



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DE LA PREVOYANCE SOCIALE CIPRES

CONSEIL DES MINISTRES

Recommandation N° 25 /CM/CIPRES

Relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres de la CIPRES

Le Conseil des Ministres de Tutelle de la Prévoyance Sociale,

Réuni en sa session ordinaire tenue le 23 Février 2005 à Niamey au Niger ;

Vu les articles 1, 5, 11, 24, 31 et 32 du Traité instituant une Conférence Interafricaine de la Prévoyance sociale ;

Considérant que le Traité engage les Etats membres à réaliser des études et à élaborer des propositions tendant à l'harmonisation des dispositions législatives et réglementaires applicables aux organismes et aux régimes de prévoyance sociale;

Considérant que des études ont été réalisées à cette fin et des propositions ont été formulées par le Secrétariat Permanent concernant les dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les organismes de prévoyance sociale des Etats membres de la CIPRES ;

Considérant que ces propositions ont été examinées et enrichies par le Comité Technique institué par le Conseil des Ministres et regroupant les Experts désignés par les Etats membres ;

Considérant que ces propositions ont été ensuite soumises aux observations et amendements des Commissions Nationales créées au niveau de chaque Etat membre, puis validées par la Plénière des Acteurs de la Prévoyance Sociale de tous les Etats membres tenue à Brazzaville (République du Congo) du 10 au 14 Novembre 2003 ;

Considérant que ces propositions ont été approuvées par la Commission de Surveillance de la Prévoyance Sociale;

Après en avoir délibéré, adopte à l'unanimité, ce Vingt troisième jour du mois de février deux mil cinq, la recommandation dont la teneur suit et dénommée : « Recommandation relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyance Sociale des Etats Membres de la CIPRES ».

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : CHAMP D'APPLICATIONSection 1 : Champ d'application personnel**Article 1^{er} :**

Les présentes dispositions s'appliquent à la gestion du régime des salariés en activité sur le territoire national et à celle de tout autre régime pouvant être institué par les législations nationales au profit d'autres catégories de travailleurs.

Article 2 :

Est considérée comme salarié, toute personne physique qui exerce son activité professionnelle pour le compte et sous la direction d'un ou de plusieurs employeurs, quels que soient son sexe, sa race, sa nationalité d'une part, la forme, la nature ou la validité de son contrat de travail, la nature ou le montant de sa rémunération, d'autre part.

Article 3 :

Bénéficient des prestations des branches gérées par les organismes de prévoyance sociale, dans les conditions définies par les présentes dispositions, les assurés et leurs ayants droit.

Est considéré comme assuré, tout salarié immatriculé auprès de l'organisme de prévoyance sociale compétent.

Sont considérés comme ayants droit, le ou le (s) conjoint(s) de l'assuré, ses enfants à charge, son père et sa mère.

Article 4 :

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants vivant avec l'assuré, auxquels ce dernier assure en permanence le logement, la nourriture, l'habillement, l'éducation ainsi que les soins et qui entrent dans l'une des catégories suivantes :

- les enfants légitimes ou naturels de l'assuré ;
- les enfants du conjoint de l'assuré issus de mariages précédents ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption judiciaire ou placés sous tutelle légale de l'assuré ;

La condition de cohabitation est censée remplie si l'absence de l'enfant au foyer du travailleur est dictée par des raisons de santé ou d'éducation.

Article 5 :

Des extensions du champ d'application personnel ci-dessus défini, peuvent être édictées par les législations nationales au profit de catégories particulières de salariés ou de toute autre personne.

Article 6 :

Outre les salariés définis à l'article 2, la couverture de l'organisme contre certains risques peut être étendue aux personnes souscrivant à une assurance volontaire contre lesdites éventualités.

Article 7 :

Toute personne ayant été obligatoirement affiliée pendant une durée déterminée, et qui cesse de remplir les conditions d'assujettissement, a la faculté de souscrire auprès de l'organisme à une assurance volontaire.

La même faculté est ouverte aux personnes qui exercent une activité professionnelle qui ne les assujettit pas à un régime obligatoire de sécurité sociale.

Article 8 :

Les modalités de l'assurance volontaire notamment celles relatives à l'affiliation, à la détermination des revenus soumis à cotisations, au calcul et au paiement des cotisations et des prestations, sont déterminées par les législations nationales.

Section 2 : Champ d'application matériel

Article 9 :

Les présentes dispositions régissent la couverture des risques relevant des branches suivantes :

- la branche vieillesse, invalidité, décès ;
- la branche des risques professionnels ;
- la branche des prestations familiales et de maternité ;
- et toutes autres branches ou prestations instituées par les législations nationales.

Article 10 :

L'organisme sert au titre des branches gérées, des prestations en espèces et en nature.

La gamme des prestations servies par une des branches peut être étendue, sous réserve du respect de l'équilibre financier de la branche considérée.

Article 11 :

Les prestations légales servies au titre des présentes dispositions peuvent être complétées par une action sanitaire et sociale.

Les prestations en nature servies dans le cadre de l'action sanitaire et sociale d'une branche constituent des prestations complémentaires dont le financement doit respecter l'équilibre financier de ladite branche.

Article 12 :

Les prestations de sécurité sociale sont incessibles et insaisissables.

Toutefois, elles peuvent être saisies ou cédées, dans les mêmes limites que les salaires, pour le paiement des pensions alimentaires.

Article 13 :

L'organisme peut opérer d'office des prélèvements sur les prestations venant à échéance, en recouvrement des sommes dues jusqu'à récupération totale de celles-ci, conformément aux conditions et modalités fixées par son Conseil d'Administration.

Article 14:

Toutefois, le paiement des prestations sociales par l'organisme de prévoyance sociale au travailleur ne peut, en aucun cas, être subordonné au règlement des cotisations par l'employeur.

Article 15 :

Les prestations sociales en espèces ou en nature sont exonérées de tout impôt et taxe.

Article 16 :

Les prestations servies au titre des présentes dispositions peuvent être revalorisées par acte réglementaire pris par les autorités compétentes de chaque Etat membre sur proposition du Conseil d'Administration de l'organisme, à la suite de variations du niveau général des salaires, du coût de la vie et de tout autre paramètre pertinent.

Article 17 :

En cas de cumul :

- d'une pension allouée en droit propre et d'une autre pension attribuée au titre du droit de réversion par les présentes dispositions au même bénéficiaire, le titulaire a droit à la totalité de la pension dont le montant est le plus élevé et à la moitié de la seconde pension ;
- d'une rente allouée en droit propre et d'une autre rente attribuée au titre du droit de réversion par les présentes dispositions au même bénéficiaire, le titulaire a droit à la totalité de la rente la plus élevée et à la moitié de l'autre rente ;
- d'une pension et d'une rente allouées en vertu des présentes dispositions au même bénéficiaire, le titulaire a droit à la totalité de l'une et de l'autre prestation.

Article 18 :

Le bénéfice des allocations familiales est maintenu en faveur des enfants à charge des titulaires d'une rente pour incapacité permanente d'un taux supérieur à 66 %.

Il est également maintenu pour les victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles pendant la durée de leur incapacité temporaire, les bénéficiaires d'allocations de survivants, ainsi que pour les femmes salariées en couches.

Article 19 :

Le cumul entre une pension d'orphelin ou une rente de survivants d'une part, et les allocations familiales d'autre part, n'est pas admis.

Il est payé au bénéficiaire le montant de la prestation la plus élevée.

Article 20 :

Les droits liquidés et non perçus sont prescrits :

- après un an, pour les prestations à court terme (prestations familiales, indemnités journalières pour femmes en couches, indemnités journalières pour incapacité temporaire, frais funéraires, frais médicaux, pharmaceutiques...)
- après trois (3) ans, pour les prestations à long terme (pensions, rentes)

CHAPITRE II : FINANCEMENT DES BRANCHES

Section 1 : Affiliation et Immatriculation des employeurs et des salariés

Article 21 :

Tout employeur est tenu de s'affilier auprès de l'organisme de prévoyance sociale territorialement compétent.

Article 22 :

L'employeur est tenu de faire immatriculer auprès de l'organisme, tout travailleur à son service dans les huit (8) jours suivant son embauche.

Dans le cas où le travailleur a déjà été immatriculé par son employeur précédent, le nouvel employeur doit en informer les services compétents de l'organisme pour sa prise en charge et ce dans les délais indiqués à l'alinéa 1^{er}.

Article 23 :

Les procédures et modalités d'immatriculation de l'employeur et du travailleur sont déterminées par les législations nationales.

Section 2 : Les ressources

Article 24 :

Le financement des prestations servies par le régime de sécurité sociale et des frais de gestion de l'organisme est assuré par :

- les cotisations sociales mises à la charge des employeurs et des assurés sociaux ;
- les pénalités pour non-production, production tardive et/ou erronée des listes nominatives des salariés ainsi que pour paiements tardifs des cotisations ;
- les revenus des placements financiers et immobiliers ;
- les participations des usagers aux œuvres sociales ou sanitaires ;
- les subventions, dons et legs ;
- et tous produits provenant des taxes ou impôts institués par les pouvoirs publics au bénéfice des branches.

Article 25 :

Les cotisations à la charge de l'employeur, du travailleur ou de tout autre affilié, à titre obligatoire ou volontaire, sont exonérées de tout impôt ou taxe.

Article 26 :

Les taux de cotisations sont déterminés par branche, de manière à ce que les recettes totales permettent de couvrir les dépenses de prestations en espèces et en nature, ainsi que les frais d'administration de la branche d'une part, et de pouvoir doter les réserves, le fonds de roulement et éventuellement les fonds spéciaux d'autre part.

Ils sont fixés par acte réglementaire.

Article 27 :

Les taux de cotisations par branche doivent être uniformes pour l'ensemble des employeurs ; excepté celui de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 28 :

Les cotisations sociales sont assises, éventuellement dans la limite d'un plafond déterminé par les législations nationales, sur l'ensemble des rémunérations versées au travailleur en contrepartie du travail effectué ou à l'occasion du travail, notamment les salaires et gains, indemnités, primes, gratifications, allocations de congé, pourboires, commissions et tous autres avantages en numéraire ou en nature.

Article 29 :

Sont exclues de l'assiette des cotisations :

- les indemnités et primes ayant un caractère de remboursement de frais professionnels ;
- les prestations légales de sécurité sociale versées par l'employeur pour le compte de l'organisme.

Article 30 :

Les modalités de détermination de l'assiette servant au calcul des cotisations sociales des personnes non salariées, notamment les apprentis et les stagiaires relèvent des législations nationales.

Article 31 :

Le montant des rémunérations servant de base au calcul des cotisations ne peut être inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) en vigueur sur le territoire national.

Article 32 :

Les cotisations au titre des branches des prestations familiales et de maternité et des risques professionnels sont à la charge exclusive de l'employeur.
Toute convention contraire est nulle et de nul effet.

Article 33 :

Les cotisations sociales afférentes à la branche des pensions sont à la charge de l'employeur et du travailleur selon un pourcentage de répartition fixé par les législations nationales.
La part supportée par le travailleur ne saurait excéder la moitié desdites cotisations.

Article 34 :

Les cotisations dues par les assurés volontaires sont entièrement à leur charge.
Ils sont responsables de leur déclaration et de leur versement à l'organisme dans les délais prescrits par les législations nationales.

Article 35 :

L'employeur est redevable vis à vis de l'organisme de la déclaration et du versement à bonne date de l'ensemble des cotisations sociales.
La part mise à la charge du travailleur est précomptée sur sa rémunération à l'occasion de chaque paiement et le salarié ne peut s'y opposer.

Article 36 :

Si un travailleur est occupé au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est responsable de la déclaration et du versement des cotisations proportionnellement à la rémunération qu'il paie à l'intéressé dans la limite du plafond s'il y a lieu.

Article 37 :

L'employeur est tenu de produire périodiquement une déclaration nominative indiquant, pour chaque salarié, le montant total des rémunérations ou gains perçus ainsi que la durée de travail effectuée, même en l'absence de règlement effectif des cotisations dues.

Article 38 :

Les modalités et la périodicité de la déclaration visée à l'article précédent ainsi que celles relatives au versement des cotisations sociales sont fixées par les législations nationales.

Sur leur demande et selon des modalités déterminées par les textes d'application, des catégories précises de cotisants peuvent être autorisées à ne fournir qu'une déclaration nominative annuelle.

Article 39 :

Le défaut de production par l'employeur de la déclaration visée à l'article 35 aux échéances prescrites, entraîne l'application d'une pénalité d'un pour cent (1%) du montant des sommes non déclarées, par jour de retard.

Article 40 :

L'organisme tient dans ses livres un compte individuel pour tout employeur et pour tout assuré immatriculé.

Il est tenu d'enregistrer au compte de tout employeur ou de toute personne assujettie, les montants relatifs aux opérations de recouvrement des cotisations sociales.

Il est également tenu de délivrer à tout titulaire du compte, un extrait ou relevé de son compte, selon des modalités à fixer par le Conseil d'administration de l'organisme.

Article 41 :

Les cotisations patronales et salariales qui ne sont pas acquittées à l'échéance sont passibles d'une majoration de retard d'au plus 10% des cotisations dues, par mois ou fraction de mois pour compter de ladite date.

Article 42 :

Une remise gracieuse totale ou partielle des majorations de retard peut être accordée, à la demande de l'employeur débiteur de cotisations sociales par le Conseil d'Administration de l'organisme.

La demande de remise gracieuse n'est pas suspensive du paiement des cotisations principales et des majorations.

Article 43 :

La demande de remise gracieuse n'est recevable qu'après règlement intégral des cotisations principales en cause.

Toutefois, des demandes de remises gracieuses, émanant des entreprises en difficulté, peuvent être recevables sous réserve du respect préalable des conditions cumulatives ci-après :

- règlement partiel des cotisations principales selon un taux fixé par le Conseil d'Administration ;
- conclusion avec l'organisme d'un moratoire de règlement du reliquat des cotisations principales qui est obligatoirement enregistré au greffe du Tribunal compétent.

Article 44 :

Les cotisations sociales peuvent faire l'objet d'une admission en non-valeur par le Conseil d'Administration dans les conditions suivantes :

- épuisement de toutes les actions en recouvrement forcé ;

- présentation d'un procès-verbal de carence établi par un auxiliaire de justice compétent.

L'admission en non-valeur n'éteint pas la créance. La procédure de recouvrement peut être reprise à tout moment en cas de modification de la situation du débiteur ou de ses héritiers.

Article 45 :

Lorsque l'employeur ne fait pas de déclaration, une taxation d'office lui est appliquée sur la base des salaires connus, de la comptabilité de l'employeur ou des salaires pratiqués dans la profession, majorés de cinquante pour cent (50%).

La taxation d'office est remise en cause si l'employeur produit la déclaration des salaires réellement versés durant la période considérée et non contestée par l'organisme, dans le délai prescrit par les législations nationales.

Article 46 :

L'assuré volontaire qui n'a pas procédé, dans les délais prescrits, au versement de l'intégralité des cotisations appelées, est suspendu du bénéfice des prestations sociales jusqu'au règlement des cotisations et des majorations dues.

Article 47 :

Toute action ou poursuite intentée par l'organisme en recouvrement de cotisations sociales ou de créances de même nature, est obligatoirement précédée d'une mise en demeure invitant le débiteur à régulariser sa situation dans les quinze (15) jours suivant sa notification.

Article 48 :

Si la mise en demeure reste sans effet à l'expiration dudit délai, une contrainte, rendue exécutoire sous huitaine par le Président du tribunal compétent, est signifiée au débiteur.

Article 49 :

La contrainte est exécutée dans les mêmes conditions qu'un jugement si elle a fait l'objet d'une signification dans les formes prescrites par les législations nationales.

Son exécution peut être interrompue par une opposition motivée, formulée par le débiteur auprès du Tribunal compétent, dans les quinze jours (15) jours suivant sa signification.

L'opposition n'est recevable que si au moins la moitié du montant des cotisations en cause a fait l'objet d'une caution bancaire ou d'un dépôt de cautionnement auprès du greffe du tribunal compétent.

Article 50 :

Les créances de cotisations sociales sont garanties par un privilège sur les biens meubles et immeubles du débiteur, pour une période de cinq (05) ans renouvelable à compter de leur date d'exigibilité.

Ledit privilège prend rang immédiatement après les créances de salaire.

Article 51 :

La mise en demeure ne peut porter que sur des cotisations dont l'ancienneté n'excède pas cinq (5 ans) ; au-delà, toute cotisation réclamée est réputée prescrite.

Article 52 :

L'action civile en recouvrement des cotisations sociales ou des majorations de retard dues, intentée indépendamment ou après l'action publique, se prescrit par trente (30) ans à compter de la notification de la mise en demeure.

Article 53 :

L'action publique qui commence également à partir de la notification de la mise en demeure se prescrit par deux (02) ans.

Article 54 :

L'organisme peut pratiquer toute saisie-attribution sur le salaire ou sur toutes sommes qui seraient dues par des tiers à un débiteur de cotisations sociales, nonobstant toute disposition nationale contraire.

Il peut également procéder au recouvrement des cotisations sociales, à concurrence du montant des créances dues, par voie de saisie-attribution ou d'avis à tiers détenteur, contre tout établissement bancaire, employeur, fermier, locataire, d'une façon générale, tout débiteur des personnes redevables de créances ou tout tiers détenteur de deniers leur appartenant.

Article 55 :

Nul ne peut être admis à participer aux appels d'offres lancés par l'Etat et ses démembrements, ou financés par des deniers publics ou assimilés, si la régularité de sa situation cotisante et l'accomplissement de ses obligations sociales ne sont pas attestés par l'organisme.

Section 3 : Gestion financière des branches

Article 56 :

Chaque branche du régime de sécurité sociale fait l'objet d'une gestion financière distincte dans le cadre de l'organisation financière générale de l'organisme. Les ressources d'une branche ne peuvent être affectées à la couverture des charges d'une autre branche.

Il est également constitué des réserves destinées à couvrir les besoins de trésorerie et à assurer l'équilibre financier de chaque branche du régime.

Article 57 :

Il est constitué une réserve de sécurité dans le cadre de la gestion des prestations à court terme.

Elle a pour objet, de faire face aux fluctuations aléatoires qui peuvent affecter les comptes. Son montant doit être au moins égal à six douzième (6/12^{ième}) de la moyenne annuelle des dépenses constatées au cours de l'exercice précédent au titre de la branche.

Article 58 :

Il est constitué un fonds de roulement ou réserve de trésorerie pour faire face aux dépenses courantes en cas de difficulté conjoncturelle de trésorerie. Son montant doit être au moins égal à la moyenne trimestrielle des dépenses de l'organisme, constatées au cours de l'exercice précédent.

Article 59 :

Il est constitué dans le cadre de la gestion des prestations à long terme, des réserves techniques qui ont pour objet de faire face aux engagements futurs tout en permettant une stabilité du taux de cotisation.

Article 60 :

La réserve technique de la branche des risques professionnels est au moins égale aux capitaux constitutifs des rentes acquises à chaque fin d'année, compte tenu des revalorisations intervenues en cours d'exercice.

Article 61 :

La réserve technique de la branche des pensions est constituée par la différence entre les recettes et les dépenses annuelles de la branche.

Son montant doit être au moins égal au total des dépenses de prestations constatées au cours des trois (3) derniers exercices précédant l'exercice en cours.

Article 62 :

Le placement des fonds de réserves de la prévoyance sociale doit obéir à des conditions de sécurité, de liquidité et de rendement. Il doit également, dans toute la mesure du possible, concourir à la création d'emplois, au progrès et au développement économique et social de la nation.

Article 63 :

Les réserves de sécurité doivent être placées, en priorité, à court terme et être facilement mobilisables en cas de besoin.

Les réserves techniques peuvent être investies dans des opérations à court, moyen ou long terme dans le respect des conditions ci-dessus définies.

Article 64 :

Le placement des fonds de la sécurité sociale à l'extérieur de la zone d'intégration économique, monétaire, sociale africaine est exclu, sauf dans les cas expressément autorisés par le Conseil d'Administration et approuvés par la Tutelle.

Article 65 :

Les législations nationales doivent préciser les modalités de placement des excédents et des fonds de réserves.

Le mode de financement de chaque investissement doit être clairement déterminé.

Article 66 :

L'organisme effectue au moins une fois tous les cinq (5) ans une analyse actuarielle de chaque branche du régime de sécurité sociale.

Si l'analyse révèle un danger de déséquilibre financier d'une branche déterminée, il est procédé au réajustement du taux de cotisations ou de tout autre paramètre technique permettant d'y remédier, selon des procédures définies par les législations nationales.

CHAPITRE III : PRINCIPES GENERAUX RELATIFS AU CONTROLE ET AU CONTENTIEUX

Article 67 :

L'organisme dispose des prérogatives les plus étendues pour exercer son contrôle sur les actes, les assujettis et les bénéficiaires en vue de s'assurer du respect de la législation de la prévoyance sociale.

Section 1 : Le contrôle administratif

Article 68 :

L'organisme peut faire contrôler à tout moment, par ses corps de contrôle ou par toute personne qu'il aura dûment habilitée, les bénéficiaires de prestations sociales et leurs ayants droit. Ce contrôle porte notamment sur :

- toutes les déclarations et pièces administratives produites par les assujettis et les bénéficiaires ;
- l'existence physique des bénéficiaires de prestations et des personnes à charge de l'assuré ;
- la bonne utilisation des prestations d'entretien des enfants ;
- l'assiduité scolaire ou d'apprentissage des enfants à charge, etc.

Article 69 :

Les assujettis et les bénéficiaires sont tenus de recevoir pendant les heures ouvrables, les agents de contrôle de l'organisme et de se soumettre aux demandes d'informations et enquêtes relatives à leurs obligations.

Article 70 :

Nonobstant l'application de sanctions pénales prévues par les législations nationales, les oppositions ou obstacles à l'exercice de ce contrôle sont passibles des mêmes peines que celles prévues en l'espèce par la législation du travail.

Article 71 :

Le contrôle de l'application par les employeurs de la législation de prévoyance sociale est assuré par les agents assermentés relevant de l'organisme et par les corps de contrôle de l'Etat, notamment l'Inspection du travail.

En cas d'infraction, ils ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Article 72 :

Les corps de contrôle de l'Etat sont habilités à signaler à l'organisme, les infractions à la législation de sécurité sociale qu'ils constatent aux fins d'investigations complémentaires et de sanctions.

Les corps de contrôle de l'organisme doivent à leur tour communiquer aux administrations de l'Etat, par la voie hiérarchique, les infractions relevées dans l'application des législations sociale et fiscale.

Section 2 : le Contrôle médical

Article 73 :

Le contrôle médical concourt à la gestion des risques couverts par l'organisme et porte sur tous les éléments d'ordre médical qui justifient leur prise en charge ainsi que l'attribution et le service des prestations de sécurité sociale.

Il s'exerce sur les bénéficiaires des prestations ainsi que sur les professionnels de santé leur prodiguant des soins sur la base des conventions les liant à l'organisme.

Article 74 :

L'organisme peut faire procéder par un médecin de son choix, à des contrôles destinés à apprécier l'état de l'assuré.

Cette faculté est également reconnue à l'assuré qui peut faire constater par son médecin traitant ou tout autre médecin, toute modification de son état.

Article 75 :

Le contrôle médical des bénéficiaires concerne notamment les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles, le bénéficiaire d'une pension d'invalidité, de rente d'accident de travail, les femmes salariées en couches, les bénéficiaires des prestations de santé.

Article 76 :

Le bénéficiaire ne peut en aucun cas refuser de se soumettre aux examens médicaux et aux contrôles ordonnés par l'organisme, sous peine de suspension de ses droits.

Article 77 :

Pour toute contestation d'ordre médical, il est procédé à un nouvel examen par un Médecin Expert, choisi par l'autorité nationale compétente parmi les Experts agréés près les tribunaux ; à défaut, sur la liste établie par le Ministère en charge de la santé.

Les législations nationales déterminent les modalités dudit choix.

Article 78 :

L'Expert ne peut être ni le médecin conseil de l'organisme, ni le médecin traitant, ni le médecin attaché à l'entreprise.

L'avis de l'Expert n'est pas susceptible de recours ; il s'impose à toutes les parties.

Article 79 :

Les frais d'expertise et de contre-expertise sont à la charge exclusive de l'organisme.

Toutefois, ce dernier peut demander leur remboursement et des dommages et intérêts si le caractère abusif de la contestation et du recours intenté par l'assuré est judiciairement établi.

Section 3 : le Contentieux Technique

Article 80 :

Toutes les contestations auxquelles donnent lieu l'application des dispositions législatives et réglementaires de prévoyance sociale et notamment celles s'élevant entre les bénéficiaires, les employeurs et l'organisme sont de la compétence du Tribunal du travail ou de la juridiction en tenant lieu.

Il demeure compétent même lorsqu'une collectivité ou un établissement public ou l'Etat est en cause et peut statuer sans qu'il y ait lieu d'observer, dans les cas où il en existe, les formalités préalables à tout procès intenté auxdites personnes morales.

Article 81 :

Avant toute procédure judiciaire, les réclamations contre les décisions prises par l'organisme sont obligatoirement portées devant la Commission de recours gracieux du Conseil d'Administration, dans un délai de deux (02) mois à compter de la notification de ladite décision.

Le défaut de réponse de l'organisme au-delà d'un délai de deux (02) mois constitue un rejet susceptible de recours judiciaire.

Article 82 :

L'assuré ou ses ayants droit bénéficient de l'assistance judiciaire en première instance, en appel et en cassation.

Ce privilège s'étend à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière, et à toute contestation relative à l'exécution des décisions judiciaires.

Article 83 :

En cas de retard de paiement non justifié des prestations sociales dans les délais prescrits, l'organisme est passible d'une astreinte équivalant à un pour cent (1%) du montant des prestations dues, par jour de retard, après le huitième jour suivant l'échéance.

Cette astreinte est prononcée par la juridiction compétente.

Article 84 :

Les infractions aux présentes dispositions sont passibles de sanctions pécuniaires et pénales dont l'échelle est déterminée par la législation de chaque Etat membre.

Article 85 :

Sont notamment considérées comme infractions passibles des sanctions évoquées à l'article précédent :

- les oppositions aux contrôleurs ;
- la négligence ou le non-respect des prescriptions en matière de santé et sécurité au travail ;
- le non-respect des arrêts de travail prescrits ;
- le défaut d'immatriculation de l'employeur à l'organisme ;
- le défaut de déclaration de travailleurs employés et des rémunérations versées ;
- le défaut de déclaration d'accidents de travail ou de maladies professionnelles ;
- le défaut de paiement des cotisations particulièrement le non-versement de la part salariale précomptée ;
- les fausses déclarations et les manœuvres dolosives pour bénéficier de prestations indues.

Article 86 :

Nonobstant les sanctions pécuniaires et pénales encourues prévues par le Code pénal, les auteurs des fausses déclarations sont tenus au remboursement du montant des prestations en espèces et en nature indûment perçu.

TITRE II : VIEILLESSE, INVALIDITE, DECES

CHAPITRE I : PRESTATIONS DE LA BRANCHE VIEILLESSE

Article 87 :

Les prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès, comprennent les pensions et allocations de vieillesse, les pensions anticipées, les pensions d'invalidité, les pensions et allocations de survivants et tout autre droit dérivé ou accessoire accordé au titre de cette branche.

Article 88 :

L'âge de départ à la retraite qui ne peut être inférieur à cinquante cinq (55) ans est fixé par les législations nationales.

Article 89 :

L'assuré qui atteint l'âge légal de départ à la retraite a droit à une pension de vieillesse, s'il remplit les conditions suivantes :

- avoir accompli au moins cent quatre-vingts (180) mois, soit quinze (15) ans d'assurance ;
- avoir cessé toute activité salariée.

Article 90 :

l'expression «mois d'assurance» désigne tout mois au cours duquel l'assuré a occupé un emploi assujetti à «l'assurance pension», pendant le temps minimum de travail défini pour le bénéficiaire des prestations familiales.

Article 91 :

Sont assimilés à des périodes normales d'assurance :

- les périodes d'assujettissement à une assurance vieillesse instituée par la législation antérieure à l'entrée en vigueur des présentes dispositions pour autant que lesdites périodes n'aient pas déjà donné lieu au service d'une pension ou d'une allocation unique de vieillesse ;
- les périodes légales de suspension du contrat de travail ;
- le temps passé sous les drapeaux au titre du service militaire obligatoire ;
- les périodes accomplies au titre d'un autre régime obligatoire, sous réserve de l'application des dispositions relatives à la coordination entre les régimes.

Article 92 :

Les années comprises entre l'âge légal de départ à la retraite et l'âge effectif de l'invalidité à la date de prise d'effet de sa pension d'invalidité, sont assimilées à des périodes d'assurance à raison de six mois par année.

Article 93 :

L'assuré qui ne remplit pas la condition de durée d'assurance ouvrant droit à une pension de vieillesse, dispose d'un droit de rachat des années de cotisations manquantes.

Le rachat porte au maximum sur cinq (05) années de cotisations sur la base du dernier salaire soumis à cotisation de l'intéressé à la date de la demande.

La demande doit être adressée à l'organisme au moins un (01) an avant l'admission à la retraite de l'assuré.

Article 94 :

Dans les cinq (05) années qui précèdent l'âge légal de départ à la retraite, l'assuré reconnu inapte au travail par suite d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales, et remplissant la condition d'assurance visée à l'article 89, peut demander une pension anticipée.

Article 95 :

Est reconnu inapte au travail, l'assuré qui se trouve dans l'incapacité de poursuivre l'exercice de son activité salariée sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée ne lui permettant pas de gagner plus de la moitié au moins de ses revenus antérieurs.

Les modalités de la constatation et du contrôle de l'usure prématurée seront déterminées par les législations nationales.

Article 96 :

Peut également demander la jouissance anticipée de ses droits, au plus tôt, cinq (05) ans avant l'âge légal de départ à la retraite, tout assuré qui remplit la condition d'assurance évoquée à l'article 87.

Dans ce cas, le montant de sa pension subit un abattement de 5% par année d'anticipation.

Article 97 :

L'assuré ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite, qui a cessé toute activité salariée, mais ne remplissant pas la condition d'assurance ouvrant droit à une pension de vieillesse, perçoit une allocation unique de vieillesse, s'il a accompli au moins douze (12) mois d'assurance.

Article 98 :

La pension de vieillesse ainsi que la pension anticipée, prennent effet le premier jour du mois civil suivant la date à laquelle les conditions requises ont été remplies, à condition que la demande de pension ait été adressée à l'organisme dans un délai de douze mois suivant la date de départ à la retraite de l'assuré.

Article 99 :

Si la demande de pension est introduite après l'expiration de ce délai fixé à l'article précédent, la pension prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

Toutefois, le Conseil d'Administration saisi par la voie du recours gracieux, peut autoriser le paiement des arrérages dans la limite des douze (12) mois antérieurs à la date de dépôt de la demande.

Article 100 :

Le montant de la pension de vieillesse, de la pension d'invalidité et de la pension anticipée est fonction d'un pourcentage de la rémunération mensuelle moyenne.

La rémunération mensuelle moyenne est définie comme la soixantième partie du total des soixante (60) salaires de l'assuré soumis à cotisations et précédant sa date de départ à la retraite.

Si le nombre de mois civils écoulés depuis l'immatriculation est inférieur à soixante (60), la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations soumises à cotisations depuis l'immatriculation par le nombre de mois civils compris entre cette date et celle d'admissibilité à pension.

Article 101 :

Sont prises en compte pour le calcul des pensions et allocations de vieillesse, les rémunérations de l'assuré soumises à cotisation, dans la limite des plafonds en vigueur s'il y a lieu.

Toutefois, si l'assuré a perçu des indemnités afférentes à une période plus étendue que la période de cotisation retenue, en particulier pour l'indemnité de départ à la retraite, seule sera prise en compte pour la détermination du salaire mensuel moyen, la quote-part desdites indemnités correspondant à la période concernée.

Pour les assurés ne percevant pas une rémunération constante (rémunération à la pièce, à la tâche...), les législations nationales fixent les modalités de détermination du ou des salaires devant être pris en compte pour le calcul des droits.

Article 102 :

Le montant minimum mensuel de la pension de vieillesse, de la pension d'invalidité ou de la pension anticipée est égal à quarante pour cent (40 %) de la rémunération mensuelle moyenne.

Si le total des mois d'assurance et des mois assimilés dépasse cent quatre-vingts (180) mois, le pourcentage est majoré de deux pour cent (2 %) pour chaque période de douze mois supplémentaires.

Article 103 :

Le montant de la pension de vieillesse, de la pension d'invalidité ou de la pension anticipée est au moins égal à quatre-vingts pour cent (80%) du salaire mensuel minimum interprofessionnel garanti (SMIG), et au plus égale à quatre-vingts pour cent (80%) de la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré.

Article 104 :

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 périodes de douze mois d'assurance.

Article 105 :

L'assuré bénéficie pour chaque enfant mineur à charge, d'une bonification dont le montant est égal à celui des allocations familiales, jusqu'à concurrence de six (06) enfants.

Ce droit n'est acquis qu'au titre des enfants à charge nés avant le départ à la retraite et aux mêmes conditions que celles régissant les allocations familiales.

Article 106 : L'assuré de nationalité étrangère dont le pays n'est pas lié par une convention de coordination avec les pays membres de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) et qui quitte définitivement le territoire du régime concerné, peut prétendre au remboursement de la part salariale de ses cotisations.

Ce remboursement n'intervient que s'il ne remplit pas la condition d'assurance pour bénéficier d'une pension de vieillesse normale ou anticipée et s'il ne peut bénéficier d'une pension d'invalidité.

Article 107 :

Au cas où le titulaire d'une pension de vieillesse reprend une activité salariée, sa pension est suspendue et ses rémunérations sont soumises à cotisations.

Ladite suspension prend fin à compter de la nouvelle cessation d'activité sans que l'intéressé puisse prétendre au paiement des arrérages précédant celle-ci.

Le cas échéant, la pension de vieillesse subit une bonification de 2 % par année supplémentaire de cotisation.

CHAPITRE II : PENSIONS D'INVALIDITE

Article 108 :

L'assuré qui devient invalide avant d'avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite, bénéficie d'une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes :

- avoir été immatriculé dans l'organisme depuis au moins cinq (05) ans ;
- avoir accompli six (06) mois d'assurance au cours des douze (12) derniers mois civils précédant le début de l'incapacité conduisant à l'invalidité.

Article 109 :

Nonobstant les conditions fixées à l'article précédent, lorsque l'invalidité est due à un accident d'origine non professionnelle, l'assuré a droit à une pension d'invalidité à condition d'avoir occupé à la date de l'accident, un emploi assujéti à l'assurance et qu'il ait été immatriculé par l'organisme.

Article 110 :

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, dûment certifiée par un médecin désigné ou agréé par l'organisme et réduisant d'au moins deux tiers (2/3), sa capacité de travail ou de gain.

Article 111 :

Le droit à la pension d'invalidité pour cause de maladie non professionnelle n'est acquis, que lorsque le début de l'incapacité conduisant à l'invalidité intervient au cours de l'activité professionnelle.

Article 112 :

L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante de l'assuré, de son état général, de son âge, de ses facultés physiques ou mentales ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

Article 113 :

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 (6) mois consécutifs d'incapacité si, d'après l'avis du médecin désigné ou agréé par l'organisme, l'incapacité doit durer probablement encore six (6) autres mois au moins.

Article 114 :

La pension d'invalidité est concédée à titre temporaire ; elle peut donc être révisée après un examen prescrit par l'organisme en vue de déterminer son nouveau degré d'incapacité, ou suivant des modalités particulières définies par les législations nationales.

Article 115 :

La pension d'invalidité est remplacée à l'âge légal de départ à la retraite par une pension de vieillesse de même montant.

Article 116 :

Si l'invalidité résulte d'un crime ou d'un délit commis par l'assuré ou d'une faute intentionnelle de sa part, la pension d'invalidité est réduite dans les proportions fixées par les législations nationales.

Article 117 :

Le titulaire d'une pension d'invalidité qui a besoin de façon constante de l'aide et de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à une majoration de sa pension d'invalidité qui ne peut être, ni inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG), ni supérieur à cinquante pour cent (50 %) de ladite pension.

CHAPITRE III – PENSIONS DE SURVIVANTS

Article 118 :

En cas de décès du titulaire d'une pension de vieillesse, d'une pension d'invalidité ou d'une pension anticipée, ses survivants ont droit à une pension de survivants.

Il en est de même pour les ayants droits de l'assuré décédé qui justifiait de cent quatre-vingts (180) mois d'assurance.

Article 119 :

Sont considérés comme survivants aux termes des présentes dispositions :

- le conjoint survivant, à condition que le mariage ait été inscrit à l'état civil un (01) an au moins avant le décès, à moins qu'un enfant ne soit né de ce mariage ou que la veuve ne se trouve en état de grossesse à la date du décès du conjoint ;
- les orphelins du défunt et les enfants ayant fait l'objet d'une adoption judiciaire ;
- les ascendants en l'absence de conjoints survivants et de descendants en ligne directe.

Article 120 :

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

- cinquante pour cent (50 %) au conjoint survivant ; en cas de pluralité de veuves, le montant est réparti entre elles par parts égales,
- vingt-cinq pour cent (25 %) pour chaque orphelin dans la limite de cent pour cent (100 %) de la pension, ou de cinquante pour cent (50 %) de celle-ci en cas d'existence de conjoint survivant. En cas de pluralité d'orphelins, le montant est réparti entre eux par parts égales ;
- vingt-cinq pour cent (25 %) pour chaque ascendant en cas d'absence de conjoint survivant et d'orphelins.

Cette répartition est définitive même en cas de remariage ou de décès.

Article 121 :

Le montant total des pensions de survivants ne peut excéder celui de la pension à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit ; le cas échéant, les pensions de survivants sont réduites proportionnellement.

Article 122 :

Les pensions de survivants prennent effet le premier jour du mois civil qui suit la date de décès de l'assuré, à condition que la demande ait été adressée à l'organisme dans le délai de douze (12) mois suivant ladite date.

Si la demande est introduite après l'expiration de ce délai, la pension de survivant prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

Toutefois, le Conseil d'Administration saisi par la voie du recours gracieux, peut autoriser le paiement des arrérages dans la limite des douze (12) mois antérieurs à la date de dépôt de la demande.

Article 123 :

Le droit à la pension de conjoint survivant s'éteint en cas de remariage.

Article 124 :

Si à la date de son décès, l'assuré comptait moins de cent quatre-vingts (180) mois d'assurance, les survivants bénéficient d'une allocation de survivants, payable en une (01) seule fois.

Article 125 :

Le montant de cette allocation de survivant est égal à autant de fois, la pension de vieillesse mensuelle à laquelle l'assuré aurait pu prétendre au terme de 180 mois d'assurance, que celui-ci compte de périodes de douze (12) mois d'assurance à la date de son décès.

Article 126 :

Les pensions de vieillesse, d'invalidité, les pensions anticipées et les pensions de survivants, sont payables à terme échu et à intervalles réguliers ne dépassant pas trois (03) mois.

Article 127 :

Des régimes complémentaires de retraite peuvent être institués au profit des assujettis à la branche vieillesse selon des modalités déterminées par les législations nationales.

TITRE III : RISQUES PROFESSIONNELS

CHAPITRE I : LES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Article 128 :

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs qu'il y ait ou non faute de sa part.

Est également considéré comme accident du travail, l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet aller et retour et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi :

- entre sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail ;
- entre le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière générale, le lieu où il prend habituellement ses repas ou perçoit sa rémunération ;
- pendant les voyages et missions dûment autorisés par l'employeur et ayant un rapport avec l'objet social de l'entreprise.

Article 129 :

La victime d'un accident du travail doit immédiatement, sauf cas de force majeure, en informer l'employeur ou l'un de ses préposés. La même obligation incombe aux ayants droit de l'assuré en cas de décès.

Article 130 :

L'employeur est tenu de déclarer à l'organisme, dans un délai de trois (03) jours ouvrables, tout accident du travail survenu aux travailleurs relevant de son autorité et d'en faire copie à l'Inspection du Travail dans le même délai.

Ce délai court à compter du jour de l'accident ou, en cas de force majeure, du jour où l'employeur en a eu connaissance.

Cette déclaration, faite dans les formes et selon les modalités déterminées par les législations nationales, précise le lieu, la cause, les circonstances, la date et l'heure de l'accident, les noms, prénoms, âge, sexe et catégorie professionnelle de la victime ainsi que l'activité et l'adresse de l'employeur.

Article 131 :

En cas de défaillance de l'employeur, la victime ou ses ayants droit disposent d'un délai de deux ans pour faire ladite déclaration.

Article 132 :

L'employeur est également tenu dès la survenance de l'accident :

- de faire assurer les soins de première urgence à la victime ;
- d'aviser le médecin de l'entreprise ou à défaut, le médecin le plus proche ;

- de diriger éventuellement la victime sur le centre médical ou sur la formation sanitaire la plus proche du lieu de l'accident.

Article 133 :

Pour la détermination du caractère professionnel de l'accident, l'organisme peut procéder à une enquête administrative conduite par ses agents assermentés.

L'enquête est contradictoire et doit porter sur la cause, la nature, les circonstances de l'accident, et éventuellement, l'existence de manquements et de fautes susceptibles d'influer sur la réparation ainsi que sur les responsabilités encourues.

Toute information devant permettre d'éclairer l'organisme, particulièrement en matière d'accident de trajet, doit être recueillie par l'enquêteur.

Les modalités de cette enquête sont définies par les législations nationales.

Article 134:

Lorsque l'accident a entraîné la mort de la victime ou une incapacité permanente, l'enquête est conduite par l'Inspection du travail territorialement compétente ou par toute administration en tenant lieu.

Article 135 :

Les prestations accordées aux victimes d'accidents du travail comprennent :

- les soins médicaux nécessités par les lésions résultant de l'accident, qu'il y ait ou non-interruption du travail ;
- l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- une rente ou une allocation d'incapacité en cas d'incapacité permanente partielle ou totale ;
- l'allocation de frais funéraires et les rentes de survivants versées en cas de décès de la victime ;
- les frais occasionnés par la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime ;
- la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par l'organisme comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation fonctionnelle ou la rééducation professionnelle ;
- toutes autres prestations prévues par les législations nationales.

Article 136 :

Sont compris dans les soins médicaux :

- les actes médicaux et chirurgicaux ;
- les soins dentaires ;
- les examens et analyses permettant d'établir les diagnostics et de prodiguer les traitements ;
- la fourniture des produits pharmaceutiques ou accessoires ;
- les frais d'hospitalisation.

Article 137 :

Sont également à la charge de l'organisme :

- les frais de transport de la victime du lieu de l'accident à la formation sanitaire ou de sa résidence à la formation sanitaire pour les soins complémentaires ;
- les frais de transport d'un accompagnateur si l'état de la victime nécessite une telle assistance ;

- les frais de séjour de la victime et de l'accompagnateur à un taux arrêté par les législations nationales et dans la limite des délais de route nécessités par l'évacuation ;
- les indemnités compensatrices éventuelles de perte de salaires ;
- tout autre frais occasionné par la prise en charge.

Article 138 :

Les prestations ci-dessus énumérées sont fournies ou supportées par l'organisme. Dans ce dernier cas, celui-ci en rembourse directement leur montant aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs, ainsi qu'aux établissements ou centres médicaux agréés selon des modalités arrêtées par les législations nationales.

Article 139 :

En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par l'autorité médicale compétente, la victime a droit à une indemnité journalière.

Article 140 :

L'indemnité journalière est payée à la victime à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables ou non ouvrables, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit, la date de reprise de service suite à sa guérison ou à la consolidation de sa lésion, soit la date de décès de la victime.

En cas de décès de la victime, les indemnités journalières qui lui sont dues, sont payables à ses ayants droit.

Article 141 :

La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit ainsi que celle au cours de laquelle la victime a repris ses activités, sont intégralement à la charge de l'employeur.

Article 142 :

L'indemnité journalière est au moins égale aux deux tiers (2/3) de la rémunération moyenne journalière de la victime.

La rémunération moyenne journalière est au moins égale au trentième (1/30^{ème}) de la rémunération mensuelle soumise à cotisations.

Au cas où la victime aurait travaillé moins d'un mois avant la survenance de l'accident, la rémunération servant au calcul de l'indemnité journalière moyenne est celle que l'accidenté aurait perçue s'il avait travaillé dans les mêmes conditions pendant la période mensuelle de référence.

Article 143 :

L'indemnité journalière est payée par l'organisme à la victime dans les mêmes conditions et aux mêmes intervalles réguliers que le salaire ; lesdits intervalles ne peuvent être inférieurs à une semaine, ni supérieurs à un mois.

Article 144 :

L'indemnité journalière ne peut être cumulée avec le salaire dû à la victime par l'employeur. Lorsque le salaire de la victime est maintenu par son employeur, celui-ci lui est subrogé de plein droit pour percevoir les indemnités dues par l'organisme.

Article 145 :

L'incapacité permanente est partielle ou totale.

Elle est partielle s'il subsiste chez la victime une capacité de travail après la consolidation de la lésion.

Elle est totale lorsque la victime est obligée d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

Article 146 :

En cas d'incapacité permanente dûment certifiée par le médecin-conseil de l'organisme, la victime a droit à :

- une rente d'incapacité permanente, lorsque le taux de son incapacité est au moins égal à dix pour cent (10 %) ;
- une allocation d'incapacité, versée en une seule fois, lorsque le taux de son incapacité est inférieur à dix pour cent (10 %).

Article 147 :

Le taux 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 et qualifications professionnelles, sur la base d'un barème indicatif d'invalidité commun aux Etats membres de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) ; à défaut sur la base de tout autre barème en vigueur

Article 148 :

La rente d'incapacité permanente se calcule sur la base de la rémunération mensuelle moyenne de la victime.

La rémunération moyenne mensuelle est au moins égale à trente (30) fois la rémunération journalière moyenne déterminée à l'article 142.

Toutefois, la rémunération servant de base au calcul de la rente ne peut être inférieure à la rémunération minimale légale en vigueur à la date de l'accident.

Le montant de la rente d'incapacité permanente est égal à la rémunération moyenne de la victime, déterminée conformément aux dispositions des alinéas ci-dessus, multipliée par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas cinquante pour cent (50 %) et augmenté de moitié pour la partie qui excède.

Le montant de la rente ne peut, en aucun cas, excéder ladite rémunération

Article 149 :

Le montant de l'allocation d'incapacité est au moins égal à trois (03) fois, le montant annuel de la rente qu'aurait perçu la victime pour le même taux d'incapacité.

Article 150 :

Lorsque l'accident du travail est suivi du décès de la victime, les survivants ont droit à des rentes de survivants et à toute autre prestation attribuée par les législations nationales plus favorables.

Article 151 :

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint survivant (la veuve ou le veuf), à condition que le mariage soit antérieur à l'accident et inscrit à l'état civil. Toutefois, au cas où le mariage est postérieur à la date de l'accident, le conjoint survivant est considéré comme ayant droit, dès lors, qu'à la date du décès de la victime, ledit mariage ait eu lieu au moins un (1) an auparavant, ou qu'un enfant soit né de cette union, ou que la veuve soit en état de grossesse ;
- les enfants à charge du défunt définis à l'article 4 ;
- les ascendants à charge.

Article 152 :

Les rentes de survivants sont calculées en pourcentage de la rente à laquelle la victime aurait eu droit en cas d'incapacité permanente totale, à raison de :

- cinquante pour cent (50 %) pour le conjoint ; en cas de pluralité de veuves, le montant leur est réparti à parts égales, de manière définitive ; aucune nouvelle répartition n'est effectuée même en cas de disparition ou de remariage de l'une d'entre elles ;
- quarante pour cent (40 %) pour les orphelins ;
- dix pour cent (10%) pour les ascendants.

Article 153 :

Le montant total des rentes de survivants ne peut excéder quatre-vingts cinq pour cent (85%) de la rente à laquelle l'assuré aurait eu droit en cas d'incapacité permanente totale ; le cas échéant, la rente de survivant est réduite proportionnellement.

Article 154 :

Le droit à la rente de conjoint survivant s'éteint en cas de remariage.

Article 155 :

Les rentes d'incapacité sont attribuées à titre temporaire. Toute modification dans l'état de l'assuré par aggravation ou par atténuation de l'infirmité dûment certifiée par le médecin-conseil de l'organisme, donne lieu à une révision de la rente qui sera majorée à partir de la date de l'aggravation ou réduite à partir du premier jour suivant la notification de la décision de réduction.

Article 156 :

La victime d'un accident de travail est tenue de se soumettre aux examens médicaux périodiques ordonnés par l'organisme sous peine de s'exposer à une suspension de ses droits.

Article 157 :

Le titulaire d'une rente d'incapacité qui a besoin de façon constante de l'aide et de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à une majoration de sa rente qui ne peut dépasser cinquante pour cent (50%) du montant de ladite rente.

Article 158 :

Si le bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente partielle est de nouveau victime d'un accident du travail, un nouveau taux est fixé en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et la nouvelle rente est calculée sur la base de la rémunération prise pour calculer la rente précédente.

Toutefois, si à l'époque du dernier accident, la rémunération moyenne de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de la rente, la nouvelle rente est calculée d'après la rémunération la plus élevée.

Article 159 :

Si le bénéficiaire d'une allocation d'incapacité est de nouveau victime d'un accident de travail et se trouve atteint d'une incapacité d'au moins dix pour cent (10%), la rente est calculée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération prise comme base de calcul pour l'allocation d'incapacité.

Si à l'époque du dernier accident, la rémunération de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de l'allocation, la rente est calculée d'après la rémunération la plus élevée.

Dans tous les cas, son montant sera réduit, pour chacune des trois premières années suivant la liquidation de la rente, du tiers du montant de l'allocation d'incapacité allouée à l'intéressé.

Article 160 :

En cas d'accident ayant entraîné la mort, les frais funéraires sont payés par l'organisme dans la limite des frais exposés et sans que leur montant ne puisse excéder le double de la rémunération mensuelle moyenne de la victime.

Article 161 :

Si le décès s'est produit au cours d'un déplacement professionnel de la victime hors de son lieu de résidence, ou dans le cas de son évacuation, l'organisme supporte les frais de transport du corps jusqu'au lieu de sépulture choisi par la famille du défunt.

Article 162 :

Les prestations servies au titre des risques professionnels, sont réduites lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime.

Elles ne sont pas dues en cas de faute intentionnelle, de crime ou de délit de sa part.

Elles sont suspendues, lorsque la victime refuse d'observer les règles prescrites ou de se soumettre au contrôle médical.

Article 163 :

Si l'accident de travail est causé par un tiers, l'organisme est tenu de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations prévues par les présentes dispositions.

L'employeur ou ses préposés sont considérés comme tiers si l'accident ou la maladie professionnelle résulte d'une faute intentionnelle de leur part.

La victime ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable, le droit de réclamer réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

Article 164 :

L'organisme est admis de plein droit à intenter à l'auteur de l'accident une action en remboursement du montant des prestations servies et des capitaux de rente constitués.

Il est obligatoirement appelé en cause pour tout jugement portant sur la responsabilité ou la réparation d'un accident du travail ou pour toute transaction en indemnisation de la victime ou de ses ayants droit.

A défaut, il est sursis au jugement et toute transaction en indemnisation des préjudices causés par un accident de travail à laquelle l'organisme n'est pas partie, est nulle et de nul effet.

Article 165 :

Les rechutes des lésions consécutives à un accident du travail, sont prises en charge par l'organisme selon des modalités définies par les législations nationales.

Article 166 :

La rente peut, après expiration d'un délai de cinq (05) ans à compter du point de départ des arrérages, être rachetée en partie selon les conditions suivantes :

- si le taux d'incapacité est inférieur ou égal à cinquante pour cent (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 supérieur à cinquante pour cent (50%), le rachat de la rente peut être opéré dans la limite du quart au plus du capital correspondant à la fraction de la rente allouée jusqu'à cinquante pour cent (50 %).

Article 167 :

La demande de rachat doit être adressée à l'organisme dans les deux (02) ans qui suivent le délai de cinq ans visé à l'article 164.

Article 168 :

Le capital constitutif de la rente est calculé selon les barèmes fixés par les législations nationales.

Article 169 :

Toute victime d'un accident de travail qui a subi des lésions rendant impossible la récupération d'une physiologie normale, a droit à la réadaptation fonctionnelle.

Elle a également droit à la rééducation professionnelle, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation professionnelle, si du fait de l'accident, elle est devenue inapte à l'exercice de sa profession et pourrait recouvrer son aptitude à la suite d'une nouvelle adaptation.

Article 170 :

Pendant la période de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, la victime a droit au versement de l'indemnité journalière.

Cette dernière ne se cumule pas avec la rente qui aura été allouée à la victime au titre de l'incapacité permanente pour laquelle elle bénéficie de la réadaptation ou de la rééducation ; seule est versée la prestation, dont le montant est le plus élevé.

Toutefois, au cas où serait ordonnée par le praticien la reprise partielle du travail, dans le cadre des traitements de réadaptation et de rééducation, la victime bénéficiera du plein salaire correspondant au travail effectué.

Dans ce cas, l'employeur supporte la différence entre ce salaire et l'indemnité journalière qui sera maintenue jusqu'au terme du traitement, ou éventuellement la rente. Ledit salaire est exempté de toutes cotisations sociales au titre de la branche des risques professionnels.

Article 171 :

La rente reste intégralement due, une fois la réadaptation ou la rééducation acquise, quelle que soit la nouvelle qualification de la victime.

Article 172 :

En cas d'interruption volontaire du stage par la victime, cette dernière n'a droit qu'aux indemnités journalières ou à la rente, selon qu'il y ait ou non consolidation, au lieu du salaire visé à l'article 168.

Toute interruption doit être déclarée à l'organisme dans les trois (03) jours ouvrables par l'employeur.

Article 173 :

L'employeur doit s'efforcer de reclasser dans son entreprise, à un poste correspondant à ses aptitudes, tout travailleur atteint d'une réduction de ses capacités le rendant inapte à son ancien emploi.

Article 174 :

Si l'employeur ne dispose d'aucun emploi permettant ce reclassement, l'accord préalable de l'Inspecteur du travail compétent doit être obligatoirement obtenu avant tout licenciement de la victime.

Le cas échéant, la victime licenciée dispose d'une priorité d'embauche dans son ancienne entreprise pour tout nouvel emploi qui viendrait à être créé et correspondant à ses aptitudes et capacités.

CHAPITRE II : LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 175 :

Est considérée comme maladie professionnelle, toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées audit tableau.

Article 176 :

Est également présumée d'origine professionnelle, une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime.

Dans ce cas, un avis motivé d'un comité, constitué du médecin conseil de l'organisme, du médecin traitant de la victime et d'un médecin expert désigné par le Ministère chargé de la santé est requis avant toute prise en charge par l'organisme.

Article 177 :

La date de prise en charge de la maladie professionnelle est celle de sa constatation médicale.

Article 178 :

Les maladies qui se déclarent après la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque, ouvrent droit aux prestations si leurs délais d'apparition sont conformes à ceux prévus par le tableau des maladies professionnelles.

Article 179 :

Les dispositions relatives à la déclaration, à la prise en charge et à la réparation des accidents du travail s'appliquent par analogie aux maladies professionnelles.

La date de la première constatation médicale de la maladie est assimilée à celle de l'accident.

Article 180 :

Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles, est tenu d'en faire la déclaration à l'organisme et à l'Inspection du travail du ressort.

Article 181 :

Dans le cadre de la prévention et de la mise à jour régulière de la liste des maladies professionnelles, les médecins sont tenus de déclarer à l'organisme, les nouveaux cas de pathologies professionnelles dont ils ont eu connaissance.

Article 182 :

Un comité constitué de médecins spécialistes des pathologies professionnelles, désignés à raison d'un par Etat membre de la Conférence, se réunit tous les cinq (05) ans pour la mise à jour du tableau des maladies professionnelles.

CHAPITRE III : PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Article 183 :

L'organisme de prévoyance sociale est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre les programmes de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 184 :

L'organisme doit promouvoir toute action tendant à éduquer et à informer les assurés afin de les prémunir contre les risques éventuels.

Article 185 :

Dans le cadre des actions de prévention, l'organisme est tenu de recueillir auprès des diverses catégories d'employeurs, toute information permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte de leurs causes et des circonstances, de leurs fréquences et de leurs effets, spécialement de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent.

En tout état de cause, il peut procéder à toutes enquêtes jugées utiles en ce qui concerne les conditions de santé et de sécurité au travail.

Article 186 :

Les enquêtes et les actions de prévention sont effectuées par des corps d'ingénieurs spécialisés et d'agents de prévention assermentés de l'organisme.

Article 187 :

L'organisme doit :

- veiller à l'observation par les employeurs des prescriptions réglementaires visant à préserver la santé et la sécurité des travailleurs ;
- inviter tout employeur défaillant à prendre toutes mesures justifiées de prévention, sauf recours dûment motivé ;
- demander l'intervention de l'inspection du travail ou de toute autorité compétente, pour faire appliquer les mesures de prévention ainsi que celles prévues par les législations et les réglementations du travail ;
- adopter des dispositions générales de prévention, applicables à l'ensemble des employeurs exerçant une même activité ou utilisant les mêmes outillages et procédés ;
- recueillir pour les diverses catégories d'entreprises toutes les données permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles en tenant compte de leurs causes et circonstances, de leur fréquence, de l'importance des incapacités qui en résultent et des coûts de la réparation ;
- procéder à une majoration de cotisations, selon des taux définis par les législations nationales, à l'endroit de tout employeur qui ne respecte pas les mesures de prévention préconisées.

Article 188 :

L'organisme peut consentir des subventions ou avances, selon les conditions et modalités définies par le Conseil d'Administration, en vue d'encourager toute initiative en matière de prévention ou de participer aux études et à la réalisation des aménagements destinés à assurer une meilleure protection des travailleurs.

Article 189 :

Le financement des activités de prévention est assuré par un fonds de prévention dont les modalités de constitution et d'utilisation sont définies par les législations nationales.

TITRE IV : PRESTATIONS FAMILIALES ET DE MATERNITE

CHAPITRE I – PRESTATIONS FAMILIALES

Article 190 :

Les prestations familiales comprennent :

- l'allocation prénatale ;
- l'allocation de maternité ;
- les allocations familiales ;
- ainsi que toute autre prestation accordée par les législations nationales.

Article 191 :

Le droit aux prestations familiales est subordonné à la justification par l'assuré, d'une activité professionnelle exercée de façon consécutive et pendant une durée minimale de trois mois au moins chez un ou plusieurs employeurs.

La justification de l'exercice de l'activité professionnelle est faite au moyen des comptes individuels des assurés ou de tout autre document régulièrement délivré par l'employeur.

Article 192 :

Sont comptés comme mois d'activité, les mois au cours desquels, le salarié a travaillé au moins pendant dix huit (18) jours ou cent vingt (120) heures.

Article 193 :

Sont assimilés aux jours de travail :

- les jours d'absence pour cause d'accident et maladie non professionnels régulièrement attestée ;
- les jours d'absence pour cause d'incapacité temporaire résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- les jours de repos correspondant aux périodes légales de congés pré et post natal ;
- les jours de congés payés.

Article 194 :

Lorsque le père et la mère d'un enfant relèvent de régimes différents, les prestations familiales sont attribuées au titre du régime le plus avantageux.

Aucun cumul n'est admis.

Article 195 :

Les prestations familiales ne sont pas cumulables avec les pensions de vieillesse ou d'invalidité.

Toutefois, en cas de décès d'un bénéficiaire de prestations familiales non titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, le conjoint survivant, en attendant la liquidation de ses droits, peut continuer à bénéficier des prestations familiales pour les enfants qui étaient à la charge du défunt, à condition qu'il en assure la garde et l'entretien.

Ces droits sont suspendus et les montants déjà perçus sont déduits des arrérages des pensions de survivants dès leur liquidation.

Article 196 :

Ouvrent droit aux allocations familiales, les enfants de l'assuré âgés de 18 ans au plus, s'ils poursuivent leurs études. L'âge limite est porté à 21 ans si l'enfant est en apprentissage, s'il poursuit des études secondaires, supérieures ou s'il est atteint d'une infirmité ou d'une maladie invalidante.

Article 197 :

Les allocations familiales sont attribuées à l'assuré pour chacun des enfants à charge dans la limite de six (06) enfants. Le remplacement des enfants ayant atteint la limite d'âge par des enfants mineurs est autorisé.

Article 198 :

Les enfants des mères célibataires salariées, ouvrent droit aux allocations familiales, s'ils ne sont pas déjà pris en charge au titre de leur père. Dans tous les cas, les allocations familiales ne peuvent être payées à la fois au père et à la mère au titre du même enfant.

Article 199 :

Les taux des allocations familiales sont fixés par les textes réglementaires, sur proposition du Conseil d'Administration. Ils sont révisés selon les mêmes voies.

Article 200 :

Les allocations familiales sont payables à l'assuré. Toutefois, lorsque sur saisine d'une tierce personne, il est établi, après enquête des services de l'organisme de prévoyance sociale, que les allocations familiales ne sont pas utilisées dans l'intérêt des enfants, l'organisme peut décider d'effectuer leur paiement à la personne qui assume la charge de l'enfant dans les conditions énoncées à l'article 4 des présentes dispositions.

Article 201 :

Le droit aux allocations familiales prend effet pour compter du premier jour du mois civil qui suit celui au cours duquel la condition de stage est remplie.

Les allocations familiales sont liquidées d'après le nombre d'enfants y ouvrant droit, le premier jour de chaque mois civil.

Elles sont payées à terme échu et à intervalles réguliers ne dépassant pas trois mois.

Article 202 :

Le droit aux allocations familiales est acquis pour le mois qui suit celui au cours duquel l'enfant est né.

En cas de décès de l'enfant, il est acquis pour le mois entier au cours duquel a eu lieu le décès.

Article 203 :

Le paiement des allocations familiales est subordonné à la production périodique de documents administratifs attestant de la prise en charge effective de l'enfant, de son suivi médical ou scolaire, de son invalidité ou de son apprentissage professionnel.

Article 204 :

Les allocations familiales cessent d'être payées en cas d'interruption de l'activité professionnelle de l'assuré.

Toutefois, les allocations familiales sont dues pendant la période de suspension du contrat de travail pour cause de maladie.

Elles sont également payées pendant la période de chômage pour une durée de six mois au plus à compter de la cessation d'activité.

Article 205 :

Les allocations prénatales sont destinées à assurer la surveillance médicale des grossesses et les meilleures conditions d'hygiène et de santé à la mère et à l'enfant.

Article 206 :

Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié à compter du jour de la déclaration de la grossesse à l'organisme.

Le paiement des allocations prénatales est subordonné à la production des certificats médicaux attestant que le bénéficiaire a subi aux 3^{ème}, 6^{ème} et 8^{ème} mois de la grossesse, les examens médicaux obligatoires effectués par les personnels habilités de la santé.

Article 207 :

Le montant mensuel de l'allocation prénatale est au moins égal à celui de l'allocation familiale.

Article 208 :

Le droit à l'allocation de maternité est ouvert à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié qui donne naissance sous contrôle médical à un enfant né viable et déclaré à l'état civil.

En cas de naissance multiple, chaque naissance est considérée comme une maternité distincte.

Article 209 :

Le paiement des allocations de maternité est subordonné à la production d'un certificat attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical.

Article 210 :

Le montant de l'allocation de maternité est au moins égal à deux fois celui de l'allocation familiale. Cette allocation est payable une seule fois à la mère ou en cas de décès, à la personne qui a la charge effective de l'enfant.

CHAPITRE II – PRESTATIONS DE MATERNITE

Article 211 :

Il est institué au profit des femmes salariées, une couverture maternité ouvrant droit aux indemnités journalières destinées à compenser la perte de leur salaire pendant leurs congés de maternité et à assurer la prise en charge des frais liés à l'accouchement.

Article 212 :

L'indemnité journalière est due à la femme salariée en couches pendant la période légale de congés de maternité.

Elle est payée pour une période de quinze (15) semaines au maximum. Toutefois, dans le cas d'un repos supplémentaire, justifié par la maladie résultant de la grossesse ou des couches et attesté par un certificat médical, l'indemnité journalière peut être payée jusqu'à concurrence d'une période supplémentaire de trois semaines.

Article 213 :

Cette indemnité journalière est égale à l'intégralité du salaire journalier moyen soumis à cotisations.

Article 214 :

L'indemnité journalière est servie sur production par la femme salariée :

- d'une décision d'engagement ou toute pièce en tenant lieu ;
- d'une attestation de cessation temporaire d'activité ;
- des certificats médicaux attestant de la consultation prénatale et indiquant la date présumée de l'accouchement ;
- d'un certificat médical attestant l'accouchement ;
- d'une attestation de reprise d'activité ;
- du bulletin de salaire du mois précédant la cessation d'activité.

Article 215 :

L'indemnité journalière est payée mensuellement au fur et à mesure de la production des pièces spécifiées à l'article précédent, la dernière fraction étant servie après la production de l'attestation de reprise d'activité.

Lorsque le salaire de la femme est maintenu par son employeur durant sa période de congé, celui-ci lui est subrogé de plein droit auprès de l'organisme pour la perception de l'indemnité journalière correspondante.

Article 216 :

L'indemnité journalière est due même en cas d'estimation erronée de la date présumée d'accouchement du bénéficiaire.

Article 217 :

Le droit à l'indemnité journalière de maternité est subordonné à la condition que la femme salariée ait été immatriculée à l'organisme de prévoyance sociale trois (03) mois au moins avant la date présumée d'accouchement.

Article 218 :

Les frais d'hospitalisation, médicaux et pharmaceutiques résultant de l'accouchement, sont pris en charge par l'organisme selon les tarifs arrêtés par les législations nationales.

Ces frais sont remboursés au bénéficiaire ou à son employeur si ce dernier les a pris en charge, sur production des pièces justificatives.

TITRE V : ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Article 219 :

Les organismes de prévoyance sociale peuvent exercer une action sanitaire et sociale en faveur des assurés et des membres de leurs familles.

Article 220 :

Les prestations servies au titre de l'action sanitaire et sociale sont déterminées dans le cadre d'un programme annuel ou pluriannuel arrêté par le Conseil d'Administration.

Leur financement est assuré par un fonds alimenté par des prélèvements opérés sur les ressources des branches gérées par l'organisme et éventuellement par des ressources propres selon les conditions arrêtées par les législations nationales et dans la limite des ratios fixés par le Conseil des Ministres de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES).

Article 221 :

Les ressources du fonds d'action sanitaire et sociale servent :

- à toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires destinées en priorité aux populations assurées exposées au risque de précarité ;
- à la collecte et à l'exploitation des informations et des résultats des recherches portant sur les endémies, sur la protection maternelle et infantile ainsi qu'aux campagnes pour le développement des mesures de prévention et de réhabilitation ;
- à la création et à la gestion éventuelle des centres d'action sanitaire et sociale en vue d'assurer la protection maternelle et infantile, le suivi et l'accompagnement des assurés invalides, la diffusion et la promotion de l'hygiène et de la sécurité au travail et dans les foyers des assurés ;
- à l'acquisition, l'aménagement et au fonctionnement des sites d'accueil, de logement et d'hébergement des personnes âgées ainsi que de l'enfance malheureuse ;
- au service des prestations en nature en complément des prestations en espèces ;
- à l'attribution d'aide financière, de subvention ou de prêt à des institutions publiques ou privées agissant dans les domaines sanitaire et social et dont l'activité présente un intérêt pour les assurés et les bénéficiaires des prestations sociales ;
- au soutien aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la prévoyance sociale ;
- toute autre prestation autorisée par le Conseil d'Administration de l'organisme.

Fait à Niamey, le 23 février 2005

**POUR LE CONSEIL DES MINISTRES,
LE PRESIDENT EN EXERCICE**

**Visa du Secrétaire
Permanent**

Seyni GARANKE

Mme KANDA SIPTEY

LEGIBENIN