

REPUBLIQUE DE GUINEE
CONSEIL TRANSITOIRE DE
REDRESSEMENT NATIONAL.

Travail-Justice-Solidarité

C.T.R.N. ont pour

LOI

LOI N° L/94/006/CTRN INSTITUANT UN CODE DE LA SECURITE SOCIALE.

Le Conseil Transitoire de Redressement National,
Vu les dispositions de la Loi Fondamentale notamment en ses
articles 93, 94, et 95;

Après en avoir délibéré, a adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA SECURITE SOCIALE

REGLES D'ASSUJETTISSEMENT

ARTICLE 1 : La présente loi fixe les modalités générales de
mise en œuvre, sur le territoire de la République de Guinée,
des principes régissant la sécurité sociale.

La sécurité sociale a notamment pour objet d'assurer aux
travailleurs salariés et à leur famille, une protection contre
le dénuement économique et social où pourrait les plonger la
perte ou la réduction sensible de leurs gains, dans les
éventualités prévues à l'article 2 ci-dessous.

ARTICLE 2 : Le régime général de sécurité sociale institué par
la présente loi est organisé et contrôlé par l'Etat. Il
comprend plusieurs branches :

- la branche des pensions de vieillesse, d'invalidité et de
survivants ;
- la branche des prestations professionnelles, chargée du service
des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies
professionnelles ;
- la branche des prestations familiales ;
- la branche de l'assurance maladie ;

Travail - Justice - Solidarité
- l'action sanitaire et sociale ;

- toutes autres branches qui pourront être ultérieurement, par décret du Président de la République sur proposition du Ministre chargé de la sécurité sociale.

La Caisse peut en outre favoriser des actions mutualistes qui s'exercent dans les conditions prévues à l'article 122 du présent code.

ARTICLE 3 : La Caisse Nationale de Sécurité Sociale est chargée de la gestion du régime général de sécurité sociale institué par le présent code.

Elle est placée sous la tutelle du Ministre chargé de la sécurité sociale qui en assure le contrôle permanent, dans les conditions fixées par le décret portant organisation du ministère.

ARTICLE 4 : Sont assujettis au régime général de sécurité sociale institué par le présent code, tous les travailleurs soumis au code du travail, sans distinction de race, de nationalité, de sexe ou d'origine, lorsqu'ils exercent une activité, sous réserve des dispositions des articles 5 et 6 du présent code, 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.

CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA SECURITE SOCIALE
Sont également assujettis les salariés de l'Etat et des collectivités publiques, auxiliaires et contractuels qui ne font pas partie d'un cadre permanent d'une administration publique et ne relèvent pas du statut de la Fonction Publique.

Peuvent être assimilés aux travailleurs salariés visés à l'alinéa du présent article :
- les élèves des écoles professionnelles, les personnes placées dans les centres de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelles, les stagiaires et les apprentis pour les branches et selon les modalités qui sont déterminées par décret sur proposition du ministre de tutelle ;

ARTICLE 5 : La présente loi est organisée et contrôlée par l'Etat.
- d'autres catégories de personnes, en cas de création de régimes spéciaux de sécurité sociale pour certains secteurs professionnels bien définis.

Les modalités particulières nécessaires à l'application des dispositions du présent code aux travailleurs temporaires ou occasionnels sont déterminées par décret sur proposition du ministre de tutelle.

- la branche des prestations familiales ;

- la branche de l'assurance maladie ;

Les travailleurs occupés par une entreprise située en République de Guinée et qui sont détachés sur le territoire d'un autre pays afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise, peuvent, avec l'accord de l'institution de sécurité sociale compétente de ce pays, demeurer assujettis à la législation guinéenne de sécurité sociale, à condition que la durée prévisible de ce travail n'excède pas six mois.

Si la durée du travail à effectuer, se prolongeant en raison de circonstances imprévisibles au-delà de la durée initialement prévue, vient à excéder six mois, la législation guinéenne de sécurité sociale demeure applicable jusqu'à l'achèvement du travail, mais à concurrence d'une seule nouvelle période de six mois sous réserve de l'accord de l'institution de sécurité sociale compétente du pays concerné.

Les travailleurs occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire de la République de Guinée afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise, peuvent, avec l'accord de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, demeurer assujettis à la législation de sécurité sociale dont ils relèvent normalement, à condition que la durée prévisible de ce travail n'excède pas six mois.

Si la durée du travail à effectuer, se prolongeant en raison de circonstances imprévisibles au-delà de la durée initialement prévue, vient à excéder six mois, cette législation demeure applicable jusqu'à l'achèvement du travail, mais à concurrence d'une nouvelle période de six mois, sous réserve de l'accord de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

ARTICLE 5 : Toute personne qui, ayant été affiliée au régime général de sécurité sociale pendant six mois consécutifs au moins, cesse de remplir les conditions d'assujettissement, à la faculté de demeurer volontairement affiliée aux régimes d'assurance pension et d'assurance maladie, à condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la date à laquelle leur affiliation obligatoire a pris fin.

Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle détermine les modalités de l'assurance volontaire.

CHAPITRE 2 : DE LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

SECTION 1 : STATUT JURIDIQUE

ARTICLE 6 : La Caisse Nationale de Sécurité Sociale est un établissement public à caractère administratif, de l'Etat, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Elle peut notamment :

- percevoir des cotisations assises sur les salaires versés ;
- recevoir de l'Etat et des collectivités publiques des avances et des subventions ;
- recevoir des dons et legs ;
- acquérir ou aliéner à titre onéreux tout bien meuble ou immeuble ;
- conclure des baux relatifs à des immeubles rentrant dans le cadre de ses attributions ;
- assurer le service des prestations de sécurité sociale.

Le siège de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est fixé à Conakry.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale peut comporter des bureaux secondaires ou correspondants locaux dont la circonscription et les attributions sont fixées par le conseil d'administration.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale ci-après dénommée la Caisse, est dirigée par un organe de décision, le Conseil d'Administration et un organe d'exécution, la Direction Générale.

SECTION 2 : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 7 : Le conseil d'administration est chargé de la mise en oeuvre de la politique de sécurité sociale définie par le Gouvernement et veille au bon fonctionnement de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Il comprend :

4 Membres de droit dont :

2 Membres représentant le Ministère du tutelle ;

1 Membre représentant le Ministère chargé des finances ;

1 Membre représentant le Ministère de la santé ;

3 Membres représentant des organisations d'employeurs choisis sur une liste présentée par les organisations d'employeurs les plus représentatives ;

3 Membres représentant des organisations de travailleurs choisis sur une liste présentée par les organisations de travailleurs les plus représentatives.

ARTICLE 8 : Les membres du conseil d'administration et leurs suppléants sont nommés par arrêté du Ministre de tutelle.

Toutefois, les membres du conseil d'administration doivent être de nationalité guinéenne. Les dérogations peuvent être accordées par le Ministre de tutelle sans que le nombre des membres étrangers puisse dépasser le tiers du nombre total des membres du conseil d'administration.

ARTICLE 9 : La durée du mandat des membres du conseil d'administration est de 3 ans. Le mandat est renouvelable sans limitation.

Lorsqu'une vacance se produit parmi les membres du conseil d'administration par suite de décès, démission, déchéance ou un membre perd de la qualité qui avait motivé sa désignation, il est pourvu à son remplacement dans un délai maximum de deux mois. Le mandat prend fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat du membre qu'il remplace.

Les représentants des employeurs et des travailleurs doivent jouir de leurs droits civils et politiques.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas appartenir au personnel de la Caisse.

Sont déclarés démissionnaires d'office par le ministre de tutelle, les membres qui, sans motif valable, n'assistent pas à trois séances consécutives du conseil.

Les membres du conseil d'administration sont tenus au secret professionnel.

ARTICLE 10 : En cas d'irrégularités, de mauvaise gestion ou de carence, le conseil d'administration peut être suspendu par arrêté du Ministre de tutelle qui nomme un administrateur provisoire dont le mandat ne peut excéder deux mois.

Si les irrégularités ou la mauvaise gestion sont imputables à un ou plusieurs membres du conseil d'administration, la révocation est prononcée par arrêté du ministre de tutelle. La révocation de ce ou ces membres entraîne d'office leur incapacité aux fonctions d'administrateur.

ARTICLE 11 : Le président du conseil d'administration est choisi pour trois ans par les membres du conseil. Il est assisté par un vice-président choisi dans les mêmes conditions.

Le président est alternativement un membre représentant soit les travailleurs, soit les employeurs. Le vice-président ne peut être choisi que parmi les représentants des travailleurs et réciproquement.

ARTICLE 12 : Le président veille à la régularité du fonctionnement de la Caisse, conformément aux dispositions de la législation en vigueur. Il préside aux réunions du conseil d'administration et signe tous les actes et délibérations dudit conseil.

Il représente la Caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Pour l'accomplissement de ces dispositions, il donne, sous son contrôle et sous sa responsabilité, délégation au directeur général de la Caisse.

En cas d'empêchement, il est suppléé par le vice-président.

ARTICLE 13 : Le conseil a notamment pour attributions :

- prendre les mesures destinées à faire appliquer les textes législatifs, réglementaires et administratifs relatifs à la Caisse et à la gestion du régime de sécurité sociale ;
- approuver la structure administrative générale de la Caisse proposée par le directeur général et veiller au bon fonctionnement de cet organisme. A ce titre, il contrôle la gestion du directeur général et l'exécution de ses propres délibérations ;
- voter le budget de la Caisse en recettes et en dépenses et le soumettre pour approbation au ministre de tutelle ;
- approuver les comptes annuels de gestion de l'agent comptable et présenter au ministre de tutelle le rapport annuel du directeur général sur les activités et la gestion des fonds de la Caisse ;
- adopter le règlement intérieur et le statut du personnel de la Caisse et le soumettre à l'approbation du ministre de tutelle ;
- fixer le programme d'action sanitaire et sociale de la Caisse. Ce programme est établi à la fin de chaque année et pour l'année suivante, en même temps que le projet de budget ; il fixe les conditions dans lesquelles peuvent être servies les prestations en nature dispensées au titre de l'action sanitaire et sociale ;
- accepter les dons et legs ;
- déterminer le programme de placement des fonds de la Caisse ;
- conclure les baux nécessaires aux besoins du service, décider des acquisitions, aliénations ou échanges de biens meubles, des achats, ventes, échanges d'immeubles, cessions de droits immobiliers et transactions immobilières.

ARTICLE 14 : Le conseil d'administration se réunit, sur convocation de son président,

- en séance ordinaire, deux fois par an au moins, notamment avant le 1er novembre pour adopter le projet de budget et avant le 1er mai pour approuver les comptes et le rapport annuels ;

- en séance extraordinaire aussi souvent qu'il est nécessaire, soit à l'initiative de son président, soit à la demande du tiers au moins des membres du conseil d'administration, soit à la demande du ministre de tutelle.

La convocation du conseil d'administration est adressée par écrit au moins huit jours à l'avance. En cas d'urgence ce délai peut être ramené à trois jours par décision du président.

L'ordre du jour de la réunion du conseil est arrêtée par le président sur proposition du directeur général. Il est communiqué au ministre de tutelle préalablement à l'ouverture de la réunion. Le ministre de tutelle peut demander l'inscription à l'ordre du jour de la réunion de questions qui doivent alors être examinées en priorité par le conseil d'administration.

ARTICLE 15 : Le conseil ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres assiste à la séance.

Si à la suite de deux convocations successives à huit jours d'intervalle le quorum n'est pas atteint, le conseil est convoqué à nouveau dans les trois jours au moins et peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents, sans toutefois que ce nombre soit inférieur à six.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le Directeur Général, le Directeur Général Adjoint ainsi que l'Agent Comptable assistent aux délibérations du conseil avec voix consultative.

Le conseil peut inviter à participer à certaines de ses délibérations des personnalités dont la compétence a été reconnue par lui ainsi que des cadres qualifiés et techniciens de son choix, lorsque l'ordre du jour comporte des questions de leur compétence.

Le Secrétariat des séances du conseil d'administration, le recueil et la préparation de la documentation jointe aux convocations, l'établissement des procès-verbaux des délibérations et la garde des archives du conseil, incombent au directeur général.

ARTICLE 16 : Les délibérations du conseil sont constatées par des procès-verbaux signés du président du conseil d'administration et du directeur général, responsable du secrétariat.

Les procès-verbaux des réunions du conseil doivent être communiqués au ministre de tutelle dans un délai de quinze jours à compter de la date de ces réunions.

Le ministre de tutelle peut suspendre les décisions qu'il estime contraires à la loi et aux règlements en vigueur ou de nature à compromettre l'équilibre financier d'un régime ou de la Caisse et les renvoyer au conseil avec un avis motivé. Les décisions contestées sont obligatoirement inscrites à l'ordre du jour de la plus prochaine séance du conseil.

Le Ministre de tutelle peut, pour les mêmes raisons, annuler les décisions qui, ayant fait précédemment l'objet d'une suspension, auraient été maintenues par le conseil.

Les délibérations deviennent définitives et exécutoires, quinze jours après réception des procès-verbaux par le ministre de tutelle si celui-ci n'a pas notifié d'opposition avant l'expiration de ce délai.

ARTICLE 17 : Le conseil d'administration désigne en son sein les membres des organes auxquels il peut déléguer une partie de ses attributions.

Toutefois ne peuvent faire l'objet de délégation :

- l'adoption des projets de budget ;
- l'approbation du plan d'organisation et de fonctionnement de la Caisse ;
- l'approbation des comptes financiers ;
- l'approbation du rapport du directeur général ;
- l'approbation des décisions relatives à la cession de participations financières.

Ces organes sont les suivants :

- le bureau ;
- la commission de contrôle ;
- la commission de recours gracieux.

Toutefois le conseil peut, en cas de besoin, créer en son sein tout autre organe dont il détermine la compétence.

ARTICLE 18 : Le bureau du conseil d'administration comprend le président du conseil, un vice-président et un secrétaire choisi parmi les membres du conseil.

Le bureau est chargé de surveiller l'exécution des décisions du conseil et de prendre celles pour lesquelles le conseil lui aura donné délégation.

En cas d'urgence, le bureau est habilité à prendre les décisions nécessaires pour le bon fonctionnement de la Caisse. Le président doit alors en faire rapport au conseil à sa plus prochaine séance.

ARTICLE 19 : La commission de contrôle est composée de trois administrateurs parmi lesquels figurent un représentant du ministre des Finances qui en est le président, un représentant des travailleurs et un représentant des employeurs.

Elle est chargée de vérifier la comptabilité et elle examine les comptes annuels de gestion de l'agent comptable.

Elle est tenue de présenter au conseil un rapport annuel sur les opérations effectuées au cours de l'année et de porter un jugement sur la situation financière de l'organisme en fin d'année.

Elle procède au moins une fois par an à une vérification de caisse et de comptabilité effectuée à l'improviste.

Chaque membre de la commission a libre accès à toute écriture, à tout document, à toute archive et notamment aux pièces justificatives de recettes et de dépenses de la Caisse.

ARTICLE 20 : La commission de recours gracieux est composée de quatre administrateurs parmi lesquels figurent un représentant du ministère de tutelle qui en est le président, un représentant du ministère de la Santé, un représentant des travailleurs et un représentant des employeurs.

Elle étudie les réclamations des employeurs affiliés ou des assurés et propose la décision à l'attention du conseil.

Le directeur général peut soumettre à son avis toute difficulté résultant de l'application des lois et règlements régissant l'organisme.

SECTION 3 : LA DIRECTION GENERALE

ARTICLE 21 : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale est placée sous l'autorité d'un directeur général nommé par décret sur proposition du ministre de tutelle. Il est mis fin aux fonctions du directeur général selon la même procédure. Toutefois en cas de manquement grave, le ministre de tutelle peut prendre des mesures conservatoires.

Le directeur général est assisté par un directeur général adjoint placé sous son autorité, nommé et démis de ses fonctions par arrêté du Ministre.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur général, le directeur général adjoint le supplée dans toutes ses attributions.

Le directeur général peut déléguer partie de ses attributions au directeur général adjoint.

ARTICLE 22 : Le directeur général est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration, à qui il rend compte de sa gestion et du fonctionnement général de la Caisse. Dans le cadre de ses attributions, il prend toutes initiatives nécessaires à la bonne marche des services.

Dans le cadre de la structure administrative générale approuvée par le conseil d'administration, le directeur général :

- établit les structures nécessaires au fonctionnement de la Caisse et à la gestion des branches de sécurité sociale. Il fixe l'organisation du travail dans les services ;
- est ordonnateur du budget de la Caisse en recettes et en dépenses ;
- constate et liquide les droits et charges de l'organisme ;
- est responsable de l'application des mesures destinées à provoquer la liquidation et le recouvrement des cotisations de l'organisme ;
- prend toute décision relative à la gestion du personnel ;
- établit le projet de budget ;
- représente la Caisse devant toute juridiction, au nom du président du conseil d'administration.

ARTICLE 23 : Un agent comptable est nommé par arrêté du ministre de tutelle, après avis du conseil d'administration.

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. Il doit tenir sa comptabilité à la disposition du directeur général et lui fournir toute information dont il peut avoir besoin.

Ses attributions et les conditions dans lesquelles sa responsabilité pécuniaire peut être mise en jeu, sont définies par décret sur proposition du ministre de tutelle.

ARTICLE 24 : Le conseil d'administration peut, sous réserve de l'accord des ministres intéressés, demander que des fonctionnaires d'autres départements soient placés en position de détachement et mis à la disposition de la Caisse. Ce personnel continue à appartenir à son cadre d'origine, mais sa rémunération, augmentée le cas échéant d'une indemnité de détachement, est à la charge de la Caisse.

CHAPITRE 3 : RESSOURCES ET ORGANISATION FINANCIERE DE LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

SECTION 1 : IMMATRICULATION

ARTICLE 25 : L'immatriculation des employeurs est l'opération administrative qui suit nécessairement soit l'ouverture ou l'acquisition d'une entreprise comportant l'emploi de salariés, soit la première embauche d'un salarié lorsque l'engagement de personnes pour les services domestiques et qui a pour effet de reconnaître la qualité d'employeur au regard de la législation de sécurité sociale et de la consacrer par l'attribution d'un numéro matricule constituant une identification codée de la personne de l'employeur et éventuellement de ses divers établissements.

ARTICLE 26 : Tout employeur de personnel salarié est tenu dans un délai de huitaine à compter :

- soit de l'ouverture ou de l'acquisition de l'entreprise si celle-ci comporte l'emploi de salariés,
- soit du premier embauchage d'un salarié,

de demander son immatriculation à la Caisse au moyen d'une formule délivrée par celle-ci.

ARTICLE 27 : Tout employeur est tenu d'indiquer à la Caisse les changements intervenus dans la direction ou l'activité de son établissement ou de son entreprise, telles que cession de l'entreprise, cessation ou changement d'activité, location, mise en gérance libre.

ARTICLE 28 : Tout particulier qui emploie des personnes pour des activités domestiques ou personnelles, notamment en qualité de gens de maison, chauffeur, gardien, boy-cuisinier, blanchisseur est tenu, à l'occasion du premier engagement et dans le délai de huitaine, de demander son immatriculation à la Caisse au moyen d'une formule délivrée par celle-ci.

ARTICLE 29 : L'immatriculation des travailleurs à la Caisse s'effectue obligatoirement à la diligence de l'employeur dans le délai de huitaine qui suit l'embauche de toute personne non encore immatriculée et obligatoirement assujettie en application de l'article 4 ci-dessus.

Elle est opérée par la Caisse au reçu de la déclaration d'emploi d'un travailleur. Une carte individuelle d'immatriculation est remise au travailleur et un récépissé de déclaration d'immatriculation est envoyé à l'employeur.

SECTION 2 : RESSOURCES FINANCIERES

ARTICLE 30 : Les ressources de la Caisse sont constituées par :

- les cotisations dues à la Caisse en application du présent code pour le financement des différentes branches de la sécurité sociale ;
- les majorations encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations ou dans la production des déclarations nominatives de salaires ;
- les revenus des placements de fonds effectués par la Caisse ;
- les dons et legs ;
- éventuellement les contributions du budget et le produit des taxes hors budget et toutes 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 le présent code ainsi que pour couvrir les frais d'administration indispensable au fonctionnement des différentes branches.

ARTICLE 31 : Les règles relatives à la comptabilité de la Caisse sont fixées par décret sur proposition du Ministre de tutelle.

Chacune des branches du régime général de sécurité sociale fait l'objet d'une gestion financière distincte ; les ressources d'une branche ne peuvent être affectées à la couverture d'un déficit d'une autre branche.

ARTICLE 32 : Les cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations perçues par chaque personne assujettie, y compris les primes, gratifications, commissions et tous autres avantages en espèces, ainsi que la contrevaletur des avantages en nature mais à l'exclusion des indemnités représentatives de frais et des prestations familiales versées en application du présent code.

Les avantages en nature sont déterminés suivant les règles appliquées en matière fiscale.

Les rémunérations personnelles visées à l'alinéa 1 ci-dessus sont prises en compte dans la limite d'un montant maximum. Le plafond des salaires soumis à cotisations est fixé par décret sur proposition du ministre de tutelle.

Le plafond est revalorisé périodiquement compte tenu des variations du niveau général des salaires. Son niveau est revisable par arrêté sur proposition de la Direction Générale après avis du conseil d'administration.

Le Conseil d'Administration peut également proposer la suppression du plafond.

Un décret pris sur proposition du Ministre de tutelle pourra déterminer certaines catégories de travailleurs ou assimilés pour lesquels les cotisations seront assises sur des rémunérations forfaitaires ou des classes de salaires et prescrire des modalités particulières de recouvrement des cotisations.

ARTICLE 33 : Les taux de cotisations sont fixés, pour chaque branche, en pourcentage des rémunérations soumises à cotisation par arrêté du ministre de tutelle sur proposition de la Direction Générale et après avis du conseil d'administration. Toutefois le financement de l'action sanitaire et sociale est assurée par des dotations des autres branches en application de l'article 121 alinéa 1 ci-dessous.

Les taux sont révisés selon la même procédure. Cette révision est obligatoire dans les cas visés à l'article 44 ci-dessous.

Le taux de cotisations de la branche des risques professionnels peut être majoré par le Directeur Général dans la limite du double de ce taux à l'égard d'un employeur, aussi longtemps qu'il ne se conforme pas aux obligations légales ou réglementaires en matière de prévention des risques professionnels.

Les taux de cotisations sont fixés de façon à couvrir l'ensemble des dépenses de prestations et d'administration de chaque branche ainsi la quote-part du fonds de roulement et les réserves prescrites pour la branche considérée.

Pour la branche des pensions, le taux est fixé de façon à assurer l'équilibre financier de la branche pendant une période suffisamment longue au vu du résultat de l'analyse actuarielle prévue à l'article 45 ci-dessous.

Si les recettes provenant des cotisations et des placements deviennent inférieures aux dépenses courantes de prestations et d'administration, ce taux est relèvé selon la procédure fixée à l'alinéa 1 ci-dessus.

ARTICLE 34 : 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 et celles de la branche maladie sont réparties entre l'employeur et le travailleur selon des proportions fixées par décret sur proposition du ministre de tutelle. La part incombant au travailleur ne peut, en aucun cas, dépasser la moitié du montant de la cotisation.

Le paiement de la rémunération effectué sous déduction de la contribution du salarié, vaut acquit de cette contribution à l'égard du travailleur, de la part de l'employeur.

Le travailleur ne peut s'opposer au prélèvement de cette part.

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

Si un travailleur est occupé au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est responsable de la part du versement des cotisations calculée proportionnellement à la rémunération payée à l'intéressé.

ARTICLE 35 : Les dates et modalités de versement des cotisations sont fixées par décret sur proposition du ministre de tutelle.

Ce décret règle le cas des cotisations portant sur des éléments de rémunérations versés occasionnellement, à des intervalles irréguliers ou différents de la périodicité des paies.

Les cotisations qui ne sont pas versées dans les délais fixés en application du présent article, sont frappées d'une majoration de cinq pour cent par mois de retard.

Les majorations sont payables avec le principal. Le recours devant le tribunal du travail n'est pas suspensif du paiement des majorations.

Les employeurs peuvent, en cas de force majeure ou de bonne foi dûment prouvée, demander la remise ou la réduction gracieuse des majorations encourues.

Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle fixe les conditions de recevabilité de la requête.

ARTICLE 36 : L'employeur est tenu de produire une déclaration trimestrielle indiquant, pour chacun des salariés qu'il a occupés au cours du trimestre concerné, le montant total des rémunérations perçues, ainsi que la durée du travail effectué.

Le défaut de production aux échéances prescrites de ladite déclaration, donne lieu à l'application d'une pénalité forfaitaire par salarié occupé, au profit de la Caisse, dans les conditions fixées par décret pris sur proposition du ministre de tutelle.

La pénalité susvisée est liquidée par le directeur général et recouvrée dans les mêmes conditions que les cotisations.

ARTICLE 37 : Lorsque le montant des salaires servant de base au calcul des cotisations n'a pas été communiqué à la Caisse, celle-ci procède à une taxation d'office sur la base des derniers salaires déclarés, majorée de vingt cinq pour cent ou à défaut sur la base de la comptabilité de l'employeur.

Lorsque la comptabilité de l'employeur ne permet pas d'établir le chiffre exact des salaires payés par lui à un ou plusieurs de ses salariés, la Caisse fixe forfaitairement le montant des salaires en fonction des taux de salaires pratiqués dans la profession.

La procédure de recouvrement visée à l'article 39 ci-dessous s'applique à la taxation d'office.

La taxation d'office n'est toutefois plus exigible si l'employeur déclare les salaires réellement versés dans le délai fixe par la mise en demeure visée audit article 39.

La Caisse peut se faire communiquer par les services fiscaux tous renseignements susceptibles de faciliter le contrôle des salaires soumis à cotisations.

ARTICLE 38 : Le paiement des cotisations et majorations de retard est garanti pendant cinq ans à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles et immeubles du débiteur, privilège qui prend rang immédiatement après celui du Trésor.

ARTICLE 39 : Si un employeur ne s'exécute pas dans les délais légaux ou réglementaires, toute action en poursuite effectuée contre lui est obligatoirement précédé d'une mise en demeure, sous forme de lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'invitant à régulariser sa situation dans un délai de quinze jours.

Si la mise en demeure reste sans effet, le directeur général peut, indépendamment de toute action pénale, délivrer une contrainte qui doit être visée et rendue exécutoire dans un délai de huit jours par le président du tribunal du travail.

Cette contrainte qui a titre exécutoire, est signifiée par voie d'huissier ou par les agents de la Caisse assermentés à cet effet sur requête du tribunal.

La contrainte comporte tous les effets d'un jugement.

L'exécution de la contrainte peut être interrompue par le recours du débiteur devant le tribunal du travail pour contester la réalité ou le montant de la dette, à condition que ce recours soit formé dans le délai d'un mois à compter de sa signification.

Une procédure d'avis à tiers détenteur entraînant le blocage des comptes bancaires du débiteur défaillant peut également être mise en oeuvre, indépendamment de la procédure décrite aux alinéas 1 et 6 du présent article.

Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle en fixe les modalités d'exécution.

SECTION 3 : R E S E R V E S

ARTICLE 40 : Il est institué un fonds de roulement commun à l'ensemble des branches dont le montant ne peut être inférieur à deux fois la moyenne mensuelle des dépenses de la Caisse constatées au cours du dernier exercice.

ARTICLE 41 : Dans la branche des risques professionnels, la Caisse constitue :

- une réserve technique égale au montant des capitaux constitutifs des rentes allouées, déterminés selon les règles établies par décret sur proposition du ministre de tutelle ;
- une réserve de sécurité au moins égale à la moitié des dépenses annuelles moyennes des prestations à court terme, rentes exclues, effectuées dans cette branche au cours des deux derniers exercices.

Dans la branche des pensions, la réserve est constituée par la différence entre les recettes et les dépenses de cette branche y compris la quote-part des frais d'administration.

Cette réserve ne peut être inférieure au montant total des dépenses constatées pour la branche des pensions au cours des trois derniers exercices.

Dans la branche des prestations familiales, la Caisse constitue une réserve de sécurité égale au montant des dépenses semestrielles moyennes constatées dans cette branche au cours des deux derniers exercices.

ARTICLE 42 : Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle fixe les conditions de placement des réserves et des fonds disponibles.

ARTICLE 43 : Les fonds des réserves de chaque branche, leurs placements respectifs ainsi que le produit de ces placements sont comptabilisés séparément.

Les placements sont effectués à moyen ou à long termes selon le plan financier établi par le conseil et approuvé par le ministre de tutelle. Ce plan financier doit réaliser, en premier lieu, leur sécurité réelle ; il doit viser en outre à obtenir un rendement optimal et concourir dans toute la mesure du possible au progrès social et économique.

Le fonds de roulement et les réserves de sécurité doivent être liquidés et disponibles pour un montant au moins égal au minima prévus aux articles 40 et 41 ci-dessus.

ARTICLE 44 : Si, à la fin d'un exercice, le montant des réserves de l'une des branches devient inférieur à la limite minimale fixée conformément à l'article 41 ci-dessus, le ministre de tutelle recherche les moyens susceptibles de rétablir l'équilibre financier de la branche et propose, si cela s'avère nécessaire, la fixation d'un nouveau taux de cotisation afin de relever le montant des réserves au niveau minimal dans un délai maximum de trois ans.

ARTICLE 45 : La Caisse établit au moins une fois tous les cinq ans une analyse actuarielle de chaque branche de sécurité sociale.

Si cette analyse met en évidence un risque de déséquilibre financier dans une branche, il est procédé à la fixation d'un nouveau taux de cotisation pour cette branche.

SECTION 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 46 : Les pièces administratives relatives à l'application des dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité sociale sont délivrées gratuitement et dispensées des formalités de timbre et d'enregistrement, à la condition de porter une mention se référant expressément au présent article.

Il en est de même pour les jugements ou arrêts, ainsi que pour les extraits, copies, grosses ou expéditions qui en sont délivrés et en général pour tous les actes de procédures auxquels donne lieu l'application des dispositions visées à l'alinéa 1.

ARTICLE 47 : En raison du caractère social des activités qu'elle exerce, telles que définies aux articles 1 et 2 du présent code, la Caisse est exemptée de tous impôts et taxes ainsi que de tous droits de timbre et d'enregistrement.

TITRE 2 : LES PENSIONS DE VIEILLESSE, D'INVALIDITE ET DE SURVIVANTS.

CHAPITRE 1 : CONDITIONS D'ATTRIBUTION

ARTICLE 48 : Les prestations de la branche des pensions comprennent :

- les pensions et allocations de vieillesse ;
- les pensions d'invalidité ;
- les pensions et allocations de survivants.

ARTICLE 49 : L'assuré a droit à une pension de vieillesse s'il remplit les conditions suivantes :

- avoir atteint l'âge d'admission à pension de vieillesse, c'est-à-dire, être âgé de 55 ans, au plus. Lorsque le mois de naissance n'est pas connu, le travailleur sera toujours présumé né le 30 juin de ladite année ;
- justifier de quinze années au moins d'activité salariée ayant donné lieu à cotisation ;
- cesser toute activité salariée. Toutefois, la demande de pension peut être déposée dans le courant du trimestre précédant la date prévisible de cessation d'activité.

L'âge d'admission à pension de vieillesse peut être modifié par décret pris sur proposition du ministre de tutelle, après avis du conseil d'administration, compte tenu de l'évolution des conditions économiques, sociales et démographiques nationales ainsi que de la situation financière de la branche des pensions.

Cinq ans avant l'âge d'admission à pension de vieillesse, l'assuré atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée conforme à ses aptitudes et qui remplit les conditions ci-dessus indiquées à l'alinéa 1 du présent article, peut demander à bénéficier d'une pension de vieillesse par anticipation sur la base des périodes d'assurance accomplies. Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle fixe les modalités de constatation et de contrôle de l'usure prématurée.

La pension de vieillesse peut être suspendue dans les conditions prescrites par un décret pris sur proposition du ministre de tutelle, lorsque le bénéficiaire exerce une activité lucrative.

En cas de mise à la retraite anticipée d'un travailleur assuré pour cause économique dans les 5 ans précédant l'âge normal d'admissibilité à pension et à défaut de son reclassement, l'employeur verse à la Caisse l'ensemble des cotisations patronales et ouvrières afférentes à la période restante pour la totalisation de l'âge normal de la retraite. Ces cotisations sont calculées sur la base du dernier salaire perçu par le travailleur admis à la retraite anticipée.

ARTICLE 50 : L'assuré qui compte au moins douze mois d'assurance et qui, ayant atteint l'âge d'admission à pension de vieillesse ou a pension anticipée ne réunit pas les autres conditions pour avoir droit à une pension, peut demander l'octroi d'une allocation de vieillesse sous forme d'un versement unique.

ARTICLE 51 : L'assuré qui devient invalide avant d'avoir atteint l'âge d'admission à pension de vieillesse a droit à une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes

- avoir cotisé à la Caisse depuis cinq ans au moins ;
- ne pas pouvoir prétendre au bénéfice d'une pension anticipée.

Les conditions prescrites à l'alinéa 1 ci-dessus ne sont pas exigées lorsque l'invalidité est due à un accident. Dans ce cas, l'assuré a droit à une pension d'invalidité s'il occupait un emploi assujetti à l'assurance au moment de l'accident.

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 le rendant incapable de gagner plus du tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail.

ARTICLE 52 : En cas de décès du titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ainsi qu'en cas de décès d'un assuré qui, à la date de son décès avait accompli au moins cent quatre vingt mois d'assurance, ses survivants ont droit à une pension de survivant.

Sont considérés comme survivants :

- la veuve ou le veuf du pensionné ou de l'assuré à condition que le mariage ait été contracté un an au moins avant le décès, à moins qu'un enfant ne soit né de l'union conjugale du veuf ou que la veuve ne se trouve en état de grossesse à la date du décès.

Toutefois les droits du veuf ou de la veuve sont supprimés en cas de remariage ou de concubinage notoire ;

- les enfants à la charge du défunt et qui répondent à la définition appliquée en matière de prestations familiales.

Si l'assuré ne remplissait pas à son décès les conditions prévues au paragraphe 1 du présent article, la veuve ou le veuf invalide ou à défaut les orphelins, ont droit à une allocation de survivant versée en une seule fois .

ARTICLE 53 : L'expression "mois d'assurance" désigne tout mois au cours duquel l'assuré a occupé pendant dix-huit jours au moins ou cent vingt heures de travail, un emploi assujetti à l'assurance et perçu un salaire au moins égal au salaire mensuel minimum garanti le plus élevé ou, à défaut, au plancher de salaires soumis à cotisations.

Un arrêté du Ministre de tutelle détermine les modalités de justification des périodes accomplies.

Pour l'ouverture du droit aux prestations, sont assimilées aux périodes d'assurance :

- les périodes d'absences pour congés réguliers régies par le code du travail ;
- les périodes de voyage dont les frais incombent à l'employeur conformément aux dispositions du code du travail ;
- les périodes pendant lesquelles l'assuré a perçu les indemnités journalières en cas de maladie, accident du travail ou maladie professionnelle ;
- pour les femmes salariées, les périodes de repos à l'occasion des couches ou de leurs suites, ouvrant droit au paiement des indemnités de maternité prévues à l'article 105 du présent code.

CHAPITRE 2 : CALCUL DES PRESTATIONS

ARTICLE 54 : Le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité et de l'allocation de vieillesse est fixé en fonction de la rémunération mensuelle moyenne, définie comme la trente sixième ou la soixantième partie du total des rémunérations soumises à cotisations au cours des trente six ou soixante derniers mois effectifs d'assurance précédant la date d'admissibilité à pension, le choix étant dicté par l'intérêt de l'assuré. Aucune des rémunérations mensuelles servant de base au calcul de la rémunération mensuelle moyenne ne peut être inférieure au plancher ni supérieure au plafond des salaires soumis à cotisation.

Si le nombre de mois d'assurance est inférieur à trente six, la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations soumises à cotisations depuis le début de l'assurance par le nombre de mois d'assurance.

Pour le calcul de la pension d'invalidité, les années comprises entre l'âge d'admission à pension de vieillesse et l'âge de l'invalidité à la date où son invalidité est reconnue, 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 est égal à deux pour cent de la rémunération mensuelle moyenne pour chaque période d'assurance ou assimilée de douze mois.

Le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité ne peut être inférieur à soixante pour cent du salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé ou, à défaut, du

Ce montant ne peut être supérieur à quatre vingt pour cent de la rémunération mensuelle moyenne.

Toutefois, pour une pension d'invalidité fondée sur une période d'assurance effective de cent quatre vingt mois, le montant de la pension ne peut être inférieur à 40% de la rémunération mensuelle moyenne.

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.

Une pension de vieillesse liquidée n'est pas susceptible de révision, sauf recours du bénéficiaire selon la procédure prévue à l'article 125 du présent code, dans les trois mois de la notification de la décision d'attribution de pension.

ARTICLE 55 : Les pensions et allocations de survivants sont calculées en pourcentage de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de l'allocation de vieillesse à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date de son décès. Ces pourcentages sont les suivants :

- 50% pour la veuve ou le veuf ; en cas de pluralité de veuves le montant est reparté entre elles en parts égales ; cette répartition est définitive ;
- 10% pour chaque orphelin de père ou de mère ;
- 20% pour chaque orphelin de père et de mère.

Le montant total des pensions de survivants ne peut excéder le montant de la pension à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit. Pour ce faire, les pensions de survivants sont réduites proportionnellement s'il y a lieu.

A défaut de veuf ou de veuve(s), les orphelins bénéficient de la part de pension qui aurait été dévolue à la veuve ou au veuf.

CHAPITRE 3 : EXERCICE DU DROIT AUX PRESTATIONS

ARTICLE 56 : La pension de vieillesse prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de cessation de toute activité salariale pendant laquelle le travailleur a rempli toutes les conditions requises pour l'admissibilité à pension.

Le travailleur doit adresser la demande de liquidation de pension à la Caisse dans un délai d'un an suivant la date de cessation d'activité.

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

- soit à la date de consolidation de la lésion ou de 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-conseil de la Caisse, l'incapacité doit durer probablement six autres mois au moins.

Les dispositions de l'article 56 sont applicables par analogie à la pension d'invalidité.

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire; elle peut être suspendue dans les conditions fixées à l'article 91 aliéna 5, 6 et 7 ci-dessous.

La pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse de même montant au moment où le bénéficiaire atteint l'âge d'admission à pension.

Le supplément de pension d'invalidité alloué au titulaire qui a besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne, en application de l'article 87 ci-après, est maintenu à l'invalidé dont la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse.

ARTICLE 58 : Les pensions de survivants prennent effet le premier du mois civil suivant le décès de l'assuré, à la condition que la demande soit adressée à la Caisse dans le délai d'un an qui suit la date du décès.

Si la demande de pension de survivant est introduite après l'expiration du délai d'un an qui suit la date du décès, la pension prend effet le premier jour du mois civil qui suit la date de réception de la demande.

ARTICLE 59 : 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.

Les pensions sont payables trimestriellement et à terme échu.

Le conseil peut déterminer des régions et des conditions dans lesquelles les pensions sont payables mensuellement ou suivant d'autres modalités.

ARTICLE 60 : Les demandes de pension sont établies sur des imprimés fournis par la Caisse. Elles doivent être accompagnées de toutes les justifications demandées par la Caisse pour établir les droits des intéressés.

Lorsque les intéressés ne peuvent fournir les justifications demandées, leur cas est soumis à la commission de recours gracieux.

ARTICLE 61 : Un capital décès sous forme d'une allocation unique est accordé aux ayants droit du travailleur salarié dès son décès. Le montant en est égal à 90 fois le gain journalier de base tel qu'il est entendu pour le calcul des indemnités journalières de maladie.

Ce capital ne peut être inférieur à trois fois le salaire mensuel minimum interprofessionnel garanti le plus élevé ou, à défaut, à trois fois le plancher mensuel de salaires soumis à cotisations, ni supérieur à trois fois le plafond mensuel de salaires soumis à cotisations.

ARTICLE 62 : Le droit aux arrérages des pensions est prescrit par deux ans.

La pension de vieillesse, d'invalidité ou de survivant due à un travailleur occupant un emploi assujetti à l'assurance mais non assuré auprès de la Caisse du fait de l'employeur, est à la charge de ce dernier. L'employeur est tenu de déposer auprès de la Caisse le capital représentatif de la pension ; le service de la pension est assuré par la Caisse.

Les dispositions communes aux pensions et aux risques professionnels sont fixées aux articles 87 à 92 ci-après.

TITRE 3 : REPARATION ET PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

CHAPITRE 1 GENERALITES

ARTICLE 63 : 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, qu'il y ait ou non faute de sa part.

Est assimilé à un accident du travail :

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

. sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un certain caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu où il effectue son travail ou perçoit sa rémunération ;

. le lieu du travail et le restaurant, la cantine et d'une manière générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas ;

dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif d'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi.

- l'accident survenu à un travailleur pendant un voyage dont les frais sont à la charge de l'employeur en application du code du travail.

ARTICLE 64 : Est considéré comme maladie professionnelle toute maladie causée par le fait ou à l'occasion du travail.

Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle après avis du ministre de la Santé, établit la liste des maladies présumées d'origine professionnelle avec la liste correspondante des travaux, procédés et professions comportant la manipulation et l'emploi des agents nocifs ou s'effectuant dans des conditions exposant au risque de contracter ces maladies et fixe les délais de prise en charge de ces maladies lorsqu'elles se déclarent alors que le travailleur a cessé d'être exposé au risque.

Dans l'attente de l'intervention du décret prévu à l'alinéa 2, sont considérées comme maladies professionnelles les maladies visées par la convention n° 121 de l'Organisation Internationale du Travail (liste révisée 1980), la durée d'exposition au risque étant appréciée cas par cas par le médecin-conseil.

Les dispositions du présent titre relatives aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles sous les réserves suivantes :

- la date de la première constatation médicale de la maladie est assimilée à la date de l'accident ;
- les maladies professionnelles qui se déclarent après la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque de contracter ces maladies sont prises en charge si elles se déclarent dans les délais indiqués dans la liste visée à l'alinéa 3 du présent article ;
- le salaire retenu pour le calcul des indemnités est celui que percevait la victime au titre de l'emploi d'exposant au risque, lorsque ce salaire est supérieur à celui perçu lors de l'arrêt de travail lié à la constatation médicale de la maladie ;
- l'employeur qui se propose d'utiliser des procédés de travail susceptibles de provoquer une maladie professionnelle figurant sur la liste visée à l'alinéa 3 ci-dessus est tenu d'en faire la déclaration à la Caisse avant la mise en oeuvre de ces procédés et d'en adresser copie à l'inspecteur du travail ;
- tout médecin traitant qui, dans l'exercice de ses fonctions, constate un cas de maladie professionnelle, est tenu d'en faire la déclaration à la Caisse ;
- le délai de prescription de deux ans prévu à l'article 86 ci-après, court du jour de la constatation médicale du caractère professionnel de la maladie.

ARTICLE 65 : La victime d'un accident du travail 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 la victime en cas de décès. L'employeur est tenu de déclarer à la Caisse et à l'inspecteur du Travail du ressort, dans un délai de quarante huit heures, dimanches et jours fériés non compris, à compter du jour où il en a pris connaissance, tout accident du travail et toute maladie professionnelle survenus à des travailleurs de son entreprise.

La déclaration est faite sur les imprimés délivrés par la Caisse.

En cas de carence de l'employeur, la déclaration visée à l'alinéa 3 ci-dessus peut être faite dans le délai de deux mois par la victime et dans un délai d'un an par ses ayants droit, à compter de la date de l'accident.

Les modalités de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles sont fixées par décret sur proposition du ministre de tutelle.

ARTICLE 66 : L'employeur est tenu dès 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 ;
- conduire la victime, s'il y a lieu, sur la formation sanitaire publique ou privée la plus proche du lieu de l'accident ;
- délivrer à la victime un carnet d'accident du travail fourni par la Caisse.

Les soins de première urgence ainsi que le salaire de la journée de l'accident sont à la charge de l'employeur.

Le médecin traitant adresse immédiatement à la Caisse le Certificat initial d'accident du travail figurant dans le carnet d'accident de travail.

ARTICLE 67 : Lorsque, soit d'après le certificat médical transmis en application de l'article 66, dernier alinéa, soit après un certificat médical produit à n'importe quel moment par la victime ou ses ayants droit, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale ou partielle de travail ou lorsque la victime est décédée, la Caisse doit faire procéder sans délai à une enquête.

Les modalités de l'enquête sont fixées par le décret prévu à l'article 85 ci-dessous.

CHAPITRE 2 : LES PRESTATIONS

SECTION 1 : LES PRINCIPES

ARTICLE 68 : Les prestations allouées pour la réparation des accidents du travail comprennent :

- les soins médicaux nécessités par les lésions résultant de l'accident, qu'il y ait ou interruption de travail ;
- l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- une rente ou une allocation d'incapacité en cas d'incapacité permanente de travail, totale ou partielle ;

- l'allocation de frais funéraires et les rentes de survivants en cas de décès, dès lors que celui-ci est directement imputable à l'accident.

Le jour de l'accident est toujours considéré comme jour de travail.

ARTICLE 69 : La Caisse peut décider, sous réserve de l'appréciation du tribunal du Travail, de majorer la rente lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de l'employeur ou d'un préposé de l'employeur.

La majoration ne peut dépasser la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité.

La majoration de rente est payée par la Caisse qui en récupère le montant soit immédiatement, soit au moyen d'une cotisation supplémentaire imposée à l'employeur.

La cotisation supplémentaire est payée en même temps que la cotisation principale ; son taux ne peut excéder cinquante pour cent de la cotisation normale ; elle ne peut être perçue pendant plus de vingt ans.

ARTICLE 70 : Si l'accident est causé par une faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés ou par la faute d'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 du droit commun dans la mesure où le préjudice n'est pas réparé par application du présent titre.

L'employeur est considéré comme un tiers s'il assurait le transport du travailleur et dans la mesure où les biens du travailleur ont subi des dommages du fait de l'accident.

ARTICLE 71 : La Caisse étant tenue de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent titre, elle est admise de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident tiers responsable, une action en remboursement des sommes payées par elle.

La Caisse dispose d'une action récursoire contre l'employeur pour recouvrer la totalité des frais relatifs à un accident du travail non déclaré dans les deux mois à compter de la date de l'accident ou survenu à un travailleur non assuré du fait de l'employeur au-delà de huitaine prévu à l'article 26 ci-dessus.

L'employeur est notamment tenu de déposer auprès de la caisse le capital représentatif de la rente en cas d'incapacité permanente.

SECTION 2 : LES SOINS MEDICAUX

ARTICLE 72 : Les soins médicaux comprennent :

- l'assistance médicale, chirurgicale et dentaire, y compris les soins de spécialistes, les visites à domicile, les examens radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;
- la fourniture des produits pharmaceutiques et accessoires ;
- l'entretien dans un hôpital ou une formation médicale, y compris la nourriture fournie par l'établissement ;
- la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin-conseil comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation fonctionnelle ou la rééducation professionnelle ;
- la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime dans les conditions fixées par le décret visé à l'article 85 ci-dessous ;
- les frais de transport de la victime du lieu de l'accident aux centres médicaux, à l'hôpital, à un cabinet médical ou à sa résidence, ainsi que les frais de transport occasionnés par un contrôle ou une expertise médicale. Les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement direct de la victime.

A l'exception des soins de première urgence qui sont à la charge de l'employeur, les soins médicaux sont intégralement fournis par la Caisse ou supportés par elle.

La Caisse verse après avis du médecin-conseil aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements ou centres médicaux publics et privés ayant fourni les soins, le montant des frais exposés.

Le remboursement par la Caisse aux prestataires de services du secteur privé s'effectue sur la base d'un tarif établi par convention ou à défaut par arrêté du ministre de tutelle après avis du ministre de la Santé.

En cas de nécessité et sur proposition du médecin-conseil et avis conforme d'une commission médicale dont la composition et le fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre de tutelle après avis du ministre de la Santé, les soins médicaux peuvent être dispensés à l'étranger.

SECTION 3 : LES INDEMNITES JOURNALIERES

ARTICLE 73 : L'incapacité temporaire de travail est l'inaptitude au travail qui s'étend du jour suivant l'accident au jour de consolidation ou de guérison de la lésion ou à la date de reprise de service, la consolidation étant entendue au sens de l'article 74 alinéa 2 ci-dessous.

En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par le médecin traitant, la victime a droit à la charge de la Caisse, à une indemnité journalière d'accident pour chaque jour d'incapacité ouvrable ou non.

Cette indemnité est payable pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède de la guérison complète ou la consolidation de la lésion ou le décès du travailleur ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation.

L'indemnité journalière est égale :

- à 50 % de la rémunération journalière moyenne de la victime pendant les vingt huit premiers jours, sans toutefois pouvoir être inférieur au salaire minimum journalier interprofessionnel garanti le plus élevé ou à défaut, au plancher journalier de salaires soumis à cotisations ;
- aux deux-tiers de la rémunération journalière moyenne à partir de vingt neuvième jour qui suit la date de l'accident ainsi qu'en cas de rechute ou d'aggravation ;
- si la rechute ou l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime la nécessité d'un traitement médical, la Caisse prend en charge la rechute, paye les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation, ainsi que s'il y a lieu, la fraction d'indemnité journalière qu'excède le montant correspondant de la rente maintenu pendant cette période d'Incapacité Temporaire.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations soumises à cotisation perçues par la victime au cours du mois précédent celui au cours duquel est survenu l'accident par le nombre de jours ouvrables contenus dans ce mois.

Si la victime n'a pas travaillé pendant toute la durée du mois précédent celui de l'accident, en raison de maladie, accident, maternité, chômage indépendant de sa volonté, congés payés ou absences autorisées, le salaire ou le gain servant à calculer la rémunération journalière moyenne est celui qu'elle aurait perdu si elle avait travaillé dans les mêmes conditions pendant la période considérée.

L'indemnité journalière est réglée aux mêmes intervalles réguliers que le salaire. Ces intervalles ne peuvent toutefois être inférieure à une semaine ni supérieure à un mois.

L'indemnité journalière peut être maintenue sur avis favorable du médecin-conseil, en tout ou en partie, en cas de reprise d'un travail léger susceptible de favoriser la consolidation ou la guérison.

L'employeur peut maintenir à la victime le montant intégral de son salaire pendant toute la période d'incapacité temporaire et demander à la Caisse le remboursement de l'indemnité journalière sur justification.

SECTION 4 : LES RENTES

ARTICLE 74 : L'incapacité permanente est la réduction de capacité de travail qui subsiste après consolidation de l'état pathologique de la victime.

Il y a consolidation lorsque la victime présente un état médicalement constaté comme stabilisé et non susceptible d'amélioration prévisible.

L'incapacité permanente peut être partielle ou totale.

ARTICLE 75 : En cas d'incapacité permanente totale, la victime a droit à une rente mensuelle égale à 70 pour cent de sa rémunération mensuelle moyenne.

La rémunération mensuelle moyenne est égale à la moyenne des salaires soumis à cotisations perçus au cours des douze mois effectifs d'assurance précédant l'accident. Si la victime avait travaillé depuis moins de douze mois, la rémunération mensuelle moyenne est la moyenne mensuelle des rémunérations soumises à cotisations perçues au cours des périodes d'emploi compte tenu des jours ouvrables et non ouvrables.

ARTICLE 76 : En cas d'incapacité permanente partielle, le taux de l'incapacité permanente est déterminé sur la base d'un barème indicatif d'invalidité établi par arrêté du ministre de tutelle après avis du ministre de la Santé, 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 ses qualifications professionnelles.

ARTICLE 77 : La victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente partielle a droit à :

- une rente d'incapacité lorsque le degré de son incapacité est au moins égal à quinze pour cent ;
- une allocation d'incapacité versée en une seule fois lorsque le degré de son incapacité est inférieur à quinze pour cent.

Le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est égal au montant de la rente qui serait due en cas d'incapacité totale de la victime, multiplié par le taux d'incapacité.

Les rentes dues pour la réparation d'un accident entraînant une incapacité permanente, ou d'un accident ayant entraîné la mort, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime ne dépassant pas 12 fois le salaire mensuel ayant servi de calcul des cotisations.

Pour l'incapacité permanente, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel défini ci-dessus, multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse les 50 % et augmenté de la moitié de la partie qui dépasse 50 %.

SECTION 5 : RENTES DE SURVIVANTS

ARTICLE 78 : En cas d'accident du travail suivi du décès de la victime, les survivants ont droit aux rentes de survivants et à une allocation de frais funéraires.

L'allocation de frais funéraires est égale à trois fois le montant mensuel du salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé ou à défaut, à trois fois le plancher mensuel de salaires soumis à cotisations.

Si le décès s'est produit au cours d'un déplacement de la victime pour son travail hors de sa résidence, la Caisse supporte également les frais de transport du corps.

ARTICLE 79 : Sont considérés comme survivants :

- le conjoint non divorcé ni séparé de corps à condition que le mariage ait été légalement contracté avant l'accident ou la constatation de la maladie professionnelle.

En cas de concubinage notoire, le conjoint survivant cesse d'avoir droit à la rente.

En cas de remariage, le conjoint survivant perd le droit à la rente ; il lui est versé dans ce cas un capital égal à trois fois le montant annuel de la rente à laquelle il avait droit.

- les enfants à la charge de la victime répondant aux critères d'ouverture du droit aux allocations familiales.

Si la victime n'a ni conjoint ni enfants, chacun des ascendants reçoit une rente viagère, s'il prouve qu'il aurait pu obtenir de celle-ci une pension alimentaire.

Chacun des ascendants qui, au moment de l'accident était à la charge de la victime même si celle-ci à conjoint ou enfants, reçoit la rente viagère prévue ci-dessus.

ARTICLE 80 : Les rentes de survivants sont calculées en pourcentages du salaire annuel de la victime :

- 30% pour la veuve ou le veuf. En cas de pluralité de veuves, le montant est reparti entre elles à parts égales. Cette répartition est définitive ;
- 15% pour l'orphelin de père ou de mère ;
- 20% pour chaque orphelin de père et de mère ;
- 10% pour chaque ascendant.

Le montant total des rentes auxquelles ont droit les survivants de la victime ne peut dépasser le montant de la rente d'incapacité totale à laquelle la victime avait ou aurait eu droit.

Si le total des rentes de survivants, calculés conformément aux dispositions du présent article, dépasse la limite à l'aliéna 2 fixée ci-dessus, chacune des rentes est réduite en proportion. La réduction ainsi effectuée est définitive.

SECTION 6 : ACCIDENTS SUCCESSIFS, AGGRAVATIONS, ATTENUATIONS

ARTICLE 81 : Si le bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente partielle est de nouveau victime d'un accident du travail, la Caisse acquitte, s'il y a lieu, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente maintenue pendant la nouvelle période d'incapacité temporaire.

La nouvelle rente est fixée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération prise comme base de calcul de la première rente.

Si toutefois, au moment du nouvel accident la rémunération de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de la première rente, la nouvelle rente est calculée d'après la rémunération la plus élevée.

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

Si au moment du nouvel accident la rémunération de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de l'allocation, la nouvelle prestation est calculée d'après la rémunération la plus élevée.

Si le nouvel accident survient dans le délai de trois ans suivant le premier accident, il est déduit du montant de la rente pour chacune des trois premières années suivant la liquidation de la rente, le tiers du montant de l'allocation d'incapacité qui avait été alloué à l'intéressé.

Les rentes d'incapacité sont toujours concédées à titre temporaire.

Si, après la liquidation d'une rente d'incapacité partielle de travail une aggravation ou une atténuation de l'incapacité est dûment constatée par le Médécin Conseil, il est procédé, à l'initiative de la Caisse ou à la demande de la victime, à une révision de la rente qui, selon le changement constaté, sera majorée ou réduite à compter de la date de l'aggravation ou de l'atténuation.

Si, après liquidation d'une allocation d'incapacité, une aggravation de l'incapacité constatée par le Médécin Conseil la porte à 15%, la victime a droit à une rente.

Si cette aggravation survient dans les trois ans qui suivent l'accident, il est déduit de la rente pour chacune des trois premières années suivant la liquidation de la rente, sous peine de s'exposer à une suspension des services de la rente.

Cette suspension intervient à partir du jour de l'échéance suivant la notification de la décision de suspension. 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 lésion et d'un an après ce délai.

SECTION 7 : MESURES REGLEMENTAIRES-PRESCRIPTION

ARTICLE 82 : Un décret pris sur proposition du Ministre de tutelle fixe les modalités d'application du présent titre.

Ce décret fixe notamment :

- les modalités de la déclaration d'un accident du travail ;
- les modalités de l'enquête prévue à l'article 67 ci-dessus ;
- les modalités du contrôle médical ;
- les attributions du médecin-conseil ;
- les conditions de fournitures des appareils de prothèse et d'orthopédie ;
- les conditions de la réadaptation fonctionnelle et de la rééducation professionnelle.

ARTICLE 83 : Le droit aux prestations et indemnités prévues par le présent titre se prescrit par deux ans à dater le jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête ou de la cessation de paiement de l'indemnité journalière.

L'action des praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements pour les prestations visées au présent titre, se prescrit par deux ans à compter soit de l'exécution de l'acte, soit de la délivrance de la fourniture, soit de la date à laquelle la victime a quitté l'établissement.

Les prescriptions prévues aux alinéas 1 et 2 ci-dessus sont soumises aux règles du droit commun.

CHAPITRE 3 : P R E V E N T I O N

ARTICLE 84 : Dans le cadre de la politique générale de prévention d'hygiène et de sécurité et d'action sanitaire et sociale, la Caisse doit :

- recueillir pour les diverses catégories d'établissements, tous renseignements permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus, de leurs fréquences et de leurs effets, notamment de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent ;

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

Ces enquêtes sont effectuées par des ingénieurs-conseil ou des contrôleurs de sécurité de la Caisse agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de tutelle. Ils sont assermentés et sont tenus au secret professionnel.

- 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 ;

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

ARTICLE 85 : La Caisse peut inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention, sauf recours de l'employeur devant l'inspecteur du travail du ressort qui statue dans les quinze jours.

Elle peut également demander l'intervention de l'inspecteur du travail pour assurer l'application des mesures légales et réglementaires en matière d'hygiène et de sécurité.

ARTICLE 86 : La Caisse peut créer et développer ou subventionner des institutions, oeuvres ou services dont le but est de susciter et de perfectionner les méthodes de prévention, de réadaptation et de rééducation et plus généralement les conditions d'hygiène et de sécurité.

Pour l'application de l'article 84, en ce qui concerne les deux derniers alinéas et l'alinéa 1 du présent article, il est créé un fonds de prévention.

Ce fonds est alimenté par un pourcentage pris sur les cotisations versées au titre des risques professionnels.

Ce pourcentage est déterminé par arrêté du ministre de tutelle.

TITRE 4 : DISPOSITIONS COMMUNES

AUX

PENSIONS ET RENTES.

ARTICLE 87 : Le titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité qui a besoin, de façon constante, de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à une majoration de 20% de la pension ou de la rente.

Cette majoration ne peut être inférieure au montant du salaire minimum interprofessionnel garanti le plus élevé ou à défaut, au plancher de salaires soumis à cotisations.

ARTICLE 88 : Les arrérages de pensions ou de rentes courent du lendemain de la date de constatation de l'invalidité ou du décès ou de la consolidation de la blessure.

Les arrérages sont payables par trimestre et à terme échu au lieu de la résidence du titulaire, sous réserve des dispositions de l'article 52 alinéa 1 ci-dessus.

Lorsque le taux d'incapacité permanente 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 permanente de 100% ou les pensionnés totalement invalides.

ARTICLE 89 : Les rentes sont incessibles et insaisissables.

Les pensions sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires, conformément aux dispositions du code du travail.

ARTICLE 90 : Les rentes allouées par application du présent code se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés.

Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle fixe les conditions de cumul de prestations de même nature, de deux ou plusieurs pensions ou de deux ou plusieurs rentes.

ARTICLE 91 : Pour les travailleurs étrangers et sous réserve des dispositions du dernier alinéa du présent article, les prestations sont supprimées :

- lorsque le bénéficiaire quitte définitivement le territoire de la République de Guinée. Dans ce cas, il reçoit pour toute indemnité un capital égal à trois fois le montant annuel de la pension ou de la rente ;

- lorsque l'incapacité de travail ou le décès est la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le bénéficiaire, ou résulte d'une faute intentionnelle de celui-ci.

Les prestations sont suspendues :

- lorsque le titulaire ne réside pas sur le territoire national ;

- lorsqu'il ne respecte pas les prescriptions médicales ordonnées pour son traitement ou néglige d'utiliser les services médicaux mis à la disposition ou lorsqu'il ne se soumet pas aux examens de contrôle prévus aux articles 56 alinéa 3 et 81 alinéa 12, 13 et 14 du présent code.

Toutefois, un décret déterminera les cas et les limites dans lesquels une partie de ces prestations sera servie aux personnes à charge du bénéficiaire.

Les dispositions des alinéas 1 et 2 ne sont pas applicables dans le cas de ressortissants de pays ayant souscrit aux obligations des conventions internationales de l'Organisation internationale du Travail sur la sécurité sociale ratifiées par la République de Guinée ou s'il existe des accords de reciprocité ou des conventions bilatérales ou multilatérales de sécurité sociale sur le service des prestations à l'étranger.

ARTICLE 92 : Les rentes et pensions font l'objet d'une revalorisation périodique par application d'un coefficient correcteur égal au rapport de la moyenne générale des salaires versés au cours des deux derniers exercices respectivement.

Il est procédé dans les mêmes conditions, lors de la liquidation des pensions de vieillesse et d'invalidité, à la revalorisation des salaires pris en compte pour la détermination de la rémunération mensuelle moyenne.

Un arrêté ministériel pris sur proposition du Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, après avis du Conseil d'Administration, fixe les modalités d'application des dispositions ci-dessus.

TITRE 5 : LES PRESTATIONS FAMILIALES

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 93 : Les prestations familiales comprennent ;

- les allocations prénatales ;
- les allocations familiales ;
- les indemnités journalières des femmes salariées en couche.

ARTICLE 94 : Le droit aux prestations familiales est ouvert à tout travailleur exerçant son activité et résidant en République de Guinée et ayant à sa charge un ou plusieurs enfants.

Ces derniers doivent résider en République de Guinée, sauf dispositions particulières applicables des conventions internationales de sécurité sociale de l'Organisation Internationale du Travail, d'accords de reciprocité ou de conventions bilatérales ou multilatérales.

Cette activité doit s'exercer depuis au moins six mois consécutifs chez un ou plusieurs employeurs, un mois de travail comprenant dix huit jours ou 120 heures de travail salarié, au moins.

Sont assimilés à des journées de travail salarié, les jours d'absence pendant lesquels le contrat de travail est suspendu conformément aux dispositions du code du travail.

Le titulaire d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survivant, le titulaire d'une rente d'accident du travail correspondant à une incapacité permanente de travail d'au moins 50% ainsi que le titulaire d'une rente de survivant conservent le bénéfice du droit aux allocations familiales, pour les enfants qui étaient pris en charge au titre des allocations familiales avant la date d'effet de la pension ou de la rente.

Lorsque le père et la mère d'un enfant peuvent prétendre, chacun de leur côté à des prestations familiales, soit à la charge du régime général de sécurité sociale, soit à la charge du budget de l'Etat ou d'une collectivité publique, celles-ci sont établies et liquidées au nom de celui qui bénéficie des prestations les plus avantageuses, aucun cumul n'étant admis.

ARTICLE 95 : Ouvrent droit aux prestations familiales :

- les enfants issus du mariage de l'intéressé, à condition que ce mariage ait été inscrit à l'état civil ;
- les enfants que le conjoint de l'assuré a eus d'un précédent mariage, lorsqu'il y a divorce judiciairement prononcé sauf lorsque les enfants ou divorce judiciairement prononcé sauf lorsque les enfants sont restés à la charge du premier conjoint ou que celui-ci contribue à leur entretien ;
- les enfants que le conjoint de l'assuré a eus d'un précédent mariage, lorsqu'il y a décès régulièrement déclaré ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption ou d'une légitimation adoptive par le travailleur marié, conformément aux règles du code civil.

A défaut d'enfant prévus aux alinéas sus-cités, les enfants naturels sont reconnus dès lors que l'allocataire en assure la charge effective et permanente.

ARTICLE 96 : Le droit aux prestations qui n'ont pas été perçues aux échéances réglementaires est prescrit par un an à compter de la date de leur échéance.

ARTICLE 97 : Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle fixe le taux des prestations familiales ainsi que les modalités d'application du présent titre.

D'autres prestations à caractère familial peuvent être instituées par décret pris sur proposition du ministre de tutelle.

CHAPITRE 2 : ALLOCATIONS PRENATALES

ARTICLE 98 : Il est attribué à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié remplissant les conditions d'activité prévues à l'article 94 alinéa 2 ci-dessus, des allocations prénatales à compter du jour de la déclaration de grossesse accompagnée d'un certificat médical.

Si cette déclaration est faite dans les trois mois de la grossesse, les allocations prénatales sont dues pour les neuf mois précédant la naissance.

Le droit aux allocations prénatales est subordonné à l'observation par la mère des prescriptions médicales et des examens médicaux dont les modalités et la périodicité sont fixées par le décret visé à l'article 97 ci-dessus.

Lors de la déclaration de la grossesse, la Caisse délivre à l'intéressée un carnet de grossesse et de maternité destiné à recevoir les renseignements permettant de vérifier son état-civil et l'accomplissement des prescriptions médicales.

CHAPITRE 3 : ALLOCATIONS FAMILIALES

ARTICLE 99 : Des allocations familiales sont attribuées à l'assuré pour chacun des enfants à sa charge dans la limite de dix enfants. Un décret pris sur proposition du ministre de tutelle peut modifier le nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants qui n'ont pas atteint l'âge au-delà duquel la scolarité ne devient plus obligatoire, qui vivent avec l'assuré et dont celui-ci assure de façon permanente l'entretien, ainsi que, dans une limite d'âge fixée par arrêté, les enfants qui sont en apprentissage ou poursuivent leurs études ou sont atteints d'invalidité ou de maladie chronique les rendant inaptes à toute activité professionnelle.

Un arrêté du ministre de tutelle fixe les modalités d'application du présent article.

ARTICLE 100 : Les allocations familiales sont maintenues pendant les périodes d'interruption d'études ou d'apprentissage pour maladie dans la limite d'un an à partir de l'interruption.

L'octroi d'une bourse d'enseignement ou d'apprentissage ne fait pas obstacle à l'attribution des allocations familiales, sauf lorsque le boursier bénéficie d'une allocation correspondant à ses frais d'études et d'entretien ou que l'apprenti reçoit une rémunération au moins égale à la moitié du salaire minimum garanti le plus élevé ou à défaut, du plancher de salaires soumis à cotisations.

ARTICLE 101 : Le paiement des allocations familiales est subordonné à :

- un minimum de travail salarié ou assimilé à du travail salarié conformément au code du travail, de dix huit jours ou cent vingt heures dans le mois ;
- la consultation médicale de l'enfant une fois par an, jusqu'à l'âge où il est suivi par le service médical scolaire ;
- l'assistance régulière des enfants bénéficiaires d'âge scolaire aux cours des établissements scolaires ou de formation professionnelle, sauf impossibilité certifiée par les autorités compétentes.

ARTICLE 102 : Les allocations familiales sont payables à terme échu et à intervalles réguliers n'excédant pas trois mois.

Elles sont établies en fonction du nombre d'enfants à charge de l'allocataire au premier jour du mois qui suit la naissance.

Elles sont dues pour le mois entier du décès.

ARTICLE 103 : Les allocations familiales sont versées à la personne qui assure la charge effective et permanente de l'enfant.

Un tuteur aux allocations familiales peut être désigné par la juridiction compétente sur instance introduite par la Caisse, lorsqu'il s'avère que le montant des allocations n'est pas employé dans l'intérêt de l'enfant.

ARTICLE 104 : Les prestations familiales, en cas de non paiement des cotisations par l'employeur, sont à la charge de l'employeur défaillant jusqu'à la date d'acquittement des cotisations impayées. La Caisse assure le service des prestations et en récupère le montant auprès de l'employeur.

CHAPITRE 4 : INDEMNITES DE MATERNITE DES FEMMES SALARIEES

ARTICLE 105 : Toute femme salariée perçoit, à l'occasion du congé de maternité, une indemnité journalière de maternité.

Cette indemnité est accordée pendant une période de quatorze semaines dont six semaines postérieurement à la délivrance, à la condition que l'assurée cesse toute activité salariée.

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

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période de congé de maternité peut être prolongée jusqu'au terme des quatorze semaines de congé auxquelles la salariée a droit.

Quand l'accouchement a lieu après la date qui était présumée selon le certificat du médecin, le congé pris antérieurement est dans tous les cas prolongé jusqu'à la date effective de l'accouchement et la durée du congé à prendre obligatoirement après l'accouchement ne devra pas s'en trouver réduite.

Le droit à l'indemnité journalière de maternité est subordonné à la condition que la femme salariée ait été assurée auprès de la Caisse neuf mois avant la date de l'accouchement.

ARTICLE 106 : Les indemnités journalières sont égales à la rémunération journalière moyenne.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par trente le total des rémunérations soumises à cotisations perçues par l'intéressée au cours du mois civil précédant celui au cours duquel a lieu l'arrêt de travail.

La rémunération journalière moyenne ne peut dépasser le plafond journalier des salaires soumis à cotisations.

Elles sont payables de la manière suivante : la moitié à la charge de la Caisse, l'autre moitié à la charge de l'employeur.

CHAPITRE 5 : SOINS RELATIFS A LA GROSSESSE ET A L'ACCOUCHEMENT

ARTICLE 107 : La femme salariée ou le conjoint d'un travailleur salarié en état de grossesse bénéficie de la gratuité du suivi médical de la grossesse pour les soins et examens prévus à l'article 98 alinéa 3 ci-dessus.

La femme salariée ou le conjoint d'un travailleur salarié bénéficie de la gratuité des frais d'accouchement dans les conditions fixées par les textes en vigueur. Toutefois, la Caisse peut prendre en charge, le cas échéant, les frais d'accouchement dans les conditions fixées au titre 6.

TITRE 6 : MALADIE

CHAPITRE 1 : P R I N C I P E S

ARTICLE 108 : Les prestations de maladie comprennent les soins de santé et les indemnités journalières.

ARTICLE 109 : Bénéficie de l'ensemble des prestations maladie le travailleur salarié en raison d'une maladie ou d'un accident non professionnels.

Bénéficient des seuls soins de santé les ayants droit du travailleur répondant à la définition retenue en matière de prestations familiales.

ARTICLE 110 : Pour bénéficier des prestations de maladie pour lui-même et ses ayants droit, le travailleur doit justifier de trois mois d'activité au cours du trimestre qui précède la constatation médicale de la maladie, un mois d'activité devant comprendre dix huit jours ou cent vingt heures de travail salarié dans le mois.

ARTICLE 111 : Sous réserve des dispositions de l'alinéa 2 ci-dessous, la maladie n'est prise en charge par la Caisse qu'à compter du neuvième jour d'arrêt de travail ou, pour les ayants droit, de la première constatation de la maladie.

Toutefois, sauf cas de force majeure, le travailleur doit aviser ou faire aviser la Caisse, sous peine de déchéance, dans les trois jours qui suivent le huitième jour de la première constatation médicale de la maladie.

En cas d'hospitalisation, la maladie est prise en charge à compter du premier jour de l'hospitalisation. De même, la prise en charge a lieu dès le premier jour de constatation de la maladie pour certaines maladies infectieuses ainsi que pour

les maladies longues ou coûteuses figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre de tutelle après avis du ministre de la Santé.

ARTICLE 112 : En cas d'arrêt de travail inférieur à neuf jours, et sous réserve des dispositions de l'article 111 alinéa 2 ci-dessus relatives aux hospitalisations et aux maladies longues ou coûteuses, l'employeur est tenu de fournir au travailleur, à sa femme ou à ses enfants, les soins et médicaments nécessités par leur état conformément aux dispositions de l'article 201 du code du travail.

Lorsque le travailleur participe à la charge des frais médicaux et pharmaceutiques ainsi entraînés, sa quote-part ne peut excéder 50% des frais engagés.

En cas d'arrêt de travail supérieur à neuf jours ou en cas d'hospitalisation ou de maladie longue ou coûteuse prise en charge dans les conditions prévues à l'article 111 alinéa 2 ci-dessus, l'employeur est remboursé par la Caisse pour les soins et médicaments dont il aurait assumé les frais en faveur du travailleur et de sa famille pour toute maladie dont la prise en charge par la Caisse a été régulièrement effectuée conformément aux dispositions des articles 113 à 118 ci-dessous.

CHAPITRE 2 : SOINS MEDICAUX

ARTICLE 113 : Les prestations de maladie couvrent tous les frais de médecine générale et spéciale, à savoir notamment : honoraires, délivrance de médicaments, soins infirmiers, analyses et examens de laboratoire, hospitalisation, soins dentaires, appareils de grande prothèse, rééducation fonctionnelle, fournis ou servis sur le territoire national.

Les frais médicaux et pharmaceutiques ne peuvent donner lieu à remboursement que sur prise en charge préalable par la Caisse attestée par la délivrance par celle-ci d'une feuille de maladie.

La prise en charge des traitements par substances radioactives ou techniques spécialisées, des opérations chirurgicales sauf urgence absolue par le médecin-conseil, des prothèses, de la rééducation fonctionnelle, est subordonnée à l'accord préalable du médecin-conseil.

ARTICLE 114 : Un arrêté du ministre de tutelle, pris après avis du ministre de la Santé, fixe :

- la codification des actes médicaux ;
- la limite des tarifs de responsabilité donnant lieu à remboursement par la Caisse ;

- la liste de certaines fournitures telles que appareils ou prothèses ne donnant pas lieu ou donnant partiellement lieu à remboursement ;
- la contexture de la feuille de maladie sur laquelle devront être consignés tous les actes médicaux.

La Caisse peut passer des conventions avec des formations sanitaires privées fixant, après avis du ministre de la Santé, les tarifs applicables aux assurés sociaux.

Ces tarifs ne sauraient être supérieurs aux tarifs de responsabilité.

Dans l'attente de l'arrêté prévue à l'article 114 alinéa 1, et à défaut de tarifs conventionnels, la Caisse applique comme tarifs de remboursement les tarifs des actes médicaux dans les secteurs publics et en médecine privée fixée par le ministre de la Santé.

ARTICLE 115 : L'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont remboursés par la Caisse selon le système du tiers payant, aux praticiens et fournisseurs de soins et de médicaments, dans la limite des tarifs conventionnels et de responsabilité, à concurrence de 70 % des frais engagés.

Les 30 % restants constituent le ticket modérateur, c'est-à-dire, la participation de l'assuré qui reste à sa charge.

Toutefois, en ce qui concerne les maladies longues et coûteuses visées à l'article 11 alinéa 2 ci-dessus, les frais sont pris en charge par la Caisse à 100 %.

Cependant, les frais d'hospitalisation ne donnent lieu à remboursement par la Caisse que dans la limite de deux ans.

Par ailleurs, un arrêté pourra fixer une limite maximum annuelle au montant des frais médicaux que la Caisse peut prendre en charge pour un même assuré, ayant-droit compris.

Un arrêté du ministre de tutelle fixe les conditions dans lesquelles s'effectuent la délivrance des feuilles de maladie et les remboursements aux fournisseurs de soins et de médicaments.

ARTICLE 116 : Le malade a le libre choix de son médecin, de son pharmacien et des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite.

Le malade est tenu d'observer rigoureusement les prescriptions du médecin-traitant ou du médecin-conseil et notamment le repos au lit ou à la chambre qui a pu lui être ordonné.

Il ne peut quitter sa résidence que si le médecin-traitant le prescrit dans un but thérapeutique et si le médecin-conseil a donné son accord.

Les frais de déplacement du malade ou de ses ayants droit en vue de répondre à une convocation du médecin-conseil sont remboursés par la Caisse sur justifications.

ARTICLE 117 : La Caisse peut faire procéder à tout moment à un examen du malade par le médecin-conseil.

Le malade est tenu de présenter à toute réquisition du médecin-conseil tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoire et ordonnances en sa possession.

Il doit également faire connaître les maladies antérieures et fournir tous renseignements qui lui sont demandés par le médecin-conseil sur son état de santé antérieure.

Lors d'un contrôle médical par le médecin-conseil, le malade a le droit de se faire assister par son médecin. Les honoraires de ce dernier, dans la limite du tarif de responsabilité, sont à la charge de la Caisse.

En cas d'affection de longue durée supérieure à six mois, la Caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire des prestations de maladie, conjointement par le médecin-traitant et le médecin-conseil, en vue de déterminer le traitement que le malade doit suivre.

Les décisions prises par la Caisse à la suite d'un contrôle médical sont notifiées sans délai aux malades par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou tout autre moyen faisant foi.

En cas de contestations relatives à l'application du présent chapitre, les dispositions de l'article 124 ci-dessous sont applicables.

ARTICLE 118 : La Caisse peut prendre en charge les frais relatifs à une évacuation sanitaire et à un traitement médical à l'Etranger par imputation des dépenses à un fonds d'évacuation sanitaire.

Le fonds d'évacuation sanitaire est alimenté par un pourcentage du montant des cotisations encaissées au titre de la branche maladie. Ce pourcentage est fixé par arrêté du ministre de tutelle sur proposition de conseil d'administration.

L'évacuation sanitaire doit faire l'objet de l'accord du médecin-conseil et de l'avis favorable de la commission médicale prévue à l'article 72 ci-dessus. Elle s'effectue sur la formation sanitaire techniquement compétente la plus proche ayant accepté de traiter le malade à évacuer.

Les dépenses relatives aux soins donnés à l'Etranger sont remboursées sur la base des tarifs de responsabilité visés à l'article 114.

CHAPITRE 3 : LES INDEMNITES JOURNALIERES

ARTICLE 119 : Pour chaque arrêt de travail qui répond aux conditions fixées à l'article 112 ci-dessus, le travailleur a droit à des indemnités journalières de maladie à compter du neuvième jour qui suit l'arrêt de travail et pendant treize semaines au plus.

La durée de versement des indemnités journalières est portée à 26 semaines au plus en faveur des travailleurs qui ont accompli trois cents jours de travail au cours des douze mois civils précédant celui au cours duquel a débuté l'arrêt de travail pour maladie.

En cas d'une affection de longue durée, les indemnités journalières sont assurées par la Caisse pendant une durée d'un an au plus, lorsqu'une guérison est prévisible dans ce délai.

Dans le cas contraire, l'intéressé est admis au bénéfice d'une pension d'invalidité, à l'expiration de six mois consécutifs d'arrêt de travail, conformément à l'article 56, alinéa 1 ci-dessus.

ARTICLE 120 : L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalier moyen.

Le salaire journalier moyen s'obtient en divisant par 90 le total des rémunérations perçues par le travailleur au cours des trois mois civils précédant celui au cours duquel a débuté l'arrêt de travail, dans la limite des plafonds de salaires servant de base aux cotisations.

Le versement des indemnités journalières est subordonné à une décision de la Caisse prise après certification de l'incapacité de travail par le médecin-conseil.

TITRE 7 : ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

ARTICLE 121 : Un fonds d'action sanitaire et sociale est créé auprès de la Caisse. Il est alimenté dans les conditions prévues par décret visé à l'article 30, alinéa 1 du présent code, par des dotations des différentes branches de sécurité sociale concernées.

Les ressources du fonds d'action sanitaire et sociale sont utilisées par la Caisse dans les conditions fixées dans le programme d'action sanitaire et sociale délibéré pour chaque exercice par le conseil :

- pour la création de centre médico-sociaux en vue :
 - du service des soins de santé aux travailleurs malades et à leur famille ;
 - de la protection maternelle et infantile ;
 - de la lutte contre les endémies ;
 - de la diffusion des mesures d'hygiène.
- pour l'octroi de subventions à des mutuelles de travailleurs constituées pour le service de soins de santé au profit de leurs membres ou à des formations socio-sanitaires à but lucratif ;
- pour l'octroi de prestation en nature au profit de la mère et de l'enfant ;
- pour toute autre action dans le domaine sanitaire et social, délibérée par le conseil d'administration.

TITRE 8 : MUTUALITE SOCIALE

ARTICLE 122 : Les mutuelles de travailleurs visées à l'article 2, alinéa 2 du présent code, sont des groupements qui au moyen des cotisations de leurs membres se proposent de mener dans l'intérêt de ces derniers une action de prévoyance, de solidarité ou d'entr'aide visant en particulier :

- la protection de la santé des travailleurs et de leur famille;
- la prévention des risques sociaux et la réparation de leurs conséquences ;
- le développement moral, intellectuel et physique de leur membres.

Les règles d'organisation et de fonctionnement, les modalités de contrôle des sociétés mutualistes sont fixées par décret sur proposition du ministre de tutelle.

TITRE 9 : DISPOSITIONS FINALES

CHAPITRE I : CONTROLE

ARTICLE 123 : Le contrôle de l'application par les employeurs des dispositions du présent code est assuré par les contrôleurs de la Caisse commissionnée à cet effet et par les inspecteurs et contrôleurs du travail.

Les contrôleurs de la Caisse doivent recevoir une formation appropriée au niveau équivalent à celle des contrôleurs du travail.

Ils peuvent être recrutés parmi les contrôleurs du travail.

Les contrôleurs de la Caisse en fonction à la date d'entrée en vigueur du présent code sont maintenus dans leurs fonctions.

Les contrôleurs 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 contrôle ;
- l'initiative des visites d'établissements et des enquêtes.

Les contrôleurs de la Caisse sont notamment habilités à :

- vérifier auprès des employeurs leur affiliation, l'exactitude de leurs déclarations des salaires versés et le paiement de leurs cotisations ;
- contrôler les droits des allocataires aux diverses prestations et les règlements de ces prestations par l'intermédiaire des employeurs ;
- s'assurer de l'observation des règles d'hygiène et de sécurité.

Les contrôleurs de la Caisse :

- mentionnent leurs observations et le cas échéant leurs mises en demeure sur les registres des employeurs, mais ne sont pas habilités à dresser procès-verbal ;
- font des rapports de contrôle qu'ils adressent au directeur général de la Caisse, lequel adresse, en tant que de besoin, à l'inspecteur du travail du ressort, ampliation des rapports dans lesquels sont mentionnés les infractions constatées.

Les employeurs sont tenus de recevoir à tout moment les contrôleurs de la Caisse.

Les oppositions ou obstacles aux visites des contrôleurs de la Caisse sont passibles des mêmes peines que celles prévues par le code du travail en ce qui concerne l'inspection du travail.

CHAPITRE 2 : CONTENTIEUX

ARTICLE 124 : Les litiges auxquels donne lieu l'application de la législation et de la réglementation de sécurité sociale visant les assurés, les employeurs et la Caisse, à l'exception des affaires pénales et des litiges qui appartiennent exclusivement par leur nature à un autre contentieux, sont de la compétence du tribunal du travail dans le ressort duquel se trouve le domicile du travailleur.

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état de l'assuré, notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, au taux d'incapacité permanenté, à l'existence ou à la gravité de l'invalidité, à la constatation d'une usure prématurée de l'organisme, donnent lieu à l'application d'une procédure d'expertise médicale.

Le médecin expert est désigné d'un commun accord par le médecin-traitant et par le médecin-conseil ou à défaut, par le ministre de la Santé.

L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours ; il s'impose à l'assuré comme à la Caisse et le cas échéant à la juridiction compétente.

Les modalités de l'expertise médicale sont déterminées par arrêté conjoint du ministre de tutelle et du ministre de la Santé.

ARTICLE 125 : Avant d'être soumises au tribunal, les réclamations formées contre les décisions prises par la Caisse sont obligatoirement portées devant la commission de recours gracieux.

La commission de recours gracieux statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée. En cas de partage des voix, il est statué par le conseil d'administration.

Les requérants disposent d'un délai de deux mois à compter de la date de la notification de la décision pour se pourvoir devant le tribunal du travail qui statue dans les conditions prévues par le code du travail sans qu'une tentative de conciliation soit nécessaire.

Lorsque la décision n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai de deux mois suivant la date de réception de sa réclamation par la Caisse, celui-ci peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la tribunal du travail dans le délai prévu à l'alinéa 3.

Ce délai commence à courir à compter de la date de rejet implicite de la demande.

CHAPITRE 3 : PENALITES

ARTICLE 126 : L'employeur qui a contrevenu aux prescriptions du présent code et de ses textes d'application est poursuivi devant les juridictions pénales, à la requête du ministère public et éventuellement du ministre de tutelle ou à la demande de la Caisse et de toute partie intéressée.

L'employeur est passible d'une amende de 10.000 à 100.000 francs guinéens et en cas de récidive, d'une amende de 20.000 à 200.000 francs guinéens, sans préjudice de la condamnation par le même jugement au paiement des cotisations et majorations dont le paiement lui incombait.

L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de personne employées pour lesquelles a été constatée une infraction aux prescriptions du présent code.

Il y a récidive lorsque dans les douze mois antérieurs à la date d'expiration du délai de quinze jours imparti par la mise en demeure prévue à l'article 38, l'employeur défaillant a déjà subi une condamnation pour une infraction identique.

ARTICLE 127 : L'employeur qui a indûment retenu par devers lui la contribution du salarié aux régimes de pension et de maladie, précomptée sur le salaire, est puni d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 50.000 à 500.000 francs guinéens ou de l'une de ces deux peines seulement.

ARTICLE 128 : Sont punis d'une amende de 10.000 à 100.000 francs guinéens les employeurs ou leurs préposés qui ont contrevenu aux dispositions de l'article 65 relatif à la déclaration d'accident du travail.

En cas de récidive dans le délai d'un an, l'amende peut être portée de 20.000 à 200.000 francs guinéens.

ARTICLE 129 : Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible d'une amende de 50.000 à 500.000 francs guinéens et d'un emprisonnement de trois mois à deux ans ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice des peines résultant s'il y a lieu, d'autres lois.

Il sera tenu en outre de rembourser à la Caisse les sommes indûment payées.

Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant en cas de récidive dans le délai d'un an.

ARTICLE 130 : Dans tous les cas prévus aux articles 126, 127, 128 et 129 ci-dessus, le tribunal peut ordonner que le jugement soit publié dans la presse et affiché dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant.

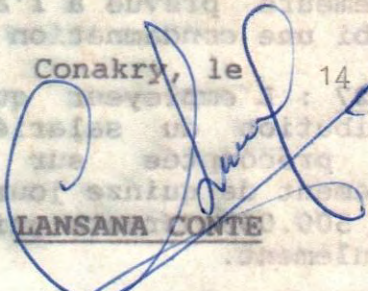
ARTICLE 131 : L'action publique résultant d'une infraction de l'employeur ou de son préposé aux dispositions sanctionnées par l'article 126 ci-dessus est prescrite après un an révolu à compter de l'expiration du délai de quinze jours qui suit la mise en demeure.

L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, est prescrite par cinq ans à compter de la date indiquée à l'alinéa 1 du présent article.

ARTICLE 132 : Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent code, notamment la loi n° 21 AN-60 du 12 décembre 1960 instituant un code de la sécurité sociale.

ARTICLE 133 : La présente loi sera publiée au journal officiel de la République et exécutée comme loi de l'Etat.

Conakry, le 14 02 94


LANSANA CONTE