



REPUBLIQUE GABONAISE

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

===== B.P. 134 – LIBREVILLE – TEL.: 72.46.91 – 74.64.25 =====

DIRECTION GENERALE

Stratégies pour l'extension de la protection sociale

Présentation du
Directeur Général de la CNSS
Du Gabon

Turin
du 29 août au 9 septembre 2005

Plan de l'exposé

1. Introduction
2. Description du système de protection sociale du Gabon
3. Financement de la protection sociale au Gabon
4. Difficultés rencontrées pour la gestion de la CNSS
5. Stratégies pour une extension aux populations non couvertes

1. Introduction

Au cours des dernières décennies, nos pays, du moins ceux d'Afrique francophone ont opté pour une politique faisant de la sécurité sociale un des facteurs privilégiés destiné à consolider la solidarité et à promouvoir la justice sociale.

A cet effet, la sécurité sociale devient une préoccupation majeure pour nos gouvernants.

Quand, pour les pays dits développés, les préoccupations portent sur le réajustement des prestations et leurs sources de financement, en Afrique francophone, notamment au Gabon, nous en sommes à rechercher l'adéquation entre prestations, besoins en couverture sociale des populations et sources de financement idoines. La micro assurance incluse dans les caisses de sécurité sociale, l'intervention des recettes publiques, les cotisations complémentaires, sont aujourd'hui autant de voies explorées par nos pays pour assurer à leurs populations les couvertures adaptées aux besoins spécifiques de celles-ci.

2. Description du système de protection sociale du Gabon

Le concept de Protection Sociale analysé d'une manière macro-économique paraît très large et regroupe en son sein la Sécurité Sociale et les Aides Sociales.

2.1 Les Organismes Concernés

Sur le plan national, nous avons quatre structures qui s'occupent du service des prestations de sécurité sociale, il s'agit de :

- a) La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S.), créée par la loi 06/75 du 25 Novembre 1975 ;
- b) La Caisse Nationale de Garantie Sociale (C.N.G.S.), créée par la loi 10/82, du 24 janvier 1983 ;
- c) Les services de la solde et de la paie du Ministère des Finances ;
- d) Les Compagnies d'Assurance Privées et Mutuelles Privées.

2.2 Les populations couvertes

Dans le souci d'une couverture totale de la population nationale, le dispositif législatif prévoit :

- un niveau contributif public ou privé
- un niveau non contributif c'est à dire une assistance aux indigents et aux travailleurs indépendants.

L'indigent se définit comme étant une personne économiquement faible, c'est à dire dont les revenus sont en dessous du seuil acceptable.

a) Le niveau contributif privé.

Ce niveau géré :

- par la CNSS et couvre les travailleurs salariés du secteur privé, des entreprises parapubliques, des Collectivités locales, la main d'œuvre non permanente de l'Etat, les gens de maison ;
- par la CNGS en ce qui concerne les agents contractuels de l'Etat, les travailleurs indépendants.

b) Le niveau contributif public.

Qui est géré par le Ministère des finances, couvre les fonctionnaires civils et militaires.

c) L'assistance

Il s'agit d'une assistance sociale qui est confiée à la CNGS et couvre l'ensemble des personnes économiquement faibles.

Le tableau de répartition de la population selon ces régimes s'établit comme suit :

REGIME	CATEGORIE	NOMBRE	%
C.N.G.S.	Agents contractuels de l'Etat	30 469	
	Travailleurs indépendants	4 429	
	Personnes indigentes	259 858	
	A= Total C.N.G.S.	294 756	27,30%
C.N.S.S.	Travailleurs salariés (de toutes nationalités)	218 132	
	B= Total C.N.S.S.	218 132	20,24%
Ministère des Finances	Fonctionnaires Civils et Militaires	149 559	
	C= Total Ministère des Finances	149 559	13,88%
Population Totale	D = Population totale (statistiques nationales)	1 077 417	100%
Population Couverte	E = A + B + C	662 447	61,48%
Population non Couverte	F = D - E	414 970	38,51%

Le constat immédiat est celui d'une population non couverte malgré la mise en place d'un régime couvrant les travailleurs indépendants et les personnes indigentes.

2.3 Historique de la mise en place du système géré par la CNSS

Comme la plupart des régimes de sécurité sociale en vigueur en Afrique, celui du Gabon est issu de la période coloniale. Il a démarré officiellement sous l'arrêté N° 2073/P/TGA du 22 août 1956 instituant un système de prévoyance sociale au Gabon.

Sous la dénomination d'une caisse de compensation, la première branche mise en place est celle des prestations familiales.

Les risques professionnels ont été mis en place en 1962 et l'assurance vieillesse en 1964. Concernant l'assurance vieillesse, il ne s'agissait alors que des pensions de vieillesse.

Le fonds des évacuations sanitaires a vu le jour en 1971.

En 1974, l'assurance vieillesse a été complétée par les droits aux survivants et la loi N° 6/75 du 25 novembre 1975 portant code de sécurité sociale a été promulguée.

En 1977 a été instituée une couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de type universitaire ou de première catégorie.

Enfin, en 1981 a été votée une loi portant création de l'allocation de rentrée scolaire dans le cadre de la branche des prestations familiales, qui a été complétée par un arrêté pris en 1982 pour sa mise en œuvre.

Le détail de cet historique est donné en ANNEXE 1.

2.4 Les principales branches

Les principales branches des régimes gérés par la sécurité sociale au Gabon sont :

a. Les prestations Familiales et de Maternité :

- Allocations familiales ;
- Allocations de rentrée scolaires ;
- Allocations de maternité ;
- Indemnités journalières.

b. Les risques professionnels (Accidents de Travail et Maladies Professionnelles) ;

- Frais médicaux ;
- Indemnités journalières ;
- Rentes d'invalidité.

c. L'assurance vieillesse (retraite, invalidité, survivants...) ;

- Pension de vieillesse ;
- Allocation de vieillesse ;
- Pension anticipée (liée à l'usure prématurée) ;
- Pension d'invalidité (non professionnelle) ;
- Pension de survivants (veuve, orphelin, ascendants) ;
- Allocation de survivants ;
- Remboursement des cotisations salariales de pensions.

d. Les prestations de Santé :

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une branche d'assurance santé telle que pratiquée habituellement, mais de branches mises en place progressivement selon les besoins pour couvrir certains risques liés à la santé.

Ces prestations concernent :

- La consommation pharmaceutique ou distribution gratuite de médicaments;
- L'hospitalisation et les soins externes ;
- Les évacuations sanitaires à l'étranger.

Conformément aux dispositions de la loi sur l'hospitalisation, à savoir la couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de type universitaire ou de première catégorie, la CNSS s'est lancée dans une politique de construction de structures sanitaires dont la gestion pèse sur le fonctionnement de l'institution en fragilisant l'équilibre financier des autres branches.

Les hôpitaux ainsi créés sont :

- la Fondation Jeanne Ebori (FJE) à Libreville ;
- l'Hôpital Pédiatrique d'Owendo (HPO) à Libreville ;
- l'Hôpital Paul Igamba (HPI) à Port Gentil (HPI)

Les prestations de santé sont offertes aux différentes catégories selon le tableau suivant :

CATEGORIES	PRESTATIONS						
	Prestations familiales		Risques professionnels		Prestations de vieillesse	Santé	
	Allocation familiales	Maternité	Accidents du travail	Maladies professionnelles	Pensions	Hospitalisation	Médicaments
Assurés CNSS	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fonctionnaires (Civils et Militaires)	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Agents contractuels de l'Etat	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Travailleurs indépendants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Indigents	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui

3. Financement de la protection sociale au Gabon

En ce qui concerne la CNSS, les taux de cotisations sont les suivants

CNSS	Quote part patronale	Quote part salariale	Total
Prestations familiales	8,0%	0,0%	8,0%
Risques professionnels	3,0%	0,0%	3,0%
Assurance vieillesse	5,0%	2,5%	7,5%
Consommation pharmaceutique	2,0%	0,0%	2,0%
Hospitalisations	1,5%	0,0%	1,5%
Evacuations sanitaires	0,6%	0,0%	0,6%
Total	20,1%	2,5%	22,6%

Toutes les branches sont couvertes distinctement par un taux de cotisation

Ministères des Finances	Quote part patronale	Quote part salariale	Total
Prestations familiales	0,0%	0,0%	0,0%
Risques professionnels	0,0%	0,0%	0,0%
Assurance vieillesse	0,0%	2,0%	2,0%
Consommation pharmaceutique	0,0%	0,0%	0,0%
Hospitalisations	0,0%	0,0%	0,0%
Evacuations sanitaires	0,0%	0,0%	0,0%
Total	0,0%	2,0%	2,0%

Les fonctionnaires (civils et militaires) ne cotisent que pour la part salariale au régime des pensions. Toutes les autres prestations sont prises en charge par les services du Ministère des finances.

CNGS - CONTRACTUELS	Quote part patronale	Quote part salariale	Total
Prestations familiales	0,0%	0,0%	0,0%
Risques professionnels	0,0%	0,0%	0,0%
Assurance vieillesse	5,0%	2,0%	7,0%
Consommation pharmaceutique	0,0%	0,0%	0,0%
Hospitalisations	0,0%	0,0%	0,0%
Evacuations sanitaires	0,0%	0,0%	0,0%
Total	5,0%	2,0%	7,0%

Les agents contractuels de l'Etat ne cotisent que pour le régime des prestations de vieillesse. Toutes les autres prestations sont sensées être couvertes par le budget de l'Etat à travers des dotations budgétaires accordées à la CNGS par la loi des finances.

Toutefois, pour ce qui est des indigents, leurs prestations d'allocations familiales et de santé sont également couvertes par une dotation dite « Fonds spécial aux indigents » à la charge de l'Etat.

Dans le cadre des réformes, en remplacement du « Fonds spécial aux indigents », il est proposé une Contribution Sociale de Solidarité (CSS) pour couvrir les prestations familiales et de santé aux indigents et aux travailleurs indépendants car ces derniers ne cotisent que pour la vieillesse.

Enfin, le financement des hôpitaux n'est nullement prévu par ce dispositif décrit ci-dessus.

4. Difficultés rencontrées dans la gestion de la CNSS

De nombreuses difficultés subsistent dans la gestion de la CNSS. Parmi celles-ci, citons :

- l'immatriculation et l'édition des cartes d'assurés ;
- l'édition, l'envoi et la réception des relevés nominatifs des salaires qui sont les principaux documents qui régissent les relations entre les employeurs et la CNSS. Un nouveau relevé nominatif a été proposé et son exploitation en cours de finalisation ;
- le recouvrement des cotisations et la tenue des comptes cotisants. En effet l'organisation actuelle des services du recouvrement ne permet pas de couvrir l'ensemble des entreprises sur toute l'étendue du territoire national ; et de nouvelles procédures doivent être mises en place tout en incitant les employeurs au meilleur respect de la législation et de l'obligation de déclarer les salaires ;
- en dépit de l'augmentation du nombre de travailleurs, il a été signalé qu'elle concernait essentiellement des travailleurs actifs à faibles revenus ;
- les difficultés de l'état civil ;
- les fraudes constatées notamment les prestations familiales ;
- les difficultés de liquidation des prestations de vieillesse dont le processus inclut la reconstitution de la carrière depuis le premier emploi occupé par le travailleur.

A ces difficultés s'ajoutent celles liées à la gestion des hôpitaux, notamment la couverture financière des activités des hôpitaux. En effet, le code stipule « la couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de type universitaire ou de première catégorie » et non la gestion des hôpitaux. La prise en charge des coûts de cette gestion directement par les cotisations collectées par la CNSS pèse sur le fonctionnement de l'institution en fragilisant l'équilibre financier des autres branches.

Soucieux d'améliorer l'efficacité des activités de la Caisse, il a été initié des projets visant à apporter des solutions, notamment par la modernisation des outils d'administration et de gestion, par :

L'acquisition d'un système intégré d'informations dans le cadre d'un projet nommé « KOMO » visant la mise en place d'un :

- système d'information opérationnel,
- système d'information décisionnel,
- système d'information de communication.

Permettant d'aboutir à :

- l'informatisation de la comptabilité ;
- l'automatisation des traitements des chaînes métiers ;
- la gestion de la trésorerie ;
- l'automatisation de la fonction Gestion Administrative du Personnel (GAP).

Et enfin, l'étude actuarielle et la refonte du code de sécurité sociale.

Une réflexion globale sur le système national et la couverture des autres couches de la population est nécessaire. Cependant, ce volet plus étendu pourrait être confié à une structure nationale de planification de la protection sociale.

Dans ce domaine, une attention toute particulière devrait être portée sur l'aspect du genre à savoir une offre de prestations non liée au sexe. Il s'agit principalement des prestations de survivants pour lesquelles, les régimes introduisent une certaine discrimination liée au sexe. A plus long terme, il s'agit de modifier les dispositions du code civil qui entraînent celles du code de sécurité sociale en la matière.

5. Stratégies pour une extension aux populations non couvertes

Comme nous l'affirmions au début de notre propos, la sécurité sociale est née de l'influence coloniale par la mise en place dans nos pays des régimes de prestations familiales. Ces régimes répondaient aux besoins de l'administration coloniale qui devait apporter des revenus complémentaires à ses travailleurs issus de la métropole. Cette approche correspond-t-elle aux besoins des populations africaines ?

Nos régimes se sont ensuite développés dans un environnement économique en effritement perpétuel par la mise en place de régimes correspondants à la sécurité sociale telle que conçue dans les pays du Nord, oubliant de répondre aux besoins des populations africaines. On ne peut donc valablement parler d'extension sans tenir compte des services rendus aux bénéficiaires par les régimes en vigueur et des nouvelles modalités pour redonner confiance aux assurés.

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît primordial de définir ce que l'on entend par extension de la sécurité sociale car face aux difficultés des régimes actuellement en vigueur, il n'est pas judicieux d'intégrer les nouvelles populations sans une adéquation entre leurs besoins et les possibilités de protection sociale qui leurs seront offertes.

L'extension devrait s'entendre par la création de nouvelles structures sur des bases à définir pour couvrir des populations actuellement exclues du cadre législatif en place ou désirant une couverture spécifique à leurs besoins.

Cette approche nécessite que les acteurs publics apportent des modifications aux législations en vigueur afin de permettre l'éclosion de telles approches de protection sociale.

5.1 Politique de l'extension

La protection sociale doit s'adapter aux couches de la population et à leurs capacités contributives. L'axe de l'incorporation ou intégration a été expérimenté dans certains pays avec des résultats mitigés (Gens de maison au Burkina, accès aux risques professionnels du régime général par les assurés volontaires au Cameroun, au Niger et au Sénégal).

Le deuxième axe qui est celui de la création de régimes spécifiques aux nouvelles couches de populations semble donc mieux adapté. Il n'est pas dit qu'il y aura une autonomie organique et la même institution pourrait gérer plusieurs régimes ainsi mis en place. Pour ce faire l'obligation de la gestion séparée des branches doit être effective. En dehors de cette contrainte, il est préférable que ces nouvelles couches de populations soient gérées par des structures distinctes.

Toutes les analyses concourent à affirmer que la santé est l'une des priorités pour les populations africaines. Cette priorité doit être réaffirmée car au cours de ces dernières années, les pays africains ont été frappés par le poids de la dette et contraints de se conformer à des plans d'ajustement structurels. Ces plans ont entraîné un désengagement de nos Etats du secteur de l'éducation et de la santé.

Nous en arrivons aux branches ou régimes prioritaires pour le processus de l'extension de la protection sociale, dans un environnement où l'auto-emploi est une priorité permettant

d'améliorer l'accès d'une plus grande partie de la population à une activité génératrice de revenus.

5.2 Sur le plan culturel

Il a été prouvé par de nombreux sondages et analyses d'opinion que les populations africaines n'ont pas une sensibilité aux prestations de long terme (notion d'assurance) mais restent très attentifs aux prestations de court terme, aux soins de santé et aux prestations funéraires.

5.3 Problèmes

Les nombreux problèmes de nos régimes sont liés à la difficulté de gérer l'assurance santé ou maladie, notamment à faire des prévisions correctes et à offrir des cadres de gestions adéquats à nos structures sanitaires.

Dans plusieurs pays, les gouvernements ont mis en place un système de santé publique (soins préventifs et curatifs) pour les populations à travers des programmes spécifiques financés par les prélèvements et des taxes. La compression des budgets de l'Etat réduit leur capacité à continuer à financer ce type de programme entraînant ainsi une baisse de la couverture en soins de santé dans ces pays.

Les méthodologies d'extension ne prévoient pas la prise en compte des besoins des différentes couches de population en matière de santé.

L'extension n'a pas tenu compte de la création de régimes spécifiques adaptés aux besoins des populations, mais à plutôt procédé par intégration de couches de population dont le comportement non maîtrisé en matière de santé a déstabilisé les régimes en place en les plongeant dans des difficultés financières.

Face aux défis posés par la dégradation des systèmes de protection sociale en général et en particulier les systèmes d'« assurance santé », une approche permettant de maîtriser les comportements des populations est de procéder à l'extension en matière de santé par la mise en place de mutuelles de santé qui, à long terme pourraient fédérer dans un système plus large d'assurance santé.

5.4 Objectifs

Les objectifs pourraient être alors de :

a) Promouvoir l'assurance et la solidarité

L'assurance constitue la solution pour sortir de l'assistance sociale et de soulager l'Etat en valorisant l'être humain.

Quant à la solidarité, elle résulte du transfert des biens portant vers les malades.

b) Promouvoir l'initiative et la participation des communautés de base

L'approche doit être issue de la base grâce à leur sensibilisation. Il en découle qu'il faudrait lui laisser le choix d'identifier ses besoins. Cette approche permet de les sensibiliser sur les problèmes de santé et d'améliorer la prévention et l'éducation sanitaire.

c) Améliorer l'offre de soins et les conditions sanitaires

En devenant de véritables interlocuteurs, les mutuelles de santé peuvent contribuer à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité. Leur capacité d'une part à mobiliser des ressources leur permet de négocier des conventions et d'offrir aux prestataires de soins des rentrées financières définies (sécurité de l'activité de l'offre de soins). A long terme leur pourrait aboutir à des systèmes d'assurance santé.

5.5 Voies et moyens

Pour l'atteinte de ces objectifs, il serait utile de :

a) Œuvrer pour le développement de compétences locales

Valorisation des compétences locales par des structures d'appui officielles qui proposent des solutions de formations ; ainsi que l'introduction des cours sur la mutualité dans les écoles et universités.

Les domaines concernés seraient :

- les études de faisabilité et la détermination du couple cotisation-prestation par des méthodes actuarielles ;
- la gestion technique des branches de la sécurité sociale notamment des structures couvrant les prestations de santé ;
- les techniques d'assurances et de réassurance (sélection adverse, escalade des coûts, etc.) ;
- les modalités de prise en charge des prestations ;
- la comptabilité, les outils de gestion et de contrôle interne ;
- les techniques de négociation avec les tiers pour ce qui est de l'offre de soins et des prix à payer (conventions avec les prestataires de soins médicaux).

b) Apporter un appui financier (conditionnel)

Ils doivent être faits avec beaucoup de précautions : en aucune manière cet appui ne devrait entamer l'engagement et la responsabilité des membres ainsi que la viabilité financière et l'autonomie des structures sur le long terme. Toutefois, un fonds de départ semble nécessaire à l'amorce des activités d'une mutuelle de santé pour notamment pénétrer rapidement le groupe de populations concernés (groupe cible).

c) Développer des systèmes de suivi et d'évaluation performants

Le concept de la prévoyance sociale veut que les actions initiées aujourd'hui s'inscrivent dans la durée et doivent donc faire l'objet au préalable d'une programmation. Les systèmes de suivi / évaluation permettent de diffuser les méthodes adoptées mais surtout de prendre en temps utile des mesures correctrices.

d) Elargir le cadre des mutuelles à toutes les formes de regroupements de la population

Les mutuelles doivent s'étendre au delà de leur membres de base. Il convient de souligner le rôle que peuvent jouer les organisations des travailleurs, notamment ceux du secteur informel qui généralement ne sont pas représentés dans les grandes instances de décision au plan national.

e) Rechercher des synergies avec les activités génératrices de revenus

Les services offerts étant financés par les contributions des membres (éducation à l'assurance sociale) il est certain que l'amélioration des revenus des populations est un élément essentiel à l'évolution favorable de la situation financière de la mutuelle de santé. Cette synergie a une incidence positive sur la productivité, et par conséquent la croissance économique du pays.

f) Appuyer les états dans la mise en place d'un cadre favorable à la création de mutuelle de santé

Il s'agit de créer un cadre légal adéquat pour les mutuelles de santé avec un désengagement effectif de l'Etat. Il s'agit en occurrence des statuts, des modalités de gestion et de contrôle afin d'assurer la sauvegarde des intérêts des membres cotisants.

En ce qui concerne l'offre de soins, il est constaté que l'Etat reste le principal prestataire de soins à travers les centres de santé primaire et les hôpitaux publics. Cette redynamisation des besoins peut sauver les structures d'offres de soins du secteur public.

Sur le plan fiscal, il est souhaitable que ces structures bénéficient de certains avantages, généralement ceux consentis aux organisations sans but lucratif.

g) Mobiliser le concours des partenaires de la coopération pour un échange d'expériences

Les agences de coopération au développement doivent être associées à cette démarche. Elles peuvent soutenir les Etats dans l'ensemble des réformes destinées à mettre en place le dispositif et contribuer à renforcer globalement l'offre de soins.

Cette coopération doit être basée sur les expériences acquises dans les pays à structure de développement similaires pour que les observations soient facilement transférables.

ANNEXE 1 :

Evolution de la législation du régime géré par la CNSS

DATE	Dispositions législatives
1956/08	Arrêté N° 2073/P/TGA du 22 août 1956 instituant la prévoyance sociale au Gabon
1956/08	Arrêté N° 2073/P/TGA du 22 août 1956 créant la première branche de sécurité sociale au Gabon: prestations familiales comprenant les allocations familiales, les allocations prénatales et les primes à la naissance
1956/08	Arrêté N° 2073/P/TGA du 22 août 1956: Dénomination de la Caisse de compensation des prestations familiales
1962/01	1er janvier 1962 : Création de la branches des risques professionnels
1962/01	1er janvier 1962 : Dénomination de la Caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail
1963/01	Décret N° 6/PR du 7 janvier 1963 relatif à l'organisation administrative de la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents de travail et les textes modificatifs subséquents
1964/05	1er mai 1964: création de la branche de l'assurance vieillesse
1964/05	La Caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail devient la Caisse de Prévoyance sociale
1971/04	Ordonnance N° 28/71 du 19 avril 1971 portant création d'un fonds spécial pour les évacuations sanitaires à l'extérieur de la République gabonaise en faveur des travailleurs salariés du secteur privé et de leurs familles légitimes
1971/07	Décret N° 679/PR-MTPS du 10 juillet 1971 fixant les conditions de fonctionnement du Fonds spécial pour les évacuations sanitaires à l'extérieur de la République gabonaise des travailleurs salariés du secteur privé et de leurs familles légitimes
1973/07	Décret N° 746/PR-MTPS du 17 juillet 1973 complétant les dispositions du décret N° 679/PR-MTPS fixant les conditions de fonctionnement du fonds spécial pour les évacuations sanitaires à l'extérieur de la République gabonaise des travailleurs salariés du secteur privé et de leurs familles légitimes
1974/09	Ordonnance N° 68/74 du 19 septembre 1974 portant modification de l'article 7 de l'ordonnance N° 28/71/PR-MTPS du 19 avril 1971 portant création d'un fonds spécial pour les évacuations sanitaires à l'extérieur de la République gabonaise des travailleurs salariés du secteur privé et de leurs familles légitimes
1974/09	Décret N° 1260/PR-MTPS du 25 septembre 1974 portant modification du décret N° 679/PR-MTPS du 10 juillet 1971
1975/11	Loi N° 6/75 du 25 novembre 1975 portant code de sécurité sociale
1975/11	25 novembre 1975 création des pensions d'invalidité et de survivants
1975/11	25 novembre 1975: création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

- 1976/01 Ordonnance N° 10/76/PR du 6 janvier 1976 portant extension de la législation de la sécurité sociale
- 1977/01 Arrêté N° 20/MTPS-CNSS du 20 janvier 1977 modifiant le plafond des enfants naturels et nés hors mariage pris en charge par la CNSS
- 1977/07 Ordonnance N° 29/77/PR du 7 juillet 1977 instituant une couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de type universitaire ou de première catégorie
- 1981/06 Décret N° 599/PR du 11 juin 1981 fixant les modalités d'application du Code de sécurité sociale et les dispositions législatives complémentaires
- 1981/12 Loi N° 12/81/PR du 18 décembre 1981 portant création d'une allocation de rentrée scolaire
- 1982/07 Arrêté N° 4/MSSBE-DGSS du 8 juillet 1982 pris en application de la loi N° 12/81 du 18 décembre 1981 portant création d'une allocation de rentrée scolaire