
CABINET

**DIRECTION GENERAL DU TRAVAIL
ET DES LOIS SOCIALES**

**ARRETE N°002/2012 /MTESS/CAB/DGTLS
fixant les modalités d'application du code de sécurité sociale**

LE MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SECURITE SOCIALE,

Sur le rapport du directeur général du travail et du directeur général de la caisse nationale de sécurité sociale,

Vu la Constitution du 14 octobre 1992 ;

Vu la loi n°2011-006 du 21 février 2011 portant code de sécurité sociale au Togo ;

Vu le décret n° 2008-050 /PR du 7 Mai 2008 relatif aux attributions des ministres d'Etat et ministres ;

Vu le décret n°2010-036/PR du 28 mai 2010 portant composition du Gouvernement, ensemble les textes qui l'ont modifié ;

Vu les avis conformes du conseil d'administration de la caisse nationale de sécurité sociale du 16 juillet 2011 ;

Vu les avis conformes du conseil national du travail et des lois sociales du 05 août 2011,

ARRETE :

**TITRE I - ASSURANCE OBLIGATOIRE DES ELEVES, APPRENTIS ET
STAGIAIRES**

Article 1^{er}- Sont assujettis au régime général de sécurité sociale les élèves des écoles de formation professionnelle, les apprentis et les stagiaires pour les risques d'accident ou de maladie survenus par le fait ou à l'occasion de leur formation, apprentissage ou stage.

Article 2- Le paiement des cotisations des élèves, apprentis et stagiaires est à la charge :

1. de la personne physique ou de l'organisme responsable de l'école, de l'établissement ou du centre lorsqu'il s'agit d'une école, d'un établissement ou d'un centre privé ou doté de l'autonomie financière qui assure la formation ;
2. du budget de l'Etat ou des collectivités publiques secondaires lorsque l'école, l'établissement ou le centre est administré par un département ministériel ou des collectivités publiques secondaires.

Article 3- Les dispositions de l'article 2 ne sont pas applicables aux élèves, apprentis et aux stagiaires qui fréquentent les écoles, établissements ou centres ci-dessus indiqués et qui sont rémunérés par un employeur ou un chef d'entreprise. Ce dernier demeure chargé, pour les

accidents survenus par le fait ou à l'occasion de la formation, de l'apprentissage ou du stage, des obligations qui lui sont imposées par le code de sécurité sociale.

Article 4- Pour les élèves, apprentis ou stagiaires des écoles, établissements ou centres visés à l'article 1^{er}, le salaire servant de base au calcul des cotisations et à celui des prestations est le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié où l'élève, l'apprenti ou le stagiaire serait normalement classé à sa sortie de l'école, de l'établissement ou du centre. Dans tous les cas, ce salaire ne peut être inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).

Toutefois, si la rémunération réelle allouée aux élèves, apprentis ou stagiaires par le gestionnaire de l'école, de l'établissement ou du centre est supérieure, c'est cette rémunération qui est prise en considération.

Article 5- L'interruption de la formation, de l'apprentissage ou du stage par suite de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est assimilée à l'arrêt du travail.

TITRE II - ASSURANCE VOLONTAIRE

CHAPITRE I - CONDITIONS D'AFFILIATION A L'ASSURANCE

VOLONTAIRE

Article 6- Toute personne, qui ayant été affiliée au régime général de sécurité sociale pendant six (6) mois consécutifs au moins, cesse de remplir les conditions d'assujettissement, a la faculté de demeurer volontairement affiliée à la branche des pensions.

La demande doit être formulée dans le délai de douze (12) mois qui suit la date à laquelle l'affiliation obligatoire a pris fin.

Article 7- Tout travailleur, assujetti au régime général de sécurité sociale et qui n'est plus à la charge de son employeur, a la faculté de s'assurer volontairement pendant la période de stage ou de formation et d'exercer ses droits rétroactivement à cet égard pendant un délai d'un an à compter de l'expiration dudit stage.

CHAPITRE II - INSTRUCTION DE LA DEMANDE D'ASSURANCE VOLONTAIRE

Article 8- La demande d'assurance volontaire est adressée à la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) conformément au modèle conçu par cette caisse. La demande est accompagnée du carnet d'assurance ou de la carte d'assuré social dûment renseigné et signé par l'employeur. En l'absence du carnet d'assurance ou de la carte d'assuré social, le requérant produit une déclaration d'immatriculation d'un travailleur.

Aux fins de faire connaître la rémunération devant servir de base au calcul des cotisations et des prestations, le requérant fournit à l'appui de sa demande les bulletins de salaires des trois (3) derniers mois précédant la date de cessation d'activité ou une attestation de salaires délivrée par son employeur. Les salaires pris en compte sont les salaires réellement soumis à cotisation lors de l'affiliation obligatoire.

Article 9- Après examen de la situation du requérant, la CNSS lui notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande. Elle lui notifie par la même occasion et dans le même délai le montant de la cotisation mensuelle qui sera due.

Cette cotisation est calculée sur la base du taux de cotisations de la branche des pensions, parts patronale et ouvrière cumulées. L'assiette servant de base au calcul des cotisations est la moyenne mensuelle de salaires déterminée à partir des trois (3) derniers bulletins de salaires. Cette assiette ne peut être inférieure au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG). Elle peut subir, sur demande expresse de l'assuré, une réévaluation de 5% maximum par an non cumulable d'une année sur l'autre.

En cas de refus, le requérant peut introduire un recours suivant la procédure de recours gracieux en vigueur. Si la commission de recours gracieux autorise l'adhésion à l'assurance volontaire, celle-ci est subordonnée à l'acceptation par le demandeur de payer les cotisations arriérées et les majorations de retard. Ces majorations de retard prennent effet à compter du premier mois suivant le délai fixé à l'article 6 du présent arrêté.

L'assuré volontaire conserve le numéro d'assurance qui lui a été attribué lors de son immatriculation en qualité de travailleur. Dans le cas contraire, il devra préalablement être immatriculé par les services de la caisse nationale de sécurité sociale.

Les obligations de l'assuré volontaire prennent effet le lendemain de la fin de l'assurance obligatoire.

CHAPITRE III - DROITS ET OBLIGATIONS DE L'ASSURE VOLONTAIRE

Article 10- L'assuré volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par lettre adressée à la CNSS. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande.

L'assuré volontaire qui exerce pour son propre compte dans un secteur structuré ou non structuré doit suspendre son assurance volontaire et se faire immatriculer comme travailleur indépendant ou comme travailleur de l'économie informelle.

Article 11- L'assurance volontaire ouvre droit aux prestations de la branche des pensions prévues par le code de sécurité sociale. Les droits de l'assuré volontaire courent à partir de la date où il a atteint l'âge d'admissibilité à la retraite.

Article 12- Les cotisations de l'assurance volontaire sont entièrement à la charge de l'assuré.

Elles sont acquittées mensuellement à terme échu. Lorsqu'elles n'ont pas été versées dans un délai de trente (30) jours après leur échéance, des majorations de retard calculées conformément à la réglementation en vigueur seront dues et recouvrées au même titre que les cotisations principales.

L'employeur peut effectuer, par anticipation, le paiement de l'ensemble des cotisations dues jusqu'à la date d'entrée en jouissance d'une pension de vieillesse ou d'invalidité par le travailleur. Les cotisations ainsi payées ne sont pas remboursables.

En cas de décès de l'assuré volontaire avant terme, les cotisations correspondant à la période comprise entre la date de décès et la date d'admission prévisionnelle à la retraite sont ristournées aux ayants droit.

Le non paiement de douze (12) mois de cotisations échues entraîne la suspension de l'assuré volontaire. Toutefois, la suspension ne peut être effectuée qu'après l'envoi, par la CNSS, d'un avertissement, par lettre recommandée, invitant l'assuré volontaire à régulariser sa situation dans un délai de quinze (15) jours à compter de la réception de cet avertissement. Ce dernier peut solliciter à tout moment la levée de sa suspension. Il est, dans ce cas, tenu de reprendre le versement des cotisations à partir de la dernière échéance non honorée et de supporter les majorations de retard afférentes.

Le paiement des cotisations est interrompu de droit à compter du premier jour du mois civil qui suit celui au cours duquel se situe l'entrée en jouissance de la pension de vieillesse ou d'invalidité. Lorsque la pension d'invalidité est suspendue pour inobservation des formalités prescrites, l'exonération des cotisations est maintenue.

Les cotisations d'assurance volontaire ne sont pas dues pendant la période du service militaire légal ou en cas d'appel sous les drapeaux.

Article 13- Le versement mensuel des cotisations d'assurance volontaire est compté pour un mois d'assurance au sens de l'article 176 du présent arrêté.

Le règlement des cotisations donne lieu à l'envoi ou à la remise par la caisse nationale de sécurité sociale d'une quittance valant attestation de paiement pour l'ouverture des droits à prestation.

Article 14- Le cumul de l'assurance volontaire et l'affiliation obligatoire n'est pas permis. L'assuré volontaire qui a retrouvé un emploi doit obligatoirement suspendre son assurance par lettre adressée à la CNSS. A la réception de ladite lettre, il lui est restitué son carnet d'assurance ou sa carte d'assuré social. L'assurance volontaire prend fin le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel a commencé l'affiliation obligatoire.

En cas de superposition entre une période d'assurance volontaire et une période d'assurance obligatoire, la CNSS ne prend en compte, pour la liquidation des droits, que la période soumise à l'assurance obligatoire. Les cotisations perçues au titre de l'assurance volontaire pendant la période de superposition des deux (2) assurances devront alors être remboursées à l'assuré au moment de la liquidation des droits.

Article 15- L'assurance volontaire ne peut être souscrite au-delà de l'âge d'admissibilité à la retraite. Sa validité couvre la période comprise entre l'assurance obligatoire et l'âge d'admissibilité à la retraite.

TITRE III - AFFILIATION ET IMMATRICULATION DES EMPLOYEURS ET DES TRAVAILLEURS

CHAPITRE I - IMMATRICULATION DE L'EMPLOYEUR

Article 16- L'immatriculation d'un employeur 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.

Elle 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 d'immatriculation constituant une

identification codée de la personne de l'employeur et éventuellement de ses divers établissements.

Article 17- Tout employeur de personnel salarié est tenu de demander son immatriculation au moyen d'un formulaire prévu à cet effet, dans un délai de huit (8) jours à compter :

- soit de l'ouverture ou de l'acquisition de l'entreprise, si celle-ci comporte l'emploi de salariés ;
- soit de la première embauche d'un salarié.

La demande d'immatriculation est accompagnée d'un état de recensement dûment rempli.

Article 18- Tout employeur est tenu d'indiquer à la CNSS les changements qui interviennent dans la direction ou l'activité de son entreprise ou établissement tels que le changement d'adresse, la cession de l'entreprise ou de l'établissement, la cessation ou le changement d'activité ou du dirigeant, la location, la mise en gérance libre.

Article 19- L'immatriculation d'un employeur prend fin avec la cessation définitive d'activité. Cette cessation entraîne suspension ou radiation de l'employeur par la CNSS après une enquête diligentée par ses services.

Article 20- Tout particulier qui emploie une ou plusieurs personnes pour des activités domestiques ou personnelles en qualité de gens de maison notamment, chauffeur, gardien, cuisinier, serveur, blanchisseur, est tenu, à l'occasion du premier engagement et dans un délai de huit (8) jours, de demander son immatriculation à la CNSS au moyen d'un formulaire délivré par celle-ci.

Ce particulier est un employeur soumis aux dispositions des articles 17, 18 et 19 du présent arrêté.

CHAPITRE II - IMMATRICULATION DU TRAVAILLEUR

Article 21- Sont obligatoirement assujettis au régime général de sécurité sociale et affiliés à la caisse nationale de sécurité sociale, les travailleurs visés aux articles 3 et 4 du code de sécurité sociale.

Article 22- Est considéré comme travailleur temporaire, le travailleur tel que défini par le code du travail, qui est embauché et rémunéré pour faire face à un surcroît de travail, à des travaux urgents ou saisonniers et qui cesse le travail une fois les travaux terminés. Il s'agit notamment des travailleurs employés dans les conditions suivantes :

1. remplacement d'un salarié pour absence temporaire ;
2. surcroît temporaire d'activités ;
3. remplacement sur un poste appelé à être supprimé ;
4. exécution d'un travail exceptionnel ;
5. attente d'un recrutement ;
6. exécution d'un travail saisonnier.

Article 23- Est considéré comme travailleur indépendant toute personne exerçant librement son activité professionnelle dans un secteur structuré ou formel et qui n'a aucun lien de subordination avec une tierce personne.

Article 24- Est considéré comme travailleur de l'économie informelle, toute personne exerçant pour son propre compte dans un secteur non structuré notamment dans la petite économie et l'économie traditionnelle.

Article 25- Les critères ci-après permettent de caractériser le travail dans l'économie informelle :

1. la facilité d'accès aux activités ;
2. l'utilisation de ressources locales ;
3. la propriété familiale de l'activité ;
4. l'échelle restreinte des opérations ;
5. l'utilisation de techniques simples ;
6. des marchés échappant à toute réglementation et ouverts à la concurrence.

Article 26- Les différentes formes de l'économie informelle sont :

1- l'économie familiale et domestique :

- la transformation des produits alimentaires en biens de consommation ;
- les activités de service tels que le ménage, la vente de divers biens, les travaux de couture, de jardinage, de bricolage et de petites réparations ;
- les activités liées à la garde des enfants, des malades, des personnes âgées et surtout le transport de ces personnes ;

2- les activités conviviales prenant appui sur des structures associatives :

- la participation gratuite à l'organisation et au déroulement d'activités culturelles, syndicales ou politiques ;
- la production de petits objets vendus pour appuyer les personnes d'une paroisse ou d'un quartier ;
- les réseaux d'entraides aux personnes hospitalisées, handicapées.

Article 27- Tout travailleur autorisé à effectuer un stage de perfectionnement professionnel au Togo ou à l'étranger reste assujéti au régime général de sécurité sociale. Les cotisations de la période de stage restent dues.

Article 28- La caisse nationale de sécurité sociale immatricule les travailleurs assujettis au régime général de sécurité sociale.

1- La demande d'immatriculation est établie par :

- a- l'employeur au plus tard dans les huit (8) jours qui suivent la date de l'embauche, au profit de tout travailleur qui n'a pas été précédemment immatriculé ;
- b- le travailleur indépendant ou le travailleur de l'économie informelle au plus tard dans les trente (30) jours qui suivent le démarrage de ses activités.

2- Pour les travailleurs indépendants soumis à l'assurance au titre de l'ensemble des branches définies par le code de sécurité sociale, la demande d'immatriculation doit comporter obligatoirement une rubrique indiquant la période de vacation du travailleur.

L'immatriculation confère à chaque travailleur salarié un numéro d'assurance destiné à permettre son identification et à faciliter ses relations avec la CNSS.

Les travailleurs indépendants et ceux de l'économie informelle sont identifiés par deux numéros, un numéro d'assurance et un numéro employeur.

Article 29- Le défaut par l'employeur d'avoir satisfait à l'obligation prévue à l'article 28 du présent arrêté ouvre l'initiative de l'immatriculation du travailleur soit de son propre chef, soit à la requête de l'inspecteur du travail du ressort, soit directement par les services compétents de la CNSS. Dans ces cas, celui qui prend l'initiative de l'immatriculation signe la déclaration d'immatriculation d'un travailleur.

Article 30- La caisse nationale de sécurité sociale délivre à chaque assuré immatriculé une carte d'assuré social destinée à consigner les renseignements essentiels concernant l'assuré :

- a- le numéro d'immatriculation de l'assuré ;
- b- sa date d'embauchage ;
- c- ses nom et prénom(s) et pour la femme salariée mariée les nom et prénom(s) de l'époux ;
- d- les noms et prénom(s) de son père et de sa mère ;
- e- le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
- f- le numéro, la date et le lieu de délivrance soit de son acte de naissance ou du jugement supplétif de son acte de naissance soit de sa carte nationale d'identité ;
- g- le nom ou la raison sociale de son employeur et le numéro d'immatriculation de ce dernier.

Article 31- La caisse nationale de sécurité sociale tient à jour pour chaque assuré social un compte individuel dans lequel sont transcrites les informations relatives aux périodes d'activité salariée, aux périodes d'assurance ou assimilées, aux rémunérations perçues et soumises à cotisations, aux cotisations dues et versées.

La caisse nationale de sécurité sociale peut requérir de l'assuré, des services fiscaux et de tout autre service tous les renseignements nécessaires à la mise à jour de son compte individuel.

Article 32- Tout travailleur immatriculé doit, lors de son engagement, présenter sa carte d'assuré social à l'employeur qui y mentionne la date d'embauche, son nom ou la raison sociale de son entreprise et son numéro d'immatriculation à la caisse nationale de sécurité sociale.

Lors du départ du travailleur, l'employeur mentionne sur le carnet d'assurance ou la carte d'assuré social la date de cessation d'emploi.

Il est interdit de porter toute autre annotation sur le carnet d'assurance ou la carte d'assuré social et, en particulier, de formuler des appréciations sur le travailleur.

Les mentions portées sur le carnet d'assurance ou la carte d'assuré social sont certifiées par l'apposition de la signature et, éventuellement, du cachet ou timbre humide de l'employeur ou de son préposé.

Article 33- En cas de perte ou de détérioration du livret d'assurance ou de la carte d'assuré social, il est établi un duplicata portant le même numéro. La reconstitution des périodes

d'emploi du travailleur est effectuée au vu des certificats de travail et du compte individuel. En cas de contradiction, les écritures portées sur ce compte individuel font foi.

Lorsqu'une carte d'assuré social a été entièrement utilisée, il est établi une nouvelle carte portant le même numéro que la précédente.

Article 34- Dans les huit (8) jours qui suivent l'embauchage du travailleur, l'employeur est tenu d'adresser à la CNSS un avis d'embauchage indiquant l'identité du travailleur, son numéro d'assurance et sa date d'entrée dans l'entreprise. L'employeur doit, dans le même délai, aviser la CNSS de la cessation d'emploi du travailleur.

TITRE IV - OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS DANS LE FONCTIONNEMENT DU REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

CHAPITRE I - VERSEMENT DES COTISATIONS ET FORMALITES

Article 35- Les cotisations du régime général de sécurité sociale sont calculées et recouvrées conformément aux dispositions du titre II du code de sécurité sociale.

Article 36- Les cotisations des travailleurs salariés sont réparties entre l'employeur et le travailleur dans les proportions précisées par le décret fixant les taux de cotisation tel que prévu à l'article 13 du code de sécurité sociale.

Article 37- Les cotisations d'un mois, assises sur la moyenne mensuelle des masses salariales de la déclaration nominative des rémunérations de la période la plus récente, éventuellement réajustées sur la base des variations enregistrées au cours de la période, doivent être versées dans les quinze (15) premiers jours du mois suivant à la CNSS.

A cet effet, la CNSS envoie aux employeurs, à chaque début de trimestre, trois (3) appels mensuels de cotisations, dûment pré-remplis et signés par le directeur général, portant mention de leur date d'exigibilité.

Les appels de cotisations sont accompagnés des exemplaires vierges des états de variation des effectifs et des rémunérations.

Les employeurs sont tenus de retourner à la CNSS à l'échéance de paiement des cotisations, les imprimés des appels de cotisations avec les titres de paiement. A tout moment, les employeurs peuvent envoyer les imprimés renseignés et signés des états de variation des effectifs et des rémunérations pour informer la CNSS de tout changement intervenu dans son entreprise, notamment embauchage, débauchage de salariés et variations de salaires.

A la fin de chaque trimestre, la CNSS envoie aux employeurs les états trimestriels de variation des effectifs et des rémunérations communiqués par les employeurs au cours du trimestre. L'employeur vérifie, date et signe cet état. Il y met son cachet et le retourne à la CNSS au plus tard à la fin du deuxième mois du trimestre suivant.

L'état trimestriel de variation des effectifs et des rémunérations, adressé à l'employeur, récapitule toutes les informations fournies par l'employeur à travers tous les imprimés des états de variation des effectifs et des rémunérations adressés par lui à la CNSS au cours du trimestre.

Article 38- En cas d'embauchage ou de débauchage d'un travailleur, la production des états de variation des effectifs et des rémunérations est obligatoire pour toutes les catégories d'employeurs.

En cas de variation des rémunérations, les employeurs peuvent communiquer à la CNSS les états de variation sur support électronique ou sur les états de variation des effectifs et des rémunérations imprimés par la caisse de sécurité sociale.

Lorsque l'employeur choisit d'adresser à la CNSS les états de variation des effectifs et des rémunérations sur support électronique, ces derniers sont accompagnés d'un bordereau de ces variations dûment signé par l'employeur.

Article 39- Pour la génération des appels mensuels de cotisations et la tenue des comptes individuels, les employeurs sont tenus de retourner à la CNSS en janvier et juillet une déclaration nominative des rémunérations (DNR) faisant ressortir pour chacun des salariés qu'ils ont occupés au cours du semestre écoulé, le montant total des rémunérations ou gains perçus par les intéressés ainsi que la durée du travail effectuée en jours ou heures.

A cette fin, la CNSS établit et adresse aux employeurs au plus tard :

- le 31 janvier de chaque année, la déclaration nominative des rémunérations des travailleurs ayant exercé leur activité pour le compte de ces employeurs au cours du deuxième semestre de l'année précédente avec l'indication de leur numéro d'assurance, du montant total des rémunérations ou gains perçus par les intéressés et de la durée du travail effectué en jours ou heures ;
- le 31 juillet de chaque année, la déclaration nominative des rémunérations des travailleurs ayant exercé leur activité pour le compte de ces employeurs au cours du premier semestre de l'année en cours avec l'indication de leur numéro d'assurance, du montant total des rémunérations ou gains perçus par les intéressés et de la durée du travail effectué en jours ou heures.

Les déclarations nominatives des rémunérations visées à l'alinéa ci-dessus sont signées et retournées à la CNSS par les employeurs si ces derniers sont d'accord avec toutes les informations qui y sont portées. Lorsque les employeurs ont des observations à faire sur ces déclarations, ils s'abstiennent de les signer. Les corrections à y insérer sont consignées sur les imprimés des états de variation des effectifs et des rémunérations, le tout retourné à la CNSS. Celle-ci procède aux corrections nécessaires et édite de nouvelles déclarations nominatives des rémunérations qui sont soumises aux employeurs pour signature et renvoi à la CNSS.

Article 40- Une majoration de 5% est appliquée aux cotisations qui n'ont pas été acquittées à la date limite d'exigibilité des cotisations définies à l'article 37 du présent arrêté.

Cette majoration est augmentée de 1% des cotisations non acquittées par mois ou fraction de mois écoulé après l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

Les majorations prévues aux alinéas 1 et 2 sont payables en même temps que les cotisations.

Le recours introduit devant le tribunal du travail n'interrompt pas le cours des majorations de retard.

Article 41- Les employeurs peuvent, en cas de force majeure ou de bonne foi dûment prouvées, formuler une demande gracieuse en réduction des majorations de retard encourues en application de l'article 40 du présent arrêté.

La demande gracieuse en réduction des majorations n'est recevable qu'après règlement de la totalité des cotisations et des majorations encourues. Au cas où le recours est fructueux, et si l'employeur est à jour de ses cotisations, la destination des majorations de retard gracieusement remises sera définie de commun accord entre la CNSS et l'employeur.

Le directeur général de la caisse nationale de sécurité sociale est compétent pour statuer sur les demandes portant sur un montant initial de majorations inférieures ou égales à 500 000 francs CFA. Au-delà de ce chiffre, il est statué, sur proposition du directeur général, par la commission de recours gracieux. Les décisions du directeur général et de la commission de recours gracieux sont motivées.

Article 42- Le défaut de production aux échéances prescrites de la déclaration nominative des rémunérations visée à l'article 38 du présent arrêté donne lieu à l'application d'une majoration de 1000 francs CFA par salarié figurant sur la dernière déclaration produite par l'employeur. Lorsque l'employeur n'a jamais produit de déclaration, la majoration de 1000 francs CFA est applicable pour chaque salarié dont le contrôle a révélé l'emploi dans l'entreprise. En cas de retard supérieur à un mois, une majoration identique est appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une majoration de 1000 francs CFA est également applicable pour chaque inexactitude, sauf cas de bonne foi, concernant le montant des rémunérations ou le nombre de jours de travail déclarés ou pour chaque omission de salariés constatée pour la déclaration produite par l'employeur.

Les majorations prévues à l'alinéa ci-dessus sont liquidées par le directeur général de la CNSS et recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations.

Article 43- Lorsque le montant des rémunérations servant de base de calcul des cotisations d'une période n'a pas été communiqué à la CNSS, est retenue la base des rémunérations ayant fait l'objet de la déclaration la plus récente.

La CNSS peut diligenter un contrôle pour vérifier l'exactitude des rémunérations déclarées.

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, le montant des salaires est fixé forfaitairement par la CNSS en fonction des taux de salaires pratiqués dans la profession.

Article 44- Les cotisations dues par les travailleurs indépendants, soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP), sont assises sur la même assiette que celle déclarée aux services fiscaux.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants, soumis à l'impôt sur les sociétés (IS), sont assises sur le montant de leurs revenus moyens mensuels déclaré à la CNSS. Ce montant ne peut, en aucun cas, être inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).

Au cours des cinq (5) dernières années précédant la date d'admissibilité à pension, les travailleurs indépendants ne peuvent pas réévaluer leur revenu moyen mensuel de plus de 5% par année.

A défaut de déclaration de revenu, la CNSS fixe l'assiette de cotisation en fonction des revenus moyens mensuels des travailleurs indépendants exerçant dans la même profession.

Article 45- Les cotisations dues par les travailleurs de l'économie informelle sont assises sur le montant du revenu déclaré. Ce montant ne saurait, en aucun cas, être inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).

Article 46- A défaut d'identification d'un revenu net déclaré, le travailleur de l'économie informelle opère un choix dans les catégories de revenus déterminés dans la grille annexée au présent arrêté.

Le montant du revenu net choisi sur la grille peut subir sur demande expresse de l'assuré, une réévaluation de 5 % maximum par an non cumulable d'une année sur l'autre.

Article 47- Pour la génération des appels de cotisations et la tenue des comptes individuels, les travailleurs indépendants soumis :

- 1- à l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) doivent adresser à la CNSS, au mois de janvier de chaque année une déclaration du montant de leurs revenus déclarés aux services fiscaux au cours de l'exercice précédent ;
- 2- à l'impôt sur les sociétés (IS) doivent adresser à la CNSS au mois de janvier de chaque année, une déclaration du montant de leurs revenus moyens mensuels conformément à l'article 44 du présent arrêté.

Les montants indiqués aux paragraphes 2 et 3 ci-dessus ne peuvent, en aucun cas, être inférieurs au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).

Les travailleurs de l'économie informelle qui n'ont pas opéré un choix conformément aux dispositions de l'article 46 ci-dessus doivent adresser à la CNSS au mois de janvier de chaque année une déclaration du montant de leurs revenus moyens mensuels.

Article 48- Les taux de cotisations applicables aux travailleurs indépendants et de l'économie informelle sont ceux applicables aux travailleurs salariés conformément aux dispositions réglementaires.

Article 49- Pour les travailleurs indépendants la périodicité de paiement des cotisations est mensuelle.

Pour les travailleurs de l'économie informelle la périodicité de paiement est laissée au libre choix des intéressés. Toutefois, cette périodicité ne saurait dépasser deux (2) mois.

CHAPITRE II - PROCEDURE DE CONTRAINTE

Article 50- Toute action en poursuite, effectuée contre un employeur, un travailleur indépendant ou un travailleur de l'économie informelle qui ne s'exécute pas dans les délais légaux, est obligatoirement précédée d'une mise en demeure transmise avec accusé de réception l'invitant à régulariser sa situation dans les quinze (15) jours.

Article 51- La mise en demeure, accompagnée d'un relevé de compte est transmise au débiteur avec accusé de réception. Un délai de quinze (15) jours, à compter de la réception effective de la mise en demeure, est accordé à ce débiteur pour régulariser sa situation.

Si, à l'issue de ce délai, le débiteur ne régularise pas sa situation ni ne réagit pas par rapport au montant de la mise en demeure, la créance est considérée comme certaine et exigible. La CNSS peut, dans ce cas, procéder au recouvrement des cotisations sociales, par voie de sommation ou d'avis à tiers détenteur, à concurrence du montant des créances dues.

Si le mode de recouvrement indiqué à l'alinéa 2 ci-dessus ne permet pas de solder le compte du débiteur, une nouvelle mise en demeure, accompagnée d'un nouveau relevé de compte, lui est transmise avec accusé de réception. Il dispose encore de quinze (15) jours à compter de la date de réception effective de cette mise en demeure pour réagir.

Si jusqu'à la fin du délai prévu la mise en demeure reste sans effet, une contrainte est signée par le directeur général de la CNSS et rendue exécutoire par le président du tribunal du travail.

TITRE V - ATTRIBUTION ET MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES ET DE MATERNITE

Article 52- La branche des prestations familiales et de maternité du régime général de sécurité sociale comprend :

- 1- les allocations prénatales ;
- 2- les allocations familiales ;
- 3- la prestation de maternité.

Article 53- Aux termes du présent arrêté, sont :

- « **allocataires** », les personnes physiques du chef desquelles les prestations sont dues ;
- « **attributaires** », les personnes physiques ou morales entre les mains desquelles est effectué le paiement des prestations.

Les allocataires peuvent être distincts des attributaires.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

SECTION I - CONDITIONS DE RESIDENCE

Article 54- L'allocataire et ses enfants doivent résider sur le territoire national, sauf dans les cas couverts par les accords de réciprocité et les conventions internationales.

Article 55. Par dérogation aux dispositions de l'article 54 ci-dessus relatives aux conditions de résidence des enfants à charge, peuvent bénéficier des prestations familiales, les allocataires dont les enfants résident dans un autre Etat que les parents pour les motifs tels que l'éducation ou la santé.

SECTION II – ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE L'ALLOCATAIRE

Article 56- Les prestations familiales sont attribuées aux travailleurs dans les conditions ci-après :

- 1- Pour être allocataire, le travailleur salarié au sens du code du travail, doit exercer une activité professionnelle pour le compte d'une personne physique ou morale, publique ou privée, moyennant une rémunération dont il tire ses moyens d'existence.

L'allocataire salarié doit justifier de trois (3) mois de travail consécutifs chez un ou plusieurs employeurs y compris les périodes assimilées telles que définies à l'article 79 paragraphe 2 du code de sécurité sociale.

Le cumul des prestations familiales instituées par le code de sécurité sociale, et celles d'un régime particulier d'allocations familiales payées par le budget d'une collectivité publique notamment le budget local ou par le budget de l'Etat n'est pas admis.

- 2- Pour être allocataire, le travailleur indépendant ou le travailleur de l'économie informelle tel que défini à l'article 3 paragraphe 3 du code de sécurité sociale doit justifier de trois (3) mois d'assurance tels que définis à l'article 79 du code de sécurité sociale.

Article 57- La veuve d'allocataire bénéficie de plein droit des prestations familiales, même si elle n'exerce aucune activité professionnelle, à condition qu'elle assure la garde et l'entretien des enfants qui étaient à la charge de l'allocataire décédé.

SECTION III – ETABLISSEMENT DES DROITS DES ALLOCATAIRES

Article 58- L'ouverture du droit aux différentes prestations est subordonnée à l'établissement d'une demande sur imprimés délivrés par la CNSS. Ces imprimés sont disponibles auprès des services de la CNSS ou auprès des employeurs.

La demande est adressée ou déposée à la CNSS par l'assuré ou son employeur. Elle est accompagnée des pièces justificatives énumérées sur l'imprimé aux fins de vérification d'état civil de l'allocataire, de son conjoint et de ses enfants. L'assuré, qui remplit les conditions requises, reçoit un numéro appelé numéro d'allocataire.

Article 59- Pour les naissances, mariages, divorces et décès qui surviennent après son enregistrement en tant qu'allocataire, l'assuré adresse ou dépose à la CNSS l'extrait d'acte d'état civil constatant les naissances, mariages, divorces et décès intervenus pour la mise à jour de sa situation familiale.

CHAPITRE II - ALLOCATIONS PRENATALES

Article 60- Les modalités de paiement des allocations prénatales, leur périodicité et les conditions dans lesquelles le paiement peut être suspendu, sont fixées selon les dispositions suivantes :

SECTION I – DECLARATION DE GROSSESSE

Article 61- La femme allocataire ou la conjointe d'un allocataire doit fournir dans les trois premiers mois de la grossesse la déclaration de grossesse délivrée par un médecin. Cette déclaration est adressée à l'agence de la CNSS du lieu de sa résidence.

SECTION II – EXAMENS PRENATAUX

Article 62- Pour ouvrir droit aux allocations prénatales, la femme allocataire ou la conjointe d'un allocataire salarié en état de grossesse doit subir trois examens médicaux aux époques et dans les conditions définies aux articles 63 et 64 du présent arrêté.

Article 63- Le premier examen médical prénatal a lieu avant la fin du troisième mois de grossesse et est à la fois obstétrical et général. Il est effectué par un médecin.

Le médecin établit le certificat de premier examen sur papier libre qui est joint à la déclaration de grossesse de l'intéressée pour être remis à l'agence de la CNSS du lieu de résidence de la femme. Il doit obligatoirement indiquer la date présumée de l'accouchement.

Article 64- Les deuxième et troisième examens médicaux prénataux sont obstétricaux. Ils sont effectués par un médecin ou une sage-femme et ont lieu :

- le deuxième examen, vers le sixième mois de la grossesse ;
- le troisième examen, vers le huitième mois de la grossesse.

Les certificats correspondant à ces examens sont également établis sur papier libre.

SECTION III – PAIEMENT DES ALLOCATIONS PRENATALES

Article 65- Le montant mensuel des allocations prénatales correspond au taux mensuel des allocations familiales.

Le paiement des allocations prénatales s'opère sur la justification des examens prénataux prévus aux articles 62 et 64 du présent arrêté. Tout examen non subi fait perdre au bénéficiaire la fraction correspondante.

Les allocations prénatales sont payées en trois (3) fractions :

- la première fraction après le premier examen ; elle correspond à deux (2) mensualités d'allocations familiales ;
- la seconde fraction après le deuxième examen ; elle correspond à quatre (4) mensualités d'allocations familiales ;
- la troisième fraction après le troisième examen ; elle correspond à trois (3) mensualités d'allocations familiales.

Toutefois, le paiement peut donner lieu à un versement unique.

Dans le cas où la mère n'a pas pu, pour cause de force majeure, subir un des examens prénataux, il lui appartient de saisir la commission de recours gracieux de la CNSS qui statue.

Article 66- Le point de départ des allocations prénatales dues pour neuf (9) mois est fixé au premier jour du mois suivant celui de la date présumée de la conception, telle qu'elle est fixée au premier examen prénatal, sous réserve des dispositions ci-après à observer lorsque la naissance intervient au cours d'un mois autre que celui de la date présumée de l'accouchement :

- si le troisième examen prénatal a été effectué, les allocations prénatales sont dues pour les neuf mois précédant le premier jour du mois suivant la naissance ;
- si la naissance a lieu avant le troisième examen, les allocations sont dues depuis le premier jour du mois suivant le mois présumé de la conception jusqu'à l'expiration du mois au cours duquel a eu lieu l'accouchement ;
- si l'interruption de la grossesse intervient avant le deuxième examen, le premier ayant été subi l'octroi des allocations prénatales doit correspondre au plus au nombre de mois de grossesse, celui au cours duquel a eu lieu l'interruption de la grossesse étant compté.

CHAPITRE III : ALLOCATION FAMILIALES

SECTION I – CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET FORMALITES

Article 67- Les allocations familiales sont subordonnées aux conditions ci-après.

- 1- L'allocataire salarié doit consacrer à son activité professionnelle le temps moyen qu'elle requiert. Ce temps moyen est fixé à quinze (15) jours de travail au cours d'un même mois ou à 120 heures.

Sont considérées comme journées normales de travail :

- a- les jours d'absence pour cause de maladie dans la limite de la période au cours de laquelle la maladie est réputée, aux termes de l'article 55 du code du travail, ne pas rompre le contrat de travail ;
 - b- les jours d'absence pour cause d'incapacité temporaire résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
 - c- les jours de congés payés ;
 - d- les jours de repos correspondant aux périodes de congé prénatal et post-natal prescrites à l'article 148 du code du travail pour les femmes salariées ;
 - e- jusqu'à concurrence d'un mois, les jours ouvrables durant lesquels le travailleur s'est trouvé dans l'impossibilité de s'acquitter de sa tâche pour cause de force majeure.
- 2- L'allocataire, travailleur indépendant ou de l'économie informelle, doit justifier de trois (03) mois d'assurance ayant fait l'objet de cotisations. Pour les travailleurs ci-dessus, sont assimilées à des périodes d'assurance toutes périodes pendant lesquelles l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de la maternité. Sont également assimilées à des périodes d'assurance toutes périodes pendant lesquelles les travailleurs indépendants, à l'exclusion de ceux de l'économie informelle, ont perçu des indemnités journalières au titre des risques professionnels.
 - 3- Les allocations familiales sont dues pour chacun des enfants qui sont à la charge effective et permanente de l'assuré allocataire et rentrent dans une des catégories énumérées à l'article 31 du code de sécurité sociale.

Les enfants sont considérés comme à charge même s'ils perçoivent une bourse ou une rémunération quelconque inférieure à la moitié du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).

Pour les enfants d'âge scolaire, le droit aux allocations familiales est subordonné d'une part à leur inscription dans un établissement scolaire, d'autre part à leur assistance régulière au cours de l'établissement.

Pour les enfants placés en apprentissage, le droit aux allocations familiales est subordonné au respect des conditions prévues au chapitre V, titre III du code du travail et par ses textes d'application relatifs à l'apprentissage.

La poursuite d'études doit être entendue comme le fait pour l'enfant de fréquenter pendant l'année dite scolaire un établissement où il lui est donné une instruction générale, technique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels, ou la préparation à des carrières publiques ou privées, de telles études étant incompatibles avec tout emploi rémunéré.

L'âge limite est porté à vingt et un (21) ans pour les enfants poursuivant leurs études ou placés en apprentissage ou les enfants infirmes ou atteints de maladies incurables et se trouvant dans l'impossibilité permanente de se livrer à l'exercice d'une activité professionnelle.

Pour les enfants en âge scolaire, mis en apprentissage ou poursuivant leurs études, les allocations familiales sont maintenues :

- pendant les périodes d'interruption des études ou d'apprentissage pour cause de maladie dûment constatée par un médecin dans la limite d'une année à partir de la date de l'interruption ;
- pendant toutes les périodes de vacances scolaires y compris les vacances qui suivent la fin de la scolarité.

Article 68- Les allocations familiales sont soumises aux formalités suivantes.

Le temps moyen de travail salarié exigé au cours du mois est constaté par la production d'une déclaration nominative des rémunérations (DNR). Les journées d'absence énumérées aux a, b, d et e du paragraphe 1 de l'article 67, ne sont prises en considération que sur la production :

- pour celles visées aux a, b et d, d'un certificat médical constatant la maladie, l'origine de la blessure ou l'état de grossesse jusqu'à la date de la délivrance pour la femme salariée ;
- pour celles visées au e, d'une attestation délivrée par l'inspecteur du travail et des lois sociales du ressort.

L'inscription dans un établissement scolaire est constatée par un certificat d'inscription délivré par le directeur de l'établissement. Le certificat d'inscription est produit à la CNSS chaque année au quatrième trimestre, au plus tard le 31 décembre ; l'assiduité aux cours de l'établissement peut être contrôlée.

L'apprentissage de l'enfant est constaté par le contrat d'apprentissage visé par l'inspecteur du travail et des lois sociales du ressort dont une ampliation est transmise à la CNSS et par un certificat attestant l'assiduité de l'apprenti. Le certificat d'assiduité est produit à la CNSS

chaque année au quatrième trimestre, au plus tard le 31 décembre ; l'assiduité peut être contrôlée.

Les consultations médicales prévues à l'article 32 du code de sécurité sociale sont constatées par le bulletin de la consultation médicale périodique. Elles concernent les enfants non scolarisés âgés de 0 à 6 ans et les handicapés. Le certificat médical est produit chaque année au quatrième trimestre, au plus tard le 31 décembre.

La maladie pendant laquelle les allocations familiales sont maintenues pour les enfants en âge scolaire poursuivant leurs études ou apprentissage et le handicap ou la maladie incurable prorogeant jusqu'à vingt et un (21) ans l'âge limite des enfants à charge sont constatées par le médecin traitant ou par un certificat de l'établissement où est hospitalisé l'enfant. Dans tous les cas, la CNSS peut subordonner le paiement des prestations à la production d'un certificat délivré par un médecin de son choix.

Article 69- Les pièces justificatives des enfants à charge doivent être collectées par les employeurs respectifs des allocataires salariés en activité et déposées au siège de la CNSS ou dans ses agences.

Les allocataires salariés de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics, les allocataires indépendants et de l'économie informelle et les allocataires retraités ou décédés déposent, eux-mêmes, les pièces justificatives des enfants à charge au siège de la CNSS ou dans ses agences.

Ces pièces justificatives sont :

- a- les certificats d'inscription pour tous les enfants d'âge scolaire ;
- b- les certificats médicaux pour les enfants non encore scolarisés et pour les enfants infirmes ;
- c- les certificats d'assiduité pour les enfants âgés de 16 à 21 ans placés en apprentissage.

SECTION II – PAIEMENT DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Article 70- Les allocations familiales sont liquidées par mois et payables à terme échu et à intervalles réguliers de trois (3) mois correspondant aux trimestres civils.

Elles sont liquidées d'après le nombre d'enfants à charge au premier jour du mois.

Les allocations familiales sont payées à partir du premier jour du mois qui suit celui de la naissance de l'enfant si la demande est déposée dans les six (6) mois suivant la naissance de l'enfant. Lorsque la demande est déposée en dehors de ce délai, le droit court à partir du premier jour du mois qui suit la réception de la demande. En cas de décès attesté par un acte d'état civil, les droits sont dus pour le mois entier de décès. Lorsque le décès n'est pas attesté par une pièce d'état civil, les droits pour le mois de décès ne sont pas dus.

Article 71- Les allocations familiales sont payées à l'allocataire, sauf dans les cas ci-après :

- a- en cas de décès de l'assuré allocataire, de divorce prononcé judiciairement et ne laissant pas l'enfant à sa garde, les allocations familiales sont versées à la personne qui a la garde et la charge effective de l'enfant ;
- b- lorsque l'assuré allocataire attributaire se trouve dans l'impossibilité matérielle d'assumer la charge et la garde de l'enfant, les allocations sont payées à la personne

désignée par l'assuré allocataire et ayant la charge effective et la garde permanente de l'enfant.

La charge et la garde sont établies par une enquête sociale effectuée par les services compétents de la CNSS.

CHAPITRE IV - PRESTATION DE MATERNITE

Article 72- Une indemnité journalière de maternité est versée à la femme salariée pour la durée de l'arrêt de travail dans la limite de quatorze (14) semaines. Elle est due à la femme qui exerce dans le secteur indépendant ou dans l'économie informelle pour la durée de la cessation effective de ses activités professionnelles, sans que cette durée n'excède les quatorze (14) semaines.

Article 73- Le bénéfice de cette indemnité est accordé à la condition que la femme :

- a- ait été immatriculée à la CNSS au moins douze (12) mois avant la date présumée de l'accouchement ;
- b- fasse constater son état de grossesse par un praticien et transmette à la CNSS le certificat d'examen délivré ; la preuve de la constatation médicale de l'état de grossesse n'est pas exigée si la femme salariée a rempli toutes les conditions requises pour bénéficier de son chef des allocations prénatales ;
- c- suspende effectivement l'exercice de sa profession ; pour la femme salariée la preuve de cette suspension est faite par la production d'une attestation de son employeur ou du préposé de celui-ci.

La femme exerçant une profession indépendante ou dans l'économie informelle doit, dès suspension de son activité professionnelle, en informer la CNSS qui peut vérifier l'effectivité de cette suspension d'activité. La preuve de la suspension ou de la reprise de l'activité professionnelle est faite au moyen d'une déclaration sur l'honneur.

Article 74- Dans le cas d'un repos supplémentaire justifié par une maladie résultant de la grossesse ou des couches, l'indemnité journalière peut être payée jusqu'à concurrence d'une période supplémentaire de trois (03) semaines.

L'indemnité journalière est due pour cette période, sous réserve d'une demande adressée à la CNSS, accompagnée :

- a- d'un certificat médical constatant l'incapacité à reprendre le travail à l'expiration de la période de quatorze (14) semaines prévues par le code du travail et établissant que cette incapacité résulte de maladie consécutive à la grossesse ou aux couches ;
- b- d'une attestation de son employeur que le travail n'a pas été repris à l'expiration de la période de quatorze (14) semaines pour les femmes salariées ;
- c- d'une déclaration sur l'honneur pour les femmes exerçant une activité indépendante ou dans l'économie informelle.

Article 75- Lorsque l'accouchement a lieu après la date qui était présumée selon le certificat médical du praticien, le repos antérieurement pris est prorogé à concurrence de quatorze (14) jours. L'indemnité journalière est due pour cette période.

Article 76- L'indemnité journalière se cumule avec les allocations prénatales. Elle est égale à la moitié de la rémunération journalière moyenne.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par quatre vingt dix (90) le total des rémunérations perçues par l'intéressée et soumises à cotisation au cours des trois (3) mois civils précédant celui au cours duquel a lieu l'arrêt du travail.

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

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

Article 77- Si l'employeur maintient à la femme salariée pendant la période de repos légal de couches tout ou partie de son salaire, il est subrogé de plein droit dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues par la CNSS.

En cas de décès de la femme salariée à la suite de son accouchement, l'indemnité journalière, échue et non perçue, est payée aux ayants droit.

Article 78- Le repos de la femme salariée en couches peut être soumis au contrôle des agents de la CNSS pour s'assurer qu'elle n'a effectué aucun travail salarié pendant la période de suspension.

CHAPITRE V -ACTION SOCIALE

Article 79- L'action sociale prévue à l'article 78 du code de sécurité sociale est financée par les ressources du « Fonds d'Action Sociale ».

Les activités financées par les ressources de ce Fonds sont déterminées et programmées annuellement par la direction générale de la CNSS, sous le contrôle du conseil d'administration.

TITRE VI - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS DE LA BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS

CHAPITRE I - DECLARATION DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE ET ENQUETE

SECTION I – Etablissement et transmission des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 80- La déclaration d'accident du travail ou la déclaration de maladie professionnelle incombe à l'employeur, pour ce qui concerne les travailleurs salariés, au travailleur indépendant, pour ce qui le concerne. Elle est établie conformément au modèle fixé par la CNSS en deux exemplaires.

La déclaration doit être faite dans les soixante douze (72) heures pour les travailleurs salariés et dans les huit (08) jours pour les travailleurs indépendants soit par le dépôt à un guichet qui en donne récépissé, soit par envoi sous pli, le cachet de la poste faisant foi ou par tout autre procédé permettant de certifier la communication et de lui donner date certaine. Toutefois, en cas de carence de l'employeur, elle peut être faite par le travailleur ou ses représentants ou

encore par ses ayants droits jusqu'à l'expiration d'un délai de deux (2) ans suivant la date de l'accident ou la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date de la première constatation médicale de la maladie est assimilée à la date de l'accident. L'employeur est tenu de délivrer à la victime le carnet d'accident conformément au modèle fixé par la CNSS. La délivrance du carnet d'accident n'entraîne pas de plein droit la prise en charge par la CNSS de cet accident ou de cette maladie. Le travailleur indépendant peut obtenir le carnet au siège de la CNSS ou de l'agence de son lieu de résidence.

Article 81- La déclaration d'accident du travail ou la déclaration de maladie professionnelle doit préciser :

- a. le lieu, la cause, les circonstances, les suites probables de l'accident ou de la maladie ;
- b. les noms, prénom(s), âge, sexe et catégorie professionnelle de la victime ;
- c. les noms, prénom(s) et adresse des témoins ;
- d. la dénomination et l'adresse de l'entreprise ;
- e. le salaire perçu, le cas échéant, par le travailleur pendant les trente jours précédant l'accident et le nombre de journées de travail correspondant à cette période ;
- f. la vacation de la victime.

Article 82- L'employeur est tenu de se pourvoir des modèles de déclaration d'accident du travail ou de déclaration de maladie professionnelle et de carnet d'accident mis à sa disposition par la CNSS à son siège ou à l'agence du ressort.

Article 83- La maladie professionnelle qui se déclare après la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque de la contracter doit être déclarée dans les délais prévus à l'article 80 du présent arrêté.

Article 84- L'employeur est tenu, dès l'accident du travail survenu ou la maladie professionnelle constatée :

- a- d'assurer ou de faire assurer, à sa charge, les soins de première urgence dans l'entreprise ou sur les lieux du travail ;
- b- d'aviser le médecin chargé des services médicaux de l'entreprise ou, à défaut, le médecin le plus proche ;
- c- éventuellement, de diriger la victime sur la formation sanitaire publique ou l'établissement hospitalier public ou privé le plus proche du lieu de l'accident ou de la constatation de la maladie.

Pour les travailleurs indépendants, tous les soins sont à la charge de la CNSS, y compris les soins de première urgence.

SECTION II – PROCEDURE DES CONSTATATIONS MEDICALES

Article 85- Le certificat médical de première constatation dit certificat médical initial est établi par le médecin traitant sur l'imprimé fourni par la CNSS ou sur papier libre. Il doit indiquer l'état de la victime, les conséquences de l'accident ou, si les conséquences ne sont pas exactement connues, les suites éventuelles et en particulier lorsqu'il y a arrêt du travail, la

durée probable de l'incapacité de travail. Il doit également mentionner toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions.

En cas de maladie professionnelle, le certificat médical initial doit indiquer la nature de la maladie et notamment les manifestations mentionnées au tableau des maladies professionnelles qui ont été constatées ainsi que les suites probables.

Le certificat médical initial est établi en trois (03) exemplaires dont deux (02) sont transmis à la CNSS et le troisième remis à la victime.

Article 86- Le certificat médical de dernière constatation dit certificat final descriptif fait état de la guérison ou de la consolidation des blessures. Il est établi par le médecin traitant sur l'imprimé fourni par la CNSS. Le médecin doit y indiquer les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie.

Le certificat final descriptif est établi en trois (3) exemplaires par le praticien dont deux (2) sont transmis à la Caisse et le troisième remis à la victime.

Article 87- Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle entraîne une incapacité permanente de travail, le médecin traitant est tenu d'en faire mention sur le certificat final descriptif et de préciser le taux indicatif.

Article 88- La victime peut réclamer le carnet d'accident du travail à la CNSS lorsque l'employeur ne l'a pas délivré.

A la fin du traitement ou dès que le carnet d'accident est entièrement utilisé, la victime s'adresse à la CNSS qui lui délivre un nouveau carnet.

Les notifications de soins pourront consister soit en une simple mention additive du médecin traitant sur les certificats médicaux ou sur le rapport médical, soit en une attestation distincte délivrée par la formation sanitaire ou l'établissement hospitalier où est soignée la victime.

SECTION III – OBJET ET PROCEDURE DE L'ENQUETE

Article 89- Lorsque, d'après les certificats médicaux transmis en exécution des articles ci-dessus ou produits à n'importe quel moment par la victime ou ses ayants droit, l'accident paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle au moins égale à 50% ou lorsque la victime est décédée, une enquête est conduite par l'inspection du travail territorialement compétente.

Article 90- Pour la détermination du caractère professionnel de l'accident, la CNSS peut procéder à une enquête administrative conduite par ses agents assermentés.

L'enquête est contradictoire. Les témoins sont entendus par l'enquêteur en présence de la victime, de ses ayants droit ou de l'employeur. La victime peut se faire assister par une personne de son choix. Le même droit appartient à ses ayants-droit, en cas d'accident mortel.

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

Article 91- L'enquêteur doit recueillir tous renseignements permettant d'établir :

- a- la cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu de l'accident et, éventuellement, l'existence d'une faute susceptible d'influer sur la réparation ainsi que les responsabilités encourues. En cas d'accident de trajet, ces éléments doivent être recherchés et notés avec soin en vue d'établir, le cas échéant, les motifs qui auraient déterminé la victime à interrompre ou à détourner son parcours ;
- b- l'identité de la victime et le lieu où elle se trouve ;
- c- la nature et le siège des lésions ;
- d- l'existence d'ayants-droit, l'identité et la résidence de chacun d'eux ;
- e- la catégorie professionnelle dans laquelle se trouvait classée la victime au moment de l'arrêt de travail et, d'une façon générale, tous les éléments de nature à permettre la détermination du salaire servant respectivement de base au calcul des indemnités journalières et des rentes. En vue de recueillir ces éléments, l'enquêteur peut effectuer au siège de l'établissement ou des établissements ayant occupé la victime, toutes constatations et vérifications nécessaires ;
- f- le cas échéant, les accidents du travail antérieurs et pour chacun d'eux :
 - la date de l'accident ;
 - la date de la guérison ou de la consolidation des blessures s'il en est résulté une incapacité permanente ;
 - le taux de cette incapacité ;
 - le montant de la rente
 - la date de la décision ayant alloué la rente, le point de départ de celle-ci ;
 - le débiteur de la rente.

Toute déclaration inexacte de l'employeur ou de ses représentants, de la victime ou de ses ayants droit dans l'intention de maquiller un accident ordinaire en accident du travail à pendre en charge par la CNSS, entraîne le remboursement intégral des débours. En outre, des poursuites peuvent être engagées à leur encontre conformément aux dispositions en vigueur.

Article 92- L'enquêteur consigne les résultats de l'enquête dans un procès-verbal établi en double exemplaire qui fera foi, jusqu'à preuve contraire, des faits qu'il a constatés.

Le procès-verbal de l'enquête est transmis à la CNSS, accompagné du dossier ainsi que de toutes pièces dans un délai n'excédant pas vingt (20) jours à compter de la date de saisine de l'enquêteur. Dans le cas exceptionnel où le délai se trouve dépassé, l'enquêteur fait connaître à la CNSS les circonstances qui retardent la clôture de l'enquête et fait mention de ces circonstances dans le procès-verbal.

Article 93- En cas d'accident survenu hors du territoire de la République togolaise, la CNSS doit, dès réception de la déclaration d'accident, en aviser, sous couvert du ministre de tutelle, le ministre des affaires étrangères. Celui-ci saisit, sans délai, les autorités consulaires togolaises ainsi que les autorités gouvernementales de l'Etat où a lieu l'accident du travail aux fins de lui faire connaître les résultats de l'enquête effectuée.

CHAPITRE II : FOURNITURE, REPARATION ET RENOUVELLEMENT DES APPAREILS DE PROTHESE ET D'ORTHOPEDIE

Article 94- Le droit de la victime à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie s'exerce dans les conditions fixées aux articles ci-dessous.

Article 95- Il est créé auprès du ministre de tutelle une commission nationale d'appareillage composée de représentants qualifiés des ministères et organismes suivants :

- le directeur général du travail, président ;
- un représentant du ministre de la santé, membre ;
- un représentant du ministre en charge des affaires sociales, membre ;
- l'inspecteur médical du travail, secrétaire ;
- le directeur du centre national d'appareillage orthopédique, membre ;
- un représentant de la CNSS, membre.

La commission peut se faire assister à titre consultatif, d'experts ou de techniciens.

La commission nationale d'appareillage a pour rôle de proposer au ministre de tutelle pour approbation la liste des appareils susceptibles d'être fournis aux victimes et de faire des recommandations ou propositions en matière de réglementation sur l'appareillage.

Article 96- L'appareillage comporte les appareils de prothèse et d'orthopédie, proprement dits, leurs systèmes d'attaches et tous autres accessoires nécessaires à leur fonctionnement, y compris, notamment, les chaussures adaptées aux membres inférieurs artificiels.

En ce qui concerne la prothèse dentaire, l'appareillage prévu à l'alinéa ci-dessus ne comprend que la prothèse maxillo-faciale, la prothèse dentaire proprement dite étant assimilée aux soins médicaux chirurgicaux et aux frais pharmaceutiques et accessoires.

Article 97- La victime a le droit de choisir l'appareil convenant à son infirmité parmi les types d'appareils figurant sur la liste d'appareils prévue à l'article 95 du présent arrêté.

Elle a droit, pour chaque infirmité, à un appareil et selon son infirmité, à une voiturette ou à un fauteuil roulant. Ne peuvent toutefois prétendre à une voiturette ou à un fauteuil roulant que les victimes atteintes de lésions graves et incurables du système locomoteur.

Les mutilés des membres inférieurs ont droit à un appareil provisoire avant l'appareillage définitif. En aucun cas, cet appareil provisoire ne peut être considéré comme définitivement acquis.

Article 98- La demande de fourniture, de réparation, de renouvellement ou de remplacement d'appareils de prothèse ou d'orthopédie est adressée à la CNSS par la victime ou le médecin traitant.

Article 99- La CNSS remet à la victime un livret d'appareillage sur lequel sont mentionnés le type, le nombre et la nature d'appareils délivrés, les réparations et renouvellement effectués, les frais correspondant à chacune de ces opérations et éventuellement les décisions de la CNSS, ainsi que les constatations de réception et de convenance du médecin traitant.

La CNSS tient pour chaque victime une fiche sur laquelle sont portés tous les renseignements du livret. Tout livret qui n'a plus d'utilisation doit être renvoyé à la CNSS.

Article 100- Il ne peut être procédé à l'inscription d'un appareil sur le livret qu'après une période d'essai de deux mois.

A défaut d'observation ou de réclamation de la victime ou du médecin traitant pendant cette période d'essai, l'inscription est effectuée et le carnet adressé à l'intéressé.

Lorsque la CNSS estime que l'appareillage n'est plus justifié, elle demande à la victime la restitution de l'appareil ainsi que du carnet de suivi.

Article 101- Les frais d'appareillage sont à la charge de la CNSS et comprennent :

- a- les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils ;
- b- les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation et de renouvellement ;
- c- les frais légitimes de déplacement exposés par la victime lors de chacune de ses visites soit au médecin traitant, soit au fournisseur, les indemnités compensatrices éventuelles de perte de salaire et les frais normaux de séjour, sur justification.

Article 102- Les appareils et leurs accessoires ne peuvent être ni cédés, ni vendus. Sauf le cas de force majeure, les appareils non présentés ne sont pas remplacés.

La victime d'un accident du travail est responsable de la garde et de l'entretien de ces appareils. Les conséquences de détériorations ou de pertes provoquées intentionnellement ou résultant d'une négligence flagrante demeurent à sa charge.

En cas de décès du bénéficiaire, la voiturette ou le fauteuil roulant doit être remis à la CNSS.

Article 103- La victime qui, par fausses déclarations ou de quelque manière que ce soit, aurait obtenu un nombre d'appareils supérieur à celui auquel elle a droit, est tenue au remboursement du prix des appareils indûment reçus.

Article 104- Lorsqu'un accident du travail entraîne la détérioration d'un appareil que la victime portait antérieurement, elle doit prouver que cet accident a rendu l'appareil inutilisable. Sauf cas d'impossibilité dûment établie, elle est tenue de présenter ledit appareil à la CNSS, aux fins de réparation ou de remplacement.

Article 105- La demande de réparation ou de remplacement d'un appareil utilisé antérieurement à l'accident est établie dans les mêmes formes que celles prévues à l'article 98 du présent arrêté.

CHAPITRE III - READAPTATION – REEDUCATION – RECLASSEMENT

SECTION I – READAPTATION FONCTIONNELLE

Article 106. La victime peut bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle. Ce traitement spécial lui est accordé sur l'initiative de la CNSS après examen médical spécial auquel il est procédé conjointement par le médecin traitant de la victime et par le conseil médical de la CNSS. Le rapport issu de cet examen doit préciser la nature et la durée du traitement nécessité par l'état de la victime.

En cas de désaccord entre les deux praticiens, il est procédé à un nouvel examen par un expert choisi par le ministre de la santé sur proposition de l'ordre des médecins. L'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours.

Article 107- Lorsque le traitement, en vue de la réadaptation fonctionnelle, nécessite l'admission dans un établissement spécialisé, cette admission est faite dans un établissement

public ou privé agréé le plus proche du lieu de travail ou de la résidence habituelle du travailleur.

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

Article 108- Le bénéficiaire du traitement de réadaptation est tenu :

- a- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par l'autorité médicale compétente ;
- b- de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la CNSS ;
- c- de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- d- d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Article 109- Pendant toute la période du traitement, la victime a droit à l'indemnité journalière prévue à l'article 134 du présent arrêté.

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

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

Article 110- Les accidents qui surviendraient à la victime au cours de son stage de réadaptation fonctionnelle, par le fait ou à l'occasion de la réadaptation, sont assimilés aux accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail et réparés comme tels.

SECTION II – REEDUCATION PROFESSIONNELLE

Article 111- La victime qui, à la suite d'un accident du travail, devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, a le droit, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle, d'être admise dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur pour s'y réadapter à sa profession ou y apprendre l'exercice d'une profession de son choix.

Le bénéfice de la rééducation est accordé à la victime sur l'initiative de la CNSS, après examen psychotechnique et médical préalable.

La CNSS statue sur l'attribution à la victime du bénéfice de la rééducation professionnelle d'après les résultats de cet examen, et en fonction de tous les éléments à prendre en considération, notamment l'âge de la victime et le taux de l'incapacité.

Compte tenu des places disponibles, la CNSS la fait admettre dans l'un des établissements habilités à cet effet ou, s'il y a lieu, chez un employeur.

Article 112- Les établissements de rééducation habilités comprennent :

- a- les établissements et centres publics créés en vue d'assurer la rééducation professionnelle des victimes d'accident du travail ;

- b- les établissements privés habilités dont le fonctionnement est soumis au contrôle de l'inspection du travail.

Les victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle dont la résidence habituelle est située hors du territoire d'emploi, peuvent demander à être rééduquées dans l'établissement ou le centre public le plus proche de leur résidence habituelle.

Article 113- Lorsque la victime est placée pour sa rééducation chez un employeur, un contrat type de rééducation définit les droits et obligations des parties et les modalités de contrôle de la rééducation professionnelle par l'inspecteur du travail et par la Caisse. Ce contrat dont le modèle est fixé par le ministre du travail est visé par le directeur général du travail ou son délégué.

Article 114- Pendant toute la période de rééducation, l'indemnité journalière ou la rente est intégralement maintenue à la victime. Si elle est inférieure au salaire minimum de la profession en vue de laquelle la victime est réadaptée, cette dernière reçoit, à défaut de rémunération pendant la durée de la rééducation, un supplément à la charge de la CNSS, destiné à porter cette indemnité ou rente au montant dudit salaire.

Article 115- Les frais de rééducation sont supportés par la CNSS. Ils comportent, outre les frais des examens psychotechniques préalables à la rééducation :

- a- les frais de voyage aller et retour de la victime, par le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de la victime ; la fermeture de l'établissement pour la période des grandes vacances et sa réouverture pour la rentrée doivent être considérées respectivement comme la fin et le début du stage de rééducation ;
- b- le complément d'indemnité visé à l'article précédent ;
- c- les frais de rééducation proprement dite ;
- d- les frais des appareils de prothèse de travail, nécessaires à la rééducation.

SECTION III – RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Article 116- Le contrat de travail de toute victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle est suspendu du jour de l'accident jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

Article 117- En cas d'invalidité permanente, si le travailleur est atteint d'une réduction de capacité le rendant professionnellement inapte à son ancien emploi, l'employeur doit, indépendamment des mesures prévues aux sections I et II du présent chapitre, s'efforcer de le reclasser dans son entreprise en l'affectant à un poste correspondant à ses nouvelles aptitudes et capacités.

Article 118- Les employeurs sont tenus de réserver aux victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle un certain pourcentage de leurs emplois, qui sera déterminé par arrêté du ministre du travail, compte tenu de la nature des activités des entreprises et du nombre de leurs travailleurs.

CHAPITRE IV - CONTROLE MEDICAL ET EXPERTISES MEDICALES

SECTION I – CONTROLE MEDICAL

Article 119- Le contrôle médical des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles est exercé sous la responsabilité de la CNSS par son conseil médical.

L'examen d'un travailleur accidenté ou atteint d'une maladie professionnelle par le conseil médical de la CNSS est effectué :

- à la découverte ou au moment de la déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle,
- pendant la période d'incapacité,
- en cas de rechute ou d'aggravation de l'état de la victime,
- au moment de la reprise du travail, de la consolidation, de la guérison de la blessure ou de la maladie professionnelle.

Article 120- La CNSS peut également, à tout moment, faire contrôler par toute personne habilitée, les victimes d'accident du travail à qui elle sert des prestations.

Article 121- La victime est tenue de présenter, à toute réquisition du service de contrôle médical, tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoires et ordonnances en sa possession.

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

Article 122- Les décisions prises par la CNSS à la suite du contrôle médical doivent être immédiatement notifiées à la victime.

Article 123- Pour tous les actes de contrôle médical, la victime a le droit de se faire assister par son médecin. Les honoraires de ce dernier sont à la charge de la victime.

Article 124- La victime est tenue d'observer rigoureusement les prescriptions du praticien, notamment le repos au lit en chambre qui a pu lui être ordonné. Elle ne peut quitter sa résidence que si le praticien le prescrit dans un but thérapeutique.

La victime dont l'envoi en convalescence est jugé nécessaire par le médecin traitant, doit au préalable obtenir l'autorisation de la CNSS. Elle doit, pendant la durée de sa convalescence, se soumettre aux contrôles qui peuvent être effectués.

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

La victime ne doit se livrer à aucun travail rémunéré ou non au cours de la période d'incapacité temporaire, sauf bien entendu, dans le cas de reprise du travail autorisé dans les conditions prévues à l'article 134 du présent arrêté.

Article 125- La victime ne peut se soustraire aux divers contrôles pratiqués par la CNSS.

En cas de refus, les prestations et les indemnités sont suspendues pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible. Notification de la suspension est adressée à l'intéressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La CNSS peut également retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières d'indisponibilité temporaire de la victime qui aurait volontairement enfreint les dispositions susvisées relatives au contrôle médical ou les prescriptions du médecin.

SECTION II – EXPERTISE

Article 126- Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état de la victime entre le conseil médical et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert désigné d'un commun accord par le médecin traitant et le conseil médical de la CNSS ou, à défaut, par le ministre de la santé sur proposition de l'ordre des médecins.

L'expert ne peut être ni le médecin conseil de la CNSS, ni le médecin traitant, ni le médecin attaché à l'entreprise.

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

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

SECTION III – MODALITES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX, DE DEPLACEMENT ET D'HOSPITALISATION.

Article 127- Les frais de déplacement de la victime et/ou des personnes accompagnantes qui doivent quitter leur résidence pour répondre à la convocation du conseil médical ou se soumettre à une expertise, à un contrôle ou à un traitement sont à la charge de la CNSS et remboursés d'après le tarif le moins onéreux du mode de transport compatible avec l'état de la victime prescrit par le médecin traitant.

Si la victime ne respecte pas ce mode de transport, la CNSS supporte les frais de déplacement conformément aux prescriptions du médecin traitant.

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

Article 128- Lorsque la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est hospitalisée dans un établissement public, le tarif d'hospitalisation est le tarif applicable aux malades ; il en est de même en ce qui concerne le tarif des honoraires et frais accessoires dus au médecin traitant et au médecin expert de cet établissement à l'occasion de soins donnés à la victime.

Lorsque la victime est hospitalisée dans un établissement privé, la CNSS est tenue au paiement des honoraires et frais accessoires dus au médecin traitant et au médecin expert dans la limite des tarifs de l'établissement public de même nature le plus proche.

Nonobstant les différents taux de prestations prévues aux alinéas ci-dessus, la CNSS négocie des tarifs préférentiels de remboursement des prestations en nature avec les formations sanitaires ou hospitalières, les praticiens, les fournisseurs et les pharmaciens.

Article 129- Lorsque les examens ou les expertises ont été prescrits à la requête de la victime ou de ses ayants droit et que leur contestation est reconnue manifestement abusive, le tribunal du travail peut, sur demande de la CNSS, mettre à leur charge tout ou partie des honoraires et frais correspondants.

SECTION IV - EVACUATION SANITAIRE HORS DU TERRITOIRE NATIONAL

Article 130- En cas de nécessité, surtout lorsque les structures sanitaires et les équipements techniques disponibles sur le territoire national ne sont pas appropriés, la CNSS peut, sur avis de son conseil médical, autoriser la prise en charge à l'étranger d'une victime d'accident du travail et /ou de maladie professionnelle.

Article 131- L'évacuation sanitaire doit se faire vers la formation sanitaire techniquement compétente la plus proche ayant accepté de traiter la victime.

A cet effet, la CNSS identifie dans la sous-région, en Afrique et dans le reste du monde, des formations sanitaires techniquement compétentes pour le traitement des lésions dans les domaines retenus.

Article 132- La CNSS prend en charge les frais relatifs à l'évacuation sanitaire et au traitement médico-chirurgical ainsi que ceux liés à la rééducation fonctionnelle.

Article 133- Lorsque la victime ou son employeur prend la responsabilité de l'évacuation sanitaire sans l'autorisation de la CNSS, les frais de cette évacuation sont entièrement supportés par celui qui prend l'initiative.

Toutefois, lorsqu'après l'autorisation d'évacuation sanitaire donnée par la CNSS, la victime ou son employeur prend la responsabilité de cette évacuation dans un centre autre que celui retenu par la CNSS, celle-ci ne prend en charge les frais d'évacuation, notamment transport, séjour et soins médicaux que dans la limite des frais qui auraient été engagés dans le centre retenu par la CNSS.

CHAPITRE V - INDEMNITES ET RENTES

SECTION I – INDEMNITE JOURNALIERE

Article 134- Une indemnité journalière est payée à la victime par la CNSS à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle, sans distinction entre les jours ouvrables, les dimanches et jours fériés. Le versement en est continué pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure s'il s'agit d'incapacité permanente ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation.

L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il

est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

Article 135- Le montant de l'indemnité journalière est égal aux deux tiers (2/3) de la rémunération journalière moyenne de la victime.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par quatre vingt dix (90) le total des rémunérations soumises à cotisations perçues par l'intéressé au cours des trois (3) mois précédant celui au cours duquel l'accident est survenu ou la maladie est constatée.

Au cas où la victime n'a pas travaillé pendant toute la durée des trois (3) mois ou si le début du travail dans l'entreprise remonte à moins de trois (3) mois, la rémunération servant au calcul de la rémunération journalière moyenne est celle qu'elle aurait perçue si elle avait travaillé dans les mêmes conditions pendant la période de référence de trois (3) mois. Cette rémunération de référence est reconstituée à partir de la rémunération effectivement perçue.

Article 136- Lorsqu'il survient, postérieurement à l'accident du travail, une augmentation générale des salaires dont aurait normalement bénéficié le travailleur, s'il n'avait pas été accidenté, le taux de l'indemnité journalière est révisé dans les mêmes proportions avec comme date d'effet celle de l'augmentation générale.

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

Article 137- Si l'aggravation de la lésion causée par l'accident du travail entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire, l'indemnité journalière est calculée sur la base de la rémunération journalière moyenne des rémunérations soumises à cotisations et perçues par l'intéressé au cours des trois (3) derniers mois qui précèdent immédiatement l'arrêt du travail causé par cette aggravation.

En aucun cas, cette indemnité journalière ne peut être inférieure à celle calculée au cours de la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant, de la révision opérée conformément aux dispositions de l'article 136 du présent arrêté.

Article 138- La rémunération journalière moyenne servant de base au calcul de l'indemnité journalière due au travailleur de moins de dix-huit (18) ans ne peut être inférieure au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi de la profession en fonction duquel ont été fixés par voie d'abattement, dans le cadre des arrêtés sur les salaires ou des conventions collectives, les taux minimaux de rémunération des jeunes travailleurs.

A défaut de cette référence, la rémunération journalière moyenne de base de l'indemnité journalière ne peut être inférieure au salaire le plus bas des ouvriers adultes de même catégorie occupés dans l'établissement ou à défaut dans un établissement similaire.

En aucun cas, le montant de l'indemnité journalière ainsi calculée et due au travailleur de moins de dix-huit (18) ans ne pourra dépasser le montant de sa rémunération.

Article 139- Le salaire servant de base à la fixation de l'indemnité journalière due à l'apprenti ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié où l'apprenti aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage.

Article 140- La CNSS n'est pas fondée à suspendre le service de l'indemnité journalière lorsque l'employeur maintient à la victime tout ou partie de son salaire ou des avantages en nature soit en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, soit en vertu des usages de la profession, soit de sa propre initiative.

Lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est subrogé de plein droit, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de la victime aux indemnités journalières qui lui sont dues.

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

Article 141- L'indemnité journalière est payée soit à la victime, soit à son conjoint, soit, si la victime est mineure à la personne qui justifie l'avoir à sa charge, soit à un tiers auquel la victime donne délégation pour l'encaissement de cette indemnité.

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

Article 142- L'indemnité journalière est mensuelle. Elle est mise en paiement par la CNSS après réception :

- a- du certificat médical attestant la nécessité d'arrêt du travail ;
- b- d'une attestation de l'employeur (sur imprimé fourni par la CNSS) certifiant que l'intéressé n'a pas repris son travail pendant la période considérée.

Article 143- L'indemnité journalière est incessible et insaisissable, sauf dans les mêmes conditions et limites que le salaire conformément aux dispositions du code du travail.

SECTION II – RENTES

Article 144- Les règles définies aux articles 135 et 138 du présent arrêté pour le calcul de l'indemnité journalière des jeunes travailleurs et des apprentis sont applicables au calcul des rentes de cette catégorie de travailleurs.

Article 145- Pour le paiement des arrérages, le montant des rentes est arrondi à la centaine de francs immédiatement supérieure.

Article 146- En cas de contestations autres que celles portant sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, la CNSS peut accorder à la victime ou à ses ayants-droit, sur leur demande, des avances sur rente.

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

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

Article 147- Toute modification dans l'état de la victime soit par aggravation, soit par atténuation de l'infirmité peut entraîner une révision de la rente.

Article 148- La victime est informée au moins six (06) jours à l'avance, par lettre recommandée ou par tout autre procédé certain de notification, de l'heure et du lieu de l'examen médical de contrôle. Les frais de déplacement selon le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du rentier et ceux de séjour sont à la charge de la CNSS.

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

Article 149- La demande tendant à une nouvelle fixation des réparations, motivées par une aggravation de l'infirmité de la victime par suite de conséquences de l'accident, est présentée à la CNSS soit par simple déclaration, soit par lettre recommandée.

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

Article 150- Aucune nouvelle fixation des réparations motivée par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité, ou par le décès de la victime ne peut intervenir sans l'avis du conseil médical de la CNSS. Le constat d'aggravation ou d'atténuation fait par le conseil médical est notifié dans un délai d'un mois à la victime ou à ses ayants droit.

Article 151- Les rentes dues au titre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles sont revalorisées par décret conformément à l'article 85 du code de sécurité sociale.

Article 152 - Les prestations servies au titre des risques professionnels sont réduites lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime. En cas de revalorisation, celle-ci ne porte que sur le montant réduit et réellement payé de la rente.

Les prestations servies au titre des risques professionnels sont augmentées lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de l'employeur. En cas de revalorisation, celle-ci porte sur le montant augmenté et réellement payé de la rente.

Article 153- La majoration pour l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante est revalorisée dans les mêmes conditions que la rente.

Article 154- La valeur de rachat des rentes prévue à l'article 66 du code de sécurité sociale est calculée à l'aide du barème figurant à l'annexe du présent arrêté.

Article 155- Lorsque la rente a été majorée, le rachat est opéré compte tenu de la majoration de cette rente.

Article 156- Les arrérages de la fraction de rente rachetée cessent d'être dus à la date d'effet du rachat. Les arrérages de la rente primitive qui auraient été payés pour une période postérieure à la date ainsi déterminée sont déduits du montant du capital ou des nouveaux arrérages.

Article 157- Les droits et obligations de la victime après le rachat s'exercent dans les mêmes conditions qu'auparavant.

CHAPITRE VI - FRAIS FUNERAIRES ET DE TRANSPORT DU CORPS

Article 158- Les frais funéraires et de transport du corps prévus aux articles 58 et 60 du code de sécurité sociale sont payés sur demande des ayants droit.

Article 159- Les frais de transport du corps prévus à l'article 60 du code de sécurité sociale sont remboursés sur présentation des pièces justificatives dans la limite des tarifs normaux des transports pratiqués.

TITRE VII - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS DE LA BRANCHE DES PENSIONS, MODALITES DE LEUR PAIEMENT ET DE LEUR SUSPENSION

CHAPITRE I - FORMALITES A ACCOMPLIR EN VUE DE L'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Article 160- Les demandes des prestations de la branche des pensions sont établies sur des imprimés délivrés par la CNSS. Ces demandes ainsi que les pièces annexes sont déposées aux guichets de la CNSS contre récépissé ou sont expédiées par pli recommandé avec accusé de réception.

Article 161- La demande d'avantage d'invalidité ou de vieillesse de l'assuré mentionne nécessairement :

- a- son numéro d'immatriculation à la CNSS ou numéro d'assurance ;
- b- son nom, prénom(s) et, éventuellement, le nom de jeune fille pour les femmes mariées ;
- c- les noms de ses père et mère ;
- d- le lieu et la date ou l'année de sa naissance ;
- e- son adresse permanente ;
- f- sa nationalité ;
- g- les nom et prénom(s), la date de naissance et la date de mariage de son ou ses conjoints ;
- h- les nom et prénom(s) des enfants à charge, leur date de naissance, les noms et prénoms de leurs mères ;
- i- la date à laquelle il a cessé ou cessera d'exercer une activité salariée ;
- j- les périodes d'assurance ou assimilées à des périodes d'assurance telles qu'elles sont définies à l'article 79 du code de sécurité sociale ;
- k- toute autre information nécessaire à la liquidation de la prestation.

Le demandeur doit également joindre à la demande son livret d'assurance ou sa carte d'assuré social et l'imprimé dénommé fiche d'identification bancaire du bénéficiaire.

Article 162- Lorsqu'il s'agit d'une demande d'avantage d'invalidité, le demandeur déclare, en outre, si l'invalidité est ou non consécutive à un accident du travail pour lequel la responsabilité civile d'un tiers est engagée et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers.

Le demandeur doit être en activité au moment de l'introduction de son dossier à la CNSS ou, à défaut, être en arrêt de travail.

Article 163- La demande d'avantage d'invalidité doit être accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant de l'assuré.

Le certificat doit indiquer :

- a- si le demandeur subit, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, une diminution permanente ou présumée permanente de ses capacités physiques ou mentales le rendant incapable de gagner plus d'un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même qualification professionnelle peut se procurer par son travail ;
- b- si l'invalidité est due à une maladie ou si elle résulte d'un accident, en précisant s'il s'agit ou non d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ;
- c- qu'à la connaissance du médecin, l'invalidité n'est pas la conséquence d'un crime ou d'un délit commis par le bénéficiaire ou d'une faute intentionnelle de sa part ;
- d- les examens auxquels le médecin a procédé ou a fait procéder ; dans ce cas, le médecin joint au certificat les résultats des analyses ou des examens des spécialistes consultés ;
- e- la description des affections ou lésions, séquelles ou infirmités dont le demandeur est atteint ;
- f- si l'invalidité a besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante ;
- g- la date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision si le médecin n'a pas la garantie de la permanence de l'invalidité.

Les examens de révision prévus au point g ci-dessus devront obligatoirement avoir lieu au moins tous les six mois jusqu'à la date de consolidation de la lésion ou de stabilisation de l'état de l'invalidé.

Article 164- L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de l'état général, de l'âge et des facultés physiques ou mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle, soit :

- a- après consolidation de la lésion résultant d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle ;
- b- à l'expiration d'un délai de six mois suivant la date du début de l'arrêt de travail, s'il apparaît que l'incapacité doit se prolonger bien que l'état de l'assuré ne soit pas encore stabilisé ;
- c- après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai de six mois susvisé, s'il apparaît que cette stabilisation dénote une incapacité prolongée ou définitive ;
- d- au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Article 165- La demande de pension de vieillesse peut être introduite dans les trois mois précédant la date à laquelle prendront fin les services du travailleur. Dans ce cas, la date de la cessation d'activité devra être expressément mentionnée par le demandeur.

Celui-ci doit, en tout état de cause, s'engager à aviser la CNSS de toute reprise ultérieure d'une activité salariée. Cet engagement est indiqué sur la demande de pension.

Article 166- La demande de pension anticipée est adressée à la Caisse sur imprimé délivré par cette institution.

A l'appui de sa demande l'assuré doit produire un certificat médical établissant l'usure prématurée de ses facultés et une attestation de son employeur précisant que l'intéressé est inapte à remplir ses fonctions.

Article 167- Pour l'application de l'article 43 du code de sécurité sociale, l'inaptitude à l'exercice d'une activité salariée est appréciée en déterminant si à la date de la demande ou à une date postérieure, le requérant, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques ou mentales, de ses aptitudes et de sa formation professionnelle, n'est plus en état d'exercer une activité rémunératrice.

Article 168- A la réception de la demande de pension anticipée ou de pension d'invalidité, la CNSS transmet le dossier à son conseil médical qui convoque l'intéressé dans les huit (8) jours et donne son avis.

En cas d'avis favorable, la CNSS notifie sa décision, dans les trente (30) jours qui suivent, à l'employeur de l'intéressé ainsi qu'à ce dernier qu'il est admis au bénéfice de la pension anticipée ou d'invalidité.

En cas d'avis défavorable, notifié à l'employeur de l'intéressé et à ce dernier, la procédure de recours gracieux prévue par les textes en vigueur est immédiatement engagée.

En aucun cas, la décision de mise à la retraite anticipée ou pour invalidité ne saurait être prise par l'employeur avant la notification de l'avis de la CNSS.

Article 169- Lors de l'introduction de la demande d'avantage de survivants, le demandeur déclare, dans tous les cas, les informations suivantes concernant le défunt :

- a- son numéro d'assurance ou d'immatriculation à la CNSS ;
- b- ses nom et prénom (s) ;
- c- les noms de ses père et mère ;
- d- le lieu et la date ou l'année de naissance ;
- e- sa nationalité ;
- f- la date, le lieu et la cause de son décès ;
- g- si le décès est consécutif à un accident pour lequel la responsabilité d'un tiers est engagée et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers.

Si la demande est introduite par la veuve ou par le veuf, le demandeur déclare, en outre :

- a- ses nom et prénom (s) ;
- b- ses lieu et date de naissance ;
- c- les noms, prénoms et âge des enfants à charge.

Si la demande est introduite au nom des orphelins, le demandeur déclare :

- a- les nom, prénom(s) et adresse des personnes ou organismes qui en ont la charge ;
- b- les nom, prénom(s) et date de naissance de chacun des orphelins.

La CNSS peut demander toute autre information nécessaire à la liquidation de la prestation, notamment l'identité bancaire du bénéficiaire.

Article 170- En tout état de cause, au soutien de la demande de pension de survivants, les ayants droit doivent nécessairement produire l'acte de décès de l'assuré, le certificat d'hérédité et le procès verbal du conseil de famille. En cas de carence de la famille du de cujus à se réunir, les ayants droit peuvent obtenir du tribunal un jugement tenant lieu du certificat d'hérédité et du procès verbal du conseil de famille. Lorsqu'aucune demande n'a été introduite par l'assuré avant son décès la demande des ayants droit indiquera, en outre, les périodes d'assurances ou assimilées telles que définies à l'article 79 du code de sécurité sociale.

Le demandeur est tenu de produire l'imprimé dénommé fiche d'identification bancaire du bénéficiaire.

Article 171- La CNSS peut réclamer à tout demandeur de pension ou d'allocation les justifications nécessaires à la détermination des droits et notamment, celles relatives à l'appréciation des périodes d'assurance ou assimilées, à l'âge et à la situation matrimoniale.

Au cas où les intéressés ne peuvent pas fournir les justifications nécessaires, le dossier est soumis à la commission de recours gracieux qui statue en fonction des éléments en sa possession.

Article 172- La CNSS tient le registre des demandes de pension ou d'allocation et y mentionne notamment, le numéro d'enregistrement, le numéro d'immatriculation ou numéro d'assurance de l'assuré, le nom du requérant, la nature de la prestation demandée, la décision prise par la CNSS et, en cas de rejet, les recours éventuels intentés par le requérant et les suites qui leur ont été données.

CHAPITRE II - LIQUIDATION DES PENSIONS ET ALLOCATIONS

SECTION I – CALCUL DES PENSIONS ET ALLOCATIONS

Article 173- Pour le calcul du montant des pensions et allocations des assurés salariés, il faut entendre par mois d'assurance, tout mois civil au cours duquel l'assuré a travaillé pendant quinze (15) jours ouvrables au moins, continus ou discontinus et totalisé cent vingt (120) heures au moins.

Toute période continue de services contenant quinze (15) jours de travail au moins et comprise dans deux mois civils compte pour un mois d'assurance. Elle se rattache au mois civil au cours duquel a été accomplie la plus grande partie de cette période.

Lorsqu'une période de services continus couvre plus d'un mois civil, la durée des services effectués avant le premier mois entier et après le dernier mois entier de service est comptée pour un mois d'assurance si elle comprend au moins quinze (15) jours de travail.

Les dispositions des alinéas 2 et 3 ci-dessus ne peuvent être respectivement appliquées cumulativement pour les mêmes périodes avec celle de l'alinéa 1.

Dans le cas où la rémunération des services est calculée à la pièce ou à la tâche, est considéré comme mois d'assurance le mois civil au cours duquel la rémunération servie est au moins égale à quinze (15) fois la rémunération journalière minimale légale du lieu de l'emploi.

Lorsqu'il ne peut être déterminé à quels mois se rapportent les rémunérations des travaux à la pièce ou à la tâche, le nombre de mois d'assurance pourra être fixé en divisant le total des rémunérations servies pour un trimestre, un semestre ou une année, par un montant égal à quinze (15) fois la rémunération journalière minimale légale du lieu de l'emploi, sans que le quotient ainsi obtenu puisse être supérieur au nombre de mois civils compris dans la période prise en considération.

Pour les travailleurs temporaires ou occasionnels, au cas où il n'existerait aucune période continue de services contenant quinze (15) jours de travail au moins au cours d'un trimestre donné, le nombre de mois d'assurance peut être fixé en divisant le total des heures de travail accomplies au cours de ce trimestre par cent vingt (120), sans que le quotient ainsi obtenu puisse être supérieur à trois (3).

Article 174- Sont prises en considération les périodes d'assurance ou assimilées énumérées ci-dessous :

- a- les périodes d'assurance figurant sur les comptes individuels des assurés tenus par la CNSS ou telles qu'elles ressortent du livret d'assurance ou de la carte d'assuré social remis par l'intéressé ;
- b- les périodes d'assurance pour lesquelles d'autres modes de preuve seront acceptés par la CNSS ;
- c- toute période pendant laquelle l'assuré a perçu des indemnités journalières, au titre des risques professionnels ou de maternité, ou a été indemnisé soit dans les cas de suspension du contrat de travail prévus par le code du travail, soit pendant la durée du congé payé, y compris les délais de route dans les limites fixées par le code du travail. Les périodes indemnisées au titre des dispositions susvisées du code du travail doivent avoir donné lieu à cotisation assise sur les indemnités perçues.

Article 175- A défaut de livret d'assurance ou de carte d'assuré social, le demandeur peut établir la preuve des services qu'il déclare avoir accomplis et des rémunérations qu'il déclare avoir perçues en produisant :

- a- les documents qui lui ont été délivrés lors de chaque paie par ses employeurs successifs ;
- b- les attestations délivrées par ses employeurs à l'expiration de chaque période de services.

Article 176- Pour le calcul du montant des pensions et allocations des assurés volontaires, des travailleurs indépendants et de l'économie informelle assurés, il faut entendre par mois d'assurance tout mois tel que défini à l'article 79 paragraphe 1 alinéa 2 et 3 du code de sécurité sociale.

Article 177- En cas de discordance entre les documents produits par le demandeur et les renseignements dont la CNSS dispose, ces derniers renseignements sont retenus à titre provisoire pour le calcul des prestations. La CNSS invite, dans ce cas, le demandeur à fournir des précisions complémentaires et procède au contrôle des informations.

Article 178- Le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité, de la pension anticipée et de l'allocation de vieillesse est fixé conformément aux dispositions de l'article 44 du code de sécurité sociale.

Les rémunérations retenues pour la détermination de la rémunération mensuelle moyenne visée à l'article 44 du code de sécurité sociale correspondent à celles qui ont été soumises à cotisations au cours des cinq (5) dernières années.

Les assurés volontaires, les travailleurs indépendants et les travailleurs de l'économie informelle ne sont pas autorisés à majorer de plus de cinq pour cent (5%) leurs revenus moyens des cinq (5) dernières années d'assurance. Le cas échéant, la rémunération mensuelle moyenne visée ci-dessus est calculée en se servant des revenus revalorisés à hauteur de cinq pour cent (5%) au maximum par année.

Article 179- Le mari polygame a droit à la pension de veuvage au titre de son épouse décédée. Si une deuxième épouse salariée vient à décéder, le mari polygame ne peut bénéficier que d'une pension de veuvage. Il a donc la faculté d'opter pour la pension de veuvage la plus avantageuse au titre de ses épouses décédées. Il perd la jouissance de la pension de veuvage au titre de son épouse décédée s'il se remarie après ce décès ou s'il vit après ce décès en état de concubinage notoire dûment établi par une enquête sociale.

SECTION II – NOTIFICATION DES DECISIONS

Article 180- Les décisions accordant ou refusant les pensions ou allocations sont notifiées au demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 181- Les décisions accordant une pension ou une allocation doivent obligatoirement comporter les renseignements suivants :

- a- le numéro d'immatriculation, le nom et le(s) prénoms(s) de l'assuré ;
- b- les nom et prénoms du bénéficiaire de la prestation ;
- c- le numéro du dossier ou de la décision ;
- d- la nature de la prestation ;
- e- le montant mensuel de la pension ou le montant de l'allocation unique ;
- f- la date de prise d'effet de la pension ;
- g- éventuellement la date de révision ;
- h- la périodicité de paiement ;
- i- les conditions du maintien du droit.

Article 182- Les décisions refusant une prestation sont motivées. Elles comportent obligatoirement l'indication des voies de recours ouvertes au demandeur et des formes et délais dans lesquels les recours doivent être introduits.

CHAPITRE III - PAIEMENT DES PENSIONS ET ALLOCATIONS

Article 183- Le versement des pensions s'effectue par mois et à terme échu. Les pensions de survivants de faibles montants inférieurs à 60% du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) sont payées trimestriellement.

Les arrérages mensuels sont versés sans frais, sauf dans les cas prévus par les conventions et les accords de coordination, au bénéficiaire lorsqu'il s'agit de pensions de vieillesse, d'invalidité de veuve ou de veuf, et à la personne ou à l'organisme qui a la garde des enfants lorsqu'il s'agit de pensions d'orphelins.

Article 184- Tout changement de résidence ou d'adresse d'un bénéficiaire doit être signalé par celui-ci à la CNSS.

Article 185- Le bénéficiaire d'une pension est tenu de se soumettre au système de contrôle défini au titre IX du présent arrêté.

Article 186- Les arrérages échus et qui n'ont pas été payés avant le décès d'un bénéficiaire sont versés comme suit :

- a- au veuf, à la veuve ou aux veuves, en cas de décès d'un bénéficiaire de pension de vieillesse ou d'invalidité. En l'absence de conjoint survivant, les arrérages sont versés à l'administrateur des biens du défunt ;
- b- au conjoint survivant, en cas de décès d'un bénéficiaire de pension de veuvage. En l'absence de conjoint survivant les arrérages sont versés à l'administrateur des biens du défunt ;
- c- au père, à la mère, à la personne ou à l'organisme qui a la garde du bénéficiaire, en cas de décès d'un enfant à charge.

Article 187- Lorsque le titulaire ne réside pas sur le territoire national, le paiement des prestations s'effectue selon les modalités fixées soit par les accords de réciprocité conclus entre le Togo et le pays concerné, soit par les conventions internationales auxquelles ces deux pays sont parties.

Le paiement des pensions anticipées et d'invalidité est suspendu lorsque le titulaire néglige d'utiliser les services médicaux mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail.

CHAPITRE IV - CONDITIONS ET MODALITES DE REPRISE D'ACTIVITE PAR UN ASSURE BENEFICIAIRE D'UN AVANTAGE AU TITRE DE LA BRANCHE DES PENSIONS

Article 188- Le bénéficiaire de pension ou d'allocation d'invalidité qui, à l'issue des examens de contrôle prévu à l'article 43 paragraphe 5 du code de sécurité sociale, ne peut plus être considéré comme invalide au sens de l'article 43 paragraphe 3 du code, peut reprendre une activité salariée. La pension d'invalidité est dès lors suspendue.

Article 189- L'assuré visé à l'article 188 qui retrouve une activité salariée doit supporter des précomptes de cotisations sur salaire comme tout salarié.

Article 190- La durée d'assurance après la reprise de l'activité salariée par un bénéficiaire d'une pension d'invalidité est prise en compte dans la détermination de la nature et du montant de la prestation à laquelle il a droit au terme de sa nouvelle carrière.

Article 191- La pension d'un assuré qui a repris une activité salariée est suspendue. Il est précompté sur son salaire les cotisations dues comme pour tous les autres salariés sans que cette obligation, sauf dérogation, puisse entraîner un quelconque avantage en sa faveur lors de la nouvelle cessation d'activités.

Article 192- L'assuré salarié, l'assuré travailleur indépendant ou l'assuré travailleur de l'économie informelle admis à la retraite et qui, de ce fait, bénéficie d'une pension de vieillesse peut reprendre une activité salariée.

Sa pension est dès lors suspendue et ses rémunérations sont soumises à cotisation. La suspension prend fin à compter de la nouvelle cessation d'activité salariée sans que l'intéressé ne puisse prétendre ni au paiement des arrérages de la pension précédant cette nouvelle cessation d'activité, ni à un quelconque avantage lié à la nouvelle durée d'assurance.

Toutefois, des dérogations sont accordées aux personnes rentrant dans les catégories suivantes :

- a- lorsqu'à la reprise d'activité, le montant de la nouvelle rémunération de l'assuré et le montant de la pension de vieillesse sont, de manière cumulée, inférieurs ou égaux à la rémunération mensuelle moyenne ayant servi au calcul de la pension, la pension n'est pas suspendue ;
- b- si le montant cumulé de la nouvelle rémunération et de la pension vieillesse est supérieur à la rémunération mensuelle moyenne ayant servi au calcul de la pension, le montant de la pension est réduit jusqu'à concurrence du montant de la rémunération mensuelle moyenne ;
- c- la pension est maintenue intégralement pour le bénéficiaire de pension ayant créé une activité génératrice de revenus de laquelle il tire sa nouvelle rémunération et qui emploie au moins deux autres personnes immatriculées à la CNSS.

Ces dérogations ne concernent que les bénéficiaires de pension vieillesse normale.

TITRE VIII - MESURES SUSPENSIVES DES PRESTATIONS

SECTION I – MESURES SUSPENSIVES

Article 193- Les mesures suspensives des prestations visées à l'article 21 paragraphe 4 du code de sécurité sociale s'entendent l'arrêt momentané du versement des allocations familiales en cours de paiement pour l'ensemble des bénéficiaires relevant d'un employeur en raison du non versement des cotisations sociales.

Article 194- Les mesures suspensives des allocations familiales visées à l'article 193 ne sont pas applicables :

- aux allocataires retraités ou décédés ;
- aux allocataires en repos pour incapacité temporaire résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour la période de cette incapacité temporaire ;

Les allocations prénatales et la prestation de maternité ne sont pas visées par les mesures de suspension.

Article 195- Les prestations suspendues pour défaut de versement des cotisations ne sont pas passibles de prescription. Les délais de prescription de douze (12) mois prévus aux articles 81 du code de sécurité sociale courent à partir de la date à laquelle le versement des cotisations a été effectué.

Article 196.- Lorsque le titulaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité néglige d'utiliser les services médicaux mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail, sa prestation est suspendue.

Si le bénéficiaire d'une pension ou son représentant légal n'adresse pas dans les délais fixés les pièces justificatives, le versement des prestations est suspendu à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel lesdites pièces auraient dû être fournies.

Le versement des prestations est également suspendu si le bénéficiaire ne se soumet pas au contrôle physique dans les délais fixés.

SECTION II - DATE D'EFFET ET LEVEE DES MESURES SUSPENSIVES

Article 197- Dans tous les cas de suspension, les prestations cessent d'être attribuées à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel les conditions requises pour leur attribution ne sont plus réunies.

Le paiement des prestations est rétabli dans le cas de suspension :

- a- des allocations familiales pour défaut de versement des cotisations, dès que lesdites cotisations sont versées ;
- b- de pensions d'invalidité et ou de rente d'incapacité pour inobservation des règles prescrites pour la vérification de l'existence de l'incapacité du travail, dès que le contrôle médical est effectué ;
- c- pour absence au contrôle physique, dès que le bénéficiaire se soumet à ce contrôle et que ce dernier est validé ;
- d- pour défaut de production des pièces périodiques, après production desdites pièces et conformément aux prescriptions de l'article 200 ci-après.

TITRE IX - MODALITES DE CONTROLE DES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS.

SECTION I – PRINCIPE ET PERIODICITE

Article 198- Conformément à l'article 76 du code de sécurité sociale il est institué un système de contrôles périodiques pour tous les bénéficiaires, notamment le contrôle physique et la production des certificats de vie ou certificats de non remariage pour les bénéficiaires de pensions et / ou de rentes et la production des pièces justificatives pour les bénéficiaires des pensions ou rentes d'orphelins et des allocations familiales.

Article 199- Il est organisé toutes les années terminées par 0 ou 5 un contrôle physique de tous les bénéficiaires de pensions ou rentes d'assurés, de pensions ou rentes de veuvage et de

rentes d'ascendants. Ce contrôle se déroule au cours du deuxième semestre de l'année considérée.

Le contrôle physique se fait devant une commission chargée de vérifier l'identité de ces bénéficiaires, lesquels se présentent devant elle munis d'une des pièces d'identité suivantes en cours de validité :

- carte nationale d'identité ;
- passeport ;
- toutes autres pièces retenues par la CNSS.

En dehors des contrôles initiaux, il est organisé des contrôles de rattrapage en fonction des besoins.

Les pensions et / ou rentes des bénéficiaires qui ne se présentent pas au contrôle physique ou dont le contrôle physique n'a pas été validé sont suspendues jusqu'au contrôle physique suivant ou, le cas échéant, jusqu'à la prescription.

Article 200- En dehors des années de contrôle physique, les bénéficiaires de pensions et/ou de rentes sont tenus de produire tous les ans en déposant aux guichets de la CNSS des certificats de vie ou de non remariage dans les délais ci-après :

- entre le 30 avril et le 15 juin en vue du paiement des pensions et rentes de juillet à décembre de l'année considérée ;
- entre le 31 octobre et le 15 décembre en vue du paiement des pensions et rentes de janvier à juin de l'année suivante.

Les bénéficiaires de pensions et/ou rentes dont les contrôles physiques ont été validés sont seuls autorisés à produire des certificats de vie ou des certificats de non remariage.

Les attributaires de rentes ou de pensions d'orphelins sont tenus de produire en déposant au guichet de la CNSS les pièces des enfants à leur charge au quatrième trimestre de chaque année.

Lorsque les pièces périodiques sont produites en dehors des délais fixés à l'alinéa 1 du présent article, le paiement des prestations aux retardataires est effectué aux dates ci-après :

- à la fin du mois de septembre, lorsque lesdits certificats sont produits entre le 16 juin et le 15 septembre de l'année en cours ;
- à la fin du mois de décembre, lorsque lesdits certificats sont produits entre le 16 septembre et le 15 décembre de l'année en cours ;
- à la fin du mois de mars, lorsque lesdits certificats sont produits entre le 16 décembre de l'année précédente et le 15 mars de l'année en cours ;
- à la fin du mois de juin, lorsque lesdits certificats sont produits entre le 16 mars et le 15 juin de l'année en cours.

SECTION II - NATURE DES PIECES PERIODIQUES

Article 201- Les bénéficiaires de pensions d'assuré, de rentes d'assuré ou de rentes d'ascendant sont tenus de produire un certificat de vie daté et signé de l'autorité compétente certifiant avoir vu physiquement l'intéressé.

Les bénéficiaires de pensions de veuf ou veuve, de rentes de veuf ou veuve produisent un certificat de non remariage daté et signé de l'autorité compétente.

Article 202- Les pièces à produire par les attributaires pour le compte des enfants à charge sont :

- les certificats d'assiduité pour les enfants placés en apprentissage,
- les certificats d'inscription pour les enfants âgés de six (6) ans et plus,
- les certificats médicaux pour les enfants de moins de six (6) ans et pour les enfants infirmes.

TITRE X - DISPOSITIONS FINALES

Article 203- Le présent arrêté abroge toutes les dispositions antérieures contraires.

Article 204- Le directeur général du travail et des lois sociales et le directeur général de la caisse nationale de sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la République togolaise.

Fait à Lomé, le 19 janvier 2012

Le ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale

Octave Nicoué BROOHM