révéler à la retraite, c'est-à-dire après un temps plus ou moins long.

Il existe un délai qui permet à la CNPS de dire que cette maladie rentre bien dans le cadre des maladies professionnelles.

Quel est ce délai ?

Le délai est fonction des maladies. Cela peut partir de 7 jours à 30 ans pour les cancers. Un cancer peut se révéler après plusieurs années.

Comment un retraité peut-il prouver qu'il a une maladie professionnelle ?

En fonction des tableaux, quelqu'un qui est à la retraite depuis tel nombre de mois ou d'années, peut avoir une maladie rattachée à sa profession. Il consulte tout médecin qui fait le diagnostic en précisant bien que cette maladie est inscrite à tel tableau.

Avec le certificat médical délivré par le médecin et avec les documents prouvant qu'il a exercé dans une entreprise donnée où le risque était ou est bien présent, il se rend à la CNPS.

Y a-t-il eu déjà connaissance de cas de retraité dont la maladie professionnelle a été reconnue ?

Il y en a eu. La CNPS, dans ce cas, diligente des enquêtes pour savoir ce qu'il en est.

Est-ce le même schéma au niveau de la Caisse générale de retraite des agents de l'Etat ?

Oui, sauf que chez le fonctionnaire, on parle de maladie contractée en service.

Quels sont les secteurs d'activité dans lesquels il y a plus de maladies professionnelles ?

Le secteur des industries manufacturières est en tête pour les maladies professionnelles et les accidents du travail. Les données provenant de la CNPS le confirment.

Je vous apprends que la Côte d'Ivoire abrite le siège de l'observatoire des maladies professionnelles et des accidents du travail de l'Afrique de l'Ouest.

L'environnement à la maison ne peut-il pas favoriser des maladies professionnelles ? D'après la définition, une maladie professionnelle prend naissance sur le lieu de travail. Mais aujourd'hui, il y a des problèmes de santé émergents et qui concernent par exemple le stress.

C'est difficile de dissocier le stress au travail du stress à la maison, parce que l'homme constitue un tout. Un lieu peut influencer un autre. L'environnement du travail doit être favorable à l'épanouissement du travailleur. L'homme passe 8 heures par jour au travail. Il est donc important que cet environnement lui soit propice pour son épanouissement.

Que doit faire l'employeur, dans ce cas ?

Il doit s'assurer que le travailleur se trouve dans de bonnes dispositions psychologiques, physiques, sociales pour exercer sa fonction.

Aujourd'hui, un bon manager, c'est celui qui organise le travail en ayant la qualité comme souci pour améliorer sa productivité et en intégrant également les problèmes du travailleur, dans leur globalité.

Il faut que de façon pratique, on puisse avoir une organisation qui prenne en compte, par exemple, les problèmes de transport, les horaires de travail, la gestion du stress.

Il y a d'autres aspects sociaux intégrant par exemple les caisses d'entraide, les activités sportives, l'organisation de colonies pour les enfants des travailleurs, etc. Tout cela concourt au bien-être de l'employé.

D'après l'OMS (ndlr, Organisation mondiale de la santé), " La santé est un état complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."

Il faut que dans chaque entreprise, on crée un comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail qui puisse agir réellement sur les conditions de travail et créer un climat de confiance.

L'organisation du travail et de l'environnement, l'amélioration des conditions de travail, la prise en compte des facteurs psycho-sociaux doivent concourir à l'épanouissement du travailleur.

Comment ?

Nous avons tous vécu la crise. Il y a eu des entreprises qui ont connu des problèmes, des travailleurs également avec des pertes d'emploi, le chômage technique. Cela a eu un impact sur la santé des travailleurs.

Il y a tout cet aspect psychologique qu'il faut prendre en compte dans toutes les entreprises. Nous avons proposé un plan de gestion post-crise en santé sécurité au travail. Dans ce plan, nous avons demandé qu'il y ait un numéro vert pour que les travailleurs puissent spontanément appeler pour poser leurs problèmes.

Dans les entreprises, il est important que le médecin du travail aborde toutes les questions psycho-sociales avec les travailleurs notamment le stress, la violence au travail l'alcool, la drogue, le tabagisme et les problèmes liés au VIH sida.

Le BIT (Bureau International du Travail) a mis en place un programme de formation à cet effet. Le service de santé au travail constitue un baromètre. Quand ça ne va pas, tous les travailleurs y viennent.

Le médecin doit, ne serait-ce que discuter avec le personnel et prodiguer des conseils pour que le travailleur puisse repartir soulagé pour reprendre le travail.

Vous parlez de médecin du travail alors que dans la plupart des entreprises, il y a des médecins d'entreprise.

N'y a-t-il pas une différence ?

La législation a évolué. Aujourd'hui, on parle de médecin du travail. Ce sont des médecins qui ont une formation adéquate pour affronter le monde du travail, les nuisances sur le lieu du travail, pour surveiller la santé des travailleurs.

Les soins ne doivent en aucun cas, (excepté les urgences) constituer les premières préoccupations dans une entreprise.

Il faut privilégier les visites médicales, les vaccinations, les études de postes de travail, l'identification et la maîtrise des risques, c'est-à-dire l'évaluation des risques

professionnels et la mise en œuvre de mesures de prévention.

Il faut préciser également que les services de santé au travail constituent un maillon important dans notre dispositif de santé publique.

Quels sont les services qui évaluent les risques ?

L'employeur est tenu d'évaluer les risques professionnels. Il est responsable de la sécurité et de la santé du travailleur.

Le programme de prévention que l'employeur doit mettre en place doit reposer sur une parfaite connaissance des risques professionnels. Le médecin du travail doit contribuer de façon active à mettre en place des stratégies pour protéger les travailleurs collectivement et individuellement.

Justement, combien de fois le médecin doit-il visiter un employé par an ?

Il y a d'abord la visite d'embauche. Toute embauche doit être précédée d'une visite médicale.

Il y a ensuite des visites périodiques. Chaque année, le travailleur doit faire l'objet d'une visite au moins. C'est obligatoire. En fonction des risques, on peut prévoir deux visites par an.

Pour quel avantage ?

Elle permet de dépister des maladies, toujours dans l'optique prévention parce qu'un travailleur qui tombe gravement malade, c'est un autre qui sera embauché pendant que le malade part avec son expérience.

La législation impose à l'employeur de prendre toutes les mesures pour organiser les visites médicales et oblige également le travailleur à se soumettre à ces visites réglementaires.

S'il ne le fait pas, quelles sont les voies de recours du travailleur ?

En principe, au sein de l'entreprise, on a le Comité d'hygiène de sécurité, et de conditions au travail présidé par l'employeur.

En son sein, il y a le médecin, le responsable des ressources humaines, le responsable de la formation, les délégués...qui peuvent influencer la politique de santé et de sécurité de l'entreprise. Je pense qu'il faut aujourd'hui former les membres du comité d'hygiène pour qu'ils sachent leurs missions.

Et si l'entreprise n'en dispose pas ?

C'est une obligation pour toute entreprise de plus de cinquante salariés. L'obligation demeure également pour les entreprises de moins de cinquante salariés qui utilisent des produits dangereux. Pour répondre à votre question avant celle-là, il faut dire que le moyen de recours est abord à l'intérieur du comité d'hygiène.

À l'extérieur, au niveau du ministère de la Fonction publique et de l'emploi, nous avons une direction de santé et sécurité au travail où il y a des médecins inspecteurs du travail.

C'est la continuité de l'inspection du travail. C'est son rôle de veiller à l'application des lois sur la sécurité et la santé du travailleur au niveau des entreprises. Ce sont des médecins assermentés qui n'entrent dans les entreprises, à tout moment pour constater les conditions de travail.

Est-ce ce qui se passe également à la Fonction publique ?

Oui, à quelques différences, près, il s'agit de la santé de tout travailleur comme le précise le Code du travail.

Liste de 42 maladies professionnelles (Articles 42 à 44 du décret du 24 février 1957)

Une Maladie Professionnelle est une maladie contractée par le travailleur exposé de façon habituelle à l'action de certains agents nocifs dans l'exécution de son travail.

Elle doit figurer sur la liste des Maladies Professionnelles prévues par les textes.

Trois éléments caractérisent la Maladie Professionnelle :

- Le travailleur doit avoir été exposé au risque pendant certaines périodes ;
- Le travailleur doit présenter les symptômes de la maladie dans un délai déterminé après avoir changé ou quitté l'emploi à l'occasion duquel il pouvait être exposé ;
- La maladie doit figurer sur la liste des Maladies Professionnelles.

Les conditions de prise en charge (article 124 CPS Ivoirien)

La législation ivoirienne comme la quasi-totalité des législations africaines subordonnent la prise en charge d'une maladie professionnelle à son inscription sur une liste limitative.

L'indemnisation d'une maladie professionnelle obéit ainsi à trois conditions cumulatives :

- son inscription sur la liste des maladies professionnelles ;

- l'exposition du travailleur au risque ;
- le respect du délai de prise en charge.

Toutes les autres maladies ne répondant à ces conditions et qui sont susceptibles d'avoir une relation de cause à effet avec le travail sont qualifiées de maladies à caractère professionnel. Dans ce cas, la seule voie de recours est le recours gracieux.

Les formalités à accomplir

Contrairement aux accidents du travail, en matière de maladies professionnelles, il appartient à la victime faire la preuve de sa maladie.

Le médecin traitant (Spécialiste ou non) pose le diagnostic et délivre un certificat médical initial (CMI) qui décrit les lésions et l'étendue des conséquences de la maladie.

La déclaration de cette maladie peut être faite par la victime ou par l'employeur auprès de la CNPS et à l'inspection du Travail.

Une fois les conditions de prise en charge remplies, la procédure de prise en charge de cette maladie est aussi subordonnée à la fourniture du certificat médical de consolidation ou de guérison s'il y a un certificat médical de prolongation.

Les pièces administratives telles que le procès-verbal de la maladie est établi par l'inspection du travail.

Section 2.- La constitution du dossier de l'AT/MP

Pour bénéficier des prestations d'accident du travail, vous devez constituer un dossier comprenant les pièces suivantes :

-- Pour les indemnités journalières

Pièces à produire par l'employeur ou par la victime ou ses ayants droit :

- Une déclaration d'AT/MP (formulaire fourni par la CNPS) en 3 exemplaires ;
- Le bulletin de salaire du mois précédent celui de l'accident ou de la rechute ;

Pièce à demander au médecin :

- Un certificat médical de constatation des blessures ;

- Un certificat médical de prolongation, s'il y a lieu ;
- Un certificat médical de guérison ou de consolidation.

Pièces à demander au commissariat de police ou à la gendarmerie :

- Le constat de police ou de la gendarmerie en cas d'accident de trajet.

Pièces à demander à l'inspection du travail et des lois sociales :

- Procès-verbal d'enquête en cas d'accident de trajet ou susceptible d'entraîner une incapacité ou le décès de la victime.

LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS D'AT ET MP

Voir Art. 67 du Code de Prévoyance sociale

Bénéficiaire de l'assurance accidents du travail toutes les personnes exerçant une activité salariée, les apprentis et les élèves. Vu qu'ici la condition de durée de stage n'est pas nécessaire, l'accidenté est pris en charge par la Caisse même s'il n'est pas déclaré auparavant.

Mais il faut impérativement que le travailleur soit immatriculé pour ne pas que la Caisse supporte les soins sans contrepartie.

Le traitement des dossiers AT est différent de celui des autres du fait que dès la survenue de l'accident, il est conseillé de venir déclarer l'accident (délai de deux jours pour l'employeur et pour le travailleur deux ans) pour qu'un numéro sinistre soit attribué à l'accidenté dans le souci que ces soins médicaux sont pris en compte par la caisse.

Le dossier est complété au fur et à mesure selon l'évolution de l'état de santé (des lésions).

Les assurés dont le taux IPP (taux d'incapacité partielle permanente) est supérieur à 0% après expertise du médecin-conseil de la CNPS, ont droit à une rente (pension viagère versée à un accidenté). Le calcul de cette rente est basé sur le salaire versé à l'assuré.

Un imprimé est remis à l'employeur qui le renseigne avec les douze derniers salaires mensuels précédant le jour de l'accident.

Alors on a recours à la DISA pour vérifier la fiabilité des salaires présents sur l'imprimé et sur le bulletin de salaire fourni par le travailleur.

En ce qui concerne la maladie professionnelle, elle est définie comme étant une maladie

contractée par le travailleur exposé de façon habituelle à l'action de certains agents nocifs ou microbiens à l'occasion de l'exécution du travail.

Elle doit être inscrite sur une liste et reconnue comme telle par la législation nationale, pour être pris en charge.

Section 3- Les droits des victimes d'A.T ou d'une M.P

Les prestations assurées au travailleur au titre des Accidents du Travail et Maladies Professionnelles sont :

- La prise en charge des soins ;
- Les indemnités journalières ;
- Les rentes.

Nous étudierons successivement les soins gratuits (**Paragraphe 1**), les indemnités journalières (**Paragraphe 2**) les rentes à la victime (**Paragraphe 3**) et le rachat et la conversion de rentes (**Paragraphe 4**).

Paragraphe 1.- Les soins gratuits

Dans quelles conditions sont-ils fournis ?

L'accident ou la maladie doit être reconnu comme étant un accident du travail ou une maladie professionnelle tel que défini plus haut.

Quels sont les montants de ces prestations ?

La CNPS couvre directement et entièrement :

- Les frais et honoraires de médecin, de chirurgie s'il y a lieu, de pharmacie, d'hospitalisation ;
- Les frais de fourniture, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et orthopédie nécessités par l'invalidité ;
- Les frais de rééducation professionnelle, de réadaptation fonctionnelle et de reclassement de la victime.

En cas de décès, la CNPS supporte :

- les frais funéraires, dans les limites révisables d'un forfait fixé au quart du salaire minimum annuel en vigueur ;

- les frais de transport du corps au lieu de sépulture quand l'accident s'est produit au cours d'un déplacement professionnel.

Paragraphe 2.- Les indemnités journalières (IJ)

Lorsque le travailleur se trouve dans l'obligation de cesser son travail du fait de l'accident ou de la maladie professionnelle, une indemnité journalière lui est due pour compenser partiellement la perte du revenu consécutive à cet arrêt travail.

Dans quelles conditions sont-elles payées ?

Pour bénéficier des indemnités journalières, la victime d'accident du travail et de maladies professionnelles et/ou son employeur doivent produire en plus de la déclaration de l'accident ou de la maladie ;

Le bulletin de salaire du mois précédent celui de l'accident ou de la rechute ;

Une attestation de reprise de travail après guérison ou consolidation ;

Un certificat médical de constatation des blessures ;

Un certificat médical de prolongation, s'il y a lieu ;

Un certificat médical de guérison ou de consolidation.

Le constat de police ou de la gendarmerie en cas d'accident de trajet.

Et en cas d'arrêt de travail effectif.

Quelle est la période indemnisée ?

Elle part du lendemain (le premier jour étant à la charge de l'employeur) de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle, à la veille de la date de la reprise du travail ou dès que survient un événement de nature à faire cesser le contrat de travail (décès, licenciement, démission...).

À qui sont-elles payées ?

Les indemnités journalières (**IJ**) sont versées de plein droit à la victime, ou à son conjoint, à son tuteur légal (si la victime est mineure), à un tiers auquel la victime donne délégation.

Toutefois, lorsque le salaire est maintenu pendant la durée de l'arrêt de travail, l'employeur se substitue de plein droit à la victime pour percevoir les IJ.

En cas de décès, les IJ sont reversées aux ayants droit.

Quel en est le montant ?

Le montant de l'indemnité est égal :

- Au salaire journalier plein dès le lendemain de l'accident ou de la maladie professionnelle et pendant toute la période de repos correspondant au préavis applicable à la victime ;
- À la moitié du salaire journalier, jusqu'au 28ème jour de l'accident, si le nombre de jours n'a pas été absorbé par le préavis ;
- Aux 2/3 du salaire à partir du 29ème jour de l'interruption.

Quelle est la date d'effet pour les indemnités journalières ?

L'indemnité journalière est payée par l'organisme assureur à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation.

Elle n'est pas due pour les jours non ouvrables qui suivent immédiatement la cessation du travail consécutive à l'accident, sauf lorsque la durée de l'incapacité est supérieure à quinze jours.

Paragraphe 3.- Les rentes à la victime

La rente est une allocation viagère versée à la victime ou à ses ayants droit suite à un Accident du Travail ou une Maladie Professionnelle ayant occasionné une incapacité permanente partielle ou totale ou le décès de la victime.

La rente est un versement périodique qu'une personne dite le débirentier sert, selon le cas, pendant une période de temps déterminé par le contrat soit, jusqu'au décès, à une autre dite le crédientier. Dans ce dernier cas, la prestation est dénommée "rente viagère".

Qui a droit aux rentes ?

Tout travailleur salarié victime d'un accident du travail ou de maladie professionnelle.

Dans quelles conditions sont-elles payées ?

Le bénéfice de la rente à la victime ayant un taux d'incapacité permanente est subordonné à la production des documents suivants :

- le procès-verbal d'enquête réalisé par l'inspection du travail et des lois sociales ;
- le relevé de salaire des douze (12) derniers mois précédant le mois d'accident ;
- le rapport d'expertise médicale ;
- le certificat de consolidation ou de guérison.

Pour ce qui concerne les ayants droit, les pièces exigées sont les suivantes :

-- Conjoint :

- Extrait de naissance du conjoint survivant.
- Extrait de naissance de la victime ;
- Acte de mariage ;
- Acte de décès ;
- Certificat médical de genre de mort ;
- Certificat de non remariage, de non divorce et de non séparation de corps.
- le procès-verbal d'enquête réalisé par l'inspection du travail et des lois sociales ;
- le relevé de salaire des douze (12) derniers mois précédent le mois d'accident ;

-- Descendant :

- Extrait de naissance de la victime ;
- Acte de décès ;
- Certificat médical de genre de mort ;
- Extrait de naissance de l'orphelin ;

- Un certificat médical s'il a moins de 14 ans ou de non fréquentation ;
- Un certificat de fréquentation s'il fréquente un établissement scolaire ;
- Un certificat d'apprentissage s'il est placé en apprentissage ;
- Certificat de vie et entretien de l'orphelin ;
- Le procès-verbal d'enquête réalisé par l'inspection du travail et des lois sociales ;
- le relevé de salaire des douze (12) derniers, mais précédent le mois d'accident.
- Extrait de naissance de la victime ;
- Acte de décès ;
- Certificat médical de genre de mort ;
- Extrait de naissance de l'ascendant ;
- Le procès-verbal d'enquête réalisé par l'inspection du travail et des lois sociales ;
- le relevé de salaire des douze (12) derniers mois précédent le mois de l'accident ;
- le certificat de vie de l'ascendant.

Quand sont-elles payées ?

En règle générale, les rentes sont payées trimestriellement à partir de la date de consolidation de la blessure ou au lendemain du décès.

Elles doivent :

- Être payées annuellement si leur montant est inférieur au dixième du salaire minimum annuel fixé chaque année ;
- Être payées obligatoirement par mois si le taux d'incapacité est égal à 100 % ;
- Être payées par mois à la demande du titulaire si le taux est supérieur ou égal à 75%.

Quel est le montant ?

La rente est calculée en tenant compte du salaire des douze (12) derniers mois

précédant l'accident et du taux d'incapacité permanente.

Le montant annuel de la rente est égal au salaire annuel utile multiplié par le taux d'incapacité utile :

Montant de la rente = salaire utile x taux utile

Quelle est la date d'effet pour les rentes ?

Les arrérages des rentes courent du lendemain du décès ou de la date de consolidation de la blessure.

Le salaire utile

La rente est calculée sur la base des salaires des 12 mois précédant l'accident dans la limite d'un salaire minimum (**plancher à 955 553 F CFA par an**) lorsque le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10 % et d'un salaire maximum (**Plafond = 26 615 484 F CFA par an**).

Le salaire minimum est fixé par décret avec effet au 1er avril de chaque année.

Le taux utile ou taux de la rente

Le taux utile est le taux d'incapacité fixé par le médecin-conseil de la CNPS, réduit de moitié pour la partir de ce taux qui ne dépasse pas et augmente de la moitié pour la partie qui excède 50 %.

Exemple :

Si c'est un taux de 70 % qui est attribué, le taux utile pour le calcul de la rente sera égal à : **$50/2 + (20+20/2) = 55\%$**

La majoration pour assistance d'une tierce personne

Dans le cas où l'incapacité permanente est totale (100 %) et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à recourir à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré de 40 %. Cette majoration ne peut être inférieure au salaire minimum annuel.

Exemple :

L'accidenté perçoit 800.000 FCFA par an, si le médecin lui reconnaît une incapacité totale de 100 %.

Sa rente annuelle sera de 800.000 FCFA ; mais si, en plus, il a besoin d'une tierce personne pour se déplacer ou manger, pour l'assistance de cette tierce personne, on lui octroie :

$$800.000 \text{ F} \times 40/100 = 320.000 \text{ F}$$

Les 320.000 F étant inférieurs au salaire annuel minimum en vigueur qui est de 950.000 F, on lui octroiera au titre de l'assistance de la tierce personne, 950.000 F au lieu de 320.000 F.

Sa rente sera donc portée à :

$$800.000 + 950.000 \text{ (salaire minimum)} = 1.750.000 \text{ F}$$

Les rentes aux ayants droit

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle suivi de mort, les ayants droit de la victime ont droit à une rente à compter du lendemain du décès.

Qui sont ces ayants droit ?

Ce sont :

- Le conjoint survivant (légalement marié) ;
- Les descendants (enfants) de la victime ;
- Les ascendants (père et mère) de la victime ;

La rente au conjoint survivant

Dans quelles conditions est-elle payée ?

- Le mariage doit avoir été contracté avant l'accident ;
- Le conjoint survivant ne doit être ni divorcé ni séparé de corps, ni condamné pour abandon de famille, ni déchu de la puissance paternelle.

Quel est le montant de cette rente ?

Elle s'élève à 30 % du salaire annuel qui aurait servi de base au calcul de la rente de la victime.

Lorsqu'il y a plusieurs veuves, la rente est partagée équitablement entre elles. Ce partage

n'est pas susceptible d'être ultérieurement modifié.

En cas de remariage

Le conjoint survivant, s'il n'a pas d'enfants à charge, cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, à titre d'indemnité totale, une somme qui ne peut être supérieure à 3 fois le montant de la rente. S'il a des enfants à charge, le rachat sera différé aussi longtemps que l'un de ces enfants aura droit à une rente.

La rente aux descendants (enfants)

Qui a droit à cette rente ?

Les enfants de la victime qui étaient à sa charge, les descendants directs de la victime et les enfants recueillis par elle avant l'accident si les uns et les autres sont privés de leur soutien naturel et étaient, de ce fait, à sa charge.

Dans quelles conditions sont-elles payées ?

L'enfant doit avoir au plus :

- 14 ans s'il fréquente un établissement scolaire ;
- 18 ans s'il est en apprentissage ;
- 21 ans s'il poursuit ses études ou s'il est atteint d'une maladie incurable l'empêchant de travailler.

Quel est le montant de cette rente ?

Le montant de la rente est fonction du nombre d'enfants. Ce montant représente 15 % du salaire annuel servant de base de calcul de la rente à la victime pour chacun des deux premiers enfants. À partir du troisième enfant, le montant de la rente est de 10 %.

En d'autres termes :

- 1 enfant = 15 % du salaire utile ;
- 2 enfants = 30 % du salaire utile ;
- 3 enfants = 40 % du salaire utile ;
- Chaque enfant supplémentaire = 10 % supplémentaire du salaire annuel.

La rente aux ascendants

Qui a droit à cette rente ?

Tout ascendant direct de la victime (père et mère)

Dans quelles conditions est-elle payée ?

Au moment de l'accident, l'ascendant doit être à la charge du travailleur.

Quel est le montant de la rente ?

Le montant est égal à 10 % du salaire annuel de la victime et est attribué à chaque ascendant.

NB : L'ensemble des rentes allouées aux différents ayants droit ne peut dépasser 85% du salaire de la victime ; dans le cas contraire, elles feront l'objet d'une réduction proportionnelle.

Pour bénéficier de chacune des rentes, il faut fournir les pièces suivantes :

Dans tous les cas pour la victime

Pièces à demander à l'état civil :

- Un extrait d'acte de naissance ;
- Un extrait d'acte de décès.

Pièces à demander au médecin :

Un certificat de genre de mort ou un rapport médical en cas de décès survenu postérieurement à l'accident.

Pour les ascendants

Pièces à demander à l'état civil :

- Un extrait d'acte de naissance ;
- Un certificat de vie.

Pour le conjoint survivant

Pièces à demander à l'état civil :

- Un extrait d'acte de mariage ;
- Un certificat de non remariage, de non séparation et de non divorce ;
- Un extrait d'acte de naissance.

Pièces à demander à l'établissement scolaire :

- Un certificat de scolarité pour les enfants de 6 à 15 ans, d'apprenti (21 ans) et d'étudiant (18 ans)
- Une attestation de résidence en Côte d'Ivoire pour les ayants droit étrangers, ressortissant d'un Etat non signataire de la convention 19 du BIT, instituant le principe de la réciprocité des droits.

Paragraphe 4.- Le rachat et la conversion de rente

C'est la faculté offerte à la victime de convertir en totalité ou en partie sa rente en un capital. La législation prévoit deux (2) types de rachat :

- Le rachat total lorsque le taux d'incapacité permanente ne dépasse pas 10% ;
- Le rachat partiel ou au quart lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur à 10%.

Le rachat total ou partiel ne peut intervenir qu'après expiration d'un délai de cinq (5) ans à compter de la date de prise d'effet de la rente.

La demande doit être formulée auprès de la CNPS dans un délai n'excédant pas deux (2) ans à compter de l'expiration des cinq ans.

La rente allouée à la victime peut être remplacée, en totalité ou en partie, par un capital à certaines conditions.

Le rachat est un versement par l'assureur d'une somme d'argent dite valeur de rachat, à la demande de l'assuré, l'obligation de l'assureur qui était conditionnelle ou à terme (décès de l'assuré) est alors transformée en obligation à échéance immédiate, dans un contrat d'assurance sur la vie.

Il s'agit d'un rachat de cotisation.

Qui a droit au rachat ?

Tout accidenté bénéficiaire d'une rente d'AT/MP.

Dans quelles conditions ce rachat a-t-il lieu ?

La victime doit être majeure (âgée de 21 ans).

Quand se fait le rachat ?

- À la demande du titulaire ;
- Dans les 2 ans qui suivent le délai d'attente de 5 ans qui court à compter de la date de consolidation.

Quelles sont les modalités du rachat ?

Il existe deux modalités de rachat : le rachat partiel ou le rachat total.

Le rachat total peut se faire lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 10 %.

Le rachat partiel intervient dans le cas contraire.

Quel est le montant du rachat ?

- Si le taux d'incapacité est de 50 % au plus, le rachat partiel se fait dans la limite du quart de la rente annuelle, affecté d'un coefficient d'âge ;
- Si le taux d'incapacité est supérieur à 50 %, le rachat se fait dans la limite maximum du quart de la rente annuelle calculée au taux de 50 %, affectée d'un coefficient d'âge ;
- Si le taux d'incapacité est inférieur ou égal à 10 %, le rachat se fait sur la base de la rente annuelle, affectée d'un coefficient d'âge.

NB : Toutes les rentes qui font l'objet d'un rachat partiel ou au quart, subissent un abattement.

Chapitre 4 : L'assurance-vieillesse (la retraite)

Le retraité est défini comme une personne ayant cessé toute activité salariale. Ainsi défini, nous pouvons dire que peuvent avoir droit à une pension de retraite, tout travailleur ayant exercé une activité salariale, ayant donné lieu à des cotisations et qui a cessé toute activité. (voir Chapitre 1 de la première partie du titre 1 du cours).

Depuis l'Ordonnance n° 2012-03 du 11 janvier 2012, une réforme de la retraite est

entrée en vigueur le 1er février 2013.

Cette réforme prévoit une augmentation du taux de cotisation (qui passe de 8 à 12% en 2012 et 14% à partir de 2013.) et un recul progressif de l'âge de liquidation de la pension qui passe ainsi de 55 à 60 ans entre 2012 et 2016 (augmentation progressive d'une année tous les ans pour atteindre 60 ans en 2016), une prise en compte dans la base de calcul de la pension des 15 meilleures années (au lieu de 10 ans) ainsi qu'une revalorisation des pensions basée sur l'évolution du coût de la vie et non plus sur les salariés.

Dans le cas de la retraite, différents types de prestations sont offerts au travailleur qui cesse toute activité salariale suivant des conditions bien définies.

Nous avons les allocations uniques (allocations versées en une seule fois à la demande du bénéficiaire), lorsque l'assuré n'a pas atteint l'âge requis pour avoir droit à la retraite normale. Et nous parlerons aussi de la pension de retraite normale.

L'évaluation de cette prestation est étroitement liée au nombre d'années effectivement travaillé.

Elle est le but même du bon renseignement de la carrière du travailleur. Et cela permettra au soir de sa vie de bénéficier des retombées du labeur de son travail.

Nous analyserons les prestations servies par l'organisme de sécurité sociale en matière d'assurance-vieillesse (**Section 1**), la constitution du dossier de la pension de retraite (**Section 2**) et pension de retraite (**Section 3**).

Section 1.- Les prestations services

Nous disposons de la pension de retrait, des allocations de solidarité, de l'allocation unique, du remboursement des cotisations personnelles, de la pension de réversion, de la pension d'invalidité (06 paragraphes).

Paragraphe 1.- La pension de retraite

La pension de retraite est un revenu de remplacement versé au travailleur ayant fait valoir ses droits à la retraite.

Quelles sont les conditions à remplir pour avoir droit à cette pension ?

- Être affilié à la CNPS ; Avoir atteint 60 ans ;
Avoir accompli au moins quinze ans d'activité salariée ayant donné lieu à des cotisations chez un ou plusieurs employeurs affiliés à la CNPS ;

- Avoir cessé toute activité salariée.

La pension de retraite peut être liquidée sur demande du travailleur à partir de l'âge de 55 ans. Dans ce cas, la pension de retraite subit, à titre définitif, un abattement de 5% par année d'anticipation.

La pension de retraite, au moment de sa liquidation, est augmentée d'une bonification de 10% de son montant par enfant à charge dans la limite de trois (3) enfants maximum jusqu'à l'âge de 21 ans.

QUELLES SONT LES FORMALITÉS À REMPLIR ?

Pour devenir bénéficiaire de la pension de retraite, le travailleur retraité doit constituer un dossier auprès de la CNPS.

Le dossier doit comporter les pièces suivantes :

- Une demande de liquidation de retraite (à retirer à la CNPS) ;
- Le ou les relevés nominatifs des salaires (à retirer à la CNPS) ;
- Le ou les certificats de travail ;
- 3 photos d'identité du travailleur et éventuellement du conjoint ;
- Un RIB (Relevé d'Identité Bancaire) ; Un certificat de vie ;
- L'extrait d'acte de naissance ;
- L'extrait d'acte de mariage (éventuellement).

Pour bénéficier de la bonification pour enfant à charge et de la meilleure imposition, l'assuré doit fournir, en plus, les pièces suivantes :

- L'extrait d'acte de naissance ou un jugement supplétif de tous les enfants de moins de 28 ans ;
- Un certificat de vie et d'entretien pour chacun des enfants de moins de 21 ans ;
L'attestation de fréquentation de chaque enfant âgé de 21 ans à 27 ans ;

Une ordonnance de puissance paternelle pour la femme salariée ayant la charge des enfants ;

- L'ordonnance de puissance paternelle et son accusé de réception délivré par l'employeur du père de l'enfant si celui-ci est salarié en activité, ou par l'organe de sécurité sociale s'il est pensionné ou par le père s'il est de profession libérale ; à défaut, une attestation du nombre de parts pour la femme salariée délivrée par l'Administration Fiscale.

Quand est-elle payée ?

La pension est payée par mois et à terme échu.

Quel est le montant de cette pension ?

Le montant de la pension de retraite équivaut à un pourcentage des salaires soumis à cotisation. Il est égal au produit du salaire moyen des quinze (15) meilleures années de la carrière par le taux de remplacement.

Le taux de remplacement est égal au produit du taux de rendement annuel par la durée de la carrière.

NB : Le taux de rendement est de 1,33 % par an pour la période de la carrière antérieure au 1er janvier 2000 et de 1,70 % par an pour la période postérieure au 1er janvier 2000.

Quelle est la date de prise d'effet de la pension de retraite ?

La liquidation de la pension de retraite est effectuée à la demande du travailleur assortie d'une justification de la cessation d'activité.

La date de prise d'effet de la pension de retraite est fonction de la date de dépôt du dossier :

- Lorsque le dépôt du dossier intervient dans les six (6) mois suivant la date de départ à la retraite, la date de prise d'effet des droits est le premier jour du mois suivant la date de départ à la retraite.

- Lorsque le dépôt intervient après les six (6) mois suivant la date de départ à la retraite, la date de prise d'effet des droits est fixée au premier jour du mois suivant la date de dépôt du dossier.

Pour le conjoint survivant ou l'orphelin d'un retraité, la date d'entrée en jouissance est fixée au premier jour du mois suivant la date du décès.

Paragraphe 2.- Les allocations de solidarité

L'allocation de solidarité est versée à tout travailleur ayant exercé une activité salariée

avant l'instauration du régime de retraite géré par la CNPS en 1956. Le montant de cette allocation est fixé par le Conseil d'Administration de la CNPS.

Qui a droit à cette allocation ?

Bénéficiaire de l'allocation de solidarité, les travailleurs ayant exercé leur activité avant l'instauration du régime.

Dans quelles conditions est-elle payée ?

- Avoir au moins 55 ans ou 60 ans selon le projet de réforme de la branche de retraite de sécurité sociale ;
- Avoir accompli au moins quinze ans d'activité ayant donné lieu à rémunération dans une ou plusieurs entreprises affiliées à la CNPS ;
- Avoir cessé toute activité salariée.

Quand est-elle payée ?

L'allocation de solidarité est payée par mois et à terme échu.

Quel est le montant de cette allocation ?

L'allocation de solidarité ne peut être inférieure à 50% du SMIG.

Paragraphe 3.- L'allocation unique

C'est un capital versé en une seule fois au travailleur qui totalise une période d'activité de plus de deux (2) ans et de moins de quinze (15) ans.

Qui a droit à cette allocation ?

Tout travailleur salarié :

- déclaré à la CNPS ;
- âgé de 60 ans ;
- totalisant une période d'activité professionnelle soumise à cotisation supérieure à 2 ans, mais strictement inférieure à 15 ans ;
- Ayant cessé toute activité salariée.

NB : lorsque la période d'activité soumise à cotisations atteint au moins 13 ans, l'assuré peut racheter la période restante pour bénéficier d'une pension de retraite normale.

Quel est le montant de cette allocation ?

Cette allocation est le produit du salaire moyen sur toute la période d'activité par le taux de remplacement calculé dans les mêmes conditions que pour la pension normale et par un facteur multiplicateur qui est fonction de la durée moyenne d'une pension de retraite et d'un taux d'intérêt technique.

NB : lorsque la période d'activité soumise à cotisations atteint au moins 13 ans, l'assuré peut racheter (jusqu'à 24 mois) la période restante pour bénéficier d'une pension de retraite normale.

Paragraphe 4.- Le remboursement des cotisations personnelles

Le remboursement des cotisations personnelles est un capital versé au travailleur totalisant au plus deux ans d'activité soumise à cotisation.

Qui a droit à ce remboursement ?

Ont droit au remboursement des cotisations personnelles :

- Le travailleur salarié qui quitte le régime de la CNPS pour un autre régime qui n'a pas de convention avec celui-ci et qui est âgé de 60 ans ;
- Le travailleur salarié totalisant au plus deux ans d'activité soumise à cotisation et âgé de 60 ans.

Le travailleur salarié étranger qui quitte définitivement la Côte d'Ivoire et dont le pays d'origine n'a pas signé de convention de coordination en matière de sécurité sociale avec l'Etat de Côte d'Ivoire.

Dans quelles conditions le remboursement des cotisations est-il effectué ?

- Totaliser moins de 2 ans d'activité ayant donné lieu à cotisation ;
- Avoir cessé d'appartenir au régime ivoirien de retraite et à tout autre régime de retraite ayant une convention avec celui-ci.

QUELLES SONT LES FORMALITÉS À REMPLIR ?

Pour bénéficier du remboursement des cotisations personnelles, le travailleur doit fournir à la CNPS :

- Une demande de liquidation de retraite (imprimé à retirer à la CNPS) ;
- Le ou les relevés nominatifs des salaires (imprimé a retirer à la CNPS) ;
- Le ou les certificats de travail ;
- 3 photos d'identité du travailleur ;
- L'extrait d'acte de naissance ;

Quel est le montant de ce remboursement ?

Le montant remboursé est égal à la somme des cotisations à la charge du salarié et effectivement prélevées sur ses salaires durant sa carrière.

Le remboursement se fait en une seule fois et à la demande du bénéficiaire.

Paragraphe 5.- La pension de réversion

Les pensions de retraite normale, d'invalidité, l'allocation de solidarité et l'allocation unique sont réversibles en cas de décès, du travailleur en activité ou retraité. La pension de réversion est due au conjoint survivant et aux orphelins de père et mère.

A.- La pension de conjoint survivant (veuf ou veuve)

B- La pension d'orphelin

Paragraphe 6.- La pension d'invalidité

Le travailleur salarié reconnu inapte à tout travail quel que soit son âge, perçoit immédiatement une pension de retraite dite pension d'invalidité, à titre définitif et sans qu'il ne lui soit appliqué le coefficient de réduction pour anticipation.

À droit à cette pension, le travailleur atteint, des suites d'un accident ou d'une maladie non professionnelle, d'une invalidité au 2/3 de sa capacité de travail ou de gain quel que soit son âge à condition d'assujetti à la CNPS et d'avoir accompli au moins quinze ans d'activité salariée soumise à cotisation dans une ou plusieurs entreprises affiliées à la CNPS. L'état de l'invalidité est apprécié par le médecin conseil de la CNPS.

La pension d'invalidité est payée par mois et à terme échu. Elle est calculée selon les mêmes règles que la pension de retraite normale.

QUAND LE TRAVAILLEUR EST-IL RECONNU INVALIDE ?

Le travailleur est reconnu invalide lorsque :

- Il présente une invalidité d'au moins 2/3 de sa capacité de travail, le mettant hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au 1/3 des rémunérations normales perçues par les travailleurs de la même catégorie.
- La maladie ou l'accident à l'origine de cette invalidité n'est pas régi par la législation des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles.

L'état d'invalidité est constaté, soit par le médecin conseil de la CNPS, soit par le médecin traitant du travailleur ; dans ce dernier cas, il est obligatoirement confirmé par le médecin conseil de la CNPS.

QUELLES SONT LES CONDITIONS À REMPLIR ?

Être déclaré à la CNPS ;

- Avoir cessé toute activité salariée ;
- Avoir accompli au moins quinze ans d'activité salariée soumise à cotisation chez un ou plusieurs employeurs affiliés à la CNPS ;
- Être reconnu médicalement invalide ou inapte au travail.

QUELLES SONT LES FORMALITÉS À REMPLIR ?

Outre les documents exigés au titre de la pension de retraite normale, le travailleur invalide doit fournir un rapport médical attestant de son état d'invalidité et produit dans les conditions citées ci-dessus.

Montant de la pension d'invalidité est calculé selon les mêmes règles que la pension de retraite normale.

Paragraphe 7.- La bonification pour enfant à charge

La pension de retraite normale, de solidarité, d'invalidité ou la pension anticipée sont augmentées de 10% de leur montant pour chaque enfant jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 16 ans, dans la limite de trois (3) enfants.

Section 2.- La constitution du dossier de pension de retraite

Pour devenir bénéficiaire de la pension de retraite, un dossier doit être constitué auprès de la CNPS. Ce dossier doit comporter les pièces suivantes : une demande de liquidation de retraite (à retirer à la CNPS) ; le ou les relevés nominatifs de salaires (à retirer à la CNPS) ; le ou les certificats de travail ; un certificat médical d'inaptitude au travail pour l'invalidé de moins de 55 ou 60 ans ; trois photos d'identité ; et éventuellement un Relevé d'Identité Bancaire (à produire ultérieurement).

Pour bénéficier de la bonification pour enfant à charge et des avantages fiscaux, l'assuré doit fournir, en plus, les pièces suivantes : l'extrait d'acte de mariage ou une ordonnance de puissance paternelle pour la femme salariée ayant la charge des enfants ; l'extrait d'acte de naissance ou un jugement supplétif de tous les enfants de moins de 28 ans ; un certificat de vie et d'entretien pour chacun des trois (3) enfants de moins de 16 ans ; l'attestation de fréquentation de l'enfant âgé de 21 ans à 27 ans ; l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ; une attestation du nombre de parts pour la femme salariée.

Le conjoint survivant doit fournir :

Une demande de liquidation de pension de réversion ; l'extrait de l'acte de décès de l'époux ; l'extrait d'acte de mariage ; le certificat de non divorce et de non remariage ; un extrait d'acte de naissance ou un jugement supplétif ; et éventuellement un Relevé d'Identité Bancaire (à produire ultérieurement).

Quant à l'orphelin, il doit fournir :

Une demande de liquidation de pension de réversion ; les extraits d'acte de décès du père et de la mère ; un extrait d'acte de naissance ; un certificat de tutelle délivré par le tribunal ; et éventuellement un Relevé d'Identité Bancaire (à produire ultérieurement).

NB : les prestations de retraite mises en paiement se prescrivent par deux ans.

Section 3.- Le calcul de la pension de retraite

La pension est calculée en pourcentage du salaire moyen d'activité. Ce pourcentage (taux de remplacement) est acquis par année d'activité tout le long de la carrière du travailleur.

Le salaire moyen d'activité est déterminé sur la base des salaires soumis à cotisation des 10 meilleures années. Par meilleures années, il faut entendre les années civiles au cours desquelles le salarié a perçu les salaires les plus élevés soumis à cotisation, quel que soit le nombre de mois travaillés au cours desdites années.

La durée à prendre en compte pour le calcul des pensions et allocations est l'ensemble des années travaillées ayant donné lieu à cotisation et les périodes assimilées telles que définies à l'article 153 du Code de Prévoyance Sociale. Le montant de la pension de

retraite est calculé en multipliant le salaire moyen des dix meilleures années d'activité par le taux de remplacement.

Soit :

- **PM**, la pension mensuelle ;
- **SMM**, le salaire moyen mensuel ;
- **TR**, le taux de remplacement.

$$PM = SMM \times TR$$

Paragraphe 1.- Détermination du salaire moyen mensuel (SMM)

Le salaire moyen mensuel devant servir de base de calcul, est obtenu par la somme des salaires (soumis à cotisation) des 10 meilleures années divisée par 120 mois (1 an étant égal à 12 mois).

Soit :

- N = 120
- S 1, le salaire annuel de la 1ère meilleure année
- S 10, le salaire annuel de la 10ème meilleure année

$$SMM = (S 1 + S 2 + S 3 + S 10) / N$$

Paragraphe 2.- Détermination du taux de remplacement

Le taux de rendement annuel est fixé comme suit :

- 1,33 % par an pour la période avant le 1er/ 01 /2000
- 1,70 % par an pour la période à partir du 1 er/01/2000

Soit :

- TR1, le taux de remplacement acquis avant le 1er/01/2000
- TR2, le taux de remplacement acquis à partir du 1er/01/2000

- 01, la durée de la carrière avant l'année 2000

- 02, la durée de la carrière à partir de l'année 2000

TR1 = 1,33 % x 01

TR2 = 1,70 x 02

Le taux de remplacement (TR) sur l'ensemble de la carrière du travailleur est égal à : TR1 + TR2. Le taux de remplacement ainsi obtenu ne peut excéder 50 % (article 150 du Code de Prévoyance Sociale).

Paragraphe 3.- Détermination de la pension

La pension mensuelle s'obtient en multipliant le salaire moyen mensuel par le taux de remplacement. En cas d'existence d'enfants à charge, le montant de la pension est augmenté de 10% par enfant, dans la limite de 30 %, conformément à l'article 152 du Code de Prévoyance Sociale.

Paragraphe 4.- L'imposition de la pension de retraite

Conformément, à la réglementation fiscale en vigueur [Loi n° 2003-206 du 07 juillet 2003 portant Annexe Fiscale (Article 16)], la pension de retraite est soumise à imposition.

ASSUJETTISSEMENT A L'IMPOSITION

Sont assujettis aux impôts, tous les retraités titulaires d'une pension de retraite acquise à titre personnel, déduction faite de la bonification.

PIÈCES À FOURNIR POUR LE BÉNÉFICE DU NOMBRE DE PARTS

L'extrait d'acte de naissance de l'enfant ;

L'attestation de fréquentation ;

L'extrait d'acte de mariage ;

La lettre d'attribution de part d'IGR délivrée par l'Administration Fiscale ;

L'ordonnance de puissance paternelle ;

Le certificat médical d'invalidité de 40% au moins donnant lieu à pension ; Le certificat de divorce ;

Le certificat de décès du conjoint ou d'un enfant.

Cas d'exclusion

Sont exclus :

Les retraités âgés de 70 ans (au premier janvier de l'année) et plus ;

Les ayants droit qui bénéficient d'une pension de réversion ;

Les retraités ayant établi depuis au moins 183 jours, leur résidence fiscale dans un Etat signataire de la convention de non double imposition de pension avec la Côte d'Ivoire, sous réserve de la production au mois de janvier de chaque année, d'une attestation de résidence fiscale. Il s'agit des retraités originaires des Etats suivants : Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal, dans le cadre de la convention multilatérale CEAO ;

France, Allemagne, Belgique, Canada, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Irlande du Nord et Suisse, du fait de convention bilatérale.

Cas d'exonération

Les pensions dont le montant mensuel est inférieur ou égal à 300 000 FCFA, bénéficient d'une exonération totale ;

Les pensions dont le montant mensuel est supérieur à 300 000 FCFA, sont imposées dans la limite de 25 % de la pension mensuelle.

Les pièces à fournir pour le bénéfice de nombre de parts sont : l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ; le certificat de scolarité ; l'extrait d'acte de mariage ; la lettre d'attribution de part d'IGR délivrée par l'Administration Fiscale ; le certificat de puissance paternelle ; le certificat médical d'invalidité de 40 % au moins donnant lieu à pension ; le certificat de divorce ; le certificat de décès du conjoint ou d'un enfant.

IMPORTANT :

Travailleurs, conservez soigneusement tous les documents concernant votre carrière professionnelle. Ils pourront vous servir pour la constitution de votre dossier de retraite.

Futurs retraités, pour vous éviter des surprises et des désagréments, veuillez commencer la constitution de vos dossiers (retraite) à partir de 60 ans et au plus tard 6 mois avant la date de départ prévue pour la retraite, même si vous avez demandé une dérogation pour prolonger votre carrière. Un dossier complet est le gage d'un service plus efficace et plus rapide.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La sécurité sociale s'inscrit dans une politique de protection sociale nationale. C'est un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger et d'assister financièrement les individus des conséquences de divers situations ou événements coûteux de la vie, généralement qualifiés de risques sociaux.

Les mesures politiques prises successivement visent à sauvegarder le régime de sécurité sociale tout en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux (Égalité d'accès aux soins, qualité des soins et solidarité) et en les conjuguant avec la notion de performance dans la gestion du système.

La sécurité sociale, à la fois produit et agent de transformation de la société, semble réaliser un compromis entre les diverses forces à l'œuvre dans cette société. S'inspirant de la notion d'intérêt général, elle tend à satisfaire des besoins sociaux hiérarchisés tout en cherchant à maintenir et à préserver l'équilibre global du système politico-économique.

En poursuivant plus loin cette analyse, la propre fin d'une politique de sécurité sociale serait d'« **abolir l'état de besoin en assurant à tout citoyen un revenu suffisant à tout moment pour satisfaire à ses charges** ».

Par extension du concept, une politique de sécurité sociale peut alors s'élargir à tous les événements susceptibles d'avoir une incidence sur la sécurité économique des individus. Ainsi, toute politique économique peut prendre cette dimension : politique de l'emploi, du logement, politique familiale, etc.

C'est bien dans cette acception large que Pierre LAROQUE, un des pères de la Sécurité sociale, fut chargé de mettre en œuvre le plan de Sécurité sociale. On peut lire dans son ouvrage **De l'assurance sociale à la sécurité sociale de 1948** que l'aboutissement de telles politiques vise quatre volets d'efforts pour :

- tendre vers la sécurité de l'emploi ;
- la sécurité du gain ;
- la sécurité de la capacité de travail ;
- ainsi que pour aménager un système de distribution de revenus de remplacement, lors d'une période d'inactivité forcée.

Cette première approche dans la réflexion sur le risque social est dite extensive horizontalement : en partant du risque social primitif, on étend la notion sur ses déterminants économiques, contextuels.

Par ailleurs, l'approche de l'extension verticale considère les déterminants intrinsèques des risques, ce qui englobe alors la prévention du risque : cela peut aller de l'amélioration de l'éducation à la santé aux politiques de plein-emploi en passant par l'amélioration des conditions de travail.

Ces réflexions qui ont nourri les bâtisseurs de la sécurité sociale conservent leur pertinence dans la société ivoirienne du XXI^e siècle (la prévention des risques psychosociaux par exemple). Et c'est dans la conjonction de cette approche horizontale et verticale, pourtant aux frontières très floues, qu'est née la sécurité sociale.

De leur côté, les politiques de sécurité sociale correspondent à une convergence d'efforts : la variété infinie de politiques complémentaires axées sur le progrès économique et social par les sociétés contemporaines.

C'est également dans cet élargissement du concept de sécurité sociale que dans les années 1960 la réflexion théorique évolue : en garantissant la sécurité économique, elle est destinée à permettre l'épanouissement de la personnalité de chacun. C'est dans cet épanouissement que réside la fin réelle des politiques de sécurité sociale.

Ainsi, la Déclaration universelle des droits de l'Homme, dans son article 22, énonce 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 ».**

C'est aussi en ce sens que la sécurité sociale doit retrouver la place qui est aujourd'hui remise en cause : le système pensé en 1945 n'est ni désuet ni inadapté pour faire face aux soi-disant « nouveaux défis » contemporains.

Au contraire, la sécurité sociale représente le moyen que la société organise pour pouvoir s'affranchir de l'insécurité économique inhérente au système capitaliste, à la fois créateur de richesses mais également créateur d'inégalités.

Elle demeure le principal rempart contre les victimes d'un système impitoyable si livré à lui-même. et demeure indissociable d'une politique économique d'envergure en faveur de l'emploi, de l'instruction, de la construction, etc.

C'est également ce caractère fondamental de redistribution, destinée à garantir la sécurité économique des individus, qui donne corps à l'existence d'un droit de la sécurité sociale.