

LOI 004/86 du 25/02/86

INSTITUANT LE CODE DE SECURITE SOCIALE

EN REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

RESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL
DU GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
Travail - Démocratie - Paix

LOI 004/86 / DU 25/02/86

instituant le Code de Sécurité
Sociale en République Populaire
du Congo.

L'ASSEMBLEE NATIONALE POPULAIRE A DELIBERE
ET ADOPTE ;

LE PRESIDENT DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS
DU TRAVAIL, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DU
GOUVERNEMENT,

TITRE 1er - DISPOSITIONS GENERALES
ET CHAMPS D'APPLICATION

Article 1er.- Il est institué un régime de Sécurité Sociale qui comprend ;

- a) une branche des prestations familiales chargée du service des prestations familiales de maternité ;
- b) une branche des risques professionnels chargée du service des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- c) une branche des pensions, chargée du service des prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès ;
- d) toute autre branche qui pourra être créée par la Loi.

Article 2.- L'action du service légal des prestations est prolongée par une action sanitaire, sociale et familiale.

.../...

Article 3.- 1 - Sont assujettis au régime de sécurité Sociale institué par la présente loi, tous les travailleurs relevant du code du travail sans aucune distinction de race, de nationalité, de sexe et d'origine lorsqu'ils sont occupés à titre principal sur le territoire national pour le compte d'un ou plusieurs employeurs nonobstant la nature, la forme, la validité du contrat, la nature et le montant de la rémunération.

2.- Sont assimilés aux travailleurs salariés visés au premier paragraphe du présent article :

- les apprentis, les stagiaires et les personnes placées dans les centres professionnels,

- les Présidents-Directeurs Généraux et Directeurs Généraux de sociétés anonymes ;

- les gérants de sociétés à responsabilité limitée, à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social, les parts sociales possédées par les ascendants, les conjoints ou les enfants mineurs d'un gérant étant assimilées à celle qu'il possède personnellement dans le calcul de sa part.

- les membres des sociétés coopératives ouvrières de production ainsi que les gérants non salariés de coopératives et leurs préposés.

3.- Les détenus exécutant un travail pénal bénéficiant des dispositions de la présente loi pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail.

4.- Les modalités d'application des dispositions de la présente loi aux travailleurs assimilés seront déterminées par décret pris en Conseil des Ministres après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail.

Article 4.- Les personnes non visées à l'article 3 du présent code peuvent s'assurer volontairement aux branches des risques professionnels et de l'assurance vieillesse, invalidité et décès ou à toute branche qui pourra être créée.

.../...

Un décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail déterminera les modalités de ladite assurance.

Article 5.- La loi pourra étendre le champ d'application du présent code à des catégories nouvelles de bénéficiaires.

T I T R E I I

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

CHAPITRE 1 : DE LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE :

Article 6.- La gestion du régime de Sécurité Sociale institué par la présente loi est confiée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, dénommée ci-après la Caisse. La Caisse est un établissement public à caractère social doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Son organisation et son fonctionnement sont définis par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Conseil d'Administration.

Article 7.- La Caisse est subrogée de plein droit à l'ancienne Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de la République Populaire du Congo dans ses droits et obligations.

Le siège de la Caisse est fixé à Brazzaville. Toutefois il peut être transféré en tout autre lieu du territoire national après avis du Conseil d'Administration.

Article 8.- La Caisse peut notamment :

- a)- recevoir de l'Etat et des Collectivités publiques des avances et des subventions ;
- b)- recevoir des dons et legs ;
- c)- acquérir à titre onéreux ou aliéner tout bien meuble et immeuble ;
- d)- conclure des baux relatifs à des immeubles

Les travaux et fournitures pour le compte de la Caisse font l'objet des marchés dont le mode de passation est celui prévu par la législation en vigueur. Les soumissionnaires et les titulaires des marchés doivent être en règle vis-à-vis de la Caisse en matière de cotisations.

Article 9.- La caisse est administrée par un Conseil d'Administration dont la composition et le fonctionnement sont définis par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité sociale, après avis de la Commission Nationale Consultative du travail.

Article 10.- Le Conseil d'Administration assure la gestion de la Caisse.

A ce titre il est notamment chargé :

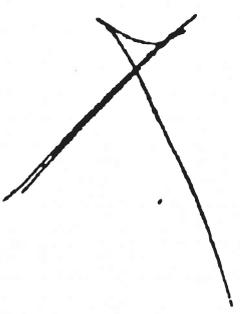
- a)- de voter le budget de la Caisse et spécialement les dépenses de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale ;
- b)- d'approuver le règlement intérieur ainsi que la structure administrative générale de la Caisse et de veiller à son fonctionnement ;
- c)- d'approuver le rapport annuel du Directeur Général sur les activités de la Caisse ainsi que les comptes annuels de gestion de l'agent comptable ;
- d)- d'établir le programme d'action sanitaire et sociale, le programme de prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- e)- de négocier la convention collective régissant le personnel de la Caisse et d'approuver l'organigramme général.
- f)- de déterminer le programme de placement des fonds de la Caisse, de décider des acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles ainsi que les baux nécessaires aux besoins de la Caisse.
- g)- de remplir toutes fonctions qui peuvent lui être confiées par un texte législatif ou réglementaire.

Article 11.- Le Ministre chargé de la Sécurité Sociale est de droit Président du Conseil d'Administration.

Article 12.- Il est institué un Comité de Direction dont la composition et le fonctionnement sont définis par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale ^{après} avis du Conseil d'Administration.

- le Comité de Direction est responsable devant le Conseil d'Administration.

.../...



Article 13.- 1) les services de la Caisse sont placés sous l'autorité du Directeur Général nommé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale après avis du Conseil d'Administration. Il peut être mis fin à ses fonctions selon la même procédure.

2)- Le Directeur Général assure le fonctionnement de la Caisse sous le contrôle du Conseil d'Administration.

3)- Il est assisté de Directeurs Divisionnaires nommés par décret pris en Conseil de Cabinet sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

4)- Le Directeur Général assiste à toutes les séances du Conseil d'Administration dont il assure le Secrétariat. Il a voix consultative.

Article 14..- L'agent-comptable est nommé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale après avis du Conseil d'Administration.

Il peut être mis fin à ses fonctions selon la même procédure.

Il est placé sous l'autorité administrative du Directeur Général.

Il est chargé sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du Conseil d'Administration, de l'ensemble des opérations financières de la Caisse en recettes et en dépenses et du maniement des deniers.

Il doit tenir sa comptabilité à la disposition du Directeur Général et lui fournir sur sa demande toutes les informations dont il peut avoir besoin.

Il est tenu de publier chaque semestre une situation provisoire réservée aux membres du Conseil d'Administration.

Les comptes de l'Agent-Comptable sont soumis au jugement de la Cour des Comptes.

CHAPITRE II - DE LA TUTELLE

Article 15.- La Caisse est placée sous la tutelle du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

.../...

Article 16.- Les attributions de la tutelle portent notamment sur :

1°/- L'élaboration de la réglementation sur la sécurité sociale et le contrôle de son application ;

2°/- L'approbation des budgets d'investissement et de fonctionnement de la Caisse et le contrôle de leur exécution.

3°/- L'autorisation des investissements imprévus

4°/- Le contrôle de la politique du personnel

TIERRE III

RESSOURCES ET ORGANISATION FINANCIERE

Article 17.- Les ressources de la Caisse sont constituées par :

- les cotisations destinées au financement des différentes branches du régime de sécurité sociale,
- les majorations encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations ou dans la production des déclarations nominatives de salaires et les intérêts moratoires ;
- les produits du placement des fonds ;
- les subventions, les dons et les legs ;
- toutes les autres ressources attribuées à la Caisse par un texte législatif ou réglementaire.

Les ressources de la Caisse ne peuvent être utilisées qu'aux fins prévues par la présente loi et pour couvrir les frais d'administration indispensables au fonctionnement du régime.

Article 18.- Les cotisations dues à la Caisse sont assises sur l'ensemble des rémunérations perçues par les personnes assujetties, y compris les indemnités, primes, gratifications et tout autre avantage en espèces ainsi que la contre-valeur des avantages en nature, à l'exclusion des avantages ayant un caractère de remboursement des frais. Ces avantages seront déterminés par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Sécurité Sociale et du Ministre des Finances. L'évaluation des avantages en nature est faite conformément aux dispositions du code Général des Impôts.

.../...

Toutefois, la rémunération totale de chaque salarié n'est prise en compte pour le calcul de la cotisation que dans la limite d'un plafond fixé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale et du Ministre des Finances.

Les cotisations des assurés volontaires sont entièrement à leur charge.

Le montant des rémunérations servant de base de calcul des cotisations ne peut être, en aucun cas, inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti.

Article 19.- Les éléments de rémunérations versés occasionnellement à des intervalles irréguliers ou à des intervalles différents de la périodicité des paies sont, pour le calcul des cotisations, lorsqu'ils sont versés dans l'intervalle de deux paies, ajoutés à la paie suivante, sans qu'il soit tenu compte de la période de travail à laquelle ils se rapportent.

Article 20.- 1°/- Le taux de cotisation afférent à chaque branche est fixé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale, en pourcentage des rémunérations soumises à cotisation et après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail et des lois sociales. Il peut être révisé selon la même procédure, après avis du Conseil d'Administration de la Caisse. La révision a lieu obligatoirement dans les cas visés à l'article 37 ci-dessous.

2°/- Le taux de cotisation de la branche des risques professionnels, fixé conformément aux dispositions du paragraphe ci-dessus, peut être majoré jusqu'à concurrence du double à l'égard d'un employeur aussi longtemps qu'il ne se conforme pas aux prescriptions des autorités compétentes en matière de prévention des accidents du travail et d'hygiène et de sécurité.

3°/- Les taux de cotisation sont fixés de manière que les recettes totales de chaque branche permettent de couvrir :

- l'ensemble des dépenses de prestation et d'action sanitaire et sociale de ladite branche ;

..../...

- les frais d'administration s'y rapportant ;
- le montant nécessaire à la constitution des diverses réserves ;
- le fonds de roulement.

4°/- Pour la branche des pensions le taux doit être fixé de manière à assurer sa stabilité et l'équilibre financier de la branche pendant une période suffisamment longue.

Si durant un exercice entier il est constaté que les recettes provenant des cotisations et du rendement des fonds sont inférieures aux dépenses courantes de prestations et d'administration de cette branche, y compris celles afférentes à l'action sociale, le taux de cotisation est relevé selon la procédure prévue au paragraphe 2 du présent article, de manière à garantir l'équilibre financier pendant une nouvelle période.

Article 21. - 1° - les cotisations de la branche des prestations familiales et celles de la branche des risques professionnels sont à la charge exclusive de l'employeur ; les cotisations de la branche des pensions sont réparties entre le travailleur et son employeur selon des proportions qui sont déterminées par décret pris en Conseil des Ministres. La part incombant au travailleur ne peut, en aucun cas, dépasser la moitié du montant de cette cotisation.

2° - L'employeur est débiteur vis-à-vis de la Caisse de l'ensemble des cotisations dues. Il est responsable de leur versement y compris de la part mise à la charge du travailleur qui est précomptée sur la rémunération de celui-ci lors de chaque paie.

3° - Le salarié ne peut s'opposer au prélèvement de cette part. Le paiement de la rémunération effectué sous déduction de la contribution du salarié vaut acquit de cette contribution à l'égard du salarié de la part de l'employeur.

La contribution de l'employeur reste exclusivement et définitivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

4° - Si le travailleur est occupé au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est responsable du versement de la part des cotisations calculées proportionnellement à la rémunération qu'il paie à l'intéressé.

.../...

Article 22 .- 1°/- Les cotisations font l'objet d'un versement par l'employeur à la Caisse dans les quinze (15) jours de chaque mois si l'employeur occupe plus de vingt (20) travailleurs et dans les quinze (15) premiers jours de chaque trimestre dans les autres cas.

2° - Les cotisations qui ne sont pas acquittées dans le délai prescrit sont passibles d'une majoration de retard dont les modalités seront fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail.

Article 23 .- 1° - L'employeur est tenu de produire chaque année une déclaration annuelle indiquant pour chacun des salariés qu'il a occupé au cours de l'année précédente, le montant total des rémunérations ou gains perçus, ainsi que la durée de travail effectué. Cette déclaration est adressée à la Caisse selon les modalités fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

2° - Le défaut de production aux échéances prescrites de ladite déclaration donne lieu à l'application des dispositions de l'article 181 du présent code.

Article 24 .- 1° - Les majorations visées aux articles 20 et 21 ci-dessus peuvent être réduites en cas de bonne foi ou de force majeure par décision du Conseil d'Administration rendue sur proposition de la Commission de recours gracieux. La décision du Conseil doit être motivée.

Le Directeur Général de la Caisse peut par délégation du Conseil d'Administration et dans la limite d'un plafond fixé par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale, procéder à des remises partielles ou totales.

2° - La demande de remise gracieuse doit être présentée dans les quinze (15) jours suivant la notification de la mise en demeure. Cette requête n'est recevable qu'après règlement de la totalité des cotisations dues.

Article 25 .- 1° - Lorsque le montant des salaires servant de base au calcul des cotisations n'a pas été communiqué à la Caisse, une taxation d'office est effectuée sur la base des salaires ayant fait l'objet de la déclaration la plus récente, majorée de 25 pour cent, ou à défaut sur la base de la comptabilité de l'employeur.

2°— Si la comptabilité de l'employeur ne permet pas d'établir le chiffre exact des rémunérations servant de base au calcul des cotisations dues, le montant des cotisations est fixé forfaitairement en tenant compte des conventions collectives en vigueur ou à défaut, des salaires pratiqués dans la profession.

Article 26.— En cas de cession ou de cessation d'activité, le paiement des cotisations dues pour le mois ou le trimestre en cours est immédiatement exigible.

Article 27 .- 1.— Le paiement des cotisations est garanti à compter de leur date d'exigibilité par un privilège sur les biens, meubles et immeubles du débiteur, lequel privilège prend rang concurremment avec celui des ouvriers et employés conformément aux textes en vigueur.

2.— La caisse procédera à l'inscription au registre public tenu au greffe de la juridiction compétente de ce privilège qui conserve son effet pendant deux ans renouvelables jusqu'à l'extinction de la dette ou à sa réalisation à son profit.

3.— Le privilège sur les immeubles sera transformé au bout de deux (2) ans en hypothèque légale conformément aux textes en vigueur.

Article 28.— L'état de cotisation restant à recouvrer est soumis à la fin de chaque année au Conseil d'Administration et au Ministre chargé de la Sécurité Sociale. Il est joint un rapport sur les mesures prises en vue de leur recouvrement et les garanties ou sûretés prises pour la conservation de la créance ainsi que des renseignements sur la solvabilité des débiteurs.

Article 29 .- Les deniers de la caisse sont insaisissables et aucune opposition ne peut être pratiquée sur les sommes dues à cet établissement. Les créanciers porteurs des titres exécutoires, à défaut de décision du Conseil d'Administration autorisant le paiement, peuvent saisir le Ministre de Tutelle aux fins d'inscription au budget de la Caisse des crédits nécessaires.

.../...

Article 30 .- Les règles relatives à la comptabilité de la Caisse sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

Article 31.- 1. Chaque branche du régime de Sécurité Sociale fait l'objet d'une gestion financière distincte, les ressources d'une branche ne pouvant être affectées à la couverture des charges d'une autre branche.

2. La part des frais d'administration ainsi que des dépenses d'action sanitaire, sociale et familiale et de prévention à imputer à chacune des branches est déterminée par le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Article 32 .- Il est institué pour le fonctionnement des services un fonds de roulement commun à l'ensemble des branches dont le montant ne peut être inférieur à deux (2) fois la moyenne mensuelle des dépenses de la Caisse constatées au cours du dernier exercice.

Article 33 .- La Caisse établit et maintient des réserves techniques et de sécurité dans les conditions suivantes :

1°/- Dans la branche des risques professionnels :

- a)- une réserve technique égale au montant des capitaux constitutifs des rentes allouées, déterminée selon les règles établies par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.
- b)- une réserve de sécurité au moins égale à la moitié du montant total des dépenses moyennes annuelles des prestations constatées dans cette branche au cours des deux derniers exercices, à l'exclusion de celles afférentes aux rentes.

2°/- Dans la branche des pensions :

Une réserve technique constituée par la différence entre les recettes et les dépenses de cette branche. Cette réserve ne peut être inférieure au montant total des dépenses constatées pour la branche des pensions au cours des trois derniers exercices.

.../...

3°/- Dans la branche des prestations familiales :

Une réserve technique dont le montant ne doit pas être inférieur au douzième des prestations servies au cours de l'exercice précédent.

Article 34 .- Les fonds des réserves de chaque branche, leurs placements respectifs ainsi que le produit de ces placements seront comptabilisés séparément.

Article 35.- Un arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale pris après avis du Conseil d'administration, fixe

- a)- le fonds des réserves qui doit être placé dans les banques agréées ;
- b)- la proportion que ne doivent pas dépasser les placements immobiliers.

Article 36.- Si à la fin d'un exercice le montant des réserves de l'une des branches devient inférieur à la limite minimum fixée conformément à l'article 33 de la présente loi, le Ministre chargé de la Sécurité Sociale propose la fixation, selon la procédure définie à l'article 22, d'un nouveau taux de cotisation en vue de rétablir l'équilibre financier prévu, dans un délai maximum de trois ans à compter de la fin de cet exercice.

Article 37 .- La Caisse effectue au moins une fois tous les cinq ans une analyse financière et actuarielle de chaque branche du régime de Sécurité Sociale.

Si l'analyse révèle un danger de déséquilibre financier dans une branche déterminée, il est procédé au réajustement du taux de cotisation de cette branche selon la procédure prévue à l'article 21 de la présente loi.

.../...

T I T R E VI
CHAPITRE 1ER

PRESTATIONS FAMILIALES ET DE MATERNITE

Article 38 .- Les prestations familiales et de maternité comprennent :

- 1° - Les allocations prénatales ;
- 2° - les allocations aux jeunes ménages ou prime à la naissance ;
- 3° - les allocations familiales ;
- 4° - les indemnités journalières de maternité et les soins prévus à l'article 113 du Code du Travail ;
- 5° - les prestations en nature et éventuellement toute autre prestation instituée par la loi.

Article 39 .- 1. Pour prétendre aux prestations familiales, le travailleur assujéti au régime de Sécurité Sociale institué par la présente loi doit justifier d'une activité professionnelle salariée de six mois consécutifs et d'un temps minimum de travail de vingt jours ou de cent trente trois heures.

2. Un arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale pris après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail définit les conditions d'ouverture du droit aux prestations familiales des travailleurs soumis à un horaire de travail intermittent ou irrégulier.

Article 40 .- Ne suppriment pas le droit aux prestations familiales :

- 1.- Les absences pour congé légal, accident de travail ou maladie professionnelle, les absences autorisées par l'employeur conformément aux dispositions de l'article 113 du Code du travail et à celles des conventions collectives y relatives, les jours fériés, chômés et payés, les jours non travaillés pour grève licite ;

.../...

2. - Le congé de maladie dans la limite de 6 mois lorsque la maladie a été dûment constatée par un Médecin de l'entreprise agréé par les autorités médicales ou un Médecin des formations sanitaires de l'Etat ;

3.- Les périodes de repos des femmes salariées en couches prévus à l'article 113 du Code du Travail.

Lorsque, à la suite d'une compression du personnel, de cessation ou de réorganisation technique de l'entreprise, en tout cas, pour une raison indépendante de sa volonté, la salarié vient à perdre son emploi, les prestations familiales lui sont maintenues pendant les quatre premiers mois qui suivent les droits à congé sur production tous les mois, d'une attestation de l'Inspecteur du travail qui certifie qu'il est inscrit au bureau de placement et qu'il n'a pu encore trouver un emploi.

Les prestations sont également maintenues pendant quatre mois aux salariés qui, en raison d'une réduction systématique de leur durée de travail provoquée par une diminution de l'activité de l'entreprise, ne remplissent plus les conditions de durée de travail prévues à l'article 39, à condition qu'ils produisent une déclaration de leur employeur et que la durée de travail ainsi réduite soit égale à la moitié de celle qui est exigée pour l'ouverture des droits aux prestations familiales.

Article 41 .- Le droit au bénéfice des prestations familiales est maintenu :

a) - à l'assuré social titulaire d'une pension anticipée, d'une pension d'invalidité, ou d'une pension de vieillesse. Les enfants nés dans le mariage, hors mariage et adoptifs ouvrent droit aux prestations familiales après l'admission à pension;

.../....

b)- à la victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle atteinte d'une incapacité permanente ;

c)- pendant une période maximale de trois mois au conjoint d'un allocataire condamné à une peine privative de liberté ;

d)- au conjoint survivant s'il continue d'assurer la garde et l'entretien des enfants qui étaient à la charge du décujs ;

e)- à la personne morale recueillant des enfants orphelins d'allocataire au titre des orphelins ;

f)- au tuteur légal des enfants de l'allocataire dont il assure la tutelle et la charge effective, au titre de cet allocataire.

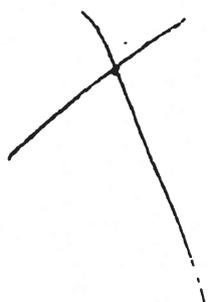
Article 42 .- Le travailleur qui, pour l'exécution de son contrat de travail, accomplit en dehors du Congo un séjour temporaire dont la durée n'excède pas six mois, renouvelable une fois, continue à bénéficier des prestations familiales.

De même, continue à bénéficier des prestations familiales, tout travailleur en stage de formation ou de perfectionnement à l'étranger pour toute la durée du stage.

Article 43 .- 1. Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié remplissant les conditions prescrites à l'article 40, paragraphe 1er de la présente loi, à compter du jour où l'état de grossesse est déclaré, jusqu'à l'accouchement.

2.- Les allocations prénatales sont dues pour les neuf mois précédant la naissance si la déclaration est faite à la Caisse dans les trois premiers mois de grossesse.

.../...



Article 44 .- Au reçu de la déclaration de la grossesse, la Caisse délivre un carnet de grossesse et de maternité contenant tous les renseignements d'Etat Civil et ceux relatifs à l'accomplissement des prescriptions médicales.

Article 45 .- Le droit aux allocations prénatales est subordonné à l'observation, par la mère, des prescriptions médicales dont les modalités et la périodicité sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

2. Dans le cas où la mère n'a pu, par suite de force majeure, satisfaire aux examens médicaux prescrits aux dates prévues, la Commission de recours gracieux de la Caisse est appelée à se prononcer sur l'attribution de tout ou d'une partie de l'allocation.

Article 46 .- Il est attribué au foyer à l'occasion de la naissance de chacun des 3 premiers enfants de l'allocataire, à condition qu'ils soient issus du premier mariage ou d'un mariage subséquent lorsqu'il y a ^{eu} décès régulièrement déclaré du premier conjoint, une allocation d'aide aux jeunes ménages ou prime à la naissance.

Article 47 .- Le droit à l'allocation d'aide aux jeunes ménages est subordonné :

- a)- à l'existence d'un contrôle médical au moment de l'accouchement, attesté par un certificat Médical délivré par un Médecin ou une Sage-Femme ;
- b)- à l'inscription de l'enfant au registre de l'Etat Civil, attesté par la production d'un extrait d'acte de naissance

Article 48 .- Les allocations familiales sont attribuées à l'assuré pour chacun des enfants à sa charge depuis la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans révolus.

.../...

Article 49. - Ouvrent droit aux allocations familiales les enfants nés dans le mariage, hors mariage et adoptifs à la charge de l'assuré âgés de 20 ans au plus et qui entrent dans l'une des catégories suivantes :

- a) - les enfants issus du mariage de l'intéressé ;
- b) - les enfants que l'épouse de l'assuré a eus d'un précédent mariage lorsqu'il y a eu décès régulièrement déclaré ou divorce judiciairement prononcé, sauf lorsque les enfants sont restés à la charge du premier mari ou que ce dernier contribue à leur entretien ;
- c) - les enfants nés hors mariage ;
- d) - les enfants ayant fait l'objet d'une adoption conformément au Code de la Famille.

Article 50 .- 1) - La limite d'âge est portée à :
- 17 (Dix sept) ans pour l'enfant placé en apprentissage ;
- 20 (Vingt) ans si l'enfant poursuit ses études ou si ;
par suite d'infirmité ou de maladie incurable justifiée par un certificat médical, il est dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

La poursuite des études implique obligatoirement la fréquentation d'un établissement scolaire où est dispensée à l'enfant une instruction générale, technique ou professionnelle réquérant les conditions de travail et d'assiduité indispensables à la préparation des diplômes officiels ou des carrières publiques ou privées.

2-) Le droit aux allocations familiales est subordonné :

a) - pour les enfants bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de six ans à la production annuelle d'un certificat médical ou d'un certificat de vie lorsqu'il n'existe pas une formation sanitaire dans la commune.

.../...

- b)- pour les enfants d'âge scolaire à l'assistance régulière aux cours des établissements scolaires ou de formation professionnelle, attestée par la production annuelle d'un certificat de scolarité ;
- c)- pour les enfants de plus de seize ans, à la justification de l'apprentissage par la production d'un certificat annuel de fréquentation et d'assiduité, à la justification de la poursuite des études par la production d'un certificat annuel de scolarité, à la justification de l'impossibilité de se livrer à un travail salarié par la production annuelle d'un certificat médical ou d'un Certificat Administratif de vie et charge.

Article 51 .- L'allocation familiale est maintenue pendant les périodes d'interruption d'études ou d'apprentissage pour cause de maladie dûment constatée par un Médecin relevant d'une formation sanitaire de l'Etat, dans la limite d'une année à partir de l'interruption, ce jusqu'à l'âge de 20 ans en cas de non guérison.

Article 52 .- L'attribution d'une bourse d'enseignement ou d'apprentissage ou de paiement d'un salaire ne font pas obstacle à l'attribution de l'allocation sauf lorsque le montant de la bourse couvre les frais normaux d'études et d'entretien ou lorsque l'apprenti perçoit une rémunération égale au moins à la moitié du salaire minimum interprofessionnel garanti.

Article 53 .- Les modalités de paiement des prestations, leur périodicité et les conditions dans lesquelles les paiements peuvent être suspendus, sont déterminées par arrêté du Ministre du Travail.

Article 54 .- 1. Toute femme salariée perçoit à l'occasion du congé de maternité, une indemnité journalière de maternité, ainsi qu'il est prévu à l'article 113 du Code du Travail.

II. Cette indemnité est accordée pendant la durée du congé de maternité telle que prévue par le Code du Travail.

III. Dans le cas d'un repos supplémentaire justifié par la maladie résultant de la grossesse ou des couches, l'indemnité journalière peut être payée jusqu'à concurrence d'une période supplémentaire de 3 semaines.

Article 55. - L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalier effectivement perçu au moment de la suspension du travail, y compris éventuellement toutes les indemnités sauf celles ayant un caractère de remboursement de frais.

Article 56. - 1 L'indemnité journalière est liquidée au prorata du nombre de jours ouvrables ou non ouvrables pendant lesquels le travail a été effectivement suspendu et payée selon la demande de l'intéressée, soit à l'expiration de chaque mois, soit au terme des périodes antérieures ou postérieures à l'accouchement.

2. L'indemnité journalière afférente à la période de repos postérieure à l'accouchement est due même si l'enfant n'est pas né viable.

3. L'indemnité est payée à l'employeur si celui-ci a maintenu à la femme salariée pendant toute la durée de son congé de maternité tout ou partie de son salaire et s'il est lui-même en règle avec la Caisse en ce qui concerne les cotisations dues. La partie du salaire ainsi versée doit être au moins égale à l'indemnité due par la Caisse.

Article 57. - Les frais d'accouchement de la femme salariée dans une formation sanitaire ainsi que, le cas échéant, les soins médicaux pendant le congé de maternité occasionnés par la maladie résultant de la grossesse ou des couches, sont à la charge de la Caisse. Ils sont remboursés selon les tarifs des formations sanitaires publiques.

Article 58. - Les taux des prestations familiales fixés par décret sont les mêmes pour tous les salariés quel que soit le montant de leurs rémunérations.

CHAPITRE II.

RISQUES PROFESSIONNELS

Article 59. - 1°/- Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à un travailleur par le fait ou à l'occasion du travail.

2°/- Sont également considérés comme accidents du travail, lorsque la victime ou l'ayant-droit apporte la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la Caisse de disposer sur ce point des présomptions suffisantes,

a/- l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et retour entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité et le lieu du travail ;
- tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour les motifs d'ordre familial et le lieu de travail ;
- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas à condition que le parcours n'ait pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendante de l'emploi.

b/- l'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont mis à la charge de l'employeur en vertu de l'article 123 du Code du travail.

Article 60. - 1°/- Les dispositions relatives aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles. Un décret pris sur le rapport conjoint du Ministre chargé de la Sécurité Sociale et du Ministre de la Santé Publique et après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail et des Bois Sociales établit la liste des maladies professionnelles avec, en regard, la liste des travaux, procédés, professions, comportant la manipulation et l'emploi d'agents nocifs ou s'effectuent dans les conditions ou régions insalubres qui exposent les travailleurs de façon habituelle au risque de contracter ces maladies.

2°/- Il est procédé périodiquement à la mise à jour de cette liste selon la procédure prévue au paragraphe 1 ci-dessus pour tenir compte des nouvelles techniques de production et des progrès dans la connaissance des maladies professionnelles.

3°/- La date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

4°/- Les maladies qui se déclarent après la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque de la contracter donneront droit aux prestations si elles se déclarent dans les délais indiqués sur la liste prévue au paragraphe 1 du présent article.

Article 61.- 1°/- La victime d'un accident du travail ou de trajet doit immédiatement, sauf cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer l'employeur ou l'un de ses préposés. La même obligation incombe aux ayants droit de l'assuré en cas de décès.

2°/- L'employeur est tenu de déclarer à la Caisse dans un délai de quarante-huit heures, tout accident du travail ou toute maladie professionnelle dont sont victimes les salariés occupés dans l'entreprise. Dans le cas d'un assuré en mission à l'étranger, ce délai est de quinze (15) jours. La déclaration doit être faite dans la forme et selon les modalités qui seront déterminées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale, sur proposition du Conseil d'Administration de la Caisse.

3°/- En cas de carence de l'employeur, la victime ou ses ayants-droit peuvent faire la déclaration d'accident du travail ou de la maladie professionnelle jusqu'à l'expiration de la deuxième année suivant la date de l'accident ou la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

...../.....

Article 62.- L'employeur est tenu dès que survient l'accident :

- de faire assurer les soins de première urgence ;
- d'aviser le Médecin chargé des services médicaux de l'entreprise ou, à défaut, le Médecin le plus proche ;
- éventuellement de diriger la victime sur le Centre médical d'entreprise ou inter-entreprise ou, à défaut, sur la formation sanitaire publique, ou l'établissement hospitalier public ou privé le plus proche du lieu de l'accident.

Les soins de première urgence ainsi que le salaire de la journée au cours de laquelle le travail a été interrompu sont à la charge de l'employeur.

Article 63.- L'intervention de la Caisse en matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles s'exerce dans le cadre de la politique de prévention définie par le Ministre du Travail, après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail.

Article 64.- 1°/- Il est créé un Comité Technique de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles chargé d'effectuer toutes les études sur les risques professionnels et de proposer les moyens de les prévenir.

2°/- Sa composition et ses attributions seront déterminées par un arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

3°/- Sur son initiative, le Conseil d'Administration de la Caisse peut proposer au Ministre chargé de la Sécurité Sociale de rendre obligatoire, par arrêté, l'application des mesures de prévention édictées par la Caisse.

Article 65.- 1°/- La Caisse doit, dans le cadre de sa politique de prévention des risques professionnels, et en collaboration avec les services du Ministère du Travail ;

a)- recueillir et publier chaque année pour les diverses catégories d'établissements, tous les renseignements permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus, de leur fréquence et de leurs effets, notamment de la durée et de l'importance des incapacités résultant ;

b)- procéder ou faire procéder à toutes enquêtes jugées utiles en ce qui concerne l'état sanitaire et social ainsi que les conditions d'hygiène ou de sécurité des travailleurs ;

c)- recourir à tous les procédés de publicité et de propagande pour faire connaître, tant dans les entreprises que parmi la population, les méthodes de prévention ;

d)- favoriser par des subventions ou avances l'enseignement de la prévention.

2°/- La Caisse peut, dans les conditions et les modalités de remboursement fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale, après avis du Conseil d'Administration, consentir aux entreprises, des avances à taux réduit en vue de leur faciliter la réalisation d'aménagements destinés à assurer une meilleure protection des travailleurs.

3°/- La Caisse peut également accorder des subventions ou des avances en vue de :

a)- récompenser toute initiative en matière de prévention d'hygiène et de sécurité ;

b)- créer et développer des institutions, oeuvres ou services dont le but est de perfectionner ou de développer les méthodes de prévention, de réadaptation et de rééducation, des conditions d'hygiène et de sécurité et, plus généralement, d'exercer une action sanitaire et sociale.

Article 66.- Dans chaque atelier ou chantier, il sera disposé de manière apparente, par les soins du Chef d'Entreprise, une affiche, dont le modèle est fixé par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale après avis du Conseil d'Administration de la Caisse, destinée à appeler l'attention des travailleurs sur les dispositions essentielles de la réglementation en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles.

Article 67.- Les prestations comprennent :

a)- les soins médicaux nécessités par les lésions résultant de l'accident qu'il y ait ou non interruption du travail ainsi que les frais occasionnés par la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle ;

b)- en cas d'incapacité permanente de travail totale ou partielle, une rente d'incapacité

c)- en cas de décès, une allocation de frais funéraires et une rente de survivants.

Article 68.- Les soins médicaux comprennent :

- a)- la couverture des frais médicaux, chirurgicaux et dentaires, y compris les examens radiographiques, les examens de laboratoire et analyses ;
- b)- la fourniture des produits pharmaceutiques et les accessoires ;
- c)- la couverture des frais d'hospitalisation ;
- d)- la fourniture, l'entretien, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident du travail.
- e)- le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation sanitaire la plus proche et vice-versa.

Article 69.- A l'exception des soins de première urgence et de ceux dispensés dans le cadre de la médecine d'entreprise, qui sont à la charge de l'employeur les prestations prévues au présent article sont supportées par la Caisse qui en verse directement le montant aux établissements ayant assuré les fournitures et services.

Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à un remboursement à la victime ou à l'employeur.

L'hospitalisation des travailleurs accidentés et le traitement médical n'entrant pas dans le cadre de la médecine d'entreprise, ont obligatoirement lieu dans les centres médicaux créés par les entreprises dans le cadre de la médecine du travail, dans les formations sanitaires et hôpitaux publics, sauf dérogation spéciale accordée par la Caisse si lesdits centres médicaux, formations ^{et} hôpitaux publics ne disposent pas de moyens appropriés.

Le tarif d'hospitalisation est celui résultant d'une convention conclue entre les formations sanitaires et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

...../.....

Lorsqu'à la suite de la dérogation spéciale prévue à l'alinéa ci-dessus, l'hospitalisation et le traitement médical ont lieu dans un établissement privé dont les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement public hospitalier de même nature le plus proche, la Caisse est tenue au paiement de la totalité des frais.

Les honoraires dus aux praticiens et auxiliaires médicaux des centres médicaux d'Etat, des formations sanitaires et hôpitaux publics à l'occasion des soins donnés aux travailleurs accidentés, constituent des recettes revenant auxdits établissements et ne doivent, en aucun cas, être versés aux intéressés.

Article 70.- La victime a le droit de bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle.

Ce bénéfice lui est accordé soit sur sa demande soit sur l'initiative de la Caisse après examen médical auquel il est procédé conjointement par le Médecin traitant de la victime et par le Médecin-Conseil de la Caisse.

Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état de l'accidenté entre le Médecin-Conseil de la Caisse et le Médecin traitant, un expert est choisi sur une liste dressée par le Ministère de la Santé.

L'expert ne peut être ni le Médecin-Conseil de la Caisse ni le Médecin-Traitant, ni le Médecin attaché à l'entreprise ou au service médical inter-entreprises.

L'expert convoque sans délai la victime ou se rend à son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à la caisse et au Médecin traitant dans un délai maximum d'un mois à compter de la date à laquelle ^{il} a été saisi du dossier, faute de quoi, il est pourvu à son remplacement sauf dans le cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai.

L'avis de l'Expert n'est pas susceptible de recours.

Article 71.- Au vu de cet avis, la Caisse statue sur la nature et la durée du traitement nécessité par l'état de l'intéressé.

...../.....

La décision de la Caisse, susceptible de recours devant la juridiction compétente, est notifiée à la victime par lettre recommandée ou par tout autre moyen de notification. Une copie de la décision est adressée au Médecin traitant.

Article 72.- Le traitement en vue de la réadaptation fonctionnelle peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement privé agréé par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale ou à l'étranger si de tels établissements n'existent pas sur le territoire national.

Les frais nécessités par le traitement sont à la charge de la Caisse.

Article 73.- Pendant toute la période du traitement, la victime a droit à l'indemnité journalière prévue aux articles 86 et 87 ci-dessous :

Si la victime est titulaire d'une rente servie par la Caisse ou raison de l'incapacité permanente résultant de l'accident ayant nécessité la réadaptation fonctionnelle, la Caisse paie, s'il y a lieu, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente.

Article 74.- Le bénéficiaire du traitement de réadaptation est tenu :

- 1°/- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature souscrits par l'autorité médicale intéressée ;
- 2°/- de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la Caisse ;
- 3°/- de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- 4°/- d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Article 75.- En cas d'inobservation de ces obligations, la Caisse peut suspendre le service de l'indemnité journalière ou en réduire le montant, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente. Dans le même cas, la Caisse cesse d'être tenue au paiement des frais de toute nature à l'égard des praticiens ou établissements intéressés. Ce paiement cesse d'être dû à partir de la date constatée sur l'avis de réception de la lettre recommandée portant notification de sa décision et adressée à la victime et aux praticiens ou établissements intéressés.

Article 76.- Si à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit, quelle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle, d'être admise gratuitement dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur pour s'y réadapter à sa profession ou y apprendre l'exercice d'une profession de son choix.

Article 77.- Le bénéfice de la rééducation est accordé à la victime, soit sur sa demande, soit sur l'initiative de la Caisse après un examen psychotechnique préalable organisé par l'Inspecteur du Travail et des Lois Sociales et contrôlé par un Médecin orienteur.

D'après les résultats de l'examen psychotechnique, et compte tenu de tous les éléments à prendre en considération, notamment l'âge de la victime et le taux d'incapacité, la Caisse statue sur l'attribution à la victime du bénéfice de la rééducation professionnelle.

La décision de la Caisse, susceptible de recours devant la juridiction compétente, est notifiée à la victime par lettre recommandée ou par tout autre moyen certain de notification.

Article 78.- Compte tenu des résultats de l'examen psychotechnique, des places disponibles et du choix de la victime, la Caisse fait admettre le bénéficiaire dans l'un des établissements habilités à cet effet ou, s'il y a lieu, chez un employeur.

Article 79.- Les établissements de rééducation habilités sont :

1°/- Les établissements ou Centres Publics relevant du Ministère chargé de la Sécurité Sociale ou du Ministère de la Santé Publique, et créés en vue d'assurer la rééducation professionnelle des victimes des accidents du travail ;

2°/- Les établissements privés agréés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale et dont le fonctionnement sera soumis au contrôle de l'Inspection du Travail et des lois sociales et, le cas échéant à celui de la Direction de l'Enseignement.

Les victimes des accidents du travail dont la résidence habituelle est située hors du territoire de la République Populaire du Congo peuvent demander à être rééduquées dans l'établissement ou le Centre public le plus proche de leur résidence habituelle.

Article 80.- Lorsque la victime est placée pour sa rééducation chez un employeur, un contrat type de rééducation définit les droits et obligations des parties et les modalités de contrôle de la rééducation professionnelle par l'Inspecteur du Travail et par la Caisse. Ce contrat, dont le modèle sera fixé par arrêté du Ministre de la Sécurité Sociale est visé par l'Inspecteur du Travail du ressort.

Article 81.- Pendant toute la période de rééducation l'indemnité journalière ou la rente est intégralement maintenue à la victime. Si elle est inférieure au salaire minimum de la profession en vue de laquelle la victime est réadaptée, cette dernière reçoit, à défaut de rémunération pendant la durée de la rééducation, un supplément à la charge de la Caisse, destiné à porter cette indemnité ou rente au montant dudit salaire.

Article 82.- Les frais de rééducation sont supportés par la Caisse. Ils comprennent, outre les frais des examens psychotechniques préalables à la rééducation :

- 1 - les frais de voyage aller et retour de la victime par le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé. Les accidentés en stage de rééducation bénéficient des voyages aller et retour à leur lieu de résidence aux frais de la caisse à l'occasion de la période des grandes vacances de l'établissement dans lequel ils sont admis ;
- 2 - le complément de l'indemnité visé à l'article précédent ;
- 3 - les frais de la rééducation proprement dits ;
- 4 - le prix de la journée dans la limite d'un tarif fixé par arrêté du Ministre chargé de la sécurité sociale après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail ;
- 5 - les cotisations d'accidents du travail ;
- 6 - le coût des appareils indispensables de prothèse de travail qui ne seraient pas susceptibles d'être pris en charge au titre de l'article 69 de la présente loi.

...../.....

Article 83.- Le contrat de travail de toute victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle est suspendu du jour de l'accident jusqu'au jour de sa guérison ou de la consolidation de la blessure.

Article 84.- En cas d'invalidité permanente, si le travailleur est atteint d'une réduction de capacité le rendant professionnellement inapte à son ancien emploi, l'employeur doit, indépendamment des mesures prévues aux sections 1 et 2 du précédent titre, s'efforcer de le reclasser dans son entreprise en l'affectant à un poste correspondant à ses aptitudes.

Article 85.- En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par l'autorité médicale compétente, la victime a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'incapacité, ouvrable ou non, suivant celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

L'indemnité est payable pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède la guérison, la consolidation de la lésion ou le décès du travailleur.

La rémunération de la journée au cours de laquelle le travail a cessé est intégralement à la charge de l'employeur.

Article 86.- Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse 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 qu'en cas de rechute ou d'aggration. Elle n'est toutefois pas due pour les jours ouvrables qui suivent immédiatement la cessation du travail consécutive à l'accident, sauf lorsque la durée de l'incapacité est supérieure à quinze (15) jours.

- L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie, en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le Médecin traitant, si cette reprise est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la lésion. Le montant de l'indemnité et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

- L'indemnité journalière est, dans la limite du préavis, égale à la totalité du salaire journalier déterminé suivant les modalités fixées aux paragraphes suivants.

Elle est égale ensuite, aux 2/3 dudit salaire.

Le salaire journalier servant de base de cette indemnité ne peut toutefois dépasser 1 % du maximum de la rémunération annuelle retenue pour l'assiette des cotisations d'accident du travail.

Pour le calcul de cette indemnité le salaire journalier visé au paragraphe précédent est déterminé conformément aux règles suivantes.

Le salaire servant au calcul de l'indemnité d'incapacité temporaire et des rentes comprend l'ensemble des salaires ou gains, indemnités, primes, gratifications ou tous autres avantages en espèces perçus par le travailleur pendant la période considérée, compte tenu, s'il y a lieu, des avantages en nature et des pourboires, à l'exception des frais professionnels, des indemnités de représentation, du remboursement de frais, des prestations familiales et des prestations d'accident du travail.

Pour le calcul de l'indemnité journalière, le salaire journalier visé ci-dessus est le salaire journalier moyen perçu par le travailleur pendant les trente jours précédant l'accident ; il est obtenu en divisant le montant du salaire perçu pendant cette période par le nombre de jours ouvrables contenus dans ladite période.

Si le travailleur a perçu pendant ces trente jours des indemnités portant sur une période plus étendue, seule la quote-part de l'indemnité correspond aux trente jours précédant l'accident est prise en compte pour le calcul du salaire journalier moyen.

Article 87.- Si la victime travaillait depuis moins de trente jours au moment de l'arrêt du travail le salaire ou le gain servant à calculer le salaire journalier de base est celui qu'elle aurait perçu si elle avait travaillé dans les mêmes conditions pendant les trente jours.

Il en est de même si la victime n'avait pas travaillé pendant toute la durée des trente jours précédant l'accident pour cause de maladie, d'accident, de maternité, de congé non payé et pour toute autre raison indépendante de sa volonté.

Article 88.- Si l'incapacité temporaire se prolonge au-delà de trois mois et s'il survient postérieurement à l'accident une augmentation générale des salaires concernant la catégorie à laquelle appartient la victime ; le taux de l'indemnité journalière est révisé dans les mêmes proportions avec effet du premier jour du quatrième mois d'incapacité ou de la date d'effet de l'augmentation des salaires, si cette date est postérieure.

En pareil cas, il appartient à la victime de demander à la Caisse la révision du taux de l'indemnité journalière en produisant toutes pièces justificatives, notamment une attestation de l'employeur.

Article 89.- Si une aggravation de la lésion causée par l'accident entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire journalier moyen des trente jours qui précèdent immédiatement l'arrêt du travail causé par cette aggravation.

Si la date de guérison ou de consolidation n'a pas été fixée, cette indemnité est portée aux deux tiers du salaire compte tenu de la durée de la première interruption de travail consécutive à l'accident.

En aucun cas, cette indemnité journalière ne peut être inférieure à celle correspondant respectivement aux deux tiers du salaire perçu au cours de la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant de la révision opérée conformément aux dispositions de l'article 89 ci-dessus.

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière due au travailleur âgé de moins de dix huit ans ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou l'emploi de la profession en fonction duquel ont été fixés par voie d'abattement dans le cadre des arrêtés sur les salaires ou des conventions collectives les taux minima de rémunération des jeunes travailleurs âgés de moins de dix huit ans.

A défaut de référence, le salaire de base de l'indemnité journalière ne peut être inférieur au salaire le plus bas des ouvriers adultes de la même catégorie occupée dans l'établissement ou, à défaut dans l'établissement voisin, similaire.

Toutefois, en aucun cas, le montant de l'indemnité journalière ainsi calculée et due au jeune travailleur de moins de dix huit ans ne pourra dépasser le montant de sa rémunération.

Article 90.- Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière due à l'apprenti ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié où l'apprenti aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage.

Article 91.- La Caisse ne peut suspendre le service de l'indemnité journalière lorsque l'employeur maintient à la victime tout ou partie de son salaire ou des avantages en nature, soit en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, soit en vertu des usages de la profession, soit de sa propre initiative.

Toutefois, lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est surrogé de plein droit à la victime, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues.

Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paye le salaire pendant la période d'incapacité sans opérer cette déduction est seulement fondé à poursuivre auprès de la victime le recouvrement de cette somme.

L'employeur et la victime qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas d'accident peuvent en informer la Caisse et demander le versement par elle, à l'employeur, de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

Article 92.- L'indemnité journalière est payée soit à la victime, soit à son conjoint, soit, si la victime est mineure, à la personne qui justifie l'avoir à sa charge, soit à un tiers auquel la victime donne délégation pour l'ensaissement de cette indemnité.

Cette délégation n'est valable que pour une seule période d'incapacité ; elle ne fait pas obstacle au droit de la Caisse de surseoir au paiement des indemnités pour procéder aux vérifications nécessaires.

Article 93.- L'indemnité journalière doit être réglée à intervalles réguliers ne pouvant en aucun cas excéder un mois.

Elle est mise en paiement par la Caisse dès la réception du certificat médical attestant la nécessité de l'arrêt du travail.

Article 94. - L'indemnité journalière n'est cumulable et saisissable que dans les limites fixées par les articles 100 à 103 du code du travail et des textes pris pour son application.

Article 95. - Tout retard injustifié apporté au paiement de l'indemnité journalière donne droit au créancier, à partir du huitième jour de son échéance, à une astreinte quotidienne de 1 % du montant des sommes non payées, sauf cas de force majeure prononcées par la juridiction compétente.

Article 96. - Lors de la fixation de la rente, la Caisse peut, si elle estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente.

Article 97. - Lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de l'employeur ou de ses préposés, les indemnités dues à la victime ou à ses ayants-droit, en vertu de la présente loi, sont majorées.

Le montant de la majoration est fixé par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale après avis de la Commission Nationale Consultative du Travail dans une limite telle que la rente ou le total des rentes allouées puisse dépasser soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de la capacité, soit le montant de ce salaire.

La majoration est payée par la Caisse qui en recupère le montant au moyen d'une cotisation supplémentaire imposée à l'employeur. Dans le cas de cessation ou de cessation de l'activité de l'entreprise, le total des arrérages de la cotisation à l'choir est immédiatement exigible.

Les conditions dans lesquelles est fixée et perçue cette cotisation supplémentaire sont déterminées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale. Il est interdit à l'employeur de se garantir par une assurance contre les conséquences de la faute inexcusable sur son patrimoine personnel.

Article 98. - Si l'accident est dû à une faute inexcusable de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants-droit conservent contre l'auteur de l'accident le droit de demander réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par l'application de la présente loi.

La Caisse est tenue de servir à la victime ou à ses ayants-droit les prestations et indemnités visées par la présente loi. Elle est admise de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident une action en remboursement des sommes payées par elle.

Article 99. - Si l'accident est causé par une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants-droit conservent contre l'auteur de l'accident, le droit de demander réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application de la présente loi.

La Caisse est tenue de servir à la victime ou ses ayants-droit les prestations et indemnités prévues par la présente loi. Elle est admise de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident une action en remboursement des sommes payées par elle.

Article 100. - En cas d'incapacité permanente dûment constatée par le Médecin désigné ou agréé par la Caisse, la victime a droit à une rente d'incapacité permanente lorsque le degré de l'incapacité est au moins égal à dix pour cent ou à un capital de rachat versé en une seule fois lorsque le degré de l'incapacité est inférieur à dix pour cent.

Article 101. - La rente due, à partir du décès, aux ayants-droit de la victime remplissant les conditions ci-dessous définies, doit être répartie conformément aux dispositions de l'article 486 du Code de la Famille :

1°) CONJOINT SURVIVANT

30 % du salaire annuel ayant servi de base au calcul de la rente de la victime au conjoint survivant non divorcé, ni séparé de corps à condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident.

Lorsque le conjoint survivant divorcé ou séparé de corps a obtenu une pension alimentaire tel que prévu par l'article 193 du Code de la Famille, la rente qui lui est due est ramenée au montant de cette pension sans pouvoir dépasser 30 % du salaire annuel ayant servi de base au calcul de la rente et sans que, s'il existe un nouveau conjoint, celui-ci puisse garder moins de la moitié de la rente de 30 %.

Le conjoint condamné pour abandon de famille est déchu de tous ses droits au titre de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il en est de même pour celui qui a été déchu de la puissance paternelle. Ce dernier est toutefois réintégré dans ses droits, s'il vient à être restitué dans la puissance paternelle. Les droits du conjoint déchu seront transférés sur la tête des enfants et des ascendants visés aux paragraphes 2 et 3.

...../.....

En cas de nouveau mariage, le conjoint survivant, s'il n'a pas d'enfants, cesse d'avoir droit à la rente mentionnée ci-dessus, il lui est alors alloué, à titre de capital, une somme qui ne peut être supérieure à trois fois le montant de la rente annuelle.

S'il a des enfants, le rachat sera différé aussi longtemps que l'un de ses enfants aura droit à une rente en vertu du paragraphe 2 ci-dessous.

Lorsque le travailleur décédé laisse plusieurs veuves, la rente viagère est répartie entre elles, en parts égales. Ce partage n'est pas susceptible d'être ultérieurement modifié.

Pour les personnes ayant conservé leur statut personnel, la notion juridique de mariage est celle définie par le Code de la Famille.

2°) ENFANTS ET DESCENDANTS DE LA VICTIME

50 % du salaire annuel de la victime ayant servi de base au calcul de la rente, repartis également, entre l'ensemble des enfants et des descendants.

La notion juridique d'enfant à charge est celle retenue par le Code de la Famille.

Les rentes ainsi allouées sont collectives et réduites suivant les prescriptions qui précèdent au fur et à mesure que chaque orphelin atteint la limite d'âge fixée par la réglementation en matière de prestations familiales.

Les descendants de la victime et les enfants recueillis par elle avant l'accident ayant fait l'objet d'un jugement de tutelle, si les uns et les autres sont privés de leurs soutiens naturels et tombés de ce fait à sa charge, bénéficient des mêmes droits que les enfants visés aux alinéas précédents du présent paragraphe.

3°) ASCENDANTS ET AUTRES CATEGORIES DE SUCCESSIBLES

20 % du salaire annuel de la victime ayant servi de base au calcul de la rente aux ascendants ou autres catégories de successibles, tels qu'énumérés à l'article 462 du Code de la Famille.

...../.....

En aucun cas, le salaire annuel pris en compte pour le calcul des rentes de survivants, ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de la victime tel que défini par la présente loi.

4°) La rente allouée aux autres catégories de successibles peut être convertie sur demande des intéressés en un capital équivalent à quatre mois du salaire annuel tel que déterminé pour le calcul des rentes.

Article 102.— Les arrérages des rentes courent du lendemain du décès ou de la date de consolidation de la blessure.

En cas de contestations autres que celles portant sur le caractère professionnel de l'accident, la Caisse peut accorder à la victime ou à ses ayants-droit, sur leur demande, des avances sur rentes payables dans les conditions fixées à l'article 93.

Ces avances, qui ne peuvent être supérieures à la rente proposée par la caisse, viennent en déduction de la rente ou de l'indemnité journalière due à la victime ou à ses ayants-droit.

Le montant de l'avance et les modalités de remboursement par prélèvement sur les premiers arrérages sont fixés par la Caisse.

Article 103.— Les rentes sont incessibles et insaisissables. Elles sont payables à la résidence du titulaire, par trimestre et à terme échu. Elles sont payées selon une autre périodicité sur demande motivée du bénéficiaire et sous réserve de l'accord de la Caisse.

Lorsque le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident atteint ou dépasse 75 %, le titulaire de la rente peut demander que les arrérages lui soient réglés mensuellement. Le paiement mensuel est obligatoire, pour les victimes atteintes d'une incapacité de 100 %.

Inversement, la rente est normalement payée par année lorsque le montant est inférieur à 25 % du salaire annuel ayant servi de base au calcul de la rente.

Article 104.— Une allocation provisionnelle à déduire lors du paiement des premiers arrérages de la rente peut être versée aux conjoints survivants ou aux ayants-droit, sur leur demande. Le remboursement de l'allocation provisionnelle est opéré dans les conditions indiquées à l'article 102.

Article 105.- Le degré de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes professionnelles sur la base d'un barème indicatif d'invalidité établi par arrêté du Ministre chargé de la sécurité sociale. Les travailleurs étrangers victimes d'accidents du travail et qui cessent de résider sur le territoire national reçoivent pour indemnité, un capital égal à trois fois le montant de la rente annuelle qui leur a été allouée sauf cas de convention de réciprocité en matière de sécurité sociale.

Il en est de même pour leurs ayants-droit étrangers cessant de résider sur le territoire national.

Les ayants-droit étrangers d'un travailleur étranger ne reçoivent aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résident pas sur le territoire national sauf existence d'une convention de réciprocité en matière de sécurité sociale.

Article 106.- La rente prend effet soit à la date de la consolidation de la lésion ou de la stabilisation de l'état de la victime, soit à la date du décès.

Article 107.- Lorsque l'accident du travail est suivi du décès de la victime, les frais funéraires sont supportés par la Caisse dans la limite des frais exposés et sans que leur montant puisse excéder un maximum fixé par arrêté du Ministre chargé de la sécurité sociale après avis du Conseil d'Administration de la Caisse.

Article 108.- Si le décès s'est produit au cours d'un déplacement de la victime pour son travail hors de sa résidence ou si la victime a quitté sa résidence à la demande de son employeur en vue de son engagement, la Caisse supporte les frais de transport du corps jusqu'au lieu de résidence.

Les frais funéraires sont remboursés aux intéressés sur présentation de pièces justificatives.

Article 109.- Dans les cas visés aux articles 99 et 100 de la présente loi, l'avance des frais est faite par l'employeur qui en demandera le remboursement à la Caisse.

.... /

Article 110.- En cas d'accident de trajet, d'accident mortel ou suivi de décès, d'accident ayant entraîné une incapacité permanente partielle égale ou supérieure à 10 %; il est procédé à une enquête.

Article 111.- Les officiers de police judiciaires, les Inspecteurs et Contrôleurs du Travail et des lois sociales, les agents assermentés de la Caisse, sont agréés à titre permanent en qualité d'enquêteur pour les accidents du travail.

Article 112.- Toute procédure d'accident ayant fait l'objet d'un procès-verbal de police doit être transmis au Directeur Général de la Caisse ou à ses représentants.

Article 113.- 1- L'enquête est contradictoire. Les témoins sont entendus par l'enquêteur en présence de la victime ou de ses ayants-droit, et de l'employeur.

- La victime peut se faire assister par une personne de son choix. En cas de décès, ce droit appartient à ses ayants-droit.

Lorsque la victime est dans l'impossibilité d'assister à l'enquête, l'enquêteur se transporte auprès d'elle pour recevoir ses explications.

Article 114.- L'enquêteur doit recueillir tous les renseignements permettant d'établir :

- La cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu de l'accident et éventuellement, l'existence d'une faute susceptible d'influer sur la réparation, ainsi que les responsabilités encourues, notamment en cas d'accident de trajet.

En cas d'accident de trajet, ces éléments doivent être notés avec soin en vue d'établir, le cas échéant, les motifs qui auraient déterminé la victime à interrompre ou à détourner son parcours

- l'identité de la victime et le lieu où elle se trouve,
- la nature des lésions,
- l'existence d'ayants-droit, l'identité et la résidence de chacun d'eux,
- la catégorie professionnelle, le classement de la victime au moment de l'arrêt de travail,
- d'une manière générale, tous les éléments susceptibles de fixer le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières et des rentes.

En vue de recueillir ces éléments, l'enquêteur peut effectuer au siège de l'établissement ou des établissements ayant occupé la victime, /recueillis toutes constatations et vérifications nécessaires. L'enquêteur doit également le cas échéant les renseignements sur les accidents du travail antérieurs en mentionnant pour chacun d'eux la date de la guérison ou de la consolidation des blessures et s'il en est résulté une incapacité permanente :

- le taux de cette incapacité,
- le montant de la rente,
- la date de la décision ayant alloué la rente,
- le point de départ de celle-ci,
- le débiteur de la rente.

Toute déclaration frauduleuse de la victime peut entraîner une réduction éventuelle de la nouvelle rente.

Il doit mentionner éventuellement, la pension militaire d'invalidité ou la pension de victime civile de guerre dont la victime serait titulaire.

Article 112. - L'enquêteur consigne les résultats de l'enquête dans un procès-verbal établi en double exemplaires qui fera foi, jusqu'à preuve du contraire, des faits constatés. Il envoie les deux exemplaires de ce procès-verbal accompagnés du dossier dont il avait été saisi, ainsi que toutes pièces qu'il juge bon d'y annexer dans un délai de vingt jours à compter de la date de réception du dossier, au Directeur Général de la Caisse ou à ses représentants.

Si le délai se trouve dépassé, l'enquêteur fait connaître les circonstances qui ont occasionné le retard.

Article 116. - La Caisse peut à tout moment, faire procéder à un examen de la victime par son Médecin-Conseil ou un Médecin de son choix, notamment dès qu'elle a connaissance de l'accident, pendant la période d'incapacité temporaire, en cas de rechute et au moment de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

Elle peut également, à tout moment, faire contrôler par des enquêteurs ou par toute personne habilitée, les victimes d'accident du travail à qui elle sert des prestations.

...../.....

Article 117. - La victime est tenue de présenter à toute réquisition du service de contrôle médical de la Caisse, tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoire et ordonnances en sa possession.

Elle doit également faire connaître, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles antérieurs et, au cas où il s'agit d'une rechute, fournir tous renseignements ^{son} qui lui sont demandés sur l'état de santé antérieur.

Article 118. - Les décisions prises par la caisse à la suite du contrôle médical doivent être immédiatement notifiées à la victime.

Article 119. - Pour tous les actes de contrôle médical, la victime a le droit de se faire assister par son Médecin traitant. Les honoraires de ce dernier sont à la charge de la caisse et sont réglés d'après les tarifs en vigueur.

...../.....

Article 120 : La victime est tenue d'observer rigoureusement les prescriptions du praticien, notamment le repos au lit qui a pu lui être ordonné. Elle ne peut quitter sa résidence que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique.

La victime dont l'envoi en convalescence à l'étranger est jugé nécessaire par le Médecin traitant, doit en aviser la Caisse avant son départ et attendre l'autorisation de celle-ci. Elle doit, pendant la durée de sa convalescence, se soumettre au contrôle dans les conditions fixées par la Caisse.

En cas d'hospitalisation, elle doit se soumettre aux prescriptions des Médecins et au règlement de l'établissement.

La victime ne doit se livrer à aucun travail, rémunéré ou non, au cours de la période d'incapacité temporaire sauf dans le cas de reprise d'un travail léger autorisé dans les conditions prévues à l'article 75 du présent code.

Article 121 : La victime ne peut se soustraire aux divers contrôles exigés par la Caisse.

En cas de refus, les prestations et les indemnités sont suspendues pour la période pendant laquelle les contrôles auront été rendus impossibles. Notification en est faite à l'intéressé. La Caisse peut également retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières d'indisponibilité temporaire de la victime qui aurait volontairement enfreint les dispositions sus-visées relatives au contrôle médical ou les prescriptions du Médecin.

Article 122 : Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état de l'accidenté entre Médecin-Conseil de la Caisse et le Médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un Médecin Expert agréé, choisi sur une liste dressée par le Ministre de la Santé.

L'expert ne peut être ni le Médecin-Conseil de la Caisse ni le Médecin traitant, ni le Médecin attaché à l'entreprise, ni celui du service médical interentreprise.

Faute d'accord du Médecin traitant et du Médecin-Conseil sur le choix du Médecin Expert, ce dernier est choisi par l'Inspecteur du Travail après avis du Ministère de la Santé.

L'Expert convoque sans délai la victime ou se rend à son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à la Caisse et au Médecin traitant dans un délai maximum d'un mois à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier, faute de quoi il est pourvu à son remplacement, sauf dans le cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai.

L'avis de l'Expert n'est pas susceptible de recours.

Article 123 : Les frais de déplacement de la victime ou de ses ayants-droit qui doivent quitter leur résidence pour répondre à la convocation du Médecin Conseil ou se soumettre à une expertise, à un contrôle ou à un traitement sont à la charge de la Caisse et remboursés d'après les tarifs en vigueur.

Les frais de déplacement comprennent, le cas échéant, les frais de transport, les frais de séjour et l'indemnité compensatrice de perte de salaire.

Article 124 : Les honoraires dus au Médecin-traitant, au Médecin Expert ou au Médecin Spécialiste, ainsi que leurs frais de déplacement sont également à la charge de la Caisse et remboursés d'après les tarifs en vigueur.

Article 125 : Lorsque l'examen ou l'expertise a été prescrit à la requête de la victime ou de ses ayants-droit et que sa contestation est reconnue manifestement abusive, la juridiction compétente peut mettre à leur charge tout ou partie des honoraires et frais correspondants.

Article 126 : Toute modification de l'état de la victime, soit par aggravation soit par atténuation de l'infirmité peut entraîner une révision de la rente.

Article 127 : En vue de déceler cette modification, la Caisse peut faire procéder, par un Médecin Expert assermenté, à des examens de contrôle de l'état de la victime. Ces examens peuvent avoir lieu à des intervalles de six mois au cours des deux premières années suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la blessure et d'un an après l'expiration de ce délai.

.../...

La victime peut également faire constater, dans les mêmes conditions, par son Médecin traitant, toute modification de son infirmité.

Article 128 : La victime est informée au moins trente jours à l'avance par lettre recommandée ou par tout autre procédé de notification, de l'heure et du lieu de l'examen médical de contrôle. Les frais de transport et de séjour sont à la charge de la Caisse.

Si la victime, en raison de son état, n'est pas en mesure de se rendre au lieu indiqué, elle doit en aviser immédiatement la Caisse.

La victime ne peut refuser de se prêter aux examens de contrôle sous peine de suspension du service de la rente. Cette suspension ne peut toutefois intervenir qu'après avis de l'Inspecteur du Travail.

Article 129 : En cas de décès de la victime résultant des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée à tout moment par les ayants-droit de la victime.

Article 130 : Si l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire et la nécessité d'un traitement médical, la Caisse paie les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, ainsi que, le cas échéant, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente maintenue pendant cette période.

En ce cas, la victime doit faire connaître à la Caisse le montant de la rente dont elle bénéficie. Toute déclaration frauduleuse peut entraîner une réduction de la fraction de l'indemnité journalière de la victime.

Article 131 : La demande tendant à une nouvelle fixation des réparations motivées par une aggravation de l'infirmité de la victime ou son décès résultant des conséquences de l'accident, est présentée à la Caisse, soit par simple déclaration, soit par lettre recommandée.

Les justifications nécessaires, notamment le certificat du Médecin traitant, sont fournies à l'appui de la demande.

Article 132 : Toute nouvelle fixation des réparations motivées par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité ou par le décès de la victime fait l'objet d'une décision de la Caisse qui doit être notifiée sans retard à la victime ou à ses ayants-droit.

Article 133 : La nouvelle rente est due à partir du jour où a été constatée l'aggravation ou l'atténuation de la lésion.

Article 134 : Le rachat total ou partiel des rentes d'accidents du travail s'effectue d'après les règles suivantes.

- La rente allouée à la victime de l'accident peut, après expiration d'un délai de Cinq ans à compter du point de départ des arrérages, être remplacée en totalité ou en partie, par un capital dans les conditions indiquées ci-après :

- si le taux d'incapacité ne dépasse pas 10 %, le rachat porte sur la totalité de la rente et doit être effectué sur simple demande du titulaire, si celui-ci est majeur ;

- si le taux d'incapacité est supérieur à 10 % et inférieur à 50 %, le rachat de la rente peut être opéré dans la limite du quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente ;

- si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50 %, la tranche supérieure à 50 % ne donne droit à aucun rachat ;

La demande de rachat total ou partiel doit être adressée à la Caisse dans les deux ans qui suivent le délai de 5 ans visé à l'alinéa premier; la décision est prise par la Caisse.

En aucun cas, le rachat des rentes ne peut entraîner pour la victime la perte du droit à révision de celle-ci lorsque les conséquences de l'accident provoquent ultérieurement une aggravation de l'invalidité.

Article 135 : La conversion est effectuée conformément au barème fixé par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 136 : Lorsque la rente a été majorée, la conversion est opérée compte tenu de la majoration de la rente.



Article 137 : En cas d'accidents successifs, chaque rente envisagée isolément fait l'objet d'une demande distincte de conversion. Si un réajustement des diverses rentes a été effectué, le montant de la rente principale est seul pris en considération en vue de la conversion.

Article 138 : Les agrégations de la rente ou de la fraction de rente convertie cessent d'être dûs à la date d'effet de la conversion. Les arrérages de la rente primitive qui auraient été payés pour une période postérieure à la date ainsi déterminée sont déduits du montant du capital ou des nouveaux arrérages.

Article 139 : Sauf transformation de la rente en capital qui est irrévocable, les droits et obligations de la victime après la conversion s'exercent dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Article 140 : Les rentes dues au titre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné la mort de la victime ou une incapacité permanente au moins égale à 10 % pouvant être révisées par application d'un coefficient déterminé par décret après avis du Conseil d'administration et de la commission nationale consultative du travail : cette révision peut avoir lieu à la suite des variations sensibles du niveau général des salaires résultant des variations sensibles du coût de la vie. Elles tiennent compte des possibilités financières de la branche des risques professionnels et de l'évolution du salaire minimum inter-professionnel garanti.

Article 141 : Lorsqu'une même victime bénéficie de plusieurs rentes en raison d'accidents successifs, chaque rente est revalorisée suivant les coefficients et les règles de calcul visées à l'article précédent, quel que soit le taux d'incapacité correspondant, si celui qui résulte de l'ensemble des accidents est au moins égal à 10 %.

Article 142 : Dans le cas de faute inexcusable de la victime ou de son employeur, la rente revalorisée en application des articles précédents sera réduite ou augmentée.

Toutefois, la rente ainsi obtenue ne pourra être supérieure à la limite prévue à l'article 101 de la présente loi.

Article 143 : Si l'accident a occasionné une incapacité totale de travail obligeant la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant annuel de la majoration de 50 % est calculé sur la base de la rente majorée.

C H A P I T R E III -

PENSIONS :

Article 144 : Les prestations de la branche d'assurance-vieillesse, décès, invalidité comprennent :

- la pension de vieillesse ;
- la pension anticipée ;
- la pension proportionnelle ;
- la pension de survivant ;
- la pension d'invalidité ;
- et l'allocation de vieillesse et de survivant.

Article 145 : L'assuré qui atteint l'âge de cinquante cinq (55) ans a droit à une pension de vieillesse s'il remplit les conditions suivantes :

- a)- avoir été immatriculé à la Caisse depuis 20 ans au moins
- b)- avoir accompli au moins soixante (60) mois d'assurance au cours des dix dernières années précédant la date d'admission à pension ou compter au maximum 240 mois d'assurance ;
- c)- avoir cessé définitivement toute activité salariée.

Toutefois, l'âge d'admission à la pension de vieillesse pourra être relevé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre du Travail et après avis du Conseil d'Administration de la Caisse.

L'assuré ayant atteint l'âge de cinquante (50) ans, et accusant une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée et qui remplit les conditions prescrites au paragraphe précédent, peut demander une pension anticipée. Les modalités de la constatation et du contrôle de cette usure

prématurée de l'organisme seront fixés par décret pris sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

L'assuré remplissant les conditions d'âge prévues au présent article et ayant cessé toute activité salariée alors qu'il ne satisfait pas aux autres conditions ouvrant droit à une pension de vieillesse, une pension anticipée, reçoit une pension proportionnelle.

La pension de vieillesse, la pension anticipée, ainsi que la pension proportionnelle prennent effet le premier jour du mois civil suivant la date à laquelle les conditions requises ont été accomplies, à la condition que la demande de pension ait été adressée à la Caisse dans le délai de six mois qui suit ladite date. Si la demande de pension est introduite après l'expiration de ce délai, la pension prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande. Le droit aux pensions et allocations de vieillesse, de survivants est prescrit par cinq ans.

Si l'assuré vient à relever du régime des retraites des fonctionnaires, les cotisations versées pour son compte à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale peuvent, sans conditions d'un nombre minimum d'années d'activité salariée, être transférées au nouveau régime de retraite qui lui est applicable, dans la mesure où la validation de ses services antérieurs à son entrée dans la fonction publique est prévue par son nouveau régime.

Article 146 :

1°/- L'assuré qui devient invalide avant d'avoir atteint l'âge de 55 ans a droit à une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes :

- a) avoir été immatriculé à la Caisse depuis au moins Cinq ans ;
- b) avoir accompli six mois d'assurance au cours des douze derniers mois civils précédant le début de l'incapacité conduisant à l'invalidité.

2°/- Nonobstant les dispositions du précédent paragraphe au cas où l'invalidité est due à un accident, l'assuré a droit à une pension d'invalidité à condition qu'il ait occupé un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et qu'il ait été immatriculé à la Caisse avant cette date.

.../...

3°/ Est considéré comme invalide l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales, médicalement constatée, le rendant incapable de gagner plus d'un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail.

Article 147 : La pension d'invalidité prend effet soit à la date de la consolidation de la lésion ou de la stabilisation de l'état de l'assuré, soit à l'expiration d'une période de six mois consécutifs d'incapacité si, d'après l'avis du Médecin désigné ou agréé par la Caisse, l'incapacité doit durer probablement encore six autres mois au moins. Les dispositions de l'article 146 de la présente loi sont applicables par analogie.

Article 148 : La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire. Elle peut être révisée à la suite de toute modification de l'état de l'assuré soit par aggravation, soit par atténuation de l'invalidité. En vue de déceler cette modification, la Caisse est admise à prescrire de nouveaux examens à l'assuré et l'invalidé peut également faire constater toute modification de son état. Les modalités et la périodicité de ces examens sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

Article 149 : La pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse de même montant lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de la retraite.

Article 150 : Le montant de la pension de vieillesse, d'invalidité de la pension anticipée, proportionnelle ou de l'allocation de vieillesse est fixé en fonction de la moyenne mensuelle des rémunérations des 36 ou 60 meilleurs mois contenus dans les 10 dernières années précédant la date d'admissibilité à pension.

Pour le calcul du montant de la pension d'invalidité les années comprises entre l'âge de cinquante cinq (55) ans et l'âge effectif de l'assuré à la date où la pension d'invalidité prend effet, sont assimilées à des périodes d'assurance à raison de six mois par année.

- Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée est égal à 40 pour cent de la rémunération mensuelle moyenne. Si le total des mois d'assurance et des mois assimilés dépasse deux cent quarante mois, le pourcentage est majoré de 2 % pour chaque période d'assurance ou assimilée de douze mois au-delà de deux cent quarante mois.

- Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité et de la pension anticipée ne peut être inférieur à 60 pour cent du salaire mensuel minimum interprofessionnel garanti le plus élevé du territoire national correspondant à une durée de travail hebdomadaire de quarante heures.

Ce montant minimum ne peut cependant pas être supérieur à 80 pour cent de la rémunération moyenne de l'assuré, calculée conformément au paragraphe 1 du présent article.

- Le montant de la pension proportionnelle est calculé sur la base des salaires définis à l'alinéa 1er à raison de 2% par année de période d'assurance effective.

Si le montant de la pension proportionnelle est inférieur à 60 % du salaire interprofessionnel garanti, l'assuré reçoit une allocation de vieillesse.

- Le montant de l'allocation de vieillesse est égal à autant de fois la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré que celui-ci compte de période de douze mois d'assurance.

- Le service des allocations familiales est maintenu de plein droit aux bénéficiaires de pension de vieillesse, de pension anticipée ou proportionnelle et de pension d'invalidité.

Le versement de ces prestations est à la charge de la branche des pensions.

Article 151 :

1°/- En cas de décès du titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, d'une pension proportionnelle ou anticipée, ainsi qu'en cas de décès d'un assuré qui à la date de son décès, remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse, proportionnelle, anticipée ou ^{d'invalidité ou} qui justifiait d'au moins deux cent quarante mois d'assurance, les survivants ont droit à une pension de survivants ;

2°/ Sont considérés comme survivants :

- a- le veuf ou la veuve, non remarié de l'assuré, à condition que le mariage ait été contracté un an au moins avant le décès ;
- b- les enfants à charge de l'assuré, tels qu'ils sont définis au titre des allocations familiales ;
- c- les ascendants ou autres catégories de successibles énumérés à l'article 462 du Code de la Famille.

3°/ Les pensions de survivants sont calculées en pourcentage de la pension de vieillesse ou d'invalidité, de la pension proportionnelle ou anticipée à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date de son décès à raison de :

- a)- 30 % pour le veuf ou la veuve, en cas de pluralité de veuves, le montant est réparti entre elles en parties égales, cette répartition étant définitive ;
- b)- 50 % aux enfants et descendants.
En aucun cas, le montant de la pension d'orphelin ne peut être inférieur à celui des allocations familiales.
- c)- 20 % aux ascendants ou autres catégories de successibles.

4°/- Le montant total des pensions de survivants, ne peut excéder 80 % de la pension à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit.

5°/- Le droit à la pension du conjoint survivant s'éteint en cas de remariage. Il lui est alors, versé une allocation de remariage égale à six mensualités de la pension.

Article 192 : Si l'assuré ne pouvait prétendre à une pension d'invalidité et comptait moins de deux cent quarante mois d'assurance à la date de son décès, les survivants bénéficient d'une allocation de survivant, versée en une seule fois, d'un montant égal à autant de mensualités de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré aurait pu prétendre au terme de deux cent quarante mois d'assurance qu'il avait accompli de période de six mois d'assurance à la date de son décès. En outre le bénéfice des allocations familiales est maintenu en faveur des enfants survivants.

.../...

Article 153 : Tout travailleur congolais passant du régime des pensions civiles de l'Etat à celui de la Caisse et vice versa, conserve l'intégralité des droits acquis qui seront entièrement validés par le régime d'accueil. En aucune manière, il ne lui sera opposé un rachat, même partiel des droits précités.

Article 154 : Une allocation est accordée aux ayants droit en cas de décès d'un titulaire de pension de vieillesse, d'invalidité ou de pension proportionnelle.

Cette allocation est égale à trois mensualités de la pension.

Article 155 : L'allocation de décès est versée aux personnes qui, au jour du décès étaient effectivement à la charge de l'assuré.

Article 156 : A défaut d'ayants-droit visés à l'article 156 de la présente loi, l'allocation de décès est versée à la personne qui justifie avoir supporté la charge des frais funéraires jusqu'à concurrence des frais exposés et ce, dans la limite de l'allocation de décès prévue à l'article 155 de la présente loi.

Le versement de l'allocation de décès n'interdit pas le paiement de la pension de survivant à la veuve ou au veuf comme prévu par le Code de la Famille.

Article 157 :

1°/ Les montants des paiements périodiques en cours attribués au titre des rentes ou des pensions peuvent être révisés par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du ministre chargé de la Sécurité Sociale après avis du Conseil d'Administration à la suite de variation du niveau général des salaires résultant des variations sensibles du coût de la vie. Il est tenu compte des possibilités financières du régime de l'évolution du salaire minimum interprofessionnel garanti.

2°/ Dans les mêmes conditions, il peut être procédé, lors de la liquidation des pensions de vieillesse et d'invalidité, à la réévaluation des salaires pris en compte pour la détermination de la rémunération mensuelle moyenne servant de base au calcul de ces prestations.

DISPOSITIONS COMMUNES :

Article 158 : Les modalités d'affiliation des employeurs, d'immatriculation des travailleurs, de perception des cotisations, de liquidation et du service des prestations ainsi que les obligations incombant aux employeurs et aux travailleurs dans le fonctionnement du régime de sécurité sociale seront déterminées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale après avis du Conseil d'Administration. Cet arrêté précisera notamment la nature et la forme des inscriptions à porter au livret de travail et d'assurance et fixera la composition des bordereaux de salaires mensuels, trimestriels ou annuels conçus de manière à servir tant au calcul des cotisations des différentes branches qu'à la détermination des périodes d'assurance entrant en ligne de compte pour l'ouverture du droit aux prestations et le calcul de leur montant.

Article 159 : Un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale pris après avis du Conseil d'Administration, fixe les conditions et les modalités suivant lesquelles la Caisse peut conclure des accords avec les formations sanitaires publiques ou privées agréées par le ministre de la Santé en vue d'assurer les soins et procéder aux visites et examens médicaux prévus par le Code du Travail ou les textes législatifs et réglementaires régissant la Sécurité sociale.

Article 160 : Un fonds d'action sanitaire et sociale est créé auprès de la Caisse. Ce fonds est alimenté par le produit des majorations de retard dans le versement des cotisations perçues à l'encontre des employeurs et par les prélèvements sur les recettes des différentes branches du régime, à condition que les ressources de ces branches ne soient pas inférieures après prélèvement, aux montants minima indiqués à l'article 33 ci-dessus.

Un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale pris sur proposition du Conseil d'Administration de la Caisse fixe lesdits prélèvements.

Les ressources du fonds d'action sanitaire et sociale peuvent être utilisées par la Caisse.

- a)- à toute action de prévention générale, de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de réadaptation des invalides, en particulier à la réunion et à l'utilisation des statistiques et des résultats des recherches portant sur les risques professionnels ainsi qu'aux campagnes pour le développement des mesures de prévention et de réadaptation ;
- b)- à la création des Centres d'Action Sanitaire et Sociale, en vue notamment de la protection maternelle et infantile de la lutte contre les endémies, de la promotion de l'hygiène et du service des soins médicaux en faveur des travailleurs et de leur famille ;
- c)- à la création et au fonctionnement de maison de repos pour les vieux travailleurs ;
- d)- au service des prestations en nature prévues à l'article 38 ;
- e)- à l'aide financière ou la participation à des institutions publiques ou privées agissant dans les domaines sanitaires et social et dont l'activité présente un intérêt pour les assurés et les bénéficiaires des prestations de Sécurité Sociale.

Article 161 : Pour l'ouverture du droit aux prestations, sont assimilables à une période d'assurance toute période pendant laquelle l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre des risques professionnels ou de la maternité les périodes d'incapacité de travail, dans la limite de six mois, en cas de maladie dûment constatée par un Médecin agréé, le temps passé sous les drapeaux au titre du service militaire légal et les absences pour congé régulier y compris les délais de route dans les limites fixées par les dispositions du Code du Travail.

L'expression "mois d'assurance", désigne tout mois au cours duquel l'assuré a occupé, pendant vingt jours au moins, un emploi assujéti à l'assurance. Les modalités d'application sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale qui peut également définir d'autres critères pour la détermination du mois d'assurance.

Article 162 : Les rentes et les pensions sont liquidées en montants mensuels ; le droit à une mensualité est déterminé d'après la situation du bénéficiaire au premier jour du mois civil correspondant.

Chaque montant mensuel est arrondi à la centaine de francs supérieur.

Le versement des rentes et des pensions s'effectue trimestriellement. Toutefois, le Conseil d'Administration de la Caisse peut déterminer dans quelles régions et sous quelles conditions les prestations sont versées mensuellement. Il peut également arrêter d'autres modalités de versement des prestations.

Article 155 : Le droit aux prestations familiales, aux allocations funéraires et aux indemnités journalières d'accident du travail et de maternité se prescrit par un an.

Le droit aux arrérages des pensions de vieillesse, de rente d'accident de travail se prescrit par 2 ans.

Article 16 : Le titulaire d'une pension d'invalidité, qui a besoin de façon constante de l'aide et des soins qu'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à un supplément égal à 50 pour cent du montant de la rente ou du montant de sa pension.

Article 16 : Si à la suite du décès d'un travailleur résultant d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les survivants, ont droit simultanément à une rente et à une pension de survivant, le versement de la pension de survivant est suspendu jusqu'à concurrence du montant de la rente de survivant.

2/ En cas de cumul d'une pension et d'une ou plusieurs rentes allouées soit en vertu des dispositions de la présente loi au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, soit d'une autre disposition, le titulaire a droit à la totalité de la pension ou la rente dont le montant est le plus élevé et à la moitié de l'autre ou des autres avantages.

3°/- Si à la suite d'un accident du travail, la victime a droit simultanément à une rente d'incapacité permanente et à une pension d'invalidité, le versement de la pension d'invalidité est suspendu jusqu'à concurrence du montant de la rente d'incapacité permanente.

4°/- Le cumul entre une pension de survivant et le bénéfice des allocations familiales au titre des mêmes enfants n'est pas admis.

5°/- Le cumul entre une pension de retraite du régime général des fonctionnaires et le bénéfice de la pension de retraite au titre du régime de sécurité sociale instituée par la présente loi, pour un même assuré, n'est pas admis.

Dans^{ce} cas, il est alloué à l'assuré une allocation de vieillesse dont le montant est égal à autant de fois la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré que celui-ci compte des périodes de 12 mois d'assurance.

Article 166 :

1°/- Les prestations ne sont pas dues lorsque l'incapacité de travail ou le décès sont la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le bénéficiaire ou d'une faute intentionnelle de sa part.

2°/- Les prestations sont suspendues :

a)- lorsque le titulaire ne réside pas sur le territoire national sauf dans les cas couverts par les accords de réciprocité ou les conventions internationales ;

b)- lorsqu'il néglige d'utiliser les services médicaux mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail .

c)- Lorsque l'assuré bénéficiaire d'une pension de vieillesse, d'une pension anticipée ou proportionnelle reprend une activité salariée.

Article 167 : Lorsque l'évènement ouvrant droit à prestation est dû à la faute d'un tiers, la Caisse doit verser les prestations à l'assuré ou à ses ayants-droit ; ceux-ci conservent contre les tiers responsables le droit de réclamer, conformément aux règles de droit commun, la réparation du préjudice causé. Cependant la Caisse leur est subrogée de plein droit dans leur action contre les tiers responsables pour le montant des prestations octroyées ou des capitaux constitutifs correspondants.

Dans le cas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'employeur, ses préposés et les salariés ne sont considérés comme des tiers que s'ils ont provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie.

Article 168 : Les prestations prévues par la présente loi sont incessibles et insaisissables dans les mêmes conditions et limites que pour les salaires, conformément aux dispositions du Code du Travail.

Toutefois, la Caisse peut prélever sur les prestations venant à échéance et dans la limite maximale du quart de ces prestations, les sommes indûment payées jusqu'à récupération totale de celles-ci. Les excédents de prévisions ou avances sur prestations familiales sont assimilées à des sommes indues.

T I T R E VI .-

CONTROLE - CONTENTIEUX - PENALITES ET PRESCRIPTIONS :

Article 169 :

1°/- Le contrôle de l'application auprès des employeurs des dispositions de la présente loi est assuré par les Inspecteurs de la Sécurité Sociale, Contrôleurs-Employeurs, Agents Enquêteurs de la Caisse et par les Inspecteurs du Travail.

2°/- Les Inspecteurs, Contrôleurs et Agents-Enquêteurs de la Caisse sont soumis aux dispositions du Code du Travail en ce qui concerne ;

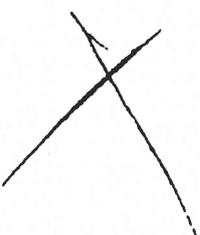
- la prestation de serment ;
- les modalités d'exercice des pouvoirs de contrôles ;
- l'initiative des visites des contrôles des Etablissements et enquêtes.

3°/- Les Inspecteurs de Sécurité Sociale, Contrôleurs-Enquêteurs, Agents-Enquêteurs de la Caisse, Inspecteurs et Contrôleurs du Travail, après avoir avisé l'employeur, ont le droit de pénétrer dans les locaux à usage professionnel, de contrôler l'effectif du personnel et de se faire présenter tout document qu'ils jugent nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Ils font des rapports de contrôle qu'ils adressent au Directeur Général de la Caisse, rapports dans lesquels sont mentionnées les infractions et irrégularités constatées au cours de leurs contrôles, visites et enquêtes.

Article 170 : Sera punie d'une amende de 50.000 à 100.000 Frs et d'un emprisonnement de 15 (quinze) jours à Trois (3) mois ou de l'une de ces deux peines seulement toute personne qui se sera opposée à l'exercice des pouvoirs qui incombent aux Inspecteurs de Sécurité Sociale, Contrôleurs Employeurs, Agents-Enquêteurs, Inspecteurs et Contrôleurs du Travail.

Sera punie de mêmes peines, toute personne qui se sera opposée à la mission des agents de la Caisse ^{légalement} assermentés.

.../...



Article 171 :

1°)- Tout employeur congolais qui désire quitter le territoire national pour une durée supérieure à trois (3) mois ainsi que tout étranger qui quitte ce même territoire à titre définitif ou temporaire doit, au préalable s'acquitter de ses obligations à l'égard de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale tant pour ce qui est de la déclaration des salariés qu'il occupe ou a occupés et des salaires qu'il a versés qu'en ce qui concerne le paiement des cotisations dont il peut être redevable.

- Il sera exigé la présentation d'un certificat délivré par le Directeur Général de la Caisse ou son représentant, attestant qu'il considère le voyageur comme libéré de toute obligation à l'égard de la Caisse.

Quiconque ne pourra présenter le certificat prévu ci-dessus sera interdit de la sortie du territoire de la République Populaire du Congo jusqu'à régularisation de sa situation.

- A titre exceptionnel les dispositions des alinéas 1 et 2 ne seront pas appliquées aux employeurs malades pour lesquels un Médecin habilité à exercer sur le territoire national aura prescrit une évacuation sanitaire hors des frontières nationales.

- Toute soumission à un marché public doit faire l'objet de la production par le soumissionnaire d'un certificat délivré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale attestant que l'employeur est à jour du point de vue du paiement de ses cotisations de Sécurité Sociale.

Article 172 : A l'ouverture d'une activité commerciale, industrielle, artisanale ou agricole, il est fait obligation à l'administration fiscale au moment du paiement de la patente d'exiger une attestation d'immatriculation délivrée par la Direction Générale de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Article 173 : Les contestations nées de l'application de la présente loi sont réglées conformément aux dispositions suivantes :

Article 174 : Hormis les affaires générales et les litiges relevant de par leur nature, d'une autre juridiction, les contestations visées à l'article 174 ci-dessus sont réglées par le Tribunal du Travail.

Ces différends sont soumis en appel au Tribunal Populaire de Région ou de Commune.

Article 175 : 1°) Avant d'être soumises au Tribunal du Travail, les réclamations formulées contre les décisions prises par la Caisse sont obligatoirement portées devant la Commission de Recours Gracieux constituée au sein du Conseil d'Administration de la Caisse.

2°) La Commission de Recours Gracieux statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée. En cas de partage des voix au sein de la Commission, il est statué par le Conseil d'Administration.

Article 176 :

1°/- Les requérants disposent d'un délai de deux mois à compter de la date de notification de la décision de la Commission de Recours Gracieux pour se pourvoir devant le Tribunal du Travail qui statue dans les conditions prévues par le Code du Travail.

2°/- Lorsque la décision de la Commission de Recours Gracieux, ou le cas échéant du Conseil d'Administration de la Caisse n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai de quatre mois suivant la date de sa réclamation, ce dernier peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le Tribunal du Travail, dans le délai ci-dessus. Ledit délai commence à courir à compter de la date du rejet implicite de la demande.

Article 177 :

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état de l'assuré notamment à la date de consolidation en cas de réalisation d'un risque professionnel, au taux d'incapacité permanente, à l'existence ou à la gravité de l'invalidité, à l'existence d'une usure prématurée des facultés physiques ou mentales, ^{lieu} donnant/à l'application d'une procédure d'expertise médicale sont soumises à un Médecin Expert désigné, d'un commun accord, par le Médecin Traitant et le Médecin-Conseil de la Caisse ou à défaut d'accord, par le Ministre de la Santé sur une liste établie par lui. L'avis de l'Expert n'est pas susceptible de recours et s'impose à l'assuré comme à la Caisse.

Les modalités de l'expertise médicale sont déterminées par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Sécurité Sociale et du Ministre de la Santé.

Article 178 : Toute action ou poursuite intentée par la Caisse est obligatoirement précédée d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception du Directeur Général de la Caisse invitant le débiteur à régulariser sa situation dans un délai compris entre quinze jours et un mois.

.../...

Article 181 : Sont punis d'une amende de 75.000 Francs à 200.000 Francs les employeurs ou leurs préposés qui ont contrevenu aux dispositions de l'article 62 de la présente loi. Les contraventions peuvent être constatées par les Inspecteurs du Travail, Inspecteurs de Sécurité Sociale, Contrôleurs-Employeurs et Agents-Enquêteurs de la Caisse.

En cas de récidive dans le délai d'un an, l'amende peut être portée à 250.000 Francs.

Article 182 : Indépendamment des sanctions prévues aux articles précédents et du versement des cotisations arriérées et des majorations de retard correspondantes, lorsque tout ou une partie des cotisations exigibles en application de la réglementation sur les différents régimes de la Sécurité Sociale n'a pas été acquittée dans les délais fixés, la Caisse est fondée à poursuivre auprès de l'employeur à qui incombe le versement des cotisations, le remboursement de l'ensemble des prestations auxquelles les assurés peuvent prétendre, en application de la réglementation sur les régimes de Sécurité Sociale entre la date d'exigibilité et la date du règlement définitif de la totalité des cotisations arriérées de Sécurité Sociale dues pour l'ensemble des travailleurs intéressés.

Article 183 : L'action publique résultant des infractions de l'employeur ou de ses préposés aux dispositions de la présente loi se prescrit par un an à compter de l'expiration du délai de quinzaine qui suit la mise en demeure.

Article 184 : L'action en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur intentée indépendamment ou après extension de l'action publique se prescrit par trente ans à compter de la date de l'envoi de la mise en demeure.

Article 185 : Si la mise en demeure reste sans effet, le Directeur Général de la Caisse peut opposer par voie d'avis à tiers détenteur des saisies-arrests sur salaire auprès des employeurs ou sur toute somme que détiendrait le débiteur auprès des Banques ou des Centres de Chèques Postaux.

Tout refus par le Tiers Détenteur d'exécuter l'avis à lui adressé par le Directeur Général de la Caisse entraîne contre lui des poursuites tendant à la réparation du préjudice causé.

Article 179 : L'employeur qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales et réglementaires en matière de Sécurité Sociale, est passible des sanctions ci-après :

Le défaut de production aux échéances prescrites des déclarations annuelles de salaires donne lieu à l'application d'une sanction de 500 Francs par salarié ou assimilé figurant sur la dernière déclaration parvenue à la Caisse.

Lorsque l'employeur n'a jamais produit de déclaration la sanction de 1.500 Francs est encourue pour chaque salarié ou assimilé dont le contrôle a révélé l'emploi dans l'entreprise sans que le total des sanctions puisse excéder 150.000 Francs par période de référence.

Une sanction de 500 Francs est également applicable dans la limite de 50.000 Francs pour chaque inexactitude frauduleuse quant au montant des rémunérations et gains déclarés ou chaque omission de salarié constatée sur la déclaration produite par l'employeur.

Les sanctions prévues au présent article sont liquidées par le Directeur Général de la Caisse. Elles doivent être acquittées dans les quinze jours de leur signification et sont recouvrées comme en matière de cotisations.

Toute personne qui fait sciemment des déclarations inexactes dans le but de bénéficier ou de faire bénéficier des prestations est passible des peines applicables du Chef d'infractions prévues et punies par l'article 24 du Code du Travail. En outre, elle est tenue de restituer à la Caisse le double des sommes indûment perçues par celle-ci du fait de ces déclarations.

Il y a récidive, lorsque, dans les douze mois antérieurs à la date d'expiration du délai de quinzaine imparti par la mise en demeure prévue à l'article 179 de la présente loi, le délinquant a déjà subi une condamnation pour une infraction identique.

Article 180 : L'employeur qui a retenu par-devers lui, indûment, la contribution du salarié au régime des pensions précomptée sur le salaire est puni d'un emprisonnement de 5 jours à 1 mois et d'une amende de 10.000 Francs à 50.000 Francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de récidive dans le délai de deux ans, il est puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 100.000 Francs à 250.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

Le Directeur Général de la Caisse conserve également le droit d'exercer une action civile à l'encontre de toute personne qui serait redevable de toute cotisation à la Caisse en délivrant contre elle une contrainte qui est visée et rendue exécutoire dans un délai de quinze jours par le Président du Tribunal dans le ressort duquel est compris le siège de ladite Caisse.

Cette contrainte est signifiée au débiteur par voie d'agent administratif spécialement commis à cet effet. Elle peut valablement être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle est exécutée dans les mêmes conditions qu'un jugement.

L'exécution de la contrainte peut être interrompue par opposition motivée, formulée par le débiteur, par inscription au Secrétariat du Tribunal du Travail ou par lettre recommandée adressée au Secrétariat dudit Tribunal dans les quinze jours à compter de la signification prévue au deuxième alinéa du présent article.

Les frais de signification et d'exécution de la contrainte sont à la charge de l'employeur débiteur.

Article 186 : En cas d'opposition, le Président du Tribunal du Travail cite les parties à comparaître et procède à une tentative de conciliation.

En cas de non conciliation, le Président du Tribunal du Travail statue sur le litige.

Article 187 : Le Président du Tribunal du Travail peut ordonner l'exécution par provision de toutes ses décisions.

Le Greffier du Tribunal notifie dans un délai de huit jours les décisions à chacune des parties convoquées à l'audience, par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 188 : Les décisions du Président du Tribunal ^{du Travail} sont susceptibles d'appel par chacune des parties intéressées dans les quinze jours de la réception de la notification prévue à l'article 188 de la présente loi. Il est porté devant le Tribunal Populaire de Région ou de Commune.

Article 189 : L'appel est introduit par déclaration orale ou écrite faite au Secrétariat du Tribunal du Travail. Il est transmis, dans un délai de huit jours, au Tribunal Populaire de Région ou de Commune avec une expédition du jugement et des lettres, mémoires et documents déposés par les parties en première instance et en appel.

L'appel est jugé sur pièces, toutefois les parties peuvent demander à être entendues.

Le Greffier du Tribunal Populaire de Région ou de Commune notifie la décision à chacune des parties par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 190 : Les décisions rendues par le Tribunal Populaire de Région ou de Commune peuvent être attaquées par la voie du pouvoir en cassation.

Article 191 : La procédure engagée en première instance devant le Président du Tribunal et en appel devant le Tribunal Populaire de Région ou de Commune est gratuite.

Article 192 : En première instance, seuls les Tribunaux du Travail sont compétents en matière du Contentieux de Sécurité Sociale, sauf en matière de simple police où le Tribunal Populaire de District est compétent pour les actions menées par la Caisse, contre les tiers responsables en sa qualité de partie civile.

Article 193 : Le Tribunal du Travail ne peut être saisi qu'après l'accomplissement de la procédure prévue à l'article 181 de la présente loi.

Article 194 : Les décisions rendues en dernier ressort par le Tribunal du Travail et les arrêts du Tribunal Populaire de Région ou de Commune peuvent être attaqués par voie de recours en cassation, conformément à la loi n° 53/83 du 21 août 1983 portant réorganisation de la Justice.

Article 195 : La Caisse est exemptée de tout impôt et taxe et bénéficie de la gratuité de l'enregistrement.

Les prestations prévues par la présente loi sont exonérées de tout impôt et les pièces de toute nature requises pour l'obtention de ces prestations sont exonérées de tous les droits de timbre.

Article 196 : Les pensions des rentes liquidées conformément aux dispositions antérieurement en vigueur continueront à être servies aux bénéficiaires dans les conditions et pour les montants fixés dans leurs décisions d'attribution. La révalorisation éventuelle de ces prestations sera effectuée dans les conditions prévues pour chaque branche.

Article 197 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi.

Article 198 : La présente loi sera enregistrée, publiée au Journal Officiel de la République Populaire du Congo et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Brazzaville, le 25 Février 1966

Colonel Denis SASSOU-NGUESSO.

Loi n° 22 - 2010 du 30 décembre 2010
fixant l'âge d'admission à la retraite des travailleurs
relevant du code du travail.

L'ASSEMBLEE NATIONALE ET LE SENAT ONT DELIBERE ET ADOPTE :

*LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR
SUIT :*

Article premier : L'âge d'admission à la retraite des travailleurs relevant du code du travail est fixé, selon les catégories des travailleurs, ainsi qu'il suit :

- 37 ans, pour les manœuvres, les ouvriers et les autres travailleurs assimilés ;
- 60 ans, pour les agents de maîtrise et les cadres ;
- 65 ans, pour les cadres hors catégories.

Article 2 : Tout travailleur ayant cotisé effectivement pendant la durée d'assurance requise pour bénéficier de la pension de vieillesse normale, peut faire valoir ses droits à la retraite sans attendre l'âge légal. Dans ce cas, le départ à la retraite peut être ramené à :

- 55 ans, pour les manœuvres, les ouvriers et les autres travailleurs assimilés ;
- 57 ans, pour les agents de maîtrise et les cadres ;
- 60 ans, pour les cadres hors catégories.

Article 3 : A la demande de l'employeur, et avec le consentement du travailleur, l'admission à la retraite peut être reportée sans dépasser :

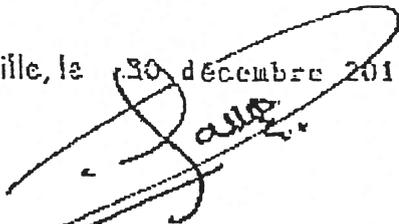
- 60 ans, pour les manœuvres, les ouvriers et les autres travailleurs assimilés ;
- 65 ans, pour les agents de maîtrise et les cadres ;
- 70 ans, pour les cadres hors catégories.

Article 4 : L'autorisation de prolongation d'activité est accordée par le ministre chargé du travail, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception.

du procès-verbal cosigné par l'employeur et le travailleur. Passé ce délai, l'autorisation entre en vigueur de plein droit:

Article 5 : La présente loi, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera publiée au Journal Officiel et exécutée comme loi de l'Etat.

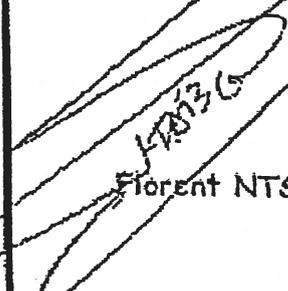
Fait à Brazzaville, le 30 décembre 2010

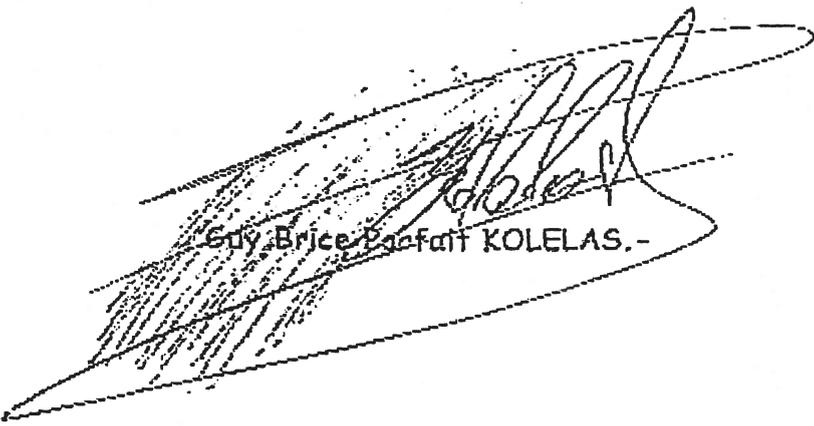

Denis SASSOU-N'GUESSO. -

Par le Président de la République,

Le ministre d'Etat, coordonnateur du pôle socio-culturel, ministre du travail et de la sécurité sociale,

Le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,


Florent NTSIBA. -


Guy Brice Parfait KOLELAS. -

Loi n° 37 -2014 du 27 juin 2014
instituant le régime d'assurance maladie universelle

L'ASSEMBLEE NATIONALE ET LE SENAT ONT DELIBERE ET ADOPTE :

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR SUIT :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article premier : Il est institué un régime d'assurance maladie universelle qui couvre, au bénéfice des assurés sociaux et de leurs ayants droit, l'accès aux services de santé dans les secteurs public et privé, à l'exception des risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Article 2 : Le régime d'assurance maladie universelle est fondé sur les principes de solidarité nationale, d'égalité des affiliés en ce qui concerne les droits, la contribution et la mutualisation des risques et des ressources.

Article 3 : Le régime d'assurance maladie universelle assure aux affiliés une prise en charge des soins de santé.

Article 4 : Les résidents étrangers, dont le séjour au Congo est régulier, peuvent adhérer au régime d'assurance maladie universelle.

Article 5 : Les dispositions de l'article 4 ci-dessus ne s'appliquent pas aux étrangers séjournant au Congo pour un traitement médical, une cure ou des analyses médicales.

Article 6 : Les personnes affiliées au régime d'assurance maladie universelle sont couvertes de manière équitable et bénéficient des prestations dudit régime, sans une discrimination quelconque due à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité exercée, au niveau et à la nature de leurs revenus ou à leurs antécédents pathologiques.

Article 7 : L'âge légal d'adhésion, en qualité d'assuré social titulaire, est fixé à dix-huit ans révolus, à l'exception des élèves et étudiants.

TITRE II : DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Chapitre 1 : Du champ d'application

Article 8 : Est assujetti au régime d'assurance maladie universelle l'ensemble des populations résidant en République du Congo.

Chapitre 2 : Des règles d'affiliation, d'immatriculation et des incompatibilités

Article 9 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assurés sociaux au régime d'assurance maladie universelle sont fixées par voie réglementaire.

Article 10 : L'affiliation puis l'immatriculation à l'organisme de gestion du régime prennent effet quatre-vingt-dix jours après la date d'affiliation.

Article 11 : A l'ouverture d'une activité, l'employeur a l'obligation d'immatriculer son entreprise ou sa société à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle et d'y affilier ses travailleurs, dans un délai de quatre-vingt-dix jours.

Article 12 : Le cumul de la gestion du régime d'assurance maladie universelle avec la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou d'établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux est interdit.

Chapitre 3 : Des prestations du régime

Article 13 : Le régime d'assurance maladie universelle garantit, pour les assurés et les membres de leur famille à charge visés à l'article 8 de la présente loi, la couverture des risques et-des frais de soins de santé inhérents à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la rééducation/réadaptation physique et fonctionnelle.

Article 14 : Le régime d'assurance maladie universelle donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par voie réglementaire, à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de rééducation/réadaptation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire.

Article 15 : Les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire, qui sont pris en charge et, le cas échéant, leurs tarifs de référence, sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Le même arrêté fixe également la liste des prestations qui nécessitent un accord préalable de l'organisme de gestion du régime.

Chapitre 4 : Des conditions et modalités de prise en charge

Article 16 : Le régime d'assurance maladie universelle garantit la prise en charge directe des frais de soins de santé par l'organisme de gestion du régime.

L'assuré social conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais de prestations non prises en charge par le régime d'assurance maladie universelle.

Article 17 : La tarification des prestations est fixée par voie conventionnelle ou par voie réglementaire, le cas échéant, selon les modalités suivantes :

- à l'acte, pour les soins de santé garantis, sur la base des nomenclatures des actes professionnels fixées par le ministère chargé de la santé ;
- pour les médicaments, par le tarif national de référence des médicaments ;
- pour les appareillages et dispositifs médicaux, par les tarifs nationaux de référence y relatifs.

Article 18 : Les prestations garanties au titre de l'assurance maladie universelle ne peuvent être prises en charge que si les soins de santé ont été prescrits et exécutés sur le territoire national.

Article 19 : Le régime de l'assurance maladie universelle ne couvre pas les évacuations sanitaires vers l'étranger des résidents de nationalité congolaise ou étrangère.

Article 20 : Le bénéficiaire du régime de l'assurance maladie universelle conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien et, le cas échéant, du paramédical et du fournisseur des appareillages et dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, à condition que celui-ci soit sous convention avec l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle.

Article 21 : Les frais des prestations médicales sont couverts selon le type et la nature de chaque prestation, par voie de prise en charge directe, par l'organisme de gestion du régime de l'assurance maladie universelle.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Article 22 : Le ministre chargé de la sécurité sociale, afin de garantir la continuité des soins de longue durée, peut déterminer, le cas échéant, des mécanismes de prise en charge par l'organisme de gestion du régime au profit de ses assurés des prestations de soins qui leur sont proposés par les fournisseurs desdites prestations.

Article 23 : En ce qui concerne les soins de santé d'urgence dont l'absence est susceptible d'engager et de mettre en jeu le pronostic vital ou de conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés exclusivement par les établissements de santé, les prises en charge s'effectuent selon une procédure exceptionnelle d'urgence.

Article 24 : Les modalités de prise en charge exceptionnelle des soins de santé d'urgence sont définies par voie réglementaire.

Chapitre 5 : Des conditions et des modalités de conventionnement

Article 25 : Les rapports entre l'organisme de gestion du régime et les prestataires de soins de santé publics ou privés, notamment en ce qui concerne les tarifs nationaux de référence pour la prise en charge, sont définis dans le cadre de conventions générales et/ou sectorielles, conclues conformément aux dispositions de la présente loi et de ses textes d'application, à l'initiative de l'organisme de gestion du régime.

Article 26 : Les conventions déterminent en particulier les domaines suivants :

- les obligations des parties contractantes ;
- les tarifs de référence des prestations de soins ;
- les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
- les procédures et les modes de paiement des fournisseurs des prestations de soins ;
- les modalités de contrôle des prestations ;
- les mécanismes de résolution des litiges ;
- le ressort territorial de la convention ;
- les clauses de révision de la convention.

Article 27 : Les conventions citées à l'article 26 de la présente loi sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article 28 : En ce qui concerne les prestations de soins effectuées par le secteur privé, les conventions générales sont conclues entre, d'une part, l'organisme de gestion du régime et, d'autre part, les conseils nationaux des ordres professionnels concernés, avec le concours d'une ou plusieurs organisations syndicales des prestataires de soins à vocation nationale.

En cas d'inexistence d'un ordre professionnel, les conventions générales sont conclues entre, d'une part, l'organisme de gestion du régime et, d'autre part, l'association ou les associations professionnelles à vocation nationale les plus représentatives des différentes catégories de professionnels de la santé concernées, y compris les établissements de soins ou d'hospitalisation privés.

Article 29 : Pour les établissements publics de soins et d'hospitalisation, la convention générale est conclue, sous la supervision des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, entre ceux-ci et l'organisme de gestion du régime.

Dans ce cas, les tarifs conventionnels ne peuvent être inférieurs à ceux fixés par voie réglementaire.

Article 30 : Un cadre conventionnel type pour chaque convention générale est établi par voie réglementaire, sur proposition de l'organisme de gestion du régime, après consultation des représentants des organisations professionnelles prestataires de soins de santé, avant d'être soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

Article 31 : Les délais et les modalités de conclusion des conventions générales sont fixés par voie réglementaire.

A défaut d'accord sur les termes des conventions, le ministre chargé de la sécurité sociale reconduit d'office la convention précédente, lorsqu'elle existe, conclue en vertu de la présente loi ou, le cas échéant, édicte un règlement tarifaire après consultation de l'organisme de gestion du régime et des ordres professionnels concernés.

Article 32 : Sont nulles et de nul effet, toutes conventions relatives au même objet et conclues en dehors des dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Article 33 : Lorsqu'une convention générale est approuvée, tout prestataire de soins de santé, membre de la profession, est réputé adhérent d'office de celle-ci.

Tout prestataire de soins de santé, adhérent de la convention générale, est tenu au respect de l'intégralité des clauses de ladite convention, sous peine des sanctions prévues à l'article 64 de la présente loi.

Article 34 : L'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle peut décider, sans préjudice des sanctions, de placer un prestataire de soins de santé hors convention pour non-respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de présenter ses observations.

Cette mise hors convention est décidée pour une durée déterminée.

Article 35 : La prise en charge des frais des prestations de soins garanties par la présente loi s'effectue sur la base du tarif national de référence, défini dans la convention.

Chapitre 6 : Des conditions d'ouverture, de maintien, de suspension ou de fermeture du droit aux prestations

Article 36 : L'ouverture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie universelle est subordonnée au paiement préalable des cotisations ou des frais d'adhésion.

L'organisme de gestion du régime procède à la suspension du service des prestations lorsque le paiement n'a pas été effectivement acquitté après un délai de quatre-vingt-dix jours.

Article 37 : Lorsque l'assuré concerné par le non-acquittement de ses cotisations ou de ses frais d'adhésion ou que l'un de ses ayants droit est atteint d'une maladie de longue durée, invalidante ou nécessitant des soins particulièrement coûteux, l'organisme de gestion du régime est tenu d'assurer le service des prestations à ces personnes tout en enjoignant à l'employeur ou à l'organisme de gestion des pensions concerné de se mettre en règle auprès de ses services de recouvrement.

Article 38 : Les conditions d'ouverture, de maintien, de liquidation, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont fixées par voie réglementaire.

Article 39 : L'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle est tenu de vérifier et de contrôler l'admissibilité des personnes assujetties au régime et de valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations.

Article 40 : Les ayants droit de l'assuré décédé, qui jouissent des prestations du régime d'assurance maladie universelle, à quelque titre que ce soit, bénéficient pendant une période de six mois des prestations dudit régime dont relevait le de cujus au moment du décès.

Dans ce délai, les ayants droit procèdent à la régularisation de leur situation auprès de l'organisme de gestion du régime.

Article 41 : En cas de divorce, l'ex-conjoint d'un assuré, qui ne bénéficie à un autre titre du régime d'assurance maladie universelle, continue à bénéficier, pendant une période de quatre-vingt-dix jours, des prestations de l'assurance maladie universelle, dont il relevait avant la date du divorce, en tant qu'ayant droit.

Dans ce délai, l'ex-conjoint procède à la régularisation de sa situation auprès de l'organisme de gestion du régime.

Article 42 : En ce qui concerne les enfants sous curatelle, le droit à l'assistance médicale apportée aux enfants mineurs orphelins est établi par l'organisme de gestion du régime de l'assurance maladie universelle.

Les conditions et les modalités relatives à l'assistance médicale apportée aux enfants mineurs orphelins sont fixées par voie réglementaire.

Article 43 : Lorsque le père et la mère sont l'un et l'autre assurés en vertu des dispositions de la présente loi, les enfants mineurs sont déclarés à l'organisme assureur du père.

En cas de divorce des parents, la déclaration doit être faite auprès de l'organisme assureur de l'ex-conjoint auquel la garde des enfants est confiée.

Si la garde des enfants mineurs est confiée à une personne autre que la mère ou le père, les enfants conservent le bénéfice du régime d'assurance maladie universelle de l'un des parents assurés.

Dans ce cas, le parent assuré adresse à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, une déclaration de transfert de tutelle dûment

validée par l'administration, au bénéfice de la personne assurant la garde des enfants.

Chapitre 7 : Du contrôle des actes

Article 44 : L'organisme de gestion du régime est tenu d'organiser un contrôle ayant pour objet, notamment, de vérifier la conformité des prescriptions médicales, la réalité et la qualité des actes facturés et de constater, le cas échéant, les abus et les fraudes.

L'organisme de gestion du régime est habilité à mettre en place un corps de praticiens contrôleurs en vue d'assurer le contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Les praticiens chargés du contrôle des actes ne peuvent exercer à la fois la fonction de prestataires de soins de santé et la fonction de contrôle, pour le dossier, objet du contrôle.

Article 45 : Afin de lui permettre d'exercer la mission qui lui est impartie, le praticien chargé du contrôle des actes peut exiger la convocation ou la visite du bénéficiaire des prestations et services soit à son domicile, soit au lieu d'hospitalisation.

Les médecins traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 46 : Les praticiens et les responsables des cliniques et des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle des actes aux lieux d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

Article 47 : Aucun bénéficiaire des prestations de soins de santé prévus par la présente loi ne peut se soustraire du contrôle des actes. En cas de refus, le paiement des frais engagés au titre des prestations de soins de santé, objet du contrôle, est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 48 : Le contrôle des actes doit intervenir dans le délai réglementaire de paiement, en ce qui concerne la prise en charge des assurés sociaux et la couverture des frais occasionnés par celle-ci.

Article 49 : En cas de contrôle des actes, la décision prise par l'organisme de gestion du régime à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance du bénéficiaire et des prestataires des soins de santé.

Ceux-ci ont le droit de contester ladite décision auprès de l'organisme de gestion du régime. Dans ce cas, l'organisme de gestion du régime désigne un praticien expert, sur une liste préétablie par le ministre chargé de la santé, pour procéder à un nouvel examen.

Les conclusions du praticien expert s'imposent aux parties.

Article 50 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle des actes sont fixés par voie réglementaire.

Chapitre 8 : Du financement du régime d'assurance maladie universelle

Article 51 : Le financement du régime d'assurance maladie universelle est assuré par :

- les cotisations des employeurs et des travailleurs du secteur privé, des travailleurs indépendants, des personnes exerçant des professions libérales, des étudiants, des personnes vulnérables ;
- les cotisations de l'Etat employeur et des agents de l'Etat ;
- les cotisations des titulaires de pensions ;
- la subvention de l'Etat issue de la taxe spécifique sur les produits des industries (extractives, agro-alimentaires) et du numérique (téléphonie mobile, internet, masse média), les boissons, hormis l'eau ;
- le produit des majorations de retard ;
- le produit des placements des fonds ;
- les dons et legs.

Article 52 : L'Etat garantit à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, un fonds de réserve destiné à la couverture des risques de gestion et à l'équilibre financier du régime.

Article 53 : Le taux de cotisation pour chaque catégorie d'assurés est fixé par décret en Conseil des ministres.

Chapitre 9 : Du recouvrement des cotisations

Article 54 : L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de rémunération de chaque catégorie socioprofessionnelle.

Article 55 : L'assuré social salarié prend en charge, sur son traitement mensuel de base, une retenue pour assurance maladie. L'employeur supporte une contribution à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle pour chaque salarié.

Pour les titulaires de pensions, les cotisations sont assises sur le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité servie par le régime de retraite de l'assuré.

Le travailleur indépendant ou toute personne exerçant une profession libérale cotise pour un montant calculé sur la base de ses revenus annuels déclarés et certifiés par les administrations habilitées.

Les étudiants et les autres catégories de bénéficiaires payent un droit d'adhésion annuel.

Les conditions et les modalités de prise en charge de personnes vulnérables par le régime d'assurance maladie universelle sont fixées par voie réglementaire.

Article 56 : Les organes de gestion des régimes de pensions de retraite cotisent pour leur personnel et reversent la part de leurs pensionnés à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle.

Article 57 : En matière de recouvrement des cotisations, l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle disposant d'un titre exécutoire peut, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables des sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser en lieu et place de celui-ci, audit organisme, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent, à concurrence des cotisations et des majorations de retard.

Article 58 : L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers, deviennent exigibles.

Dans ce cas, l'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate à concurrence des sommes pour lesquelles elle est initiée et pratiquée.

Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

Article 59 : L'opposition peut être contestée, devant les juridictions habilitées, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.

Article 60 : Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par la législation en vigueur.

TITRE III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES, DIVERSES ET FINALES

Article 61 : A titre transitoire et pendant une période de six mois, à compter de la date de démarrage des activités de l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, les organismes publics ou privés qui, à cette date, assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif soit au moyen de contrats-groupe auprès des compagnies d'assurances, soit auprès des mutuelles, ou dans le cadre des caisses internes, peuvent continuer à assurer cette couverture, sous réserve de fournir la preuve de l'existence de cette couverture à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Dans ce cas, la couverture doit s'appliquer à l'ensemble des salariés, y compris les salariés nouvellement recrutés au cours de la période de transition, ainsi que, le cas échéant, les titulaires de pensions bénéficiant déjà de cette couverture.

Article 62 : A l'expiration de ce délai, les employeurs précités sont tenus de procéder à leur affiliation et à l'immatriculation de leurs salariés et, le cas échéant, des titulaires de pensions ayant bénéficié de la couverture précitée, au régime obligatoire d'assurance maladie universelle.

Article 63 : Le recours contre le rejet d'une demande de prise en charge des prestations de l'assurance maladie ou de restitution des cotisations indûment perçues doit être, sous peine de déchéance, présenté à l'organisme de gestion du régime, dans un délai de trois mois au plus tard après la clôture de son exercice budgétaire précédent.

Article 64 : Est passible d'une amende de cinq millions de francs CFA, tout employeur qui ne procède pas, dans un délai de six mois à compter de la date de démarrage des activités de l'organisme de gestion du régime, à son affiliation audit régime.

Article 65 : Est passible d'une amende de cent mille francs CFA pour chaque salarié, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais mentionnés aux articles 11 et 64 de la présente loi, à l'immatriculation de ses salariés.

Article 66 : L'employeur qui n'a pas procédé au versement des cotisations, dans un délai de deux mois, reste passible d'une amende de cinq millions de francs CFA, sans préjudice pour l'organisme de gestion du régime d'appliquer les procédures et sanctions prévues par la présente loi ou d'intenter une action judiciaire en recouvrement desdites sommes.

Article 67 : Est puni d'une amende d'un million de francs CFA et du remboursement des sommes indûment perçues au titre du régime d'assurance maladie universelle, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de sanctions plus graves prévues par le code pénal.

Article 68 : Est passible d'une amende de dix millions de francs CFA, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice de sanctions disciplinaires qui peuvent être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou des poursuites judiciaires intentées par l'organisme de gestion du régime.

Article 69 : En cas de récidive, le montant de l'amende est porté au double de sa valeur initiale fixée aux articles 64, 65, 66, 67 et 68 de la présente loi.

Article 70 : Toute fraude, fausse déclaration ou contrefaçon en vue du bénéfice des prestations du régime d'assurance maladie universelle expose son auteur aux sanctions prévues en la matière par le code pénal, sans préjudice pour l'administration de demander le remboursement des frais des prestations dispensées à l'intéressé.

Article 71 : Toute contestation née de l'application de la présente loi et ses textes d'application est réglée par les juridictions habilitées.

Article 72 : Lorsque les prestations sont servies à un bénéficiaire victime d'un accident ou d'une blessure imputable à un tiers, l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle est subrogé de plein droit à celui-ci dans son action contre le tiers responsable du dommage, dans les limites des prestations octroyées à la victime.

Article 73 : En cas d'actions engagées contre le tiers responsable, la victime ou ses ayants droits doivent assigner en intervention l'organisme en charge de la gestion du régime d'assurance maladie universelle conformément à la législation en vigueur.

Article 74 : L'organisme de gestion du régime peut, en cas de non-respect des dispositions des articles 72 et 73 de la présente loi, se retourner contre le bénéficiaire qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants dont il a bénéficié dans les limites de ce qui a été dépensé.

Article 75 : Le règlement à l'amiable pouvant intervenir entre le tiers responsable et la victime ne peut être opposé à l'organisme de gestion du régime qu'autant que celui-ci a été légalement invité à y participer.

Article 76 : Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente loi.

Toute renonciation de la part des bénéficiaires de la présente loi aux droits et actions qui leur y sont reconnus n'est pas opposable à l'organisme en charge de la gestion du régime.

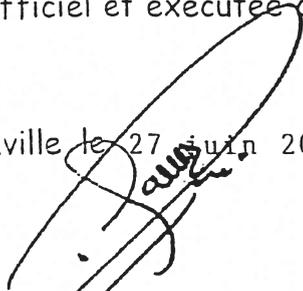
Article 77 : Les actions des bénéficiaires et des fournisseurs des prestations de soins contre l'organisme de gestion du régime sont prescrites après trois ans à partir de la date de la naissance du droit.

Article 78 : Les actions de l'organisme de gestion du régime contre les personnes à qui des avantages, au titre de ce régime, ont été octroyés indûment, sont prescrites après trois ans. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement inclus.

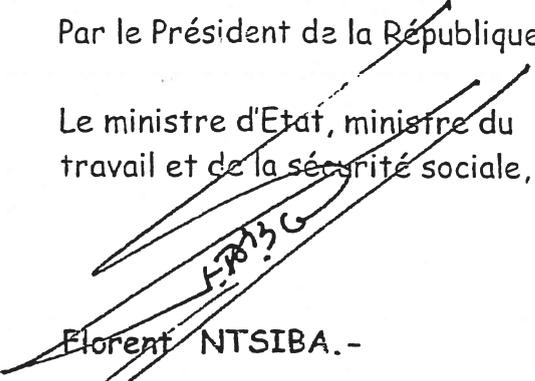
Article 79 : La gestion du régime d'assurance maladie universelle est confiée à un organisme de sécurité sociale de droit public, par décret en Conseil des ministres.

Article 80 : La présente loi, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistrée, publiée au Journal officiel et exécutée comme loi de l'Etat./-

Fait à Brazzaville le 27 juin 2014


Denis SASSOU-N'GUESSO.-

Par le Président de la République,


Le ministre d'Etat, ministre du travail et de la sécurité sociale,

Florent NTSIBA.-

Le ministre de la santé et de la population,


François IBOVI.-

Le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et des droits humains,


Aimé Emmanuel YOKA.-

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances, du plan, du portefeuille public et de l'intégration,


Gilbert ONDONGO.-

Loi n° 12-2014 du 13 juin 2014

portant création de la caisse de la famille et de l'enfance en difficulté

L'ASSEMBLEE NATIONALE ET LE SENAT ONT DELIBERE ET ADOPTE :

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR SUIT :

Article premier : Il est créé un établissement public administratif à caractère social, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, dénommé caisse de la famille et de l'enfance en difficulté.

Le siège de la caisse de la famille et de l'enfance en difficulté est fixé à Brazzaville. Il peut être transféré en tout autre lieu du territoire national, suivant les circonstances, par décret en Conseil des ministres.

Article 2 : La caisse de la famille et de l'enfance en difficulté est placée sous la tutelle du ministère en charge de la sécurité sociale.

Article 3 : La caisse de la famille et de l'enfance en difficulté a pour missions de :

- gérer le régime de la famille et de l'enfance en difficulté ;
- assurer les prestations sociales relatives aux branches de la maternité, des prestations familiales, de l'insertion sociale et à toute autre branche créée par la loi et en rapport avec le régime de la famille et de l'enfance en difficulté.

Article 4 : Les ressources de la caisse de la famille et de l'enfance en difficulté sont constituées par :

- les cotisations des employeurs, pour les travailleurs du secteur privé ;
- les cotisations de l'Etat employeur, pour les agents de l'Etat ;
- les cotisations des travailleurs indépendants ;
- les revenus du placement de fonds ;
- les revenus des valeurs mobilières et immobilières ;

- le produit des majorations de retard encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations ;
- la dotation de l'Etat ;
- les dons et legs ;
- toute autre ressource attribuée à la caisse.

Article 5 : La caisse de la famille et de l'enfance en difficulté reprend l'actif et le passif de la caisse nationale de sécurité sociale et de la caisse de retraite des fonctionnaires ainsi que les droits, obligations et sujétions inhérents aux branches de la maternité et des prestations familiales.

Article 6 : Le personnel de la caisse nationale de sécurité sociale et de la caisse de retraite des fonctionnaires, de formation initiale ou acquise dans le domaine de la sécurité sociale, affecté aux prestations familiales des travailleurs du secteur privé, des agents de la force publique et des agents civils de l'Etat relevant du statut général de la fonction publique et des statuts particuliers, est reversé, de plein droit, à la caisse de la famille et de l'enfance en difficulté.

Le personnel visé à l'alinéa précédent conserve ses droits acquis tant en ce qui concerne le traitement que l'ancienneté.

Article 7 : Les modalités d'affectation du personnel et de transfert de l'actif et du passif de la caisse nationale de sécurité sociale et de la caisse de retraite des fonctionnaires à la caisse de la famille et de l'enfance en difficulté sont déterminées par décret.

Article 8 : La caisse de la famille et de l'enfance en difficulté dispose, en son sein, d'un organe de participation sociale permettant aux bénéficiaires des prestations de donner leurs avis sur l'organisation et le fonctionnement de la caisse.

Un décret en Conseil des ministres fixe les attributions, la composition et le fonctionnement de l'organe de participation sociale.

Article 9 : La caisse de la famille et de l'enfance en difficulté est administrée et gérée par un comité de direction et une direction générale.

La caisse de la famille et de l'enfance en difficulté est dirigée par un directeur général nommé par décret en Conseil des ministres, sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article 10 : Les attributions, l'organisation et le fonctionnement des organes de gestion et d'administration de la caisse de la famille et de l'enfance en difficulté sont fixés par des statuts approuvés par décret en Conseil des ministres.

Article 12 : La présente loi sera publiée au Journal officiel et exécutée comme loi de l'Etat./-

Fait à Brazzaville, le

13 juin 2014

Denis SASSOU-N'GUESSO.-

Par le Président de la République,

Le ministre d'Etat, ministre du travail et de la sécurité sociale,

Florent NTSIBA.-

La ministre des affaires sociales, de l'action humanitaire et de la solidarité,

Emilienne RAOUL.-

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances, du plan, du portefeuille public et de l'intégration,

Gilbert ONDONGO.-

Le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,

Guy Brice Parfait KOLELAS.-