

JOURNAL OFFICIEL

de la
République Démocratique du Congo
Cabinet du Président de la République

RECUEIL DE TEXTES LEGAL, REGLEMENTAIRES ET MESURES D'EXECUTION

**LOI N° 16/009 DU 15 JUILLET 2016 FIXANT
LES REGLES RELATIVES AU REGIME GENERAL DE LA
SECURITE SOCIALE**

JOURNAL OFFICIEL

DE LA

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Conditions d'abonnement, d'achat du numéro et des insertions

Les demandes d'abonnement ainsi que celles relatives à l'achat de numéros séparés doivent être adressées au Service du Journal Officiel, Cabinet du Président de la République, B.P. 4117, Kinshasa 2.

Les montants correspondants au prix de l'abonnement du numéro et des insertions payantes sont payés suivant le mode de paiement des sommes dues à l'Etat.

Les actes et documents quelconques à insérer au Journal officiel doivent être envoyés soit directement au Journal officiel de la République Démocratique du Congo, à Kinshasa/Gombe, Avenue Colonel Lukusa n° 7, soit par le Greffier du Tribunal s'il s'agit d'actes ou documents dont la Loi prescrit la publication par ses soins, soit enfin par les intéressés s'il s'agit d'acte ou documents dont la publication est faite à leur diligence.

Les abonnements sont annuels. Ils prennent cours au 1^{er} janvier et sont renouvelables au plus tard le 1^{er} décembre de l'année précédant celle à laquelle ils se rapportent.

Toute réclamation relative à l'abonnement ou aux insertions peut être adressée au Service du Journal officiel, B.P. 4117, Kinshasa 2.

SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
LOI N° 16/009 DU 15 JUILLET 2016 FIXANT LES REGLES RELATIVES AU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE	5
DECRET N°18/027 DU 14 JUILLET 2018 PORTANT CREATION, ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC DENOMME CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE, EN SIGLE « CNSS »	45
DECRET N°18/041 DU 24 NOVEMBRE 2018 FIXANT LES TAUX DE COTISATIONS DUES A LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE, EN SIGLE « CNSS »	59
ARRETE MINISTERIEL N°137 DETERMINANT LE MONTANT, LES MODALITES DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS FAMILIALES ET LES CONDITIONS DE SUSPENSION	64
ARRETE MINISTERIEL N°138 FIXANT LES TAUX ET MODALITES DES PENALITES EN CAS DE RETARD DE VERSEMENT DES COTISATIONS SOCIALES ET DE DEFAUT DE PRODUCTION DE DECLARATION DANS LE DELAI	69
ARRETE MINISTERIEL N°139 DETERMINANT LES MODALITES D'ASSUJETTISSEMENT DES TRAVAILLEURS ASSIMILES A LA BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS	73
ARRETE MINISTERIEL N°140 FIXANT LES MODALITES DE PROMOTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	79
ARRETE MINISTERIEL N°141 PORTANT ORGANISATION, AFFECTATION ET FONCTIONNEMENT DU CORPS DES CONTROLEURS DE LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE	88
ARRETE MINISTERIEL N°142 DETERMINANT LES MODALITES D'APPLICATION DU MOIS D'ASSURANCE	94
ARRETE MINISTERIEL N°143 FIXANT LES CONDITIONS ET MODALITES DE DEVOLUTION DU SERVICE DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS FAMILIALES PAR L'EMPLOYEUR	100
ARRETE MINISTERIEL N°144 FIXANT LE MONTANT, LES MODALITES DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS PRENATALES, LA PERIODICITE ET LES CONDITIONS DE SUSPENSION	104
ARRETE MINISTERIEL N°145 DETERMINANT LES CONDITIONS DU BENEFICE DE READAPTATION FONCTIONNELLE, DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE ET DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL	108
ARRETE MINISTERIEL N°146 FIXANT LES MODALITES D'AFFILIATION DES EMPLOYEURS, D'IMMATRICULATION DES TRAVAILLEURS, DE PERCEPTION DES COTISATIONS, DE LIQUIDATION ET DU SERVICE DES PRESTATIONS AINSI QUE LES OBLIGATIONS QUI INCOMBENT AUX EMPLOYEURS ET AUX TRAVAILLEURS	117

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

LOI N° 16/009 DU 15 JUILLET 2016 FIXANT LES REGLES RELATIVES AU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

EXPOSE DES MOTIFS

La Constitution du 18 février 2006 telle que modifiée à ce jour place le Congolais au centre de toute l'action gouvernementale le couvrant de sa protection dès la conception jusqu'à la fin de la vie.

Le régime général de la sécurité sociale organisé par le Décret-loi organique du 29 juin 1961 de la sécurité sociale, plusieurs fois modifiés, en dépit de ses avancées, est loin de rencontrer cette vision du constituant. D'application restreinte, discriminatoire et partielle quant aux prestations, il n'a couvert que certaines villes.

La présente loi fixe les règles concernant le régime général de la sécurité sociale, conformément à l'article 122 point 14 de la Constitution et va au-delà du décret-loi susvisé.

En effet, non seulement elle ajoute aux allocations familiales les prestations prénatales et de maternité, mais aussi elle couvre tout le territoire national et prend en compte les principes édictés par la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale – CIPRES – et la Convention 102 de Genève du 28 juin 1952 sur la norme minimum de la sécurité sociale. Il en est ainsi des principes de l'égalité entre l'homme et la femme, du suivi régulier de la mise en œuvre et de l'évaluation périodique, de l'accessibilité et de l'efficacité des procédures.

Tous ces principes, autant que les concepts utilisés dans la présente loi, devront être compris et interprétés au regard du système normatif international de sécurité sociale avec comme principaux piliers les normes de la CIPRES et celle de la Convention de Genève.

En plus, avec la participation des partenaires sociaux, à savoir l'Etat, les employeurs et les travailleurs, à la gestion du régime, cette loi instaure une gouvernance démocratique et participative assurant l'efficacité et la transparence financière, budgétaire et économique du système.

Elle est subdivisée en dix chapitres :

Chapitre 1^{er} : Des dispositions générales ;

Chapitre 2 : De la gestion du régime général de la sécurité sociale ;

Chapitre 3 : Des relations entre l'Etablissement public et ses partenaires ;

Chapitre 4 : De la branche des prestations aux familles ;

Chapitre 5 : De la branche des risques professionnels ;

Chapitre 6 : De la branche des pensions ;

Chapitre 7 : Des dispositions communes ;

Chapitre 8 : De l'action sanitaire et sociale ;

Chapitre 9 : Des dispositions pénales ;

Chapitre 10 : Des Dispositions transitoires, abrogatoires et finales.

Telle est l'économie générale de la présente loi.

Loi

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté ;

Le Président de la République promulgue la Loi dont la teneur suit :

CHAPTRE 1er : DES DISPOSITIONS GENERALES

Section 1^{ère} : Du champ d'application

Article 1er

La présente loi institue un régime général de la sécurité sociale qui couvre les branches suivantes:

1. la branche des risques professionnels pour les prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle ;
2. la branche des prestations aux familles qui couvre les allocations familiales, prénatales et de maternité ;
3. la branche des pensions pour les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants.

Article 2

Le service des prestations énumérées à l'article 1^{er} de la présente loi est complété par une action sanitaire et sociale.

Article 3

Est assujetti au régime général de la sécurité sociale pour toutes les branches :

1. tout travailleur soumis aux dispositions du Code du travail ainsi que le batelier et tout autre personnel navigant sans aucune distinction de race, de nationalité, de sexe, d'état civil, de religion, d'opinion politique et d'origine, lorsqu'ils exercent, à titre principal, une activité professionnelle sur le territoire national pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs nonobstant la nature, la forme, la validité du contrat et le montant de la rémunération ;
2. le mandataire de l'Etat dans les entreprises et établissements publics et dans les sociétés d'économie mixte ne bénéficiant pas, en vertu des dispositions légales ou réglementaires, d'un régime particulier de la sécurité sociale ;
3. le personnel de l'Etat, des provinces et des entités territoriales décentralisées ne bénéficiant pas, en vertu des dispositions légales ou réglementaires, d'un régime particulier de la sécurité sociale ;
4. le marin immatriculé en République Démocratique du Congo engagé à bord d'un navire battant pavillon congolais ;
5. l'employé local d'une mission diplomatique accréditée et établie en République Démocratique du Congo;
6. l'associé actif d'une société ;
7. le travailleur congolais occupé par une entreprise située en République Démocratique du Congo et qui, pour le compte de cette entreprise, preste sur le territoire d'un autre pays afin d'effectuer un travail pour une durée n'excédant pas six mois;
8. le travailleur étranger occupé par une entreprise située à l'étranger et qui, pour le compte de cette entreprise, preste sur le territoire congolais afin d'effectuer un travail pour une durée excédant six mois.

Article 4

Est assujetti au régime général de la sécurité sociale pour la branche des risques professionnels :

1. l'apprenti lié par un contrat d'apprentissage conformément aux dispositions du Code du Travail ;

2. l'élève ou l'étudiant des établissements d'enseignement technique professionnel et artisanal ;
3. le personnel placé dans les centres de formation, de réadaptation et de rééducations professionnelles ;
4. le stagiaire en formation occupé dans une entreprise ou détaché dans une école professionnelle ;
5. la personne placée par l'Etat dans son établissement de garde, d'éducation et de rééducation ;
6. le détenu exécutant un travail périlleux victime d'un accident survenu à l'occasion de ce travail.

Les modalités d'application des dispositions de l'alinéa précédent du présent article sont déterminées par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions sur proposition du Conseil d'administration de l'établissement public ayant en charge la gestion du régime général de la sécurité sociale et après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale.

Article 5

Peuvent être assujettis à tout ou partie du régime général de la sécurité sociale :

1. les membres des sociétés coopératives ouvrières de production ainsi que les gérants non salariés des coopératives et leurs préposés ;
2. les hauts cadres des sociétés et des entreprises publiques dès lors qu'ils ne sont pas liés par un contrat de travail.
3. les assurés volontaires.

Article 6

Toute personne qui, ayant été affiliée au régime général de la sécurité sociale pendant trois ans au moins dont six mois consécutifs à la date où elle cesse de remplir les conditions d'assujettissement, a la faculté de demeurer volontairement assujettie à la branche des pensions et des risques professionnels.

Section 2 : Des définitions

Article 7

Au sens de la présente loi, on entend par :

1. **Action sanitaire et sociale** : toute action ou initiative publique ou privée prise en vue de la prévention générale, de prévention des dommages particuliers au moyen d'une aide financière ou matérielle, de fourniture d'équipement de protection, des soins médicaux, d'information, de documentation sur la sécurité sociale ;
2. **Affiliation** : lien qui existe entre l'assuré social et un organisme de sécurité sociale qui est susceptible de lui verser les prestations ;
3. **Allocation** : prestation en argent attribuée à une personne pour faire face à un besoin ;
4. **Allocation familiale** : somme versée aux personnes ayant un ou plusieurs enfants à charge ;
5. **Analyse actuarielle** : mode d'évaluation à court, moyen et long terme de la rentabilité des produits d'assurance ;
6. **Arrérage** : somme d'argent versée périodiquement à un organisme social ou une compagnie d'assurance sous forme d'intérêt au titre d'une rente ou d'une pension ;
7. **Assujettissement** : le fait pour une personne d'entrer dans un champ d'application d'un régime de sécurité sociale, en raison de sa situation professionnelle ;
8. **Branche** : catégorie ou division d'un régime de prestations de sécurité sociale constitutive d'instrument de référence correspondant à l'un des risques sociaux visés, notamment la maladie, la vieillesse, les risques professionnels, la famille, définissant les objectifs à atteindre ;
9. **Cotisations sociales** : sommes destinées au financement de la sécurité sociale à verser, pour chaque assuré, en partie par lui-même par retenue et en partie par l'employeur par cotisation patronale dans le cadre d'un régime général ;
10. **Conjoint survivant** : époux (se) qui survit à son conjoint prédécédé et auquel (à laquelle) la loi accorde divers droits ;
11. **Fonds de roulement** : fonds servant au maintien d'un volume suffisant de liquidités pour faire face aux dépenses courantes ;
12. **Immatriculation** : opération administrative qui constate la qualité d'assuré social par l'attribution du numéro d'immatriculation ;
13. **Partenaires sociaux** : représentants du gouvernement, du patronat et des syndicats d'une branche professionnelle, de la direction et du personnel d'une entreprise, considérés en tant que parties prenantes dans des négociations, des accords ou dans la fixation et la gestion des cotisations sociales liées au régime de sécurité sociale ;
14. **Pension** : allocation régulière versée au titre de l'assurance vieillesse ou de l'assurance invalidité ;
15. **Pension d'invalidité** : allocation ayant pour but de compenser la perte ou la diminution de capacité de travail provenant d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité ;

16. **Pension de survivant** : allocation versée au conjoint survivant d'une personne prédécédée qui avait acquis de son vivant des droits à une retraite ou à une pension au titre de l'assurance vieillesse ;
17. **Pension de vieillesse** : allocation versée périodiquement par la caisse d'assurance et de prévoyance aux personnes qui ont atteint un certain âge et qui ont effectué des versements à cette caisse ;
18. **Prestations sociales** : prestations en espèces ou en nature que les institutions de protection sociale versent à leurs bénéficiaires ;
19. **Protection sociale** : ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux, entendu comme situations susceptibles de provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses ;
20. **Réserve de sécurité sociale** : fonds permettant d'absorber les augmentations des charges ou les diminutions des recettes dues aux fluctuations aléatoires, mais conjoncturelles qui peuvent affecter la gestion des branches ;
21. **Régime général de sécurité sociale** : ensemble des dispositions légales et réglementaires de la sécurité sociale concernant les travailleurs salariés et les retraités du secteur privé, certains fonctionnaires, et d'une manière générale, toutes les personnes non attachées à un régime spécial ou particulier, du fait de leur statut professionnel ;
22. **Rente** : allocation régulière versée au titre de la législation sur les accidents du travail, en cas d'incapacité permanente ;
23. **Réserve technique** : fonds permettant de supporter la charge des paiements futurs aux bénéficiaires ;
24. **Risque** : événement incertain qui pourrait se réaliser indépendamment de la volonté de l'assuré ;
25. **Risque social** : événement inhérent à la vie en société qui entraîne, pour celui qui le subit, une baisse de ses revenus (maladie, chômage, vieillesse, accident de travail, maladie professionnelle) ;
26. **Sécurité sociale** : protection que la Société accorde à ses membres, grâce à une série de mesures publiques, contre le dénouement économique et social où pourraient les plonger, en raison de la disparition ou la réduction sensible de leur gain, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse et le décès ; à cela s'ajoutent la fourniture de soins médicaux et l'octroi de prestations aux familles avec enfants.

CHAPITRE II : DE LA GESTION DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

Section 1ère : De la structure de gestion

Article 8

La gestion du régime général de la sécurité sociale est confiée à un établissement public à caractère technique et social.

Article 9

Un décret du Premier ministre, délibéré en Conseil des ministres, crée l'établissement public visé à l'article 8 de la présente loi.

Ce décret fixe, conformément à la législation en vigueur applicable aux établissements publics, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement susvisé, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 10

Le Conseil d'administration de l'établissement public de la sécurité sociale est composé de manière tripartite et paritaire par les partenaires sociaux.

Les membres du Conseil d'administration sont nommés par ordonnance du Président de la République pour un mandat de trois ans, le Conseil des ministres entendu.

Le Président du Conseil d'administration est élu par ses pairs pour une durée d'un an. La présidence est tournante.

Le Directeur général, de droit membre du Conseil d'administration et choisi par consensus des partenaires sociaux, un procès-verbal en faisant foi, est nommé par ordonnance du Président de la République.

Article 11

Les partenaires sociaux visés à l'article 10 sont :

- l'Etat ;
- les employeurs ;
- les travailleurs.

Section 2 : De la gestion financière

Article 12

Chacune des branches du régime général de la sécurité sociale fait l'objet d'une gestion financière distincte.

Article 13

Les cotisations sociales dues à l'établissement public sont assises sur l'ensemble de la rémunération du travailleur assujéti tel que prévu à l'article 7, *littera h*, du Code du travail.

Pour la catégorie des travailleurs assimilés, les cotisations peuvent être assises sur les revenus fixés par le Conseil d'administration de l'établissement public et approuvés par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

En aucun cas, le montant des rémunérations servant de base de calcul des cotisations ne peut être inférieur au salaire minimum légal.

Article 14

Les cotisations des assurés volontaires visés à l'article 6 de la présente loi sont entièrement à leur charge.

Un arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions fixe, après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale, les modalités d'évaluation des avantages en nature.

Article 15

Un décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions et après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale, fixe les taux des cotisations dues à l'établissement public.

Les taux de cotisations sont fixés en pourcentages des rémunérations soumises à cotisation, de manière que les recettes totales de chaque branche permettent à la fois de couvrir l'ensemble des dépenses des prestations de cette branche et la partie des frais d'administration qui s'y rapportent, et de disposer du montant nécessaire à la constitution d'une réserve et éventuellement d'un fonds de roulement.

Article 16

Les cotisations sociales afférentes à la branche des risques professionnels et celles de la branche des prestations aux familles sont à charge exclusive de l'employeur.

Le taux des cotisations de la branche des risques professionnels peut être majoré jusqu'à concurrence du double à l'égard d'un employeur aussi longtemps qu'il ne se conforme pas aux prescriptions de la loi.

Article 17

Dans la branche des risques professionnels, un taux des cotisations spéciales peut être fixé pour les entreprises où la fréquence des risques professionnels est sensiblement supérieure à la moyenne nationale pour l'ensemble des travailleurs.

Pour la fixation de ce taux, les entreprises peuvent être réparties en entreprises à haut, à moyen et à faible risque.

Un décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale, détermine le taux visé à l'alinéa premier du présent article.

Article 18

Les taux des cotisations de la branche des pensions sont répartis entre l'employeur et le travailleur. Ils sont fixés de manière à assurer la stabilité et l'équilibre financier de la branche.

Si, durant un exercice entier, il est constaté que les recettes provenant des cotisations de cette branche sont inférieures aux dépenses courantes des prestations et d'administration, les partenaires sociaux réunis en Conseil national extraordinaire du travail et de sécurité sociale peuvent apprécier l'opportunité de réviser le taux des cotisations ou d'établir les responsabilités en gestion, de manière à garantir l'équilibre financier de la branche pendant une nouvelle période.

La part de la cotisation incombant au travailleur ne peut en aucun cas dépasser la moitié du montant de ces cotisations.

Article 19

L'employeur est débiteur vis-à-vis de l'établissement public de l'ensemble de cotisations dues. Il est responsable de leur versement, y compris la part mise à charge du travailleur ainsi que le montant des prélèvements qu'il a omis d'effectuer.

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

L'employeur assume seul la responsabilité des prélèvements qu'il a omis d'effectuer. Il ne peut en aucun cas les récupérer auprès du travailleur.

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

Si un travailleur est successivement occupé au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est responsable de la déclaration et du versement de la part des cotisations calculées proportionnellement à la rémunération qu'il paie à l'intéressé.

Article 20

L'employeur déclare et verse les cotisations globales dont il est responsable aux dates et selon les modalités fixées par voie réglementaire.

La déclaration est mensuelle. Elle indique pour chaque travailleur le montant total des rémunérations perçues ainsi que la durée du travail effectué.

Article 21

Le retard de versement des cotisations ainsi que le défaut de production de déclaration dans le délai, donnent lieu à une pénalité dont les taux et modalités sont fixés par voie réglementaire.

Article 22

Les cotisations sociales et les sommes dues au titre de majoration constituent des créances privilégiées après le salaire.

Article 23

La mise en recouvrement des sommes dues par les employeurs consiste en l'envoi ou à la présentation par un contrôleur de l'établissement public d'un relevé de compte réclamant le paiement des sommes dues à l'établissement.

Le relevé de compte certifié et signé par le responsable attribué de l'établissement public tient lieu de mise en demeure.

Article 24

Le relevé de toutes les sommes dues à l'établissement public prévu à l'article 22 de la présente loi, dûment approuvé par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, vaut titre authentique permettant les saisies prévues par la législation en vigueur en matière de recouvrement et des voies d'exécution.

Article 25

Un décret du Premier ministre crée un fonds de roulement commun à l'ensemble des branches dont le montant est égal à un sixième du total des dépenses annuelles effectuées au cours de l'année civile précédente.

Article 26

Il est constitué et maintenu, pour toutes les branches, des réserves techniques et/ou des réserves de sécurité dans les conditions déterminées ci-après :

1. Pour la branche des risques professionnels :
 - a. la réserve technique est égale au montant des capitaux constitutifs des rentes allouées ;
 - b. la réserve de sécurité est au minimum égale à la moitié du montant total des dépenses moyennes annuelles des prestations engagées au cours des deux dernières années, à l'exclusion de celles afférentes aux rentes.
2. Pour la branche des prestations aux familles :
 - a. la réserve technique ne peut être inférieure au douzième des prestations servies au cours de l'exercice précédent ;
 - b. la réserve de sécurité est égale au montant total des dépenses trimestrielles moyennes de prestations constatées dans cette branche au cours de deux derniers exercices.
3. Pour la branche des pensions :
 - a. la réserve technique est constituée par la différence entre les recettes et les dépenses de cette branche.

Cette réserve ne peut être inférieure au montant total des dépenses engagées au cours des trois derniers exercices ;
 - b. la réserve de sécurité est égale au montant d'un ou de deux trimestres des prestations de l'année ou de deux années précédentes.

Article 27

Si, à la fin d'un exercice, le montant de la réserve d'une branche devient inférieur à la limite minimale fixée conformément à l'article 26 ci-dessus, un décret du Premier ministre pris conformément aux dispositions de l'article 15 de la présente loi fixe un nouveau taux de cotisation en vue de rétablir l'équilibre financier de la branche et de relever le montant de la réserve au niveau prévu, dans un délai de trois ans, à compter de la fin de cet exercice.

Article 28

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

Les placements sont effectués à court, moyen et long terme selon le plan financier établi par le Conseil d'administration et approuvé par le ministre ayant respectivement la sécurité sociale et les finances dans leurs attributions.

Le plan financier garantit la sécurité réelle de ces fonds et vise, en outre, selon l'objectif du fonds concerné à réaliser, une liquidité suffisante, à obtenir un rendement optimal dans son placement et à concourir au progrès social et au développement économique de la nation.

Les fonds de réserves de sécurité des branches des prestations aux familles et des risques professionnels sont placés à court terme, tandis que les fonds de la réserve technique de la branche des pensions et ceux de la branche des risques professionnels sont investis dans des opérations à moyen et à long termes pour garantir le taux minimum technique d'intérêt nécessaire à l'équilibre de ces deux branches.

Article 29

Le placement des fonds de la sécurité sociale à l'extérieur de la zone africaine d'intégration économique, monétaire et sociale est exclu, sauf dans le cas expressément autorisé par le Conseil d'administration et approuvé par les ministres ayant respectivement la sécurité sociale et les finances dans leurs attributions.

Article 30

Les modalités de placement des fonds de réserves et des excédents, s'il y a lieu, sont précisées par décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres, sur proposition des ministres ayant respectivement la sécurité sociale et les finances dans leurs attributions, après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale.

Article 31

L'établissement public effectue au moins une fois tous les cinq ans, une analyse actuarielle de chaque branche du régime de sécurité sociale.

Si l'analyse révèle un risque de déséquilibre financier dans une branche déterminée, il est procédé au réajustement du taux de cotisation de cette branche, selon la procédure prévue à l'article 15 de la présente loi.

CHAPITRE III : DES RELATIONS ENTRE L'ETABLISSEMENT PUBLIC ET SES PARTENAIRES

Article 32

L'établissement public chargé de la gestion du régime général peut, à leur demande, communiquer aux services de recouvrement des créances hospitalières des informations qu'il détient sur ses assujettis débiteurs.

La demande est introduite par la formation médicale créancière et se limite aux informations relatives à l'état civil et au domicile de l'immatriculé débiteur ainsi qu'au nom et à l'adresse de son employeur ou de l'établissement bancaire de ce dernier.

Il ne peut être opposé de secret professionnel à pareille demande.

Article 33

Aucune personne de nationalité étrangère ne peut être immatriculée si elle n'est en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en République Démocratique du Congo.

L'établissement public vérifie, lors de chaque immatriculation, la régularité du séjour de l'étranger visé à l'alinéa précédent.

CHAPITRE IV : DE LA BRANCHE DES PRESTATIONS AUX FAMILLES

Article 34

La branche des prestations aux familles comprend :

1. les allocations prénatales ;
2. les allocations de maternité ;
3. les allocations familiales.

Article 35

Le droit aux prestations aux familles est subordonné à la justification par l'assuré d'une activité professionnelle exercée pendant une durée minimale de trois mois consécutifs chez un ou plusieurs employeurs.

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

Est compté comme mois d'activité, le mois au cours duquel l'assuré a travaillé pendant au moins quinze jours ou cent vingt heures.

Article 36

Sont assimilés aux jours de travail :

1. les jours d'absence pour cause d'accident ou de maladie non professionnelle régulièrement attestés ;
2. les jours d'absence pour cause d'incapacité temporaire résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
3. les jours de repos correspondant aux périodes légales de congé pré et post natal ;
4. les jours de congé payés.

Article 37

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

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

Article 38

Les prestations aux familles sont éteintes dès la liquidation des pensions de survivants et les montants déjà perçus sont déduits des arrérages de ces derniers.

Article 39

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

Article 40

Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme assurée ou à la conjointe d'un travailleur assuré à compter du jour de la déclaration de la grossesse à l'établissement public.

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

Article 41

Le paiement des allocations prénatales est subordonné à la production des certificats médicaux attestant que le bénéficiaire a subi, aux troisième, sixième et huitième mois de grossesse, les examens médicaux obligatoires effectués par le personnel habilité de la santé.

Article 42

Le montant, les modalités de paiement des allocations prénatales, la périodicité et les conditions dans lesquelles les paiements peuvent être suspendus sont déterminés par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale.

Article 43

Le droit à l'allocation de maternité est ouvert à toute femme assurée ou à la conjointe d'un travailleur assuré qui donne naissance à un enfant. En cas de naissance multiple, chaque naissance est considérée comme une maternité distincte.

Article 44

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

Article 45

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

Article 46

Outre les allocations prénatales et de maternité, la femme assurée perçoit une indemnité journalière à l'occasion du congé de maternité.

Cette indemnité est accordée pendant une période de quatorze semaines, dont six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après, à condition que l'assurée cesse toute activité salariée pendant la période de congé de maternité.

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

L'erreur dans l'estimation de la date de l'accouchement ne peut empêcher la femme de recevoir l'indemnité à laquelle elle a droit.

Article 47

Le droit à l'indemnité journalière de maternité est subordonné à la condition que la femme salariée ait été immatriculée à l'établissement public douze mois avant la date présumée de l'accouchement.

Article 48

L'indemnité journalière est égale à l'intégralité de la rémunération journalière moyenne soumise à cotisation pour les trois derniers mois.

Article 49

Tout assuré assujéti au régime général de sécurité sociale bénéficie des allocations familiales pour chacun des enfants à charge s'il remplit les conditions fixées à l'article 53 de la présente loi.

Article 50

Les allocations familiales sont attribuées à l'assuré pour chacun des enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants tels que définis par le Code de la famille.

Article 51

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

Toutefois, ces allocations sont dues pendant la période de suspension du contrat de travail pour cause de maladie de l'assuré.

Article 52

L'assuré atteint d'une incapacité de travail couverte par le régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles continue à bénéficier des allocations

familiales pendant toute la période d'incapacité temporaire et celle d'incapacité permanente égale ou supérieure à soixante- six pour cent.

Toutefois, si la victime de l'accident ou de la maladie reprend une activité salariée donnant droit aux allocations familiales, seules sont dues, dans ce cas, les prestations dont le montant est le plus élevé.

Article 53

Le droit aux allocations familiales est subordonné :

1. pour les enfants bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de 6 ans, à la production annuelle d'un certificat médical ou d'un certificat de vie, lorsqu'il n'existe pas localement une formation sanitaire agréée par l'établissement public;
2. pour les enfants en âge de scolarité, à l'assistance régulière aux cours des Etablissements scolaires ou de formation professionnelle publique ou privée agréée et attestée par la production annuelle d'un certificat de scolarité ;
3. pour les enfants de plus de 16 ans, à la justification de l'apprentissage par un certificat annuel de fréquentation, à la justification de l'impossibilité de se livrer à un travail salarié par la production annuelle d'un certificat médical ou d'un certificat administratif de vie et charge ;
4. pour les enfants de plus de 16 ans fréquentant l'enseignement supérieur ou universitaire, à la justification par une attestation annuelle de fréquentation et d'assiduité, étant entendu que le droit est limité à l'âge de 25 ans.

Article 54

Les allocations familiales sont liquidées le premier jour de chaque mois civil.

Elles sont dues dès la naissance de l'enfant et ne peuvent, en aucun cas, être cumulées avec les allocations prénatales.

Elles sont payées à terme échu et à des intervalles réguliers ne dépassant pas trois mois, le mois au cours duquel survient le décès éventuel de l'enfant étant compté dans son entièreté.

Les allocations familiales sont servies directement par l'établissement public. Celui-ci peut confier ce service à l'employeur, selon les conditions et les modalités déterminées par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Les paiements effectués par l'employeur dans ce cas ne le libèrent pas de l'obligation de déclarer et de verser à l'établissement public les cotisations dont il est redevable conformément aux dispositions de la présente loi.

Article 55

Les allocations familiales sont payées à l'assuré au profit des enfants.

S'il est établi, après enquête, qu'elles ne sont pas utilisées dans l'intérêt des enfants, l'établissement public peut saisir le tribunal de paix aux fins d'obtenir la désignation d'une personne appelée attributaire ou d'une institution auprès de laquelle ces allocations familiales peuvent être liquidées.

Article 56

Les montants, les modalités de paiement des prestations et les conditions dans lesquelles les paiements peuvent être suspendus, sont déterminés par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

CHAPITRE V : DE LA BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS**Section 1^{ère} : Des généralités****Article 57**

Sont considérés comme risques professionnels :

1. les accidents du travail ;
2. les maladies professionnelles, en ce compris les maladies d'origine professionnelle.

Article 58

L'accident du travail est, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à un travailleur par le fait ou à l'occasion du travail, qu'il y ait ou non faute de sa part.

Est également considéré comme accident du travail:

1. l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour, entre sa résidence ou le lieu où il prend ordinairement ses repas et le lieu où il effectue son travail ou perçoit sa rémunération, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi ;
2. l'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont supportés par l'employeur en vertu des textes en vigueur ou supportés par un tiers avec l'accord de l'employeur.

Article 59

Est considérée comme maladie professionnelle, toute maladie désignée dans le tableau des maladies professionnelles et contractée dans les conditions y mentionnées.

Un décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres détermine, sur proposition des ministres ayant dans leurs attributions respectives la sécurité sociale et la santé, la liste des maladies professionnelles, avec, en regard, l'énumération des travaux, procédés et professions comportant manipulation et emploi des agents nocifs ou s'effectuant dans des conditions particulières exposant le travailleur de façon habituelle au risque de contracter ces maladies.

Il est procédé périodiquement à la mise à jour du tableau des maladies professionnelles selon la procédure visée à l'alinéa 2 du présent article en tenant compte de nouvelles techniques de production et des progrès scientifiques.

Article 60

Est présumée d'origine professionnelle, toute maladie caractérisée non désignée dans le tableau des maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne son incapacité permanente ou son décès.

Dans ce cas, il est requis, avant toute prise en charge l'avis motivé d'un Comité de santé créé par les ministres ayant dans leurs attributions respectives la sécurité sociale et la santé.

Le comité de santé est constitué du médecin de l'établissement public, du médecin traitant de la victime et d'un expert désigné par le ministre ayant la santé dans ses attributions.

Section 2 : De la prévention des risques professionnels

Article 61

L'établissement public élabore et met en œuvre les programmes de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il assure la promotion de toute action tendant à éduquer et à informer les employeurs et les assurés afin de prémunir ces derniers contre les risques éventuels.

A ce titre, il prend notamment les mesures suivantes :

1. veiller à l'observation par l'employeur des prescriptions légales et réglementaires visant à préserver la sécurité et la santé du travailleur ;
2. contrôler la mise en œuvre des dispositions générales en matière de prévention applicables à l'ensemble des professions exerçant une même activité ou utilisant les mêmes outillages et procédés ;

3. exploiter les résultats des recherches portant sur les risques professionnels et les mesures de réadaptation des victimes d'incapacité ;
4. mener des campagnes pour le développement des mesures de prévention, de réadaptation et de reclassement ;
5. recueillir auprès des diverses catégories d'employeurs toute information permettant d'établir des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte de leurs causes, des zones de lésion, des circonstances dans lesquelles ils ont eu lieu, de leurs fréquences, de leurs effets, spécialement de la durée, et de l'importance des incapacités qui en résultent ;
6. procéder à toute enquête jugée utile sur les conditions de santé et de sécurité au travail ;
7. proposer une cotisation spéciale pour les entreprises où la fréquence des risques professionnels est supérieure à la moyenne nationale.

Article 62

Les enquêtes et les actions de prévention sont effectuées par des agents de prévention assermentés.

Article 63

Les modalités de promotion de la prévention des risques professionnels sont fixées par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Section 3 : De la réparation des risques professionnels

Article 64

La réparation des risques professionnels consiste à fournir au travailleur, victime d'accidents du travail et des maladies professionnelles ou d'origine professionnelle, des prestations en nature ou en espèce.

Article 65

L'employeur est tenu de déclarer à l'établissement public, dans un délai de soixante jours, tout accident du travail et dans celui de cent vingt jours, toute maladie professionnelle dont est victime le salarié occupé dans l'entreprise et d'en réserver copie à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale du ressort et à la victime.

En cas de carence ou d'impossibilité dans le chef de l'employeur, la déclaration peut être faite par la victime ou par ses représentants ou encore par ses ayants droit, jusqu'à l'expiration d'un délai de deux ans suivant la date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

Article 66

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

Les dispositions relatives à la déclaration, à la prise en charge et à la réparation des accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles.

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

Article 67

Les prestations en nature comprennent :

1. l'assistance médicale, chirurgicale et les soins dentaires y compris les examens médicaux, radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;
2. la fourniture des produits pharmaceutiques ;
3. l'entretien dans un hôpital ou une autre formation sanitaire y compris la nourriture habituelle fournie par l'établissement ;
4. le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation sanitaire et à sa résidence et vice-versa ;
5. la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par l'établissement public comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation ou la rééducation professionnelle ;
6. les lunettes, les soins infirmiers et les visites à domicile ;
7. la réadaptation fonctionnelle, le reclassement de la victime dans les conditions déterminées par un arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 68

A l'exception des soins d'urgence et de ceux dispensés dans le cas de la médecine d'entreprise, l'établissement public prend à sa charge, dès le début de l'incapacité

résultant de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et sans limitation de durée, les soins médicaux nécessités par la lésion découlant dudit accident ou de l'affection consécutive à la maladie.

Les appareils de prothèse et d'orthopédie sont à charge de l'établissement public dès le premier jour de l'incapacité et sont entretenus ou renouvelés même après expiration du délai de révision prévu à l'article 80 de la présente loi.

Article 69

Les soins médicaux sont fournis par l'établissement public ou par les établissements médicaux sélectionnés par lui parmi les formations publiques et privées agréées par l'autorité compétente.

Les prestations des établissements médicaux sont rémunérées ou remboursées, suivant le cas, par l'établissement public, sur la base d'un tarif forfaitaire fixé de commun accord entre parties ou, à défaut, sur la base des prix établis par la réglementation en vigueur.

Toutefois, en cas de force majeure ou d'urgence justifiée par l'état de santé de la victime, l'établissement public rembourse à l'assuré, selon les modalités définies à l'alinéa précédent du présent article, les frais exposés auprès d'un établissement médical non sélectionné.

Article 70

Les soins à l'étranger sont autorisés par l'établissement public dans les conditions fixées par un arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 71

Les prestations en espèces accordées par l'établissement public en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle comprennent, qu'il y ait ou non interruption du travail :

1. l'indemnité journalière ;
2. la rente ou l'allocation d'incapacité ;
3. l'allocation des frais funéraires ;
4. les rentes de survivants ;
5. les frais de réadaptation fonctionnelle ou de reclassement de la victime.

Le barème des frais prévus au point 5 du présent article est déterminé par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Dans tous les cas, le service des prestations aux familles est maintenu de plein droit au profit :

1. du travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pendant la durée de son incapacité temporaire, totale ou partielle ;
2. de l'allocataire atteint d'une incapacité permanente dont le taux est supérieur à soixante-six pour cent ;
3. du bénéficiaire des rentes de survivants.

Article 72

En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par l'établissement public, la victime a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'incapacité, ouvrable ou non, suivant celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

L'indemnité est payée par l'établissement public pendant toute la période d'incapacité de travail précédant la guérison, la consolidation de la lésion ou le décès du travailleur.

Le montant de l'indemnité journalière est égal aux deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime. Ce montant est réduit de moitié pendant la durée de l'hospitalisation si le travailleur n'a pas de charge de famille.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par quatre-vingt-dix le total des rémunérations soumises à cotisation perçues par l'intéressé au cours des trois mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu.

Au cas où la victime n'a pas travaillé pendant toute la durée des trois mois ou que le début du travail dans l'entreprise où l'accident est survenu remonte à moins de trois mois, la rémunération journalière moyenne est celle qu'elle aurait reçue si elle avait travaillé dans les mêmes conditions pendant la période de référence de trois mois.

L'indemnité journalière est réglée aux mêmes intervalles réguliers que le salaire. Toutefois, ces intervalles ne peuvent être inférieurs à une semaine ni supérieurs à un mois.

Article 73

En cas d'incapacité permanente dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par l'établissement public, la victime a droit à :

1. une rente d'incapacité permanente lorsque son incapacité est au moins égale à quinze pour cent ;
2. une allocation d'incapacité versée en une seule fois lorsque le degré de l'incapacité est inférieur à quinze pour cent.

Article 74

Le degré de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et/ou mentales de la victime ainsi que, selon ses aptitudes et qualifications professionnelles, sur la base d'un barème indicatif d'invalidité établi par arrêté interministériel des ministres ayant respectivement la sécurité sociale et la santé dans leurs attributions.

Article 75

La rente d'incapacité permanente et totale est égale à quatre-vingt-cinq pour cent de la rémunération mensuelle moyenne de la victime.

Le montant de la rente d'incapacité permanente partielle est, selon le degré d'incapacité, proportionnel à celui de la rente à laquelle la victime aurait eu droit en cas d'incapacité permanente totale.

Le montant de l'allocation d'incapacité est égal à trois fois le montant annuel de la rente correspondant au degré de l'incapacité de la victime.

La rémunération mensuelle moyenne servant de base au calcul de la rente est égale à trente fois la rémunération moyenne journalière.

Pour les personnes visées à l'article 4 point 2, cette rémunération est au moins égale au salaire minimum interprofessionnel garanti.

Article 76

Lorsque l'accident du travail est suivi du décès de la victime, les survivants tels que définis à l'article 98 de la présente loi, ont droit aux rentes de survivants.

Article 77

Lorsque l'accident du travail entraîne le décès de la victime, une allocation des frais funéraires est versée à la personne qui a pris en charge les frais d'inhumation, dans la limite des frais exposés et sur production des pièces justificatives.

Le montant de cette allocation ne peut dépasser quatre-vingt-dix fois la rémunération journalière minimum légale allouée au travailleur manœuvre.

Article 78

Les rentes de survivants sont fixées en pourcentage de la rémunération servant au calcul de la rente permanente et sont allouées suivant la répartition fixée aux articles 99 et 100 de la présente loi.

Article 79

Au cas où le bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente partielle est à nouveau victime d'un accident du travail, la nouvelle rente est fixée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération prise comme base de calcul de la rente précédente.

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

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

Si à l'époque du dernier accident, la rémunération de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de l'allocation, la rente est calculée d'après la rémunération la plus élevée. Dans ce cas, le montant est réduit pour chacune des trois premières années suivant la liquidation de la rente du tiers du montant de l'allocation d'incapacité alloué à l'intéressé.

Article 80

Les rentes de l'incapacité sont toujours concédées à titre temporaire. Si après liquidation, une aggravation ou une atténuation de l'incapacité ou de l'invalidité est dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par l'établissement public, il est procédé, à l'initiative de ce dernier ou à la demande du titulaire, à une révision de la rente qui, selon le changement constaté, est majorée à partir de la date de l'aggravation ou réduite ou suspendue à partir du premier jour du mois civil suivant la notification de la décision.

La victime ne peut refuser de se présenter aux examens médicaux requis par l'établissement public, sous peine de s'exposer à une suspension des services de la rente. Ces examens ont lieu à des intervalles de six mois au cours des deux années suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la lésion et d'un an après ce délai.

Aucune révision ne peut plus intervenir après un délai de cinq ans suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la lésion, si l'invalidité est due à un accident, de dix ans si elle est due à une maladie et de quinze ans si elle est due à la silicose.

CHAPITRE VI : DE LA BRANCHE DES PENSIONS

Article 81

Les prestations de la branche des pensions comprennent:

1. la pension de retraite et l'allocation de vieillesse ;
2. la pension d'invalidité ;
3. la pension des survivants et l'allocation de survivants.

Section 1ère : De la pension de retraite et de l'allocation de vieillesse

Article 82

Le droit à la pension de retraite s'ouvre à l'âge de soixante ans en faveur de l'assuré qui remplit les conditions suivantes :

1. avoir accompli au moins cent quatre-vingts mois, soit quinze ans d'assurance ;
2. avoir cessé toute activité salariée.

Article 83

L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans et qui cesse effectivement toute activité salariée, sans pouvoir justifier d'une assurance minimum de cent quatre-vingts mois, bénéficie d'une allocation unique.

Article 84

L'assuré qui ne remplit pas la condition de la durée d'assurance prévue au point 1 de l'article 82 de la présente loi, dispose d'un droit de rachat des années de cotisations manquantes. Le rachat ne porte, au maximum, que sur cinq années de cotisations tenant compte de la dernière rémunération mensuelle de l'intéressé à la date de la demande.

Article 85

La mise à la retraite ne peut intervenir qu'à la demande expresse du travailleur.

Toutefois, soixante-cinq ans constituent pour l'assuré l'âge limite pour être mis d'office à la retraite.

Article 86

Sans préjudice des dispositions de l'article 83 de la présente loi, l'assuré qui atteint au moins cinquante-cinq ans d'âge peut, à sa demande, bénéficier d'une pension anticipée.

Dans ce cas, le montant de la pension subit un rabatement de cinq pour cent par année d'anticipation.

Article 87

L'assuré âgé d'au moins cinquante-cinq ans et atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques et/ou mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée, dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par l'établissement public peut, à sa demande ou à celle de son employeur, bénéficier d'une pension anticipée.

Le montant de la pension anticipée est calculé selon les mêmes règles que celui de la pension de vieillesse.

Section 2 : De la pension d'invalidité**Article 88**

L'assuré qui devient invalide avant d'atteindre l'âge d'admission à la pension de vieillesse a droit à la pension d'invalidité, à condition de justifier au moins trente-six mois d'assurance ou de périodes assimilées au cours de vingt derniers trimestres civils précédant immédiatement celui au cours duquel il est devenu invalide.

Au cas où l'invalidité est due à un accident, le droit à la pension est, nonobstant les périodes d'assurance ou assimilées, reconnu à la victime, à condition qu'elle ait occupé un emploi assujetti à l'assurance à la date de l'accident et qu'elle ait été immatriculée à l'établissement public.

Article 89

Est considéré comme invalide, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales constatée par un médecin désigné ou agréé par l'établissement public le rendant inapte à gagner un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail.

Article 90

La pension d'invalidité prend effet, soit à la date de la consolidation de la lésion ou de la stabilité de l'état de l'assuré, soit à l'expiration d'une période de six mois consécutifs d'incapacité si, d'après l'avis du médecin désigné ou agréé par l'établissement public, l'incapacité dure six autres mois au moins.

La pension d'invalidité est supprimée à la date à laquelle l'intéressé n'est plus considéré comme invalide au sens de l'article 88 de la présente loi.

La pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse de même montant lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de soixante cinq ans.

Article 91

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire et l'établissement public peut prescrire de nouveaux examens à l'assuré en vue de déterminer son degré d'incapacité.

Article 92

Les mois civils compris entre la date de prise d'effet de la pension d'invalidité et celle à laquelle le bénéficiaire aura accompli sa soixantième année sont assimilés à des mois d'assurance.

Article 93

Le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité, de la pension anticipée et de l'allocation de vieillesse est fixé en fonction de la rémunération mensuelle moyenne.

La rémunération mensuelle moyenne est définie comme la soixantième partie du total des soixante rémunérations mensuelles de l'assuré soumises à cotisations et précédant sa date de départ à la retraite.

Si le nombre de mois civils écoulés depuis l'immatriculation est inférieur à soixante, la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations mensuelles depuis l'immatriculation par le nombre de mois civils compris entre cette date et celle du départ à la retraite.

Article 94

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

Si le nombre de mois d'assurance ou de mois assimilés dépasse cent quatre-vingts mois, le pourcentage est augmenté de deux pour cent pour chaque période d'assurance ou la période assimilée correspondant à douze mois.

Le taux de quarante pour cent peut être revu par décret du Premier ministre pris conformément aux dispositions prévues à l'article 15 alinéa 2 de la présente loi.

Article 95

Le montant de la pension de vieillesse, de la pension d'invalidité ou de la pension anticipée est au moins égal à cinquante pour cent du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti, sans toutefois dépasser soixante pour cent de la rémunération mensuelle moyenne.

Article 96

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

Section 3 : De la pension et de l'allocation de survivant

Article 97

La pension des survivants est due en cas du décès :

1. du titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'une pension anticipée ;
2. de l'assuré qui, à la date de son décès, remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ;
3. de l'assuré qui justifiait de cent quatre-vingts mois d'assurance.

Article 98

Sont considérés comme survivants :

1. le conjoint en vie, à condition que le mariage ait été inscrit à l'état civil, six mois au moins avant le décès ; sauf si un enfant est né de l'union conjugale ou que la veuve se trouve en état de grossesse à la date du décès de l'assuré ;
2. les enfants tels que définis par le Code de la famille ;
3. les ascendants directs entretenus par l'assuré, à défaut des survivants susvisés.

Article 99

Le droit à la pension du conjoint survivant s'éteint en cas de remariage. Dans ce cas, le conjoint survivant a droit à une allocation unique égale à douze fois le montant mensuel de la pension.

Article 100

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

1. cinquante pour cent au conjoint survivant ;
2. cinquante pour cent à partager à parts égales entre les orphelins.

Le paiement de la pension destinée aux enfants est réservé à ceux en âge de scolarité et limité à l'âge de vingt-cinq ans pour les étudiants.

Le pourcentage alloué aux orphelins est doublé, s'il n'y a pas de conjoint survivant.

En aucun cas, le montant de la pension des orphelins ne peut être inférieur à celui des allocations familiales.

Article 101

A défaut du conjoint survivant et d'orphelins, les ascendants directs que l'assuré entretenait bénéficient de cent pour cent de la pension visée à l'article 100 de la présente loi.

Article 102

Si à la date de son décès, l'assuré comptait entre douze mois et moins de cent quatre-vingts mois d'assurance, les survivants bénéficient d'une allocation de survivant payable en une seule fois.

Le montant de l'allocation de survivant est égal à autant de fois la pension de vieillesse mensuelle à laquelle l'assuré aurait pu prétendre au terme de cent quatre-vingts mois d'assurance.

CHAPITRE VII : DES DISPOSITIONS COMMUNES

Article 103

Les modalités d'affiliation des employeurs, d'immatriculation des travailleurs, de perception des cotisations, de liquidation et du service des prestations ainsi que les obligations qui incombent aux employeurs et aux travailleurs sont déterminées par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, après avis du Conseil national du travail et de la sécurité sociale.

Article 104

Sont assimilés à une période d'assurance ou d'emploi :

1. toute période pendant laquelle l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de risques professionnels ou de la maternité et les périodes d'incapacité de travail dans la limite de six mois, en cas de maladie dûment constatée par un médecin agréé ;
2. le temps passé au service civique et/ou sous le drapeau au titre du service militaire obligatoire ;
3. les absences pour congé légal y compris les délais de voyage conformément aux dispositions du Code du travail.

Article 105

Le mois d'assurance désigne tout mois civil au cours duquel l'assuré a occupé pendant quinze jours ou cent vingt heures au moins, un emploi assujéti à l'assurance.

Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par arrêté du Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

L'arrêté précise notamment :

1. la nature et la forme des inscriptions à porter au carnet de travail ou à tout autre document en tenant lieu ;
2. la période de l'établissement des bordereaux de salaire.

Le bordereau est conçu de manière à servir au calcul des cotisations des différentes branches et à la détermination des périodes d'assurance entrant en ligne de compte pour l'ouverture du droit aux prestations et le calcul de leurs montants.

Article 106

Le droit à l'indemnité journalière d'accident du travail, aux indemnités journalières de maternité, aux prestations aux familles et aux allocations funéraires est prescrit par un an à dater de l'éventualité donnant naissance au droit.

Le droit à la pension, à la rente et à l'allocation de vieillesse, d'invalidité ou de survivants est prescrit par dix ans à dater de l'éventualité donnant naissance au droit.

Toutefois, les arrérages des rentes ou des pensions ne sont pas versés pour une période antérieure excédant six mois à partir de l'introduction de la demande auprès de l'établissement public.

Est interruptive du délai de prescription, toute demande ou réclamation introduite par l'assuré auprès de l'établissement public.

La preuve de l'introduction de la demande ou de la réclamation incombe à l'assuré.

Article 107

Les droits liquidés et non perçus sont prescrits par :

1. un an pour les prestations à court terme notamment les prestations aux familles, les indemnités journalières pour femmes en couches, les indemnités journalières pour incapacité temporaire, les frais funéraires, les frais médicaux et pharmaceutiques ;
2. trois ans pour les prestations à long terme notamment les pensions et les rentes.

Article 108

Le titulaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité dont l'état nécessite de manière constante l'aide et les soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante a droit à un supplément égal à cinquante pour cent de sa rente ou de sa pension d'invalidité.

Article 109

Les prestations de sécurité sociale ne sont cessibles et saisissables que pour les dettes contractées envers l'établissement public pour l'acquisition ou la construction d'habitation ou pour cause d'obligation alimentaire prévue par la loi.

Elles ne sont saisissables qu'à concurrence d'un cinquième dans le premier cas et d'un tiers dans le second cas.

Les prestations aux familles sont insaisissables et incessibles.

Dans tous les cas, l'insaisissabilité et l'incessibilité des prestations ne peuvent être invoquées contre l'établissement public pour faire obstacle à la récupération des paiements indument obtenus par le bénéficiaire.

Article 110

En cas de cumul de deux pensions allouées en vertu des dispositions de la présente loi, le titulaire a droit à la prestation la plus élevée et à la moitié de l'autre.

En cas de cumul de deux rentes allouées en vertu des dispositions de la présente loi, le titulaire a droit à la rente la plus élevée et à la moitié de l'autre.

Article 111

Lorsqu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la victime a droit simultanément à une rente d'incapacité permanente et à une pension d'invalidité, seul le service de la rente d'incapacité permanente est assuré.

Dans le cas où le montant de la pension d'invalidité est plus élevé que celui de la rente d'incapacité permanente, la différence entre les deux montants est accordée en sus.

Article 112

Si à la suite du décès d'un assuré résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les survivants ont droit simultanément à une rente et à une pension de survivants, seul le service de la rente de survivants est assuré.

Dans le cas où le montant de la pension de survivants est plus élevé que celui de la rente de survivants, la différence entre les deux montants est accordée en sus.

Article 113

Le droit aux prestations est suspendu :

1. lorsque le titulaire ne réside pas sur le territoire national, sauf dans le cas couvert par les accords de réciprocité ou les conventions internationales régulièrement conclues.
En l'absence de ces conventions internationales, il est tenu de produire par toute voie de droit la preuve qu'il est en vie ;
2. lorsqu'il néglige d'utiliser les services médicaux et connexes ainsi que les services de rééducation mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail.

Article 114

Le droit aux prestations n'est pas reconnu lorsque l'événement a été provoqué par :

1. une infraction à la réglementation sur la sécurité sociale ;
2. une faute intentionnelle de l'intéressé.

Nonobstant la déchéance du droit prévu à l'alinéa précédent, en cas de décès de l'intéressé, ses survivants ont droit à la moitié du montant des prestations prévues par la présente loi.

Article 115

Lorsque l'événement ouvrant le droit à une prestation est dû à la faute d'un tiers, l'établissement public verse à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par la présente loi.

L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément au droit commun, la réparation du préjudice subi. L'établissement public est subrogé de plein droit à l'assuré et à ses ayants droit pour le montant des prestations octroyées ou des capitaux constitutifs correspondants.

L'employeur, ses mandataires et ses préposés ne sont considérés comme tiers que s'ils ont provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie. Le règlement à l'amiable intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants droit ne peut être opposé à l'établissement public que s'il en avait été partie.

Article 116

Le contrôle de l'application par les employeurs et les travailleurs des dispositions de la présente loi et de ses mesures d'exécution est assuré par les inspecteurs du travail et de la sécurité sociale.

L'établissement public peut désigner au sein de son personnel des contrôleurs chargés d'exercer ce contrôle. Leur statut est défini par le Conseil d'administration et approuvé par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Les contrôleurs de l'établissement public sont habilités à procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations à un travailleur ou à ses ayants droit.

Munis des pièces justificatives de leur qualité dont la forme est déterminée par le Conseil d'administration et approuvée par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, ils jouissent notamment du droit de libre entrée et du droit de libre visite, entre le lever et le coucher du soleil, sur les chantiers et dans tous les locaux d'une entreprise

autres que ceux affectés exclusivement au logement privé de l'employeur ou de ses préposés.

Ils peuvent interroger les travailleurs, notamment pour connaître leurs noms, adresse et rémunération, y compris les différents avantages dont ils bénéficient et le montant des retenues effectuées au titre des cotisations de sécurité sociale.

Ils peuvent consigner leurs observations soit sur le livre de paie, soit sur un registre dont le Conseil d'administration prescrit la tenue.

Ils transmettent dans le délai de quinze jours au service dont ils relèvent un rapport circonstancié de leurs enquêtes.

Article 117

Les employeurs et leurs préposés prêtent leur concours aux agents de l'établissement public chargés du contrôle, à ceux de l'Inspection du travail et de la sécurité sociale et leur présentent sans déplacement tous documents nécessaires qui leur sont demandés.

Article 118

Toute opposition ou tout obstacle au contrôle est puni des peines prévues à l'article 322 du Code du travail.

Article 119

Les contrôleurs de l'établissement public ont qualité d'officier de police judiciaire.

Munis des pièces justificatives prévues à l'article 116 alinéa 4 de la présente loi et dans les conditions qui y sont prévues, ils ont compétence sur toute l'étendue du territoire de la République, pour dresser, en cas d'infraction à la législation sur la sécurité sociale, des procès-verbaux.

Article 120

L'organisation, l'affectation et le fonctionnement du corps des contrôleurs de l'établissement public sont déterminés par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, sur proposition du Conseil d'administration.

Article 121

Les montants mensuels des pensions et des rentes sont arrondis à la dizaine de francs supérieure la plus proche.

Toutefois, le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions peut, après avis du Conseil d'administration, fixer d'autres modalités à cette fin.

Article 122

L'établissement public est exempté de tous impôts, droits et taxes en ce compris, les droits proportionnels et il bénéficie de la franchise.

Les prestations prévues par la présente loi sont exonérées de tous impôts. Les pièces de toute nature requises pour l'obtention de ces prestations exonérées de tous droits, sont établies et délivrées gratuitement et sans frais.

CHAPITRE VIII : DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Article 123

L'action sanitaire et sociale prévue à l'article 2 de la présente loi, consiste en l'amélioration de l'état sanitaire et social des assurés et de leurs ayants droit.

Les prestations au titre de l'action sanitaire et sociale comprennent notamment :

1. toute action de prévention générale, de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de réadaptation des invalides, en particulier par la collecte, l'exploitation des statistiques et des résultats des recherches portant sur les risques professionnels ainsi que par les campagnes pour le développement des mesures de prévention et de réadaptation ;
2. la création des centres d'action sanitaire et sociale en vue notamment de la protection maternelle et infantile, de la lutte contre les endémies, de la diffusion de l'hygiène et du service des soins médicaux ;
3. l'aide financière ou la participation à des institutions publiques ou privées agissant dans les domaines sanitaire et social et dont l'activité présente un intérêt pour les assurés et les bénéficiaires des prestations de sécurité sociale ;
4. l'appui aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la sécurité sociale ;
5. l'aide à la construction et à l'amélioration de l'habitat, s'il échet, en faveur des familles des assurés.

Article 124

Le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions autorise toute autre prestation au titre de l'action sanitaire et sociale, sur proposition du Conseil d'administration de l'établissement public.

Article 125

La fourniture des prestations au titre de l'action sanitaire et sociale est fixée par le Conseil d'administration dans le cadre d'un programme annuel ou pluriannuel.

Article 126

Les prestations d'action sanitaire et sociale sont financées par un fonds dont les ressources sont constituées par :

- 1) une quotité sur l'ensemble des recettes de l'établissement public de la sécurité sociale ;
- 2) les subventions, dons et legs de toute nature.

Article 127

Le montant des prélèvements à effectuer au titre de quotité sur l'ensemble des recettes de l'établissement public est fixé chaque année par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, sur proposition du Conseil d'administration de l'établissement public, sous la condition que les réserves de sécurité ne deviennent pas inférieures aux minima indiqués à l'article 28 de la présente loi.

CHAPITRE IX : DES DISPOSITIONS PENALES**Article 128**

Est puni d'une amende de 500.000 à 5.000.000 de francs congolais, l'employeur qui :

1. omet de déclarer le début de ses activités, de transmettre les déclarations obligatoires, de solliciter l'immatriculation d'un travailleur dès l'embauche ou de demander sa propre affiliation ;
2. communique des renseignements inexacts ou incomplets sur la rémunération, les cotisations sociales et les avantages sociaux servant de base de calcul de ces cotisations ;
3. ne respecte pas toutes les autres mesures ou obligations prescrites par la présente loi.

Article 129

Outre le droit reconnu par la présente loi et ses mesures d'exécution à l'établissement public de la sécurité sociale de recourir à la taxation d'office, à la majoration de retard, au recouvrement forcé des cotisations et aux saisies, lorsque le manquement visé à l'article 128 point 3 ci-dessus consiste en l'omission par l'employeur qui omet de précompter les cotisations des travailleurs ou de verser les cotisations globales prévues à l'article 12 de la

présente loi, est puni d'une peine d'emprisonnement d'un à trois mois et d'une amende de 1.000.000 à 10.000.000 de francs congolais ou de l'une de ces peines seulement.

Article 130

Toute personne qui fait intentionnellement des déclarations inexactes dans le but de bénéficier ou de faire bénéficier à autrui des prestations ou un quelconque avantage est punie d'une peine d'emprisonnement de trois à douze mois ou d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs congolais.

Les cotisations indûment versées sur la base de ces déclarations restent acquises à l'établissement public.

Article 131

En cas de récidive, les peines prévues aux articles 128, 129 et 130 de la présente loi sont portées au double.

CHAPITRE X : DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES, ABROGATOIRES ET FINALES

Article 132

L'assujettissement des employeurs et des travailleurs régis par le Décret-loi du 29 juin 1961 organique de la sécurité sociale reste valable.

Sans préjudice de l'article 133 de la présente loi, les procédures et les mesures réglementaires prises en vertu du Décret-loi du 29 juin 1961 organique de la sécurité sociale demeurent en vigueur.

Les pensions et les rentes, les prestations aux familles et autres avantages liquidés, continuent à être servis aux bénéficiaires dans les conditions et pour les montants fixés dans leurs décisions d'attribution.

La valorisation éventuelle de ces prestations est effectuée par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions pris sur proposition du Conseil d'administration.

Article 133

Sont abrogés le Décret-loi du 29 juin 1961 organique de la sécurité sociale et toutes les autres dispositions antérieures contraires à la présente loi.

Article 134

La présente Loi entre en vigueur vingt-quatre mois après sa promulgation.

Fait à Kinshasa, le 15 juillet 2016

Joseph KABILA KABANGE

**DECRET N°18/027 DU 14 JUILLET 2018 PORTANT
CREATION, ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT D'UN
ETABLISSEMENT PUBLIC DENOMME CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE, EN SIGLE « CNSS »**

Le Premier Ministre,

Vu la constitution, telle que modifiée et complétée par la loi n°11/002 du 20 janvier 2011 portant révision des certains articles de la constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006, spécialement en son article 92 ;

Vu le Traité du 22 septembre 1993 instituant la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale ;

Vu la loi n°08/009 du 07 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement en ses articles 2, 3 et 5 ;

Vu la loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en ses articles 8 et 9 ;

Vu la loi n°016/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la loi n°015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du travail, spécialement en son article 80 ;

Vu l'ordonnance n°17/004 du 07 avril 2017 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;

Vu l'ordonnance n°17/005 du 08 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, des Ministres Délégués et des Vice-Ministres telle modifiée et complétée par l'ordonnance n°18/014 du 15 février 2018 portant réaménagement technique du Gouvernement ;

Vu l'ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères ;

Considérant la recommandation n°25/CM/CIPRES relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, en sigle CIPRES ;

Sur proposition du Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale ; Le Conseil des Ministres entendu ;

DECRETE :**Titre Ier
De la création, du siège et de l'objet social****Chapitre I^{er}
De la création****Article 1er**

Il est créé un établissement public à caractère technique et social, dénommé Caisse nationale de sécurité sociale, CNSS en sigle, ci-après dénommé « Caisse ».

Outre, la loi [16-009 du 15 juillet 2016](#) fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale et la [loi 08-009 du 7 juillet 2008](#) portant dispositions générales applicables aux établissements publics, la Caisse est régie par le présent décret.

Elle est dotée de la personnalité juridique et placée sous la garantie de l'État. Elle dispose d'un patrimoine propre et jouit d'une autonomie de gestion.

Article 2

La Caisse est ainsi subrogée dans les biens, droits, actions, actifs, et passifs que détenait l'Institut national de sécurité sociale, créé par le [décret-loi du 29 juin 1961](#) organique de la sécurité sociale dès l'entrée en vigueur du présent décret.

En outre, elle est subrogée, dans les mêmes conditions, dans le bénéfice et la charge de tous contrats, obligations, engagements, conventions quelconques existant dans le chef de l'Institut national de sécurité sociale.

Article 3

L'ensemble des immobilisations corporelles, incorporelles et financières ainsi que les créances, les dettes et les trésoreries nettes telles qu'elles ressortent du bilan de transportation certifié par les commissaires aux comptes de l'Institut national de sécurité sociale constituent la dotation initiale de la Caisse.

Chapitre II Du siège social

Article 4

Le siège social de la Caisse est établi dans la ville de Kinshasa. Il peut être transféré en tout autre lieu de la République démocratique du Congo par décret du Premier ministre, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, à la demande du conseil d'administration.

La Caisse peut disposer des directions provinciales, des bureaux, des antennes et des centres de perception nécessaires à la gestion sur le plan local.

Chapitre III De l'objet social

Article 5

La Caisse a pour objet l'organisation et la gestion du régime général de la sécurité sociale tel que défini et organisé par la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

Le régime général de la sécurité sociale couvre les branches suivantes :

1. Risques professionnels pour les prestations en cas d'accident du travail et des maladies ; professionnelles, en ce compris les maladies d'origine professionnelle ;
2. Prestations aux familles qui couvrent les allocations familiales, prénatales et de maternité ;
3. Pensions pour les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants.

La Caisse peut instituer ultérieurement toutes autres prestations de sécurité sociale en faveur des assurés sociaux.

Elle peut également effectuer toutes autres opérations, à titre d'action sanitaire et sociale, se rattachant directement ou indirectement à la gestion du régime général de la sécurité sociale.

Titre II Du patrimoine et des ressources

Article 6

Le patrimoine de la Caisse est constitué :

1. De tous les biens, droits et obligations lui reconnus par le présent décret ;
2. Des équipements, matériels et autres biens acquis dans le cadre de l'exécution de sa mission.
- 3.

La réduction du patrimoine de la Caisse est constatée par décret du Premier ministre, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions et ce, à la demande du conseil d'administration de la Caisse.

Le conseil d'administration constatera la réduction de ce patrimoine dont la valeur résiduelle est inférieure à un montant équivalent à deux cents millions de francs congolais (200.000.000FC), à l'exception du patrimoine immobilier.

Toutefois, le conseil d'administration peut déléguer ce pouvoir à la direction générale.

Article 7

Les ressources de la Caisse sont constituées notamment par :

1. La dotation initiale telle que définie à l'article 3 du présent décret ;
2. Les cotisations requises pour le financement des différentes branches du régime général de la sécurité sociale ;
3. Les majorations encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et les intérêts moratoires ;
4. Les subventions de l'État ;
5. Les emprunts ;
6. Le produit de placement des fonds ;
7. Les dons et legs ;
8. Toutes autres ressources à attribuer à la Caisse par un texte législatif ou réglementaire.

Article 8

Les cotisations sociales ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une exonération.

Titre III Des structures, de l'organisation et du fonctionnement

Article 9

Les structures organiques de la Caisse sont :

1. Le conseil d'administration ;
2. La direction générale ;
3. Le collège des commissaires aux comptes.

Nul ne peut être nommé mandataire public s'il n'a pas l'âge minimum de 25 ans.

Chapitre I^{er} Du conseil d'administration

Article 10

Le conseil d'administration est l'organe de conception, d'orientation, de contrôle et de décision de la Caisse.

Il définit la politique générale de la caisse, en détermine le programme, en

Il définit la politique générale de la caisse, en détermine le programme, en arrête le budget, et approuve les états financiers de fin d'exercice.

Il fixe par une décision le cadre et le statut du personnel de la caisse, sur proposition de la direction générale et le soumet pour approbation au ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 11

Le conseil d'administration est composé de manière tripartite et paritaire par les partenaires sociaux que sont l'État, les employeurs et les travailleurs.
Il s'agit de:

1. Deux représentants de l'État, dont l'un sera choisi directeur général par consensus des partenaires sociaux et nommé par ordonnance du président de la République ;
2. Un représentant des organisations professionnelles des employeurs ;
3. Un représentant des organisations professionnelles des travailleurs.

Article 12

Les membres du conseil d'administration sont nommés, relevés de leurs fonctions et, le cas échéant, révoqués, par ordonnance du président de la République, après avis du Conseil des ministres.

Le mandat des membres du conseil d'administration est de trois ans renouvelables une fois. Il peut prendre fin par démission volontaire ou par décès ou lorsque le membre perd la qualité qui a motivé sa nomination. Dans ce cas, il est procédé à son remplacement.

Le président du conseil d'administration est élu par ses pairs pour une durée d'un an, parmi les membres autres que le directeur général.

La présidence est tournante.

Article 13

Le conseil d'administration se réunit trimestriellement en séance ordinaire, sur convocation de son président.

La convocation ainsi que les documents de travail sont adressées à chaque membre et au ministre de tutelle huit jours francs au moins avant la date de la réunion.

Le conseil d'administration peut être convoqué en séance extraordinaire par son président, sur un ordre du jour déterminé, à la demande du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, chaque fois que l'intérêt de la caisse l'exige.

Article 14

Un règlement intérieur, adopté par le conseil d'administration et dûment approuvé par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, en détermine les règles d'organisation et de fonctionnement.

Article 15

Les membres du conseil d'administration perçoivent, à charge de la caisse, un jeton de présence dont le montant est déterminé par décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Chapitre II De la direction générale

Article 16

La direction générale est l'organe de gestion de la caisse.

À ce titre, elle applique les décisions du conseil d'administration et assure la gestion courante de la Caisse. Elle exécute le budget, élabore les états financiers et dirige l'ensemble des services.

Elle représente la Caisse vis-à-vis des tiers. À cet effet, elle a tous les pouvoirs nécessaires pour assurer la bonne marche de la Caisse et pour agir en toute circonstance en son nom.

Article 17

La direction générale est assurée par un directeur général.

Le directeur général est choisi parmi les deux représentants de l'État, par consensus des partenaires sociaux représentés au sein du conseil d'administration, un procès-verbal en faisant foi.

Il est nommé et relevé de ses fonctions, le cas échéant, révoqué par ordonnance du président de la République sur proposition du Gouvernement délibérée en Conseil des ministres.

Le directeur général est assisté par un directeur général adjoint, nommé par ordonnance du président de la République.

Article 18

Le candidat au poste de directeur général est choisi sur base de son intégrité morale, expertise et compétence avérées en matière de sécurité sociale.

Sans préjudice des dispositions de l'article 9 alinéa 2 du présent décret, le candidat au poste de directeur général ne peut être nommé s'il n'a pas l'âge minimum de 30 ans et maximum de 60 ans.

En outre, il doit fournir au conseil d'administration, les documents ci-après :

1. Une lettre motivée de candidature ;
2. Un curriculum vitae détaillé ;
3. Un extrait d'acte de naissance ;
4. Une attestation de résidence ;

5. Une attestation de bonne vie et mœurs ;
6. Un extrait du casier judiciaire en cours de validité ;
7. Un certificat de nationalité congolaise ;
8. Un diplôme universitaire de licence au moins.

Le conseil d'administration soumet au ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, pour délibération en Conseil des ministres, le curriculum vitae détaillé du candidat désigné par les partenaires sociaux, les procès-verbaux de la procédure suivie et tout document pouvant l'éclairer sur le choix opéré.

Article 19

Le directeur général et le directeur général adjoint ne peuvent être suspendus à titre conservatoire et pour l'intérêt du service, l'un ou l'autre, que par voie d'arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, qui en informe au préalable le Gouvernement réuni en Conseil des ministres.

Article 20

En cas d'absence ou d'empêchement, l'intérim du directeur général de la Caisse est assumé par le directeur général adjoint.

À défaut, l'intérim est assumé par un directeur en fonction désigné par le ministre de tutelle sur proposition du conseil d'administration.

Article 21

Les actions judiciaires tant en demande qu'en défense sont introduites et/ou soutenues au nom de la Caisse par le directeur général ou, en cas d'absence ou d'empêchement, par le directeur général adjoint ou par toute autre personne dûment mandatée à cette fin par lui.

Chapitre III Du collège des commissaires aux comptes

Article 22

Le collège des commissaires aux comptes assure le contrôle des opérations financières de la Caisse. Il est composé de deux personnes issues de structures professionnelles distinctes et justifiant de connaissances techniques et professionnelles éprouvées en matière de sécurité sociale.

Les commissaires aux comptes sont nommés par décret du Premier ministre, délibéré en Conseil des ministres, sur proposition du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, pour un mandat de cinq ans non renouvelables.

Toutefois, ils peuvent être relevés de leurs fonctions, pour faute constatée dans l'exécution de leur mandat. Ils ne peuvent prendre aucune décision individuellement.

Article 23

Les commissaires aux comptes ont, en collège ou séparément, un droit illimité de surveillance et de contrôle sur toutes les opérations de la caisse. À cet égard, ils ont mandat de vérifier les livres, la caisse, le portefeuille et les valeurs de la caisse, de contrôler la régularité et la sincérité des inventaires et des états financiers ainsi que l'exactitude des informations données sur les comptes de la caisse dans les rapports du conseil d'administration.

Ils peuvent prendre connaissance, sans les déplacer, des livres, de la correspondance, des procès-verbaux et généralement de toutes les écritures de la caisse. Ils rédigent, à cet effet, un rapport annuel à l'attention du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Dans ce rapport, ils font connaître le mode d'après lequel ils ont contrôlé les inventaires et signalent les irrégularités et les inexactitudes éventuelles. Ils font toutes propositions qu'ils jugent convenables.

Article 24

Les commissaires aux comptes reçoivent, à charge de la caisse, une allocation fixe dont le montant est déterminé par décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres.

Chapitre IV Des incompatibilités

Article 25

Le directeur général et le directeur général adjoint ainsi que les membres du conseil d'administration ne peuvent prendre part, directement ou indirectement, aux marchés publics conclus avec la Caisse, à leur propre bénéfice ou au bénéfice des entreprises dans lesquelles ils ont des intérêts.

Article 26

Dans l'exercice de leurs missions, les commissaires aux comptes sont soumis aux mêmes conditions et aux mêmes incompatibilités que celles prévues pour les sociétés commerciales et celles prévues par la [loi 15-002 du 12 février 2015](#) portant création et organisation de l'Ordre national des experts-comptables en sigle ONEC.

Titre IV De la tutelle

Article 27

La Caisse est placée sous la tutelle du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 28

Le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions exerce son pouvoir de tutelle par voie d'approbation ou d'autorisation et par voie d'opposition.

Article 29

Sont soumis à l'autorisation préalable :

1. Les acquisitions et aliénations immobilières ;
2. Les emprunts à plus d'un an de terme ;
3. Les prises et cessions de participations financières ;
4. L'établissement d'agences et bureaux à l'étranger ;
5. Les marchés des travaux et des fournitures d'un montant égal ou supérieur à 500.000.000 de francs congolais ;
6. Toute autre prestation au titre de l'action sanitaire et sociale.

Le montant prévu à l'alinéa précédent peut être actualisé par arrêté du ministre ayant les finances dans ses attributions.

Article 30

Sans préjudice d'autres dispositions du présent décret, sont soumis à l'approbation notamment :

1. Le cadre et le statut du personnel ;
2. Le budget et les états financiers de la caisse ;
3. Le barème de rémunérations du personnel ;
4. Le règlement intérieur du conseil d'administration ;
5. Le rapport annuel d'activités ;
6. Le relevé de toute somme due à la Caisse conformément à l'article 24 de la loi 16-009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

Article 31

Le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions reçoit, dans les conditions qu'il fixe, copies des délibérations du conseil d'administration.

Les délibérations et les décisions qu'il prend ne sont exécutoires que 10 jours francs après leur réception par le ministre de tutelle, sauf si celui-ci déclare en autoriser l'exécution immédiatement.

Pendant ce délai, le ministre de tutelle a la possibilité de faire opposition à l'exécution de toute délibération ou décision qu'il juge contraire à la loi, à l'intérêt général ou à l'intérêt particulier de la caisse.

En cas d'opposition, le ministre notifie celle-ci par écrit au président du conseil d'administration, selon le cas, et fait rapport au Premier ministre.

Si le Premier ministre n'a pas rejeté l'opposition dans le délai de 15 jours francs à dater de la réception du rapport dont question à l'alinéa précédent, l'opposition devient exécutoire.

Titre V

De l'organisation financière

Article 32

L'exercice comptable de la Caisse commence le 1^{er} janvier et se clôture le 31 décembre de la même année.

Exceptionnellement pour la mise en œuvre de la Caisse nationale de sécurité sociale qui sera créée dans le cadre de la réforme prévue par la **loi 16-009 du 15 juillet 2016** fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, l'exercice comptable en cours pourra être prolongé jusqu'au 31 décembre de l'année suivante.

Article 33

Les comptes de la Caisse sont tenus conformément aux normes de la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale, CIPRES en sigle.

Article 34

Le budget de la Caisse est arrêté par le conseil d'administration et soumis à l'approbation du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Il est exécuté par la direction générale.

Article 35

Le budget de la Caisse est divisé en budget d'exploitation, d'investissement et de trésorerie.

Le budget d'exploitation comprend:

1. En produits :
 - Les ressources d'exploitation ;
 - Les ressources diverses et exceptionnelles.
2. En charges :
 - Les charges d'exploitation ;
 - Les charges liées au personnel, y compris les charges de formation professionnelle et toutes autres charges engagées dans l'intérêt du personnel.

Le budget d'investissement comprend:

1. En dépenses :
 - Les frais d'acquisition, de renouvellement ou de développement des immobilisations affectées aux activités professionnelles ;
 - Les frais d'acquisition des immobilisations de toute nature non destinés à être affectés à ces activités (participations financières, immeubles d'habitation).

2. En recettes :

- Les ressources prévues pour faire face à ces dépenses, notamment les apports nouveaux de l'État ;
- Les subventions d'équipement de l'État ;
- Les emprunts ;

- L'excédent des recettes d'exploitation sur les dépenses de même nature et les revenus divers ;

- Les prélèvements sur les avoirs placés ;

- Les cessions des biens et toutes autres ressources autorisées à cet effet par le conseil d'administration.

Le budget de trésorerie comprend :

1. En recettes :

- Les recettes d'exploitation ;
- Les recettes diverses et exceptionnelles.

2. En dépenses :

- Les dépenses d'exploitation ;
- Les dépenses exceptionnelles ;
- Les dépenses du personnel ;
- Les dépenses d'investissement ;
- Les dépenses diverses.

Article 36

La comptabilité de la Caisse est organisée et tenue de manière à :

1. Connaître et contrôler les opérations des charges et pertes, des produits et profits ;
2. Connaître la situation patrimoniale de la caisse ;
3. Déterminer le résultat de l'exercice.

Article 37

À la fin de chaque exercice, la direction générale élabore :

1. Un état d'exécution du budget, lequel présente, dans des colonnes successives, les prévisions des recettes et des dépenses, les réalisations des recettes et dépenses, ainsi que les différences entre les prévisions et les réalisations après inventaire ;
2. Un tableau de formation du résultat et un bilan ;
3. Un rapport dans lequel il fournit tous les éléments d'information sur l'activité de la Caisse au cours de l'exercice écoulé.

Ce rapport doit indiquer le mode d'évaluation des différents postes de l'actif du bilan et, le cas échéant, les motifs pour lesquels les méthodes d'évaluation précédemment adoptées ont été modifiées. Il doit, en outre, contenir les propositions du conseil d'administration concernant l'affectation du résultat.

Article 38

L'inventaire, le bilan, le tableau de formation du résultat et le rapport de la direction générale sont mis à la disposition des commissaires aux comptes, au plus tard le 15 mai de l'année qui suit celle à laquelle ils se rapportent.

Les mêmes documents et le rapport des commissaires aux comptes sont transmis au ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions, au plus tard le 30 mai de la même année.

Article 39

La passation des marchés publics de la Caisse s'effectue conformément à la législation nationale en vigueur en la matière.

**Titre VI
Du personnel****Article 40**

Le personnel de la Caisse est régi par le [Code du travail](#) et ses mesures d'application.

Le cadre et le statut du personnel de la Caisse sont fixés par le conseil d'administration, sur proposition de la direction générale.

Le statut détermine, notamment, les grades, les conditions de recrutement, la rémunération, les règles d'avancement, la discipline, les voies de recours.

Il est soumis à l'approbation du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 41

Le personnel de la Caisse, exerçant un emploi de commandement, est nommé, affecté, promu et, le cas échéant, licencié ou révoqué par le conseil d'administration, sur proposition de la direction générale tandis que le personnel de collaboration et d'exécution est nommé, affecté, promu et, le cas échéant, licencié ou révoqué par le directeur général.

**Titre VII
Du régime douanier, fiscal et parafiscal****Article 42**

La Caisse est exemptée de tous impôts, droits et taxes en ce compris, les droits proportionnels et bénéficie de la franchise.

Toutefois, elle est tenue de collecter les impôts, droits, taxes et redevances dont il est redevable et de les reverser au Trésor public ou à l'entité compétente.

Titre VIII De la dissolution

Article 43

La Caisse est dissoute par décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres.

Article 44

Le décret du Premier ministre prononçant la dissolution fixe les règles relatives à la liquidation.

Titre IX Des dispositions transitoires et finales

Article 45

Sans préjudice des dispositions des articles 11, 12, 17 et 22 du présent décret, les membres du Conseil d'administration, de la direction générale et du collège des commissaires aux comptes de l'Institut national de sécurité sociale restent en fonction pour une durée ne dépassant pas 6 mois.

Article 46

Toutes les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

Article 47

Le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent décret qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le 14 juillet 2018.

Bruno Tshibala Nzenzhe

Lambert Matuku Memas

Ministre d'État, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance sociale

**DECRET N°18/041 DU 24 NOVEMBRE 2018 FIXANT LES
TAUX DE COTISATIONS DUES A LA CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE, EN SIGLE « CNSS »**

Le Premier Ministre,

Vu la Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006, telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 92 ;

Vu le Traité du 22 septembre 1993 instituant une Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, CIPRES en sigle ;

Vu la Loi n°08/009 du 07 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale ;

Vu l'Ordonnance n°17/004 du 07 avril 2017 portant nomination d'un Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/005 du 08 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, des Ministres Délégués et des Vice- Ministres, telle que modifiée par l'Ordonnance n°18/04 du 15 février 2018 portant réaménagement technique du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les Membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des ministères ; Considérant la Recommandation n°25/CM/CIPRES relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyances Sociales des Etats membres de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, en sigle CIPRES, spécialement en ses articles 26, 27 et 28 ;

Considérant les conclusions de l'étude actuarielle du régime général de la sécurité sociale au 31 décembre 2016 réalisée par les Experts du Bureau International du Travail ;

Considérant que les employeurs n'ont pas pu prendre en compte le nouveau taux des cotisations dans leurs budgets pour l'exercice 2018, du fait que l'étude actuarielle était en cours ;

Le Conseil National du Travail et de la Sécurité Sociale entendu en sa 35ème session ordinaire tenue du 10 au 12 juillet 2018 ;

Sur proposition du Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale ; Après délibération en Conseil des Ministres ;

DECRETE :**Article 1er**

Le présent Décret fixe les taux de cotisations sociales applicables aux branches des prestations aux familles, des pensions et des risques professionnels gérées par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle.

Article 2

Le taux des cotisations sociales dues à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale au titre de la branche des prestations aux familles est fixé à 6,5 %, à charge exclusive de l'employeur.

Article 3

Le taux des cotisations sociales dues à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale au titre de la branche des pensions est fixé à 10% réparti comme suit :

- 5% à charge de l'employeur ;

- 5% à charge du travailleur.

Article 4

Le taux des cotisations sociales dues à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale au titre de la branche des risques professionnels est fixé à 1,5% à charge exclusive de l'employeur.

Article 5

Le taux des cotisations de la branche des risques professionnels peut être majoré par la Caisse jusqu'à concurrence du double à l'égard d'un employeur aussi longtemps qu'il ne se conforme pas aux prescriptions de la Loi en la matière.

Article 6

Les taux fixés aux articles 2, 3 et 4 du présent Décret sont également appliqués aux personnes assujetties à tout ou partie du régime général de la sécurité sociale.

Il s'agit notamment des :

- Membres des sociétés coopératives ouvrières de production ;

- Gérants non-salariés des coopératives ainsi que leurs préposés ;
- Hauts cadres des sociétés et des entreprises publiques dès lors qu'ils ne sont pas liés par un contrat de travail ;
- Assurés volontaires.

Article 7

Ces taux s'appliquent également à toute personne qui, ayant été affiliée au régime général de la sécurité sociale pendant trois ans au moins dont six mois consécutifs à la date où elle cesse de remplir les conditions d'assujettissement, demeure volontairement assujettie à la branche des pensions et des risques professionnels.

Article 8

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

Article 9

Les taux des cotisations tels que fixés dans le présent Décret peuvent faire l'objet d'une révision de manière à garantir l'équilibre financier de l'une ou l'autre branche du régime général de la sécurité sociale conformément aux dispositions des articles 15 et 18 de la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

Article 10

A l'exception du taux de la branche des risques professionnels, l'application des taux repris aux articles 2 et 3 du présent Décret est différée au 1er janvier 2019.

En attendant, à titre transitoire, il sera appliqué les taux suivants :

- Pour la branche des pensions 7% répartis comme suit :
 - 3,5% à charge de l'employeur ;
 - 3,5% à charge du travailleur.
- Pour la branche des prestations aux familles dans l'ex-province du Katanga 4% à charge exclusive de l'employeur.

Article 11

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent Décret qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le 24 Novembre 2018

Bruno Tshibala Nzenzhe

Lambert Matuku Memas

Ministre d'État, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance sociale

**ARRETE MINISTERIEL N°137 DETERMINANT LE MONTANT,
LES MODALITES DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS
FAMILIALES ET LES CONDITIONS DE SUSPENSION**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Constitution du 18 février 2006, telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu le Traité du 21 septembre 1993 instituant une Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, CIPRES en sigle ;

Vu la Loi n°08/009 du 07 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement en son article 5 ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 56 ;

Vu la Loi n° 16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°087-010 du 1^{er} août 1987 portant Code de la Famille ;

Vu la Loi n°16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail ;

Vu l'Ordonnance n°17/005 du 08 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre Délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'Ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères, spécialement en son article 1^{er} ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Caisse Nationale de Sécurité Sociale, en sigle « CNSS » ;

Considérant la Recommandation n°25/CM/CIPRES du 23 février 2005 relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres, spécialement en son article 197 ;

Considérant la nécessité,

ARRETE:**Article 1^{er}**

Les allocations familiales sont attribuées à l'assuré pour chacun des enfants à charge.

Elles sont payées à l'assuré au profit des enfants.

S'il est établi, après enquête menée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle, que les allocations familiales ne sont pas utilisées dans l'intérêt des enfants, la Caisse peut saisir le tribunal de paix aux fins d'obtenir la désignation d'une personne appelée attributaire ou d'une institution auprès de laquelle ces allocations familiales peuvent être liquidées.

Article 2

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

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

Aucun cumul n'est admis.

En cas d'interruption d'activité professionnelle ou de décès du conjoint, la conjointe assurée lui sera subrogée, à condition que l'enfant ne soit pas bénéficiaire d'une pension d'orphelin.

Article 3

Le montant mensuel des allocations familiales est fixé à 8.100 francs congolais pour chaque enfant bénéficiaire.

Article 4

Les allocations familiales sont servies directement par la Caisse par voie bancaire ou par guichet espèces. Elles sont payées à terme échu à l'expiration de chaque trimestre civil.

Toutefois, la Caisse peut entrevoir la possibilité de paiement mensuel.

Article 5

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

Toutefois, ces allocations sont dues à l'assuré pendant la période de suspension du contrat de travail pour cause de maladie ou d'accident, de grossesse ou de l'accouchement, de l'incarcération de l'assuré sur plainte de l'employeur, de congé, de jours fériés légaux.

Est réputé avoir interrompue toute activité professionnelle, tout assuré pour qui, il est constaté une interruption des déclarations et des versements des cotisations sociales auprès de la Caisse dans son compte individuel.

Article 6

Les allocations familiales cessent d'être attribuées à l'assuré à partir du premier jour du mois civil suivant celui au terme duquel il y a interruption des cotisations sociales dans son compte individuel. Elles reprennent cours le premier jour du mois civil au cours duquel les cotisations sociales seront déclarées et versées à nouveau.

Article 7

L'assuré atteint d'une incapacité de travail couverte par le régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles continue à bénéficier des allocations familiales pendant toute la période d'incapacité temporaire et celle d'incapacité permanente égale ou supérieure à soixante-six pour cent.

Toutefois, si la victime de l'accident ou de la maladie reprend une activité salariée donnant droit aux allocations familiales, seules sont dues, dans ce cas, les prestations dont le montant est le plus élevé.

Article 8

Le droit au bénéfice des allocations familiales est interrompu, pour chaque enfant, dans les cas suivants :

1. arrêt de la fréquentation de l'école ;
2. fin d'études avant d'avoir accompli l'âge de 25 ans ;
3. dépassement de l'âge de 25 ans sauf pour les enfants invalides ;
4. mariage ;
5. décès.

Le droit peut être également interrompu lorsque l'enfant ne réside plus sur le territoire national.

Article 9

En cas de décès éventuel de l'enfant, les allocations familiales afférentes au mois civil au cours duquel le décès est survenu sont dues. Elles seront supprimées le mois suivant le décès.

Sans préjudice des dispositions de l'article 106 alinéa premier de la loi n° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, l'employeur qui déclare et verse les cotisations sociales avec un retard de plusieurs mois, les arrérages des allocations familiales y afférents sont payés en une seule fois aux assurés bénéficiaires.

Article 10

Sont abrogées, toutes les dispositions antérieures contraires au présent arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°138 FIXANT LES TAUX ET
MODALITES DES PENALITES EN CAS DE RETARD DE
VERSEMENT DES COTISATIONS SOCIALES ET DE DEFAUT DE
PRODUCTION DE DECLARATION DANS LE DELAI**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale ;

Vu la Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006 telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 21;

Vu la Loi n° 16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n° 015-2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail ;

Vu l'Ordonnance n° 17/005 du 08 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre Délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7;

Vu l'Ordonnance n° 17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères, spécialement en son article 1^{er} ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle ;

Vu l'Arrêté interministériel n° 20/CAB/VPM/ETPS/WM/2015 et n° CAB/MIN/FINANCES/2015/0143 du 12 mai 2015 portant institution de la déclaration et du paiement uniques des impôts, cotisations sociales et contributions patronales sur les rémunérations ;

Revu l'Arrêté ministériel n° 049/CAB/MINI/ETPS/MBL/2012 du 10 décembre 2012 relatif à l'affiliation des employeurs, à l'immatriculation des travailleurs ainsi qu'aux modalités et conditions de versement des cotisations à la sécurité sociale ;

Considérant la Recommandation n° 25/CM/CIPRES du 23 février 2005, relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres de la CIPRES ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :**Article 1^{er}**

Le présent Arrêté fixe les taux et les modalités des pénalités en cas de retard de versement des cotisations sociales et de défaut de production de déclaration dans le délai.

Article 2

L'employeur doit créditer le compte de la Caisse des cotisations dues dans les quinze jours suivant le mois civil auquel elles se rapportent.

Toutefois, l'employeur qui n'a pas versé les cotisations sociales dans le délai imparti évoqué à l'alinéa précédent, est tenu de régulariser sa situation dans les cinq jours qui suivent le délai limite de versement des cotisations sociales.

L'employeur qui ne verse pas les cotisations dans le délai imparti est passible d'une majoration de 0,5% du montant des cotisations dues par jour de retard.

Article 3

Les majorations de retard prennent cours à partir du vingt-unième jour du mois civil suivant celui auquel se rapportent les cotisations sociales et prennent fin à la date de versement intégral des cotisations dues.

Article 4

Toutefois, aucune majoration de retard ne peut être mise à charge de l'employeur de bonne foi établissant que le retard de crédit du compte de la Caisse est dû à des circonstances qui lui sont étrangères ; auquel cas, la Caisse se réserve le droit d'initier une action récursoire contre l'auteur de ce retard.

Article 5

L'employeur peut, en cas de force majeure dûment prouvée, formuler un recours en réduction ou en annulation des majorations de retard encourues.

Article 6

Le recours en réduction ou en annulation des majorations de retard n'est pas suspensif de paiement des cotisations principales. La réaction au recours intervient dans un délai de soixante jours dès réception du recours par la Caisse. Passé ce délai sans qu'il n'y ait eu une réponse, l'employeur peut introduire une lettre de rappel. A défaut d'une réponse de la Caisse dans un délai de trente jours à dater de la réception de ladite lettre, le recours vaut acceptation.

Article 7

Le recours n'est recevable qu'après paiement intégral des cotisations principales encourues.

Article 8

En cas de recours fondé, le Conseil d'administration de la Caisse peut accorder une remise totale ou partielle des majorations de retard à l'employeur débiteur des cotisations sociales.

Article 9

Lorsque l'employeur n'a pas déposé la déclaration et les annexes requises dans le délai imparti, le montant des cotisations dues est déterminé d'office sur base de la dernière déclaration de versement majoré de trente pour cent.

Article 10

Lorsque l'employeur victime d'une taxation d'office produit hors délai la déclaration, la Caisse annule la taxation d'office, prend en compte la déclaration et applique une pénalité de 0,5% par jour de retard sur le montant des cotisations déclarées.

Article 11

Au cas où l'employeur apporte la preuve que le retard n'est pas dû de son chef mais plutôt de celui de la Caisse, le Centre de gestion territorialement compétent procède à l'annulation de la pénalité après établissement d'un procès verbal entre les deux parties.

Article 12

L'employeur peut, en cas de force majeure dûment prouvée, formuler un recours en annulation de la pénalité.

Article 13

Lorsque le cas de force majeure est établi, le Conseil d'administration de la Caisse peut procéder à l'annulation de la pénalité au profit de l'employeur débiteur des cotisations sociales.

Article 14

Lorsque la pénalité a été annulée alors que l'employeur l'avait déjà payé, la Caisse procède au remboursement du montant perçu au vue des preuves justificatives satisfaisantes.

Article 15

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°139 DETERMINANT LES MODALITES
D'ASSUJETTISSEMENT DES TRAVAILLEURS ASSIMILES A LA
BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006 telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 4 ;

Vu la Loi n°16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail ;

Vu l'Ordonnance n° 17/005 du 08 mai 2017 portant nomination des Vice- Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre Délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'Ordonnance n° 17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères, spécialement en son article 1^{er} ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle ;

Revu l'Arrêté Ministériel n°049/CAB/MIN/ETPS/MBL/2012 du 10 décembre 2012 relatif à l'affiliation des employeurs, à l'immatriculation des travailleurs ainsi qu'aux modalités et conditions de versement des cotisations de la sécurité sociale ;

Considérant la Recommandation n° 25/CM/CIPRES du 23 février 2005, relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres de la CIPRES ;

Le Conseil National du Travail et de la Sécurité Sociale entendu en sa 35^{ème} session ordinaire du 10 au 12 juillet 2018 ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :**Article 1^{er}**

Est assujetti au régime général de la sécurité sociale en tant que travailleur assimilé pour la branche des risques professionnels:

1. l'apprenti lié par un contrat d'apprentissage conformément aux dispositions du code du travail ;
2. l'élève ou l'étudiant des établissements d'enseignement technique professionnel et artisanal ;
3. le personnel placé dans le centre de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelle ;
4. le stagiaire en formation occupé dans une entreprise ou détaché dans une école professionnelle ;
5. la personne placée par l'Etat dans son établissement de garde, d'éducation et de rééducation ;
6. le détenu exécutant un travail périlleux victime d'un accident survenu à l'occasion de ce travail.

A un travailleur assimilé, il n'est tenu aucune distinction de race, de nationalité, de sexe, d'état-civil, de religion, d'opinion politique et d'origine.

Article 2

L'établissement d'enseignement technique, professionnel et artisanal dont l'élève ou l'étudiant est assujetti aux dispositions du présent arrêté est tout établissement public ou privé agréé par les autorités compétentes organisant l'enseignement au niveau secondaire ou supérieur à caractère technique, agricole, artistique, ou tout établissement d'éducation physique, de formation d'entraîneurs et d'initiateurs de sports ou tout centre de formation professionnelle de quelque nature qu'il soit.

Article 3

Est considéré comme stagiaire, la personne autre que le travailleur tel qu'il est défini par le Code du travail, qui suit une formation dans une entreprise ou dans une école professionnelle, qui suit un perfectionnement ou une rééducation professionnelle dispensée par un établissement public ou par une personne physique ou morale agréée par l'autorité compétente, ainsi que la personne qui suit une formation professionnelle pratique dans un centre de formation de la jeunesse ou dans un chantier de jeunesse, et qui n'est pas assujettie à un régime particulier de sécurité sociale.

Article 4

Les obligations de l'employeur vis-à-vis de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, telles que reprises par la loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale sont assumées par :

1. le maître pour l'apprenti ;
2. la personne physique ou morale responsable de la gestion dans les établissements d'enseignement technique, professionnel et artisanal, dans les centres de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelle ainsi que dans une entreprise ou une école professionnelle ;
3. la République dans l'établissement de garde, d'éducation et de rééducation de l'Etat ;
4. le responsable du centre de détention pour le détenu exécutant un travail périlleux.

Article 5

Tout employeur est tenu d'adresser une demande d'immatriculation des travailleurs Modèle IMTA, en abrégé **Mod. IMTA**, à la représentation de la Caisse territorialement compétente dans les quinze jours ouvrables à dater de l'occupation du travailleur assimilé.

Article 6

La demande **Mod. IMTA** comporte :

1. Pour l'employeur :
 - dénomination ou raison sociale ;
 - numéro d'affiliation de l'employeur ;
 - adresse physique ;
 - adresse e-mail et numéro de téléphone.
2. Pour le travailleur assimilé :
 - date de prise en charge ;
 - nom et pour la femme mariée, éventuellement le nom de jeune fille ;
 - sexe ;
 - adresse physique ;
 - numéro de téléphone ;
 - lieu et date de naissance ;
 - numéro, date, lieu de délivrance de la carte nationale d'identité ou du passeport, numéro national d'identification ;
 - lieu d'origine (secteur ou chefferie, territoire ou commune, ville, province) ou nationalité pour les étrangers ;
 - état-civil ;
 - nom du conjoint ;
 - lieu et date de naissance du conjoint ;
 - lieu et date de mariage ;
 - nombre d'enfants ;

- noms des enfants ;
- lieu et date de naissance de chaque enfant ;
- référence acte de naissance ou jugement supplétif de chaque enfant ;
- emploi et catégorie professionnelle ;
- nature du contrat ;
- revenue mensuelle soumise à cotisation ;
- numéro matricule ;
- niveau d'études ;
- spécialité ;
- lieu d'affectation.

Article 7

La Caisse a l'obligation d'immatriculer le travailleur assimilé dans un délai ne dépassant pas dix jours à dater de la réception de la demande. Une carte de sécurité sociale lui est délivrée endéans trente jours, soit directement soit par l'intermédiaire de son employeur.

Le numéro d'immatriculation appelé « numéro de sécurité sociale » ne doit être attribué qu'une seule fois et définitivement.

Article 8

Le rejet de la demande **Mod. IMTA** dûment motivé est notifié à l'employeur et au travailleur assimilé dans le délai repris à l'article précédent.

Article 9

Au moment de l'occupation d'un travailleur assimilé, l'employeur est tenu de réclamer à l'intéressé son numéro de sécurité sociale.

Si le travailleur assimilé n'est pas immatriculé, l'employeur est tenu d'accomplir les formalités de son immatriculation.

Article 10

Le travailleur assimilé est tenu de signaler immédiatement la perte de sa carte de sécurité sociale au guichet de la Caisse le plus proche.

Dans ce cas, la Caisse lui délivre, après vérification, un duplicata portant le même numéro.

Article 11

L'employeur a l'obligation et le devoir d'informer la représentation de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale territorialement compétente de tout mouvement d'occupation ou de fin d'occupation d'un travailleur assimilé.

La délégation syndicale a l'obligation de s'assurer auprès de l'employeur que la déclaration y relative a été faite à la Caisse.

Cette information doit être fournie à la Caisse suivant le formulaire, Modèle Avis de Mouvement, en abrégé **Mod.AM**.

Dans ce formulaire, l'employeur indique:

1. dénomination ou raison sociale de l'employeur ;
2. numéro d'affiliation figurant sur le certificat ;
3. effectif des travailleurs assimilés occupés et/ou en fin d'occupation ;
4. noms des travailleurs assimilés occupés et/ou en fin d'occupation ;
5. lieu et date occupation et/ou de fin d'occupation.

Article 12

Dans les quinze jours suivant le décès d'un travailleur assimilé, l'employeur est tenu de faire parvenir à la Caisse un avis de décès, **Modèle AD**, en abrégé **Mod.AD**, établi par lui et dûment certifié par l'autorité administrative compétente de la résidence du de cujus.

Ce formulaire doit contenir les éléments ci-après :

1. dénomination ou raison sociale de l'entreprise ;
2. numéro d'affiliation figurant sur le certificat ;
3. nom du travailleur assimilé décédé ;
4. numéro d'immatriculation du travailleur assimilé décédé ;
5. lieu et date de décès.

Article 13

L'employeur qui ne se soumet pas aux dispositions relatives aux formalités d'immatriculation des travailleurs assimilés est passible des peines d'amende prévues à l'article 128 et suivants de la loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

Article 14

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent Arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°140 FIXANT LES
MODALITES DE PROMOTION DES RISQUES
PROFESSIONNELS**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Constitution du 18 février 2006, telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Loi n°008/009 du 7 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement en ses articles 5 et 34 ;

Vu La loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 63 ;

Vu la Loi n°015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 1^{er} ;

Vu le Traité du 22 septembre 1993 instituant une Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale ;

Vu l'Ordonnance n°17/005 du 8 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'Ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministres, spécialement en son article 1^{er} ;

Vu l'Ordonnance 72-112 du 21 février 1972 fixant les modalités d'application de la majoration du taux des cotisations de la branche des risques professionnels ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle ;

Vu l'Arrêté Ministériel n°12/CAB.MIN/ETPS/043/2008 du 8 août 2008 fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des Comités de Sécurité, d'Hygiène et d'Embellissement des lieux de travail, spécialement en son article 3 ;

Considérant la Recommandation n° 25/CM/CIPRES relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyances Sociales des Etats membres de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale, en sigle CIPRES, spécialement en ses articles 26, 27 et 28 ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :

Article 1^{er}

Le présent Arrêté fixe les modalités de promotion de la prévention des risques professionnels.

Article 2

Au sens du présent arrêté, on entend par :

1. **Prévention** : l'ensemble des mesures prises au niveau de l'organisation dans son ensemble, au niveau d'un groupe de postes de travail ou de fonctions, ou au niveau de l'individu en vue de prévenir des risques, d'éviter ou de limiter de dommages.
2. **Sécurité et santé au travail** : toute action menée dans le cadre de la prévention des risques professionnels et de la promotion de la santé des travailleurs.
3. **Milieu du travail** : tous les endroits où les travailleurs doivent se trouver ou se rendre du fait de leur travail et qui sont placés sous le contrôle direct ou indirect de l'employeur.

Article 3

La prévention des risques professionnels gérée par la Caisse consiste en la mise en œuvre d'actions visant à préserver la sécurité, la santé des assujettis et à améliorer les conditions de travail dans les entreprises.

Les actions de prévention en milieu du travail doivent porter sur l'activité au sein de l'entreprise mais aussi sur les risques routiers liés au travail.

Article 4

Les actions de prévention consistent à accompagner l'assujetti à appliquer les principes généraux de prévention que sont notamment :

1. éviter les risques ;
2. évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
3. combattre les risques à la source ;
4. adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes du travail, le choix des équipements de travail, les méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone, le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
5. tenir compte de l'évolution de la technologie ;
6. remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou par ce qui l'est moins ;
7. planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants ;
8. prendre des mesures de protection collective et individuelle, en donnant priorité sur les mesures de protection collective ;
9. donner les instructions appropriées aux assujettis.

Article 5

La Caisse est tenue d'élaborer et de mettre en œuvre les programmes de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 6

La Caisse doit promouvoir toute action tendant à éduquer et à informer les assujettis afin de les prémunir contre les risques éventuels.

Article 7

A ce titre, la Caisse prend notamment les mesures suivantes :

1. veiller à l'observation par l'employeur des prescriptions légales et réglementaires visant à préserver la sécurité et la santé du travailleur ;
2. contrôler la mise en œuvre des dispositions générales en matière de prévention applicables à l'ensemble des professions exerçant une même activité ou utilisant les mêmes outillages et procédés ;
3. exploiter les résultats des recherches portant sur les risques professionnels et les mesures de réadaptation des victimes d'incapacité;
4. mener des campagnes pour le développement des mesures de prévention, de réadaptation et de reclassement ;
5. recueillir auprès des diverses catégories d'employeurs toute information permettant d'établir des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte de leurs causes, des zones de lésion, des circonstances dans lesquelles ils ont eu lieu, de leurs fréquences, de leurs effets, spécialement de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent et des coûts de la réparation ;
6. procéder à toute enquête jugée utile sur les conditions de santé et de sécurité au travail ;
7. proposer une cotisation spéciale pour les entreprises où la fréquence des risques professionnels est supérieure à la moyenne nationale.

Article 8

Dans le cadre de l'élaboration et de mise en œuvre du programme de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, la Caisse peut requérir les avis des institutions et organismes ou des experts tant nationaux qu'internationaux concernés par la sécurité et la santé au travail.

Article 9

Le programme doit notamment:

1. promouvoir le développement d'une culture en matière de sécurité et de santé au travail ;
2. contribuer à la protection des assujettis en éliminant ou en réduisant au minimum, les dangers et les risques liés au travail, conformément à la législation et la réglementation nationales, en vue de prévenir les lésions et maladies professionnelles et les décès imputables au travail et de promouvoir la sécurité et la santé sur le lieu de travail ;
3. comporter des objectifs, des cibles et des indicateurs de performance ;
4. être soutenu, si possible, par d'autres programmes et plans nationaux complémentaires qui aideront à atteindre progressivement l'objectif d'un milieu de travail sûr et salubre.

Article 10

Conformément aux articles 160 et suivants du Code du travail, la Caisse doit veiller à ce que tout employeur, hormis le service médical d'entreprise :

1. s'assure du concours des services de santé au travail animé par un médecin du travail ;
2. organise un service spécial de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail ;
3. constitue un comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail

Article 11

Les services de santé jouent un rôle essentiellement préventif. Ils ont pour mission d'assurer :

1. la surveillance médicale des assurés et la surveillance sanitaire des lieux de travail ;
2. les secours immédiats et les soins d'urgence aux victimes d'accident ou d'indisposition.

Ces services peuvent être autonomes à une entreprise ou conventionnés à plusieurs entreprises.

Article 12

Le service spécial de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail a pour mission d'assurer :

1. la surveillance technique des assurés et la surveillance sanitaire des lieux de travail ;
2. l'animation et la formation générale des assurés.

Article 13

Le Comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail a pour mission de concevoir, corriger et exécuter la politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de stimuler et de contrôler le bon fonctionnement des services de sécurité et de santé au travail.

A ce titre :

L'employeur est directement responsable de l'application des mesures de prévention pour la sécurité et la santé au travail destinées à assurer la protection des travailleurs qu'il utilise.

Tout travailleur est tenu de se conformer rigoureusement aux dispositions des lois et règlements relatifs à la sécurité et à la santé au travail ainsi qu'aux instructions du règlement intérieur y relatives.

Avant le 31 décembre de chaque année, un plan d'action annuel est élaboré pour promouvoir la sécurité, la santé et l'hygiène dans l'entreprise au cours de l'année civile suivante.

Le médecin du travail assiste aux réunions du comité comme expert avec voix consultative, tandis que le chef de service de sécurité d'hygiène et d'embellissement participe aux réunions avec voix délibérative et en est le secrétaire et le porte-parole.

Le rapport annuel sur les activités du comité sécurité, d'hygiène et d'embellissement transmis au Ministre du Travail, de l'emploi et de la prévoyance sociale par l'intermédiaire de l'inspection du travail et de la sécurité sociale du ressort au plus tard le 30 mars de chaque année qui suit, est réservé en copie à la Caisse.

Article 14

La Caisse peut, dans le but d'amener les employeurs à intégrer les aspects liés à la prévention des risques professionnels dans leur politique de gestion, organiser des concours d'une envergure nationale afin d'encourager et de récompenser les plus méritants des comités de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux du travail.

Article 15

Tout employeur qui utilise des procédés de fabrication comportant des risques spéciaux ou susceptibles de provoquer des maladies professionnelles est tenu d'en faire la déclaration avant le commencement desdits travaux par lettre recommandée adressée à l'inspection du travail et de la sécurité sociale du ressort avec copie réservée à la Caisse.

La déclaration doit indiquer la nature des risques et les mesures de protection et de prévention prises pour mettre le travailleur à l'abri de nuisance résultant de leur activité.

Dans tout le cas, l'inspection du travail et de la sécurité sociale ainsi que la Caisse diligente une enquête en vue de s'assurer que toutes les dispositions ont été prises.

Article 16

La Caisse procède à toute enquête jugée utile sur les conditions de sécurité et santé au travail dans le cadre de collecte des données pour la mise en œuvre de programme de prévention.

Les enquêtes, les visites des lieux de travail et les actions de prévention sont effectuées par des contrôleurs, agents de prévention assermentés qui ont qualité d'Officier de Police Judiciaire.

Les agents de prévention assermentés, contrôleurs, peuvent être accompagnés par un inspecteur du travail et de la sécurité sociale et/ou un expert dans le domaine concerné. L'employeur ou ses préposés ne peuvent s'y opposer.

Article 17

Les enquêtes sont systématiques notamment:

1. lorsque le certificat médical des accidents du travail ou de maladies professionnelles mentionne le cas de décès ou des lésions pouvant entraîner la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle dont le taux est estimé au moins à cinquante pour cent ;

2. lorsqu'il s'agit de la détermination du caractère professionnel de l'accident du travail et de maladie professionnelle.

A la fin de l'enquête, l'agent de prévention assermenté, le contrôleur, dresse un procès-verbal faisant foi, jusqu'à preuve du contraire.

Article 18

Les agents de prévention assermentés, contrôleurs sont tenus au secret professionnel et ne doivent pas divulguer les secrets de fabrication, les résultats et procédés d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, au cours des visites réalisées dans les entreprises.

Article 19

Le taux de cotisations de la branche des risques professionnels est un taux unique pour tous les secteurs d'activités.

Toutefois, ce taux est majoré jusqu'à concurrence du double à l'égard d'un employeur aussi longtemps qu'il ne se conforme pas aux prescriptions en matière de sécurité et santé au travail.

Article 20

L'employeur, passible de la majoration visée à l'article précédent du présent arrêté, doit avoir fait l'objet d'un contrôle préalable effectué dans ses installations par des agents de prévention assermentés, contrôleurs de la Caisse.

A l'issue du contrôle, les constatations de nature à mettre en danger la sécurité et la santé des assurés de l'entreprise sont portées séance tenante à la connaissance de l'employeur ou de son préposé.

Après débat sur les constatations relevées, les recommandations portant sur les mesures correctives sont portées à la connaissance de l'employeur.

En cas de désaccord entre les deux parties, le recours à un Expert issu du Ministère ou d'Organisme compétent en la matière est requis pour les départager. L'Expert désigné est à charge exclusive de l'employeur.

Article 21

Les anomalies constatées et les mesures correctives arrêtées de commun accord par le contrôleur et l'employeur ou son préposé, sont notifiées à l'employeur par écrit par le Responsable du Centre de gestion de la Caisse territorialement compétent.

La notification précise les délais d'exécution des mesures correctives à compter de la date de réception de cette notification.

Article 22

Faute par l'employeur d'avoir engagé des mesures de correction des anomalies constatées lors de la visite et qui lui ont été notifiées, le taux de cotisation de la branche des risques professionnels est majoré de cinquante pour cent.

Tout employeur qui n'a pas satisfait dans le délai imparti, à la mise en demeure prévue par les articles 171, 172 et 175 du Code du travail est passible d'une majoration de cinquante pour cent du taux de cotisations afférent à la branche des risques professionnels.

Le Responsable de la prévention à la Direction Générale de la Caisse notifie la majoration à l'employeur laquelle est exécutoire dès sa réception.

Article 23

Lorsque certaines dispositions prises par l'employeur permettent de présumer de sa bonne foi, un délai supplémentaire lui est accordé et notifié.

Au terme de ce sursis, la décision de majoration du taux de cotisations est prononcée contre lui et rendue exécutoire si aucune mesure concrète n'est intervenue.

Article 24

La majoration de cinquante pour cent prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la fin du délai de correction des anomalies notifiées à l'employeur.

Cette majoration est suspendue à partir du mois suivant celui au cours duquel l'employeur a effectué la correction totale des anomalies.

En cas de récidive, le taux de cotisation de la branche des risques professionnels est majoré de cent pour cent dans les mêmes conditions.

Article 25

Lorsque l'employeur conteste les majorations lui notifiées par le responsable de la prévention à la Direction Générale de la Caisse, il peut adresser un recours au Directeur Général de la Caisse dans un délai qui ne doit pas dépasser l'expiration de la période pour laquelle les cotisations majorées sont dues.

Ce recours est suspensif du paiement des pénalités.

Article 26

Le Directeur Général de la Caisse peut, par décision motivée, accepter ou rejeter le recours dans un délai de trente jours à compter de sa réception. Passé ce délai sans qu'il n'y ait une réponse, l'employeur peut saisir de plein droit la commission technique de sécurité sociale, préalable à la saisine des juridictions compétentes.

Article 27

Le financement des activités de prévention est assuré par un fonds de prévention alimenté par un prélèvement sur les cotisations de la branche des risques professionnels dont le taux est déterminé par le Conseil d'administration de la Caisse.

Article 28

Le Secrétaire Général à la Prévoyance Sociale et le Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°141 PORTANT ORGANISATION,
AFFECTATION ET FONCTIONNEMENT DU CORPS DES
CONTROLEURS DE
LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006 telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Loi n° 16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n° 015-2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail ;

Vu la Convention multilatérale de sécurité sociale du 27 février 2006 ;

Vu la Loi n°08/009 du 07 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, notamment ses articles 2,3 et 5 ;

Vu la Loi n° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale notamment en ses articles 23, 116, 117, 118, 119 et 120 ;

Vu l'Ordonnance n° 17/005 du 08 mai 2017 portant nomination des Vice- Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre Délégué et des Vice-Ministres spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'Ordonnance n° 17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères, spécialement en son article 1^{er} ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Caisse Nationale de Sécurité Sociale, en sigle « CNSS » ;

Considérant la Recommandation n° 25/CM/CIPRES du 23 février 2005, relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres, spécialement en son article 67 et suivants ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :**Article 1^{er}**

Le présent Arrêté est applicable au personnel de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle, chargé du contrôle de l'application par les assujettis de la législation relative au régime général de la sécurité sociale.

Il s'applique également au personnel de la Caisse chargé du contrôle et du recouvrement des revenus locatifs.

Article 2

La Caisse organise en son sein cinq types de contrôle et de recouvrement :

1. le contrôle et le recouvrement des cotisations sociales en cours ;
2. le contrôle et le recouvrement des arriérés des cotisations sociales ;
3. la vérification ou les enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations sociales ;
4. le contrôle et le recouvrement des revenus locatifs ;
5. le contrôle et la mise en œuvre des actions de prévention des risques professionnels.

Aux termes du présent Arrêté, on entend par :

- cotisations en cours : les cotisations dues en cours d'exercice ;
- arriérés des cotisations : les cotisations dues se rapportant aux exercices antérieurs.

Article 3

Il est institué pour chaque type de contrôle, un Corps des contrôleurs qui comprend une coordination dont l'organisation et le fonctionnement sont déterminés par une décision du Conseil d'administration sur proposition de la Direction Générale.

Article 4

Le contrôleur est affecté au Corps des contrôleurs, par une note de la Direction Générale ou par une décision du Conseil d'administration sur proposition de la Direction Générale, chacun agissant dans les limites de ses compétences.

Article 5

Pour être affecté au Corps des contrôleurs, l'agent doit remplir les conditions suivantes :

1. être âgé de 25 ans minimum ou 55 ans maximum ;
2. être titulaire d'un diplôme d'études supérieures ou universitaires, ou avoir une connaissance approfondie de la législation congolaise sur la sécurité sociale ;
3. justifier d'une expérience professionnelle d'au moins trois ans dans la Caisse ;
4. avoir suivi une formation et être classé en ordre utile à l'issue d'une évaluation appropriée.

Article 6

Le contrôleur de la Caisse a qualité d'Officier de Police Judiciaire à compétence restreinte.

Article 7

Le contrôleur doit être muni des pièces justificatives de sa qualité.

Il s'agit de :

- la carte de service en cours de validité ;
- la carte de contrôleur en cours de validité ;
- la carte d'Officier de Police Judiciaire.

Le statut des pièces justificatives de la qualité de contrôleur est défini par le Conseil d'administration de la Caisse et approuvé par le ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 8

Dans l'accomplissement de sa mission, le contrôleur doit être muni en sus des pièces énumérées à l'article 7 du présent Arrêté, d'un ordre de mission ou d'un ordre de service dûment signé par le Directeur Général ou par le Responsable du Centre de Gestion auquel il est attaché.

Le contrôleur peut consigner ses observations soit sur le livre de paie, soit sur le registre dont le Conseil d'administration prescrit la tenue.

Article 9

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 8 du présent Arrêté, les contrôleurs chargés du recouvrement des arriérés des cotisations ou du recouvrement des cotisations en cours jouissent notamment du droit de libre entrée et du droit de libre visite, aux heures ouvrables, sur les chantiers et les locaux de l'entreprise autres que ceux affectés exclusivement au logement privé de l'employeur ou de ses préposés.

Article 10

Le contrôleur de la Caisse est tenu au secret professionnel. Il ne peut révéler ou communiquer à des tiers les informations et faits dont il a eu connaissance à l'occasion de l'exercice de ses activités.

Article 11

Le contrôle et le recouvrement des cotisations en cours consistent notamment :

1. en la vérification des numéros attribués suivant les formulaires d'affiliation des employeurs et d'immatriculation des travailleurs ;
2. au rapprochement des comptes individuels des travailleurs avec les feuilles de paie ;
3. en la vérification de la déclaration des cotisations sociales et des preuves de paiement ;
4. au contrôle de l'assiette des cotisations et des feuilles de paie ;
5. en la vérification des effectifs des assujettis ;
6. en la vérification de la déclaration des assujettis ;
7. au redressement et au recouvrement des cotisations en cours ;
8. en la soumission à la signature des autorités compétentes, après redressement, des projets de protocoles d'accord et assurer le suivi de leur exécution ;
9. en la sensibilisation des assujettis sur leurs droits et obligations.

Article 12

Le contrôle et le recouvrement des arriérés des cotisations consistent notamment :

1. au redressement et au recouvrement des cotisations sociales des exercices antérieurs ne dépassant pas dix ans ;
2. en la soumission à la signature des autorités compétentes, après redressement, des projets de protocoles d'accord et assurer le suivi de leur exécution.

Article 13

La vérification ou les enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations sociales consiste notamment :

1. en la vérification des carrières et des salaires dans l'optique de liquider et de payer les prestations sociales ;
2. en la vérification de l'authenticité des pièces qui servent à faire valoir un droit et à l'exactitude des calculs des prestations sociales ;
3. en la bonne utilisation des allocations familiales ;
4. en l'assiduité scolaire ou en l'apprentissage des enfants à charge ;
5. au contrôle physique des bénéficiaires des prestations sociales.

Article 14

Le contrôle et le recouvrement des revenus locatifs en cours et des arriérés consistent notamment :

1. en la vérification du contrat de bail ;
2. en la vérification de l'occupation effective de l'unité locative par le locataire ;
3. en l'établissement de l'état des lieux des immeubles (unités locatives et parties communes) ;
4. au dépôt de la notification des notes de débit et de résiliation des contrats de bail auprès des locataires ;
5. au suivi du paiement des revenus locatifs ;
6. au redressement et au recouvrement des revenus locatifs des exercices antérieurs ne dépassant pas dix ans ;
7. en la soumission à la signature des autorités compétentes, après redressement, des projets de protocoles d'accord et assurer le suivi de leur exécution.

Article 15

Le contrôle et les actions de prévention des risques professionnels consistent notamment :

1. en la vérification de l'application par l'employeur des dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité et santé au travail ;
2. au contrôle de la mise en œuvre des dispositions générales en matière de prévention applicables à l'ensemble des professions exerçant une même activité ou utilisant les mêmes outillages et procédés ;
3. à recueillir auprès de l'employeur toute information permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
4. à procéder à toute enquête jugée utile sur les conditions de sécurité et santé au travail ;
5. à conseiller les assujettis en matière de prévention des risques.

Article 16

Les contrôleurs chargés du recouvrement des arriérés des cotisations, des cotisations en cours et des revenus locatifs, effectuent le contrôle dont les modalités sont fixées par une décision du Conseil d'administration de la Caisse sur proposition de la Direction Générale.

Les modalités de contrôle de prévention des risques et des prestations sociales sont déterminées par la Direction Générale.

Article 17

En cas d'indices sérieux de fraude constatés à l'encontre d'un assujetti, un deuxième contrôle peut être diligenté par la Caisse auprès de ce dernier.

Pour ce faire, le Responsable du Centre de Gestion de la Caisse adresse à l'employeur ou au locataire concerné un avis de contrôle.

Article 18

Les employeurs ou leurs préposés, les assurés sociaux ou leurs ayants-droit et les locataires sont tenus de mettre à la disposition du contrôleur de la Caisse tous les documents jugés nécessaires à la réalisation de sa mission, notamment :

1. la convention collective ;
2. le contrat de bail ;
3. les preuves de paiement de loyer ;
4. les dossiers administratifs des travailleurs ;
5. les documents comptables (bilan, tableau de formation des résultats, livres de caisse, livres de paie,...) ;
6. les preuves de paiement des cotisations sociales ;
7. la liste de présence des travailleurs ;
8. les copies des feuilles de paie.

La délégation syndicale et les travailleurs sont tenus de donner au contrôleur les informations dont il a besoin.

En cas de nécessité, le contrôleur peut accéder au système d'information de l'employeur.

La vérification s'effectue dans les locaux de l'entreprise ou sur les lieux de l'activité professionnelle ou sur le site des unités locatives.

Article 19

Sans préjudice des dispositions des articles 128, 129, 130 et 131 de la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, toute opposition ou tout obstacle au contrôle est puni des peines prévues à l'article 322 du Code du Travail.

Article 20

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent Arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°142 DETERMINANT LES
MODALITES D'APPLICATION DU MOIS D'ASSURANCE**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Constitution du 18 février 2006, telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Loi n°08/009 du 7 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement en ses articles 5 et 34 ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 105 ;

Vu la Loi n° 16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n° 015-2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail, spécialement en ses articles 7, 140 et suivants ;

Vu l'Ordonnance n°17/005 du 8 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'Ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères, spécialement en son article 1^{er} ;

Revu l'Arrêté ministériel n° 8/61 du 21 octobre 1961 portant règlement général de l'assurance ;

Considérant l'Arrangement Administratif de la CIPRES relatif à l'application de la Convention multilatérale de sécurité sociale du 27 février 2006 ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :**Article 1^{er}**

Pour bénéficier des prestations sociales, l'assuré doit entre autres, justifier d'une certaine durée d'assurance selon le cas.

Article 2

Par mois d'assurance, il faut entendre tout mois civil au cours duquel l'assuré a occupé, pendant 15 jours ou 120 heures au moins, un emploi assujetti à l'assurance.

Toutefois, le mois d'assurance tel que défini à l'alinéa précédent ne peut être pris en compte que lorsque les cotisations sociales y afférentes ont été inscrites dans le compte individuel tenu par la Caisse.

Article 3

Les périodes d'assurance prises en compte dans le calcul de la pension de retraite sont celles accomplies à dater de l'immatriculation jusqu'au départ effectif à la retraite, sans pourtant dépasser soixante-cinq ans.

Article 4

Toute période continue de services de quinze jours au moins 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.

Au cas où l'assuré a accompli le même nombre de jours continus dans deux mois civils consécutifs dont le total donne au moins seize jours, le deuxième mois sera pris comme mois d'assurance.

Article 5

Lorsqu'une période de services continus couvre plus d'un mois civil, la durée des services prestés avant le premier et après le dernier mois entier de services est comptée pour un mois d'assurance si elle atteint au total quinze jours au moins.

Article 6

Dans le cas où la rémunération des services est calculée à la pièce ou à la tâche, ou évaluée par projet, est considéré comme mois d'assurance le mois civil au cours duquel la rémunération servie est au moins égale à quinze fois la rémunération journalière minimum légale du manoeuvre ordinaire.

Article 7

Lorsqu'il ne peut être déterminé à quels mois se rapportent les rémunérations des travaux à la pièce ou à la tâche, ou par projet, 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 fois la rémunération journalière minimum légale du manoeuvre ordinaire, sans que le quotient ainsi obtenu puisse être supérieur au nombre de mois civils compris dans la période prise en considération.

Article 8

Sont assimilés à une période d'assurance ou d'emploi :

1. toute période pendant laquelle l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de risques professionnels ou de la maternité et les périodes d'incapacité de travail dans la limite de six mois, en cas de maladie dûment constatée par un médecin agréé ou désigné par la Caisse ;
2. le temps passé au service civique et/ou sous le drapeau au titre du service militaire obligatoire ;
3. les absences pour congé légal, y compris les délais de voyage conformément aux dispositions du Code du travail.

Article 9

Les mois civils compris entre la date de prise d'effet de la pension d'invalidité et celle à laquelle le bénéficiaire aura accompli sa soixantième année sont assimilés à des mois d'assurance.

Article 10

L'employeur doit, à chaque paie ainsi que lors de la résiliation du contrat de travail, pour quelque cause que ce soit, remettre au travailleur un décompte écrit de la rémunération payée sur un bordereau de salaire ou un bulletin de paie.

Article 11

L'employeur occupant exclusivement un personnel domestique est également tenu de remettre au travailleur un décompte de sa rémunération. Ce décompte est établi conformément à la réglementation en vigueur.

Article 12

Le bordereau ou le bulletin de paie est conçu de manière à servir au calcul des cotisations de différentes branches et à la détermination des périodes d'assurance entrant en ligne de compte pour l'ouverture du droit aux prestations et le calcul de leurs montants.

Il doit comporter les mentions ci-dessous :

1. le matricule du travailleur, s'il lui en est attribué un dans l'établissement ou l'entreprise ;
2. le nom du travailleur ;
3. l'emploi et la catégorie professionnelle ;
4. le numéro d'immatriculation à la caisse de sécurité sociale ;
5. le salaire horaire, journalier ou mensuel ;
6. le nombre d'heures ou de jours pour lesquels le salaire est payé à cent pour cent ;
7. la rémunération totale à payer de ce chef pour la période à laquelle se rapporte le décompte ;
8. le nombre d'heures supplémentaires ;
9. les taux auxquels sont payées les heures supplémentaires ;
10. le montant total à payer pour les heures supplémentaires ;
11. les suppléments éventuellement payés pour le travail du dimanche et des jours fériés légaux ;
12. les primes éventuelles ;
13. les arriérés de rémunération, portés sous la rubrique « divers » et accompagnés, le cas échéant, d'une note sous la rubrique « observation » ;
14. le nombre de jours de congé payés ;
15. le taux journalier de l'allocation de congé ;
16. le total de l'allocation due pour le congé en cas de maladie, d'accident et de congé de maternité ;
17. le nombre de jours pour lesquels le salaire est payé aux deux tiers en cas de maladie, d'accident et de congé de maternité ;
18. le taux journalier de salaire, en cas de maladie ou d'accident ;
19. le total du salaire pour les journées d'incapacité ;
20. le total de la rémunération brute, c'est-à-dire le total des mentions visées ci-dessus sous les numéros 7, 10, 11, 12, 13, 16 et 19 ;
21. la cotisation retenue à charge du travailleur pour la branche de pensions à la Caisse de sécurité sociale ;
22. le montant des indemnités compensatoires ;
23. le montant des avances hebdomadaires ;
24. les déductions pour motifs divers, accompagnées d'une note dans la rubrique fiscale ;
25. la retenue fiscale ;
26. le total des déductions, c'est-à-dire le total des montants visés sous les numéros 21, 22, 23, 24 et 25 ci-dessus ;
27. le nombre d'enfants pour lesquels les allocations familiales extra-légales sont dues ;
28. le nombre de jours donnant droit à des allocations familiales extra-légales, c'est-à-dire le total des nombres visés ci-dessus sous les numéros 6, 14 et 17 ;
29. le taux journalier des allocations familiales extra-légales ;
30. le montant des allocations familiales extra-légales ;
31. le montant (net) à payer ;
32. le montant pris en considération pour le calcul des cotisations sociales ;
33. les observations.

Article 13

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°143 FIXANT LES CONDITIONS ET
MODALITES DE DEVOLUTION DU SERVICE DE PAIEMENT DES
ALLOCATIONS FAMILIALES PAR L'EMPLOYEUR**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Constitution du 18 février 2006, telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la loi n°08/009 du 7 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement en son article 5 ;

Vu la loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 54 ;

Vu la Loi n° 16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°087-010 du 1^{er} août 1987 portant Code de la Famille ;

Vu la Loi n°16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail ;

Vu l'Ordonnance n°17/005 du 8 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères, spécialement en son article 1^{er} ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Caisse Nationale de Sécurité Sociale, en sigle « CNSS » ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :**Article 1^{er}**

Les allocations familiales sont servies directement par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle.

Toutefois, celle-ci peut exceptionnellement confier le service de paiement à l'employeur suivant les conditions et modalités fixées par le présent arrêté ministériel.

Article 2

Au cas où la Caisse est dans l'impossibilité de payer directement les allocations familiales à un assuré, elle peut recourir au service de l'employeur utilisateur dudit assuré.

Cette impossibilité peut se justifier par :

1. l'inexistence des structures bancaires et financières dans le rayon d'activités de l'entreprise ;
2. la distance séparant le Centre de gestion de la Caisse territorialement compétent et le lieu de travail ;
3. le cas de force majeure.

Article 3

La Caisse met à la disposition de l'employeur chargé du paiement des allocations familiales, le montant total des sommes à payer aux bénéficiaires, accompagné des assignations et d'un relevé (listing) en double exemplaire mentionnant les noms, adresses physiques et numéros de décision des bénéficiaires ainsi que le montant à payer à chacun d'eux.

Ces informations peuvent être communiquées en support papier ou numérique.

Article 4

Dès la réception des assignations et du relevé, l'employeur est tenu d'assurer le paiement et de retourner à la Caisse, dans les huit jours, par support papier ou numérique, un exemplaire du relevé portant les acquits des paiements effectués, les noms des bénéficiaires impayés ainsi que les motifs justifiant ces impaiements.

Dans le même délai, l'employeur chargé du paiement des allocations familiales verse dans les comptes bancaires désignés par la Caisse le total des montants non payés.

Article 5

La délégation du pouvoir confiée à l'employeur pour le paiement des allocations familiales ne le libère pas de l'obligation de déclarer et de verser à la Caisse, les cotisations dont il est redevable conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Un contrat de dévolution de service sera établi entre l'employeur et la Caisse.

Article 6

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°144 FIXANT LE MONTANT, LES
MODALITES DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS PRENATALES, LA
PERIODICITE ET LES CONDITIONS DE SUSPENSION**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Constitution du 18 février 2006, telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Loi n°008/009 du 7 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement en ses articles 5 et 34 ;

Vu la Loi n° 16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°087-010 du 1^{er} août 1987 portant Code de la Famille ;

Vu la Loi n°16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 42 ;

Vu l'Ordonnance n°17/005 du 8 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'Ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Caisse Nationale de Sécurité Sociale, en sigle « CNSS » ;

Le Conseil National du Travail et de la Sécurité Sociale entendu en sa 34^e session ordinaire tenue en date du 18 au 24 mai 2018 ;

Considérant la Recommandation n° 25/CM/CIPRES du 23 février 2005, relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :**Article 1^{er}**

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

Article 2

Le montant total des allocations prénatales est fixé à 48.600 francs congolais.

Article 3

Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme assurée ou à la conjointe d'un assuré à compter du jour de la déclaration de la grossesse à la Caisse.

Si une déclaration de grossesse faite par le formulaire Modèle F1 est adressée à la Caisse dans les trois premiers mois de la grossesse, les allocations sont dues en principe pour les neuf mois précédents la naissance.

Lors de la déclaration de grossesse, la Caisse délivre à l'intéressé un carnet de grossesse et de maternité.

Article 4

Les allocations prénatales sont servies directement par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS, en sigle) par voie bancaire ou par guichet espèces auprès du Centre de gestion territorialement compétent.

Le paiement des allocations prénatales s'opère sur la justification des examens prénataux. Tout examen non subi fait perdre à la bénéficiaire la tranche correspondante.

Article 5

Les allocations prénatales sont payées à la mère sur présentation des feuillets du carnet de grossesse relatifs aux certificats médicaux obligatoires et périodiques.

Elles sont versées en trois tranches de 16.200 francs congolais pour le troisième mois, le sixième mois et le huitième mois.

Le paiement de chacune des tranches s'effectue au cours du mois civil suivant celui au cours duquel les certificats médicaux respectifs sont introduits à la Caisse.

Article 6

Sous peine de suspension, l'assurée ou la conjointe de l'assuré doit produire les certificats médicaux attestant que la bénéficiaire a subi aux moments indiqués, les examens médicaux obligatoires effectués par le personnel habilité de la santé.

Article 7

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°145 DETERMINANT LES
CONDITIONS DU BENEFICE DE READAPTATION
FONCTIONNELLE, DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE
ET DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance sociale,

Vu la Constitution du 18 février 2006, telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Convention n°12 du 12 novembre 1921 de l'Organisation Internationale du Travail concernant la réparation des accidents du travail dans l'agriculture ;

Vu la Convention n°121 du 08 juillet 1964 de l'Organisation Internationale du Travail concernant les prestations en cas d'accident du travail et des maladies professionnelles ;

Vu le Traité du 22 septembre 1993 instituant la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 67;

Vu la Loi n° 16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n° 015-2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail, spécialement en ses articles 8 et 10 ;

Vu l'Ordonnance n°17/005 du 8 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7 ;

Vu l'ordonnance n°17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères, spécialement en son article 1^{er};

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS en sigle ;

Vu la nécessité ;

ARRETE :**Article 1^{er}**

Le présent arrêté ministériel détermine les conditions de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle et de reclassement professionnel de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Article 2

L'appareillage est une prestation en nature nécessitée par des lésions résultant de l'accident du travail et reconnu par le médecin désigné ou agréé par la Caisse comme indispensable ou de nature à améliorer la réadaptation fonctionnelle ou la rééducation professionnelle.

Article 3

Les frais de fourniture, d'entretien et de renouvellement des appareils ainsi que les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, d'entretien et de renouvellement sont à charge de la Caisse.

Article 4

La demande de fourniture, de l'entretien et du renouvellement d'appareils d'orthopédie ou de prothèse est adressée à la Caisse par la victime.

L'appareillage comporte les appareils de prothèse et d'orthopédie, leur système d'attaches et tout autre accessoire nécessaire à leur fonctionnement, y compris 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. Par contre, la prothèse dentaire est assimilée aux soins médicaux chirurgicaux et aux frais pharmaceutiques et accessoires.

Article 5

La victime a droit, pour chaque infirmité, à un appareil et selon son infirmité à un appareil de secours : une voiturette ou un fauteuil roulant.

Ne peut toutefois prétendre à une voiturette ou à un fauteuil roulant que la victime atteinte de lésions graves et incurables du système locomoteur.

La victime des membres inférieurs a droit, en cas de nécessité, à un appareil provisoire avant l'appareillage définitif. En aucun cas cet appareil provisoire ne pourra être considéré comme appareil de secours.

Article 6

Aucune opération d'entretien ou de renouvellement d'un appareil usagé ne doit être effectuée sans l'avis favorable de la Caisse. Le renouvellement n'est accordé que si l'appareil est hors usage et irréparable.

Toutefois, si la victime est atteinte de lésion évolutive, son appareil est renouvelable chaque fois que son état et/ou les modifications de la lésion le nécessitent.

Article 7

La Caisse remet à la victime un livret d'appareillage où sont mentionnés le type, le nombre et la nature des appareils délivrés, les réparations et les renouvellements effectués, la date de livraison et du contrôle, ainsi que les règles de bon usage.

La Caisse tient pour chaque victime une fiche sur laquelle sont portés tous les renseignements du livret.

La période d'essai pour la première utilisation de l'appareil varie entre deux à huit semaines.

Lorsque la Caisse estime que l'appareillage n'est plus justifié, elle demande à la victime sa restitution.

Article 8

Il appartient à la victime demanderesse de l'entretien ou de renouvellement d'un appareil utilisé antérieurement à l'accident d'établir que celui-ci a rendu l'appareil inutilisable. En cas de force majeure, elle est tenue de présenter ledit appareil à la Caisse.

Article 9

Les appareils et leurs accessoires restent la propriété de la Caisse. Ils ne peuvent être ni cédés ni vendus.

La victime d'accident du travail est responsable de la garde de l'appareil. Les conséquences de l'utilisation abusive ou de la perte résultant d'une négligence sont à sa charge jusqu'à l'expiration de la durée de renouvellement prévu par le fabricant.

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

Article 10

La victime qui a obtenu, par de fausses déclarations ou de quelque manière que ce soit, un nombre d'appareils supérieur à celui auquel il a droit est tenue de remettre l'appareil indûment reçu s'il ne l'a pas encore utilisé ou sa contrevaletur s'il l'a déjà utilisé.

Article 11

La durée de renouvellement d'un appareil de prothèse tient compte de la matière utilisée dans sa fabrication et de genre de lésion à appareiller.

L'appareil de prothèse remplace un membre et doit physiologiquement être adapté à son rôle. Ainsi, il entraîne la réduction du taux de l'incapacité partielle permanente (IPP) résultant des séquelles développées lors de la consolidation des lésions.

Le taux de réduction de l'IPP de barème officiel des invalidités que peut apporter la prothèse varie entre cinq et quinze pour cent selon la lésion et le type d'appareillage utilisé.

Article 12

Le droit à la réadaptation fonctionnelle est reconnu à toute victime d'accident du travail qui a subi un dommage la mettant dans l'impossibilité de récupérer une physiologie normale.

Ce droit lui est accordé, soit à la demande du médecin traitant validée par la Caisse, soit à l'initiative de la Caisse seule après un examen médical spécial auquel il est procédé par le médecin désigné ou agréé par la Caisse.

Article 13

Le bénéfice de traitement en vue de la réadaptation fonctionnelle est administré dans un établissement spécialisé, public ou privé, agréé par l'autorité compétente et sélectionné par la Caisse.

Dans le cas de force majeure, le médecin qui prescrit la réadaptation peut entreprendre les traitements nécessaires, de sa seule initiative tout en informant la Caisse et dans la mesure des installations dont il dispose, au cours des soins médicaux ou chirurgicaux donnés à la victime.

Article 14

Le bénéficiaire du traitement de réadaptation est tenu :

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

En cas d'inobservation de ces obligations, la Caisse peut suspendre le service de l'indemnité journalière. Dans le même cas, elle cesse d'être tenue au paiement des frais de toute nature à l'égard des praticiens ou établissements intéressés.

Toutefois, la victime de la suspension peut introduire un recours administratif.

Le paiement visé à l'alinéa précédent cesse 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 15

Pendant la période de réadaptation fonctionnelle, la victime a droit à l'indemnité journalière.

Cette indemnité ne se cumule pas avec la rente qui aurait été allouée à la victime pour incapacité permanente au titre de laquelle la victime bénéficie de la réadaptation : seule est versée la prestation dont le montant est le plus élevé.

Toutefois, en cas de reprise partielle du travail ordonnée par le praticien dans le cadre des traitements de réadaptation, la victime bénéficie du plein salaire correspondant au travail effectué.

L'employeur supporte la différence entre ce salaire et l'indemnité journalière jusqu'à la fin du traitement.

Article 16

Lorsque la réadaptation est acquise, la rente reste intégralement due, quelle que soit la nouvelle qualification professionnelle de la victime.

Article 17

L'accident qui surviendrait à la victime au cours de la période de réadaptation fonctionnelle, par le fait ou à l'occasion de la réadaptation, est assimilé à l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail et est réparé comme tel.

La déclaration de cet accident incombe au responsable de l'établissement où sont organisés les traitements tandis que l'employeur du bénéficiaire de prestation de réadaptation est tenu de déclarer et de verser les cotisations sociales à la Caisse.

Article 18

Le droit à la rééducation professionnelle n'est attribué que si, à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle.

Article 19

Le bénéfice de la rééducation est accordé à la victime à sa demande, à celle de son employeur ou à l'initiative de la Caisse après examens psychotechnique et médical préalable.

A la suite des résultats de ces examens, et en fonction de tous les éléments à prendre en considération, notamment l'âge de la victime et le taux d'incapacité, la Caisse statue sur l'attribution à la victime du bénéfice de la rééducation professionnelle.

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

Article 20

Les établissements de rééducation habilités comprennent :

1. les établissements ou centres publics créés en vue d'assurer la rééducation professionnelle des victimes d'accident du travail ;
2. les établissements privés agréés et sélectionnés dont le fonctionnement est soumis au contrôle de l'inspection du travail et de la sécurité sociale.

Article 21

La victime a le droit d'être admise dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur pour se réadapter à sa profession ou apprendre l'exercice d'une profession de son choix, avec le concours du médecin du travail de l'entreprise ou du médecin agréé ou désigné par la Caisse.

Article 22

La rééducation se fait au sein de l'entreprise à laquelle appartient la victime par indisponibilité de place ou manque d'établissement spécialisé.

Un contrat de rééducation approuvé par la Caisse et visé par l'inspecteur du travail définit les droits et obligations des parties et les modalités du contrôle de la rééducation par le médecin traitant et la Caisse.

Article 23

Pendant la période de rééducation professionnelle, la victime a droit à l'indemnité journalière.

Cette indemnité ne se cumule pas avec la rente qui aurait été allouée à la victime pour incapacité permanente au titre de laquelle la victime bénéficie de la rééducation: seule est versée la prestation dont le montant est le plus élevé.

Toutefois, en cas de la reprise partielle du travail ordonnée par le praticien dans le cadre des traitements de rééducation, la victime bénéficie du plein salaire correspondant au travail effectué.

L'employeur supporte la différence entre ce salaire et l'indemnité journalière jusqu'à la fin du traitement.

Article 24

Une fois acquise la rééducation, la rente reste intégralement due, quelle que soit la nouvelle qualification professionnelle de la victime.

Article 25

L'accident qui surviendrait à la victime au cours de son stage de rééducation professionnelle, par le fait ou à l'occasion de la rééducation, est assimilé à l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail et est réparé comme tel.

La déclaration de cet accident incombe au responsable de l'établissement où sont organisés les traitements tandis que l'employeur du bénéficiaire de prestation de rééducation professionnelle est tenu de déclarer et de verser les cotisations sociales à la Caisse.

Article 26

En cas d'interruption volontaire du stage de rééducation par la victime, celle-ci conserve le droit à l'indemnité journalière ou à la rente pendant un mois, à compter de la date d'interruption, selon qu'il y a ou non consolidation, au lieu du salaire.

En cas d'interruption involontaire, notamment pour accident ou maladie, est maintenu le droit de la victime à percevoir l'intégralité de l'indemnité journalière ou de la rente.

Le paiement de ces indemnités est subordonné à la condition que le stagiaire de rééducation n'ait pas exercé d'activité rémunératrice pendant cette période d'interruption.

Toute interruption doit être déclarée à la Caisse dans les soixante-douze heures par le chef d'établissement.

Article 27

Le contrat de travail est suspendu à partir du jour de l'incapacité temporaire du travail résultant de l'accident du travail ou de maladie professionnelle jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation de la lésion.

Article 28

L'employeur doit, indépendamment des mesures prévues aux articles 2 et suivants, s'efforcer de reclasser dans son entreprise, à un poste correspondant à ses aptitudes, tout travailleur atteint d'une réduction de ses capacités le rendant inapte à son ancien emploi.

Si l'employeur ne dispose d'aucun emploi permettant ce reclassement, l'accord préalable de l'Inspecteur du travail compétent doit être obligatoirement obtenu avant tout licenciement de la victime. Le cas échéant, la victime licenciée dispose d'une priorité d'embauche dans son ancienne entreprise pour tout nouvel emploi qui viendrait à être créé et correspondant à ses aptitudes et capacités.

Article 29

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale prend en charge ou rembourse les frais nécessités par le traitement de la réadaptation fonctionnelle, de la rééducation professionnelle et du reclassement professionnel de la victime.

Il s'agit des frais:

1. de soins médicaux et chirurgicaux ;
2. de produits pharmaceutiques et accessoires ;
3. d'hospitalisation ;
4. de fourniture, d'entretien et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie ;

5. de formation professionnelle en vue de la rééducation et du reclassement professionnels ;
6. de déplacement par le mode de transport compatible avec l'état de la victime.

Article 30

Le montant des prestations est versé directement ou remboursé par la Caisse aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs, formateurs, établissements hospitaliers, centres médicaux d'entreprise ou interentreprises, selon le tarif standard applicable aux malades des établissements publics.

Dans le cas où la victime a été prise en charge dans un établissement privé agréé par l'autorité compétente, la Caisse ne supporte les frais que dans la limite des tarifs de l'établissement public de même nature.

Article 31

La prise en charge de frais peut être refusée, en tout ou en partie par la Caisse, s'ils ont été engagés à la requête de la victime ou de ses ayants droit et que cette requête a été reconnue manifestement abusive ou non indispensable par le médecin désigné ou agréé par la Caisse.

Article 32

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent Arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS

**ARRETE MINISTERIEL N°146 FIXANT LES MODALITES D’AFFILIATION
DES EMPLOYEURS, D’IMMATRICULATION DES TRAVAILLEURS, DE
PERCEPTION DES COTISATIONS, DE LIQUIDATION ET DU SERVICE DES
PRESTATIONS AINSI QUE LES OBLIGATIONS QUI INCOMBENT AUX
EMPLOYEURS ET AUX TRAVAILLEURS**

Le Ministre d'Etat, Ministre du Travail, Emploi et Prévoyance Sociale,

Vu la Convention 102 de l'Organisation Internationale du Travail concernant la norme minimum de la sécurité sociale du 28 juin 1952 ;

Vu le Traité du 22 septembre 1993 instituant une Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale ;

Vu la Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006 telle que modifiée et complétée à ce jour, spécialement en son article 93 ;

Vu la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, spécialement en son article 103 ;

Vu la Loi n° 16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°087-010 du 1^{er} août 1987 portant Code de la Famille ;

Vu la Loi n°16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la Loi n°015/2002 du 16 octobre 2002 portant Code du Travail ;

Vu la Loi n°08/009 du 7 juillet 2008 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, spécialement en ses articles 5 et 34 ;

Vu l'Ordonnance n° 17/005 du 08 mai 2017 portant nomination des Vice-Premiers Ministres, des Ministres d'Etat, des Ministres, d'un Ministre Délégué et des Vice-Ministres, spécialement en son article 2 point 7;

Vu l'Ordonnance n° 17/024 du 10 juillet 2017 portant organisation et fonctionnement du Gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le Gouvernement ainsi qu'entre les membres du Gouvernement ;

Vu l'Ordonnance n°17/025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des Ministères ;

Vu le Décret n° 18/027 du 14 juillet 2018 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Caisse Nationale de Sécurité Sociale, en sigle « CNSS » ;

Vu l'Arrêté interministériel n°20/CAB/VPM/ETPS/WM/2015 et n° CAB/MIN/FINANCES/2015/0143 du 12 mai 2015 portant institution de la déclaration et du paiement uniques des impôts, cotisations sociales et contributions patronales sur les rémunérations ;

Revu l'Arrêté ministériel 8/61 du 21 octobre 1961 portant Règlement général de l'assurance ;

Revu l'Arrêté ministériel n° 049/CAB/MIN/ETPS/MBL/2012 du 10 décembre 2012 relatif à l'affiliation des employeurs, à l'immatriculation des travailleurs ainsi qu'aux modalités et conditions de versement des cotisations à la sécurité sociale ;

Considérant la Recommandation n° 25/CM/CIPRES du 23 février 2005, relative aux dispositions applicables à la gestion technique des branches dans les Organismes de Prévoyance Sociale des Etats membres de la CIPRES ;

Le Conseil National du Travail et de la Sécurité Sociale entendu en sa session ordinaire du 18 au 24 mai 2018 ;

Considérant la nécessité ;

ARRETE :**TITRE I : ASSUJETTISSEMENT DES EMPLOYEURS ET DES TRAVAILLEURS****Chapitre I^{er} : Champ d'application****Section 1 : Assujettissement des employeurs****Article 1^{er}**

Aux termes du présent Arrêté, on entend par Employeur : Toute personne physique ou morale, de droit public ou privé, qui utilise les services d'un ou de plusieurs travailleurs en vertu d'un contrat de travail.

A ce titre, il est assujetti au régime général de la sécurité sociale.

Section 2 : Assujettissement des travailleurs**Article 2**

Aux termes du présent Arrêté, on entend par Travailleur : Toute personne physique en âge de contracter, quels que soient son sexe, son état-civil et sa nationalité, qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une personne physique ou morale, publique ou privée, dans les liens d'un contrat de travail.

Pour la détermination de la qualité de travailleur, il ne sera tenu compte ni du statut juridique de l'employeur ni de celui de l'employé.

Article 3

Est obligatoirement assujetti au régime général de la sécurité sociale pour toutes les branches :

1. tout travailleur soumis aux dispositions du Code du Travail en ce compris les travailleurs journaliers ou occasionnels, les salariés à domicile et les travailleurs domestiques, ainsi que le batelier et tout autre personnel naviguant sans aucune distinction de race, de nationalité, de sexe, d'état-civil, de religion, d'opinion politique et d'origine, lorsqu'ils exercent, à titre principal, une activité professionnelle sur le territoire national pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs nonobstant la nature, la forme, la validité du contrat et le montant de la rémunération ;
2. le mandataire de l'Etat dans les entreprises et établissements publics et dans les sociétés d'économie mixte ne bénéficiant pas, en vertu des dispositions légales ou réglementaires, d'un régime particulier de la sécurité sociale ;
3. le personnel de l'Etat, des provinces et des entités territoriales décentralisées ne bénéficiant pas, en vertu des dispositions légales ou réglementaires, d'un régime particulier de la sécurité sociale ;
4. le marin immatriculé en République Démocratique du Congo engagé à bord d'un navire battant pavillon congolais ;
5. l'employé local d'une mission diplomatique accréditée et établie en République Démocratique du Congo ;
6. l'associé actif d'une société ;

7. le travailleur congolais occupé par une entreprise située en République Démocratique du Congo et qui, pour le compte de cette entreprise, preste sur le territoire d'un autre pays afin d'effectuer un travail pour une durée n'excédant pas six mois ;
8. le travailleur étranger occupé par une entreprise située à l'étranger et qui, pour le compte de cette entreprise, preste sur le territoire congolais afin d'effectuer un travail pour une durée excédant six mois.

Chapitre II : Formalités d'assujettissement

Section 1 : Formalités d'affiliation des employeurs

Article 4

Tout employeur créateur d'entreprise est tenu d'adresser au Guichet unique de création d'entreprise une demande suivant le «formulaire unique» d'affiliation des employeurs.

Pour les autres catégories d'employeurs qui ne dépendent pas du guichet unique, ils sont tenus d'adresser une demande suivant le formulaire Modèle AE, en abrégé **Mod.AE**, à la représentation de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, CNSS, territorialement compétente dans les huit jours qui suivent, soit l'ouverture ou l'acquisition de l'entreprise, soit le premier embauchage d'un salarié lorsque cette embauche n'est pas concordant au début de l'activité.

Lorsque l'employeur occupe les travailleurs dans un ou plusieurs sièges d'exploitation, il doit établir une seule demande d'affiliation pour l'ensemble de ces sièges.

Article 5

Le formulaire unique d'affiliation des employeurs relevant du guichet unique comporte :

1. renseignements relatifs à la personne physique créatrice d'entreprise :
 - origine de la société ;
 - dénomination sociale ;
 - type de personne physique ;
 - forme juridique ;
 - date du début d'exploitation ;
 - adresse physique du siège social ;
 - numéro de téléphone ;
 - adresse e-mail ;
 - siège d'exploitation;
 - secteur d'activité principal ;
 - activités accessoires ;
 - nombre de salariés nationaux ;
 - nombre de salariés étrangers ;
 - nom du père ;
 - nom de la mère.
2. renseignements relatifs aux dirigeants :
 - nom ;
 - date de naissance ;
 - sexe ;
 - état-civil ;

- nom du conjoint ;
 - lieu de naissance ;
 - pays de naissance ;
 - nationalité ;
 - numéro de la pièce d'identité ;
 - date d'émission de la pièce d'identité ;
 - adresse physique;
 - adresse e-mail ;
 - numéro de téléphone ;
 - situation patrimoniale ;
 - casier judiciaire ;
 - fonction ;
 - documents fournis.
3. renseignements relatifs aux mandataires
 4. documents de l'établissement fournis.

Article 6

Le formulaire **Mod.AE** pour les autres employeurs cités à l'article 4 alinéa 2 comporte :

1. identification de l'employeur
 - dénomination ou raison sociale de l'employeur ou abréviation sous laquelle il est généralement connu ;
 - nom de l'employeur cédant, numéro d'affiliation lui attribué par la Caisse et date de reprise;
 - nom et adresse complète du responsable si celui-ci est une personne physique ;
 - référence de l'Arrêté d'agrément pour les Organisations non gouvernementales et les actes de création pour les autres ;
 - adresse physique du siège social de l'employeur ;
 - forme juridique de l'employeur ;
 - numéro de la boîte postale et localité postale de l'employeur ;
 - adresse e-mail ;
 - signature et cachet de l'employeur.
2. activités
 - activités principales et secondaires de l'employeur ;
 - date de début de l'activité de l'employeur.
3. emploi
 - date du début d'emploi du personnel ou des travailleurs assimilés ;
 - nombre des travailleurs et travailleurs assimilés.
4. rémunération
 - montant total des rémunérations mensuelles brutes des travailleurs et travailleurs assimilés ;
 - date du dépôt du formulaire **Mod.AE**.

Article 7

Dès réception de la demande du formulaire unique ou du formulaire **Mod.AE**, la Caisse délivre à l'employeur, endéans trois jours, un certificat contenant un numéro d'affiliation. Ce numéro doit être reproduit sur toutes les correspondances et sur tous les documents adressés à la Caisse.

Section 2 : Formalités d'immatriculation des travailleurs

Article 8

Tout employeur est tenu d'adresser une demande suivant le formulaire d'immatriculation des travailleurs Modèle IMT, en abrégé **Mod.IMT**, à la représentation de la Caisse territorialement compétente dans les quinze jours ouvrables à dater de l'embauche du travailleur.

Article 9

La demande suivant le formulaire **Mod.IMT** comporte :

- a. Pour l'employeur :
 1. dénomination ou raison sociale ;
 2. numéro d'affiliation attribué ;
 3. adresse physique ;
 4. adresse e-mail et numéro de téléphone.

- b. Pour le travailleur :
 1. date d'embauche ;
 2. nom et pour la femme mariée, éventuellement le nom de jeune fille ;
 3. sexe ;
 4. adresse physique ;
 5. numéro de téléphone ;
 6. lieu et date de naissance ;
 7. numéro, date, lieu de délivrance de la carte nationale d'identité ou du passeport ;
 8. lieu d'origine (secteur ou chefferie, territoire ou commune, ville, province) ou nationalité pour les étrangers ;
 9. état-civil ;
 10. nom du conjoint ;
 11. lieu et date de naissance du conjoint ;
 12. lieu et date de mariage ;
 13. nombre d'enfants ;
 14. noms des enfants ;
 15. lieu et date de naissance de chaque enfant ;
 16. acte de naissance ou jugement supplétif de chaque enfant ;
 17. emploi et catégorie professionnelle ;
 18. nature du contrat ;
 19. rémunération mensuelle ;
 20. numéro matricule ;
 21. niveau d'études ;
 22. spécialité ;
 23. lieu d'affectation.

Pour l'immatriculation des travailleurs étrangers, joindre à la demande, une preuve de régularité de séjour et une preuve attestant l'autorisation de travailler.

Article 10

La Caisse a l'obligation d'immatriculer le travailleur dans un délai ne dépassant pas dix jours, en ce compris la délivrance de la carte de sécurité sociale, à dater de la réception de la demande.

A défaut de l'immatriculation du travailleur par la Caisse dans le délai, celui-ci est réputé couvert en cas de survenance d'un risque social.

Article 11

Le rejet de la demande suivant le formulaire **Mod.IMT** dûment motivé est notifié à l'employeur et au travailleur dans le délai repris dans l'article précédent.

Article 12

Au moment de l'embauche d'un travailleur, l'employeur est tenu de réclamer à l'intéressé sa carte de sécurité sociale pour travailleur.

Si le travailleur n'a pas été immatriculé, l'employeur est tenu d'accomplir les formalités de son immatriculation.

Article 13

L'assuré est tenu de signaler immédiatement la perte de sa carte de sécurité sociale au guichet de la Caisse le plus proche de sa résidence.

Dans ce cas, la Caisse lui délivre, après vérification, une carte portant le même numéro.

Article 14

L'employeur est tenu de déclarer à la Caisse tout mouvement d'embauchage ou de débauchage des travailleurs.

La délégation syndicale a l'obligation de s'assurer auprès de l'employeur que la déclaration y relative a été faite à la Caisse.

Cette information doit être fournie à la Caisse suivant le formulaire Modèle AM (Avis de Mouvement), en abrégé **Mod.AM**.

Dans ce formulaire, l'employeur indique :

1. dénomination ou raison sociale de l'employeur ;
2. numéro d'affiliation figurant sur le certificat ;
3. effectif des travailleurs embauchés et/ou débauchés ;
4. nom de travailleurs embauchés et/ou débauchés ;
5. lieu et date d'embauchage et/ou de débauchage.

Article 15

Dans les quinze jours suivant le décès d'un travailleur, l'employeur est tenu de faire parvenir à la Caisse un avis de décès suivant le formulaire Modèle AD (Avis de Décès), en abrégé **Mod.AD**, établi par lui et dûment certifié par l'autorité administrative compétente de la résidence du de cujus.

Ce formulaire doit contenir les éléments ci-après :

1. dénomination ou raison sociale de l'employeur ;
2. numéro d'affiliation figurant sur le certificat ;
3. nom du travailleur décédé ;
4. numéro d'immatriculation du travailleur décédé ;
5. lieu et date de décès.

Article 16

L'employeur qui ne se soumet pas aux dispositions relatives aux formalités d'affiliation des employeurs et d'immatriculation des travailleurs est passible des peines d'amende prévues à l'article 128 de la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

TITRE II : PERCEPTION DES COTISATIONS SOCIALES

Chapitre 1^{er} : Assiette, calcul et déclaration des cotisations sociales

Section 1 : Assiette des cotisations

Article 17

Au sens du présent Arrêté, on entend par :

1. « Assiette de cotisation du travailleur » : la rémunération du travailleur sur laquelle les cotisations sont perçues ;

« Rémunération » : la somme représentative de l'ensemble des gains susceptibles d'être évalués en espèces et fixés par accord ou par les dispositions légales et réglementaires qui sont dus en vertu d'un contrat de travail, par un employeur à un travailleur.

Cette somme comprend notamment :

- le salaire ou traitement ;
- les commissions ;
- l'indemnité de vie chère ;
- les primes ;
- la participation aux bénéfices ;
- les sommes versées au titre de gratification ou de mois complémentaires ;
- les sommes versées pour prestations supplémentaires ;
- la valeur des avantages en nature ;
- l'allocation de congé ou l'indemnité compensatoire de congé ;
- les sommes payées par l'employeur pendant l'incapacité de travail et pendant la période précédant et suivant l'accouchement.

Ne sont pas éléments de la rémunération :

- les soins de santé ;
- l'indemnité de logement ou le logement en nature ;
- les allocations familiales légales ;
- l'indemnité de transport ;
- les frais de voyage ainsi que les avantages accordés exclusivement en vue de faciliter au travailleur l'accomplissement de ses fonctions.

2. L'assiette de cotisation des assujettis énumérés à l'article 3 points 2, 4 et 6 du présent arrêté comprend l'ensemble des rétributions perçues en contre partie de ses prestations. Il s'agit notamment :

- des émoluments ;
- des traitements ;
- des avantages octroyés, à l'exclusion de ceux accordés exclusivement en vue de faciliter au travailleur l'accomplissement de ses fonctions ;
- des jetons de présence.

Section 2 : Calcul des cotisations

Article 18

Les taux des cotisations sociales sont tels que fixés par le Décret du Premier Ministre, sur proposition du Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions et après avis du conseil national du travail et de la sécurité sociale.

Article 19

Les cotisations dues par l'employeur sont déterminées en appliquant les taux des cotisations sociales fixés par le Décret du Premier Ministre au montant total des rémunérations perçues par les travailleurs ou selon le cas, des rétributions et ce, conformément à l'article 17 du présent arrêté.

Section 3 : Déclaration des cotisations

Article 20

Les cotisations sont dues pour chaque mois au cours duquel se situent une période de service effectif, une période de congés rémunérés ou toute autre période pour laquelle l'employeur est tenu au paiement de tout ou partie de la rémunération conformément aux dispositions légales.

Article 21

Quel que soit le nombre de sièges d'exploitation de son entreprise existant en République Démocratique du Congo, tout employeur doit introduire une déclaration des cotisations sociales dans les quinze jours suivant le mois civil auquel elles se rapportent :

1. soit au Guichet unique de déclaration et du paiement ; auquel cas, les employeurs créateurs d'entreprise remplissent le formulaire de « déclaration mensuelle unique des impôts, cotisations sociales et contributions patronales sur les rémunérations » ;
2. soit à la représentation territorialement compétente de la Caisse pour les autres catégories; auquel cas, une déclaration de versement des cotisations sera remplie en trois exemplaires sur le formulaire Modèle DC, en abrégé **Mod. DC**.

Toutefois, l'employeur qui n'a pas déclaré dans le délai imparti évoqué à l'alinéa précédent, est tenu de régulariser sa situation dans les cinq jours qui suivent le délai limite de déclaration des cotisations sociales.

Le fait pour l'employeur de ne pas produire la déclaration des cotisations sociales dans le délai requis entraîne une pénalité.

La déclaration unique est auto-liquidative.

Article 22

Le formulaire de « déclaration mensuelle unique des impôts, cotisations sociales et contributions patronales sur les rémunérations comporte notamment :

1. identification du redevable
 - nom ou raison sociale ;
 - sigle ;
 - forme juridique ;

- secteur d'activités ;
 - adresse physique ;
 - régime fiscal.
2. renseignements complémentaires utiles
 - nature ;
 - référence.
 3. période concernée
 4. cotisations sociales pour toutes les branches
 5. ventilation des montants déclarés par province de provenance.

Article 23

Le formulaire **Mod. DC** doit indiquer notamment :

1. nom ou raison sociale de l'employeur ;
2. numéro d'affiliation qui lui a été attribué ;
3. adresse du (des) siège (s) d'exploitation pour le (s) quel (s) la déclaration est établie ;
4. période à laquelle la déclaration se rapporte ;
5. montant total brut des sommes payées aux travailleurs ;
6. montant total des sommes payées aux travailleurs qui sont prises en considération pour le calcul des cotisations ;
7. montant total des cotisations dues ;
8. nombre de travailleurs occupés au dernier jour de la période dans le siège d'exploitation auxquels la déclaration se rapporte ;
9. nombre d'enfants bénéficiaires des prestations aux familles au dernier jour de la période pour le (s) siège (s) d'exploitation auquel la déclaration se rapporte ;
10. date et mode de paiement du montant des cotisations dues.

Article 24

L'employeur est tenu de joindre à cette déclaration une copie des feuilles de paie établie, pour les travailleurs qu'il a occupés conformément au modèle annexé au présent arrêté ministériel.

Pour les employeurs ayant plus de vingt-cinq travailleurs, cette déclaration ainsi que les feuilles de paie doivent être transmises à la Caisse par voie électronique moyennant un accusé de réception. A cet effet, la Caisse met en place une plateforme numérique pour permettre de faire la télé déclaration de la feuille de paie selon le modèle retenu par elle.

Par contre, les employeurs ayant moins de vingt-cinq travailleurs peuvent transmettre leur déclaration ainsi que les feuilles de paie par voie électronique ou sur support papier.

Article 25

La feuille de paie doit comporter notamment les mentions ci-après :

1. nom du travailleur ;
2. emploi et catégorie professionnelle ;
3. numéro d'immatriculation attribué par la Caisse ;
4. salaire horaire, journalier ou mensuel ;
5. nombre d'heures ou de jours pour lesquels le salaire est payé ;
6. rémunération totale à payer pour la période à laquelle se rapporte le décompte ;

7. taux auxquels sont payées les heures supplémentaires effectuées ;
8. montant total à payer pour les heures supplémentaires ;
9. suppléments éventuellement payés pour le travail du dimanche et des jours fériés légaux ;
10. primes éventuelles ;
11. arriérés de rémunération portés sous la rubrique divers et accompagnés le cas échéant, d'une note sous la rubrique observation ;
12. nombre de jours de congés payés ;
13. taux journalier des allocations de congé ;
14. total des allocations dues pour le congé ;
15. nombre de jours pour lesquels le salaire est payé aux deux tiers en cas de maladie ou d'accident et de congé de maternité ;
16. taux journalier de salaire en cas de maladie ou d'accident ;
17. total du salaire pour les journées d'incapacité ;
18. total de la rémunération brute ;
19. cotisation retenue à charge du travailleur pour la pension ;
20. montant des indemnités compensatoires ;
21. montant de l'avance hebdomadaire ou autre ;
22. déductions pour motifs divers accompagnés d'une note dans la rubrique fiscale ;
23. retenue fiscale ;
24. total des déductions ;
25. nombre d'enfants pour lesquels les allocations familiales sont dues ;
26. nombre de jours donnant droit à des allocations familiales ;
27. taux journalier des allocations familiales ;
28. montant à payer ;
29. montant pris en considération pour le calcul des cotisations ;
30. observations.

Article 26

La déclaration des cotisations sociales doit être établie pour chaque mois au cours duquel le personnel a été employé. Si aucun travailleur n'a été employé au cours du mois considéré, l'employeur est tenu d'en faire état dans les quinze jours, conformément au modèle de formulaire établi à cet effet par la Caisse.

Article 27

Pour toute déclaration des cotisations sociales faite de manière centralisée, l'employeur est tenu de donner les détails des cotisations se rapportant à chaque centre de gestion de la Caisse ou siège d'exploitation.

Article 28

Le fait pour l'employeur de ne pas joindre à sa déclaration les annexes requises à l'article 25 du présent arrêté vaut défaut de déclaration.

Chapitre II : Modalités de versement des cotisations et de recouvrement des sommes dues

Section 1 : Obligations de versement des cotisations

Article 29

L'employeur est débiteur vis-à-vis de la Caisse de l'ensemble des cotisations dues. A ce titre, il est le seul responsable de leur versement, y compris de la part mise à la charge du travailleur ainsi que du montant des prélèvements qu'il a omis d'effectuer au moment du paiement de la rémunération.

La cotisation de l'employeur reste définitivement à sa charge.

Article 30

Si un travailleur a été occupé successivement au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est responsable non seulement du versement des cotisations correspondant à la rémunération qu'il a payée à l'intéressé mais aussi des majorations de retard y afférentes.

Article 31

Quel que soit le nombre de salariés occupés dans l'entreprise, tout employeur doit créditer le compte de la Caisse des cotisations dues dans les quinze jours suivant le mois civil auquel elles se rapportent.

Toutefois, l'employeur qui n'a pas versé les cotisations sociales dans le délai imparti évoqué à l'alinéa précédent, est tenu de régulariser sa situation dans les cinq jours qui suivent le délai limite de versement des cotisations sociales.

Le fait pour l'employeur de ne pas payer les cotisations dans le délai requis entraîne une pénalité.

Article 32

En cas de cessation d'activités dûment constatée par les services compétents, le paiement des cotisations dues est immédiatement exigible.

Section 2 : Modes de versement des cotisations

Article 33

Le versement des cotisations peut s'effectuer :

1. par voie bancaire (virement ou bordereau de versement d'espèces) ;
2. par chèque ;
3. en espèces au guichet de la Caisse.

Tout versement de cotisation doit préciser :

1. nom ou raison sociale de l'employeur et ressort du siège d'exploitation concerné ;
2. numéro d'affiliation attribué à l'employeur ;
3. période concernée ;
4. montant de la cotisation versée.

Section 3 : Recouvrement des sommes dues

Article 34

La mise en recouvrement des sommes dues par les employeurs consiste en l'envoi ou en la présentation par un contrôleur de la Caisse d'un relevé de compte réclamant le paiement des sommes dues.

Le relevé de compte certifié et signé par le Responsable attitré de la Caisse tient lieu de mise en demeure.

Au sens du présent arrêté, le Responsable attitré est le responsable du Centre de Gestion territorialement compétent.

Article 35

Le relevé de compte valant mise en demeure comporte notamment :

1. nom ou raison sociale de l'employeur ;
2. adresse physique de l'employeur ;
3. numéro d'affiliation attribué à l'employeur ;
4. période à laquelle se rapportent les sommes dues ;
5. total et détails des sommes dues.

Article 36

L'action en recouvrement des sommes dues est prescrite après dix ans, à compter du premier jour du mois suivant celui auquel elles se rapportent.

Article 37

Si le relevé de compte valant mise en demeure reste sans effet à l'expiration d'un délai de huit jours à compter de sa réception par l'employeur, la Caisse établit un relevé des sommes dues valant titre authentique.

Le titre authentique est rendu exécutoire après approbation par le Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Le titre authentique permet les saisies prévues par les articles 153 et suivants de l'Acte Uniforme de l'OHADA portant organisation des procédures simplifiées de recouvrement et des voies d'exécution.

Article 38

Le titre authentique doit mentionner notamment:

1. nom ou raison sociale de l'employeur ;
2. numéro d'affiliation attribué à l'employeur ;
3. boîte postale et adresse physique de l'employeur ;
4. total des cotisations dues.

Article 39

Les majorations de retard seront calculées à partir du paiement effectif des sommes dues.

Article 40

L'employeur qui conteste le bien fondé du titre authentique dispose d'un délai de trois mois, à compter de sa signification, pour introduire son recours à la Direction Générale de la Caisse. Passé ce délai, l'employeur est réputé avoir accepté le titre authentique.

Le recours doit être déposé ou adressé par courrier électronique ou sous pli recommandé, l'accusé de réception ou le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi.

Si le recours est accepté et reconnu fondé, aucune majoration ne sera due pour la période allant de la date de la signification du titre authentique à celle de la notification de la décision de la Caisse. Dans le cas contraire, le cours de majoration est maintenu.

Article 41

L'employeur qui communique intentionnellement des renseignements inexacts ou incomplets sur la rémunération, les cotisations sociales et les avantages sociaux servant de base de calcul des cotisations est passible des peines d'amende prévues à l'article 128 de la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

L'employeur qui omet de précompter les cotisations des travailleurs ou de verser les cotisations sociales est passible des peines d'amende prévues à l'article 129 de la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

En cas de récidive, les peines prévues aux articles 128 et 129 de la Loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale sont portées au double.

TITRE III : LIQUIDATION ET SERVICE DES PRESTATIONS

CHAPITRE 1^{er} : BRANCHE DES PRESTATIONS AUX FAMILLES

Section 1 : Prestations servies

Article 42

La branche des prestations aux familles comprend :

1. les allocations prénatales ;
2. les allocations de maternité ;
3. les allocations familiales.

Article 43

Les prestations sociales servies au titre de cette branche comprennent :

1. les allocations prénatales ;
2. les allocations de maternité ;
3. les indemnités journalières de maternité en faveur des femmes assurées ;
4. les allocations familiales au profit des enfants à charge de l'assuré.

Section 2 : Conditions générales d'ouverture du droit

Article 44

Le droit aux prestations aux familles s'ouvre lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes:

- 1.

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

Est compté comme mois d'activité, le mois au cours duquel l'assuré a travaillé pendant au moins quinze jours ou cent vingt heures et pour lequel les cotisations sociales sont dues.

Section 3 : Conditions particulières d'ouverture du droit

A. Allocations prénatales

1. *But et conditions d'ouverture du droit*

Article 45

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

Article 46

Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme assurée ou à la conjointe d'un assuré remplissant les conditions générales prévues à l'article 44 du présent arrêté, à compter du jour de la déclaration de la grossesse à la Caisse jusqu'à l'accouchement.

La conjointe de l'assuré est la femme qui lui est liée par un lien de mariage tel que défini à l'article 330 du Code de la famille.

2. Formalités à accomplir

Article 47

Sur base d'un certificat médical de grossesse délivré par son médecin, la femme assurée ou la conjointe d'un assuré introduit une déclaration de grossesse à la Caisse et ce, dans les trois premiers mois de grossesse.

Cette déclaration est faite par le dépôt à la Caisse d'un formulaire modèle F1.

Article 48

La déclaration de grossesse doit contenir les renseignements suivants :

1. concernant l'assuré (e) :

- a. nom ;
- b. état-civil ;
- c. numéro de la carte de sécurité sociale ;
- d. adresse physique, numéro de téléphone et adresse e-mail ;
- e. raison sociale et adresse physique de l'employeur.

2. concernant la bénéficiaire :

- a. nom ;
- b. état-civil ;
- c. adresse physique, numéro de téléphone et adresse e-mail ;
- d. lieu et date de naissance ;
- e. nature de la prestation sollicitée ;
- f. signature de la déclarante ;
- g. cachet de la Caisse.

La déclaration de grossesse est établie en quatre exemplaires, répartis comme suit :

1. deux adressés à la Caisse ;
2. un remis à la déclarante ; et
3. un adressé à l'employeur.

Article 49

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

Le carnet de grossesse et de maternité doit mentionner les renseignements suivants :

1. nom de la femme enceinte ;
2. adresse physique, n° téléphone et e-mail ;
3. état-civil ;

4. numéro d'immatriculation de l'assuré (e) ;
5. âge de la grossesse ;
6. date probable de l'accouchement ;
7. renseignements sur l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Le carnet comprend plusieurs feuillets et doit porter le sceau de la Caisse.

Article 50

Le paiement des allocations prénatales est subordonné à la production des certificats médicaux attestant que la bénéficiaire a subi aux troisième, sixième et huitième mois de grossesse, les examens médicaux obligatoires effectués par le personnel habilité de la santé.

La femme enceinte peut être contrôlée également par un médecin agréé ou désigné par la Caisse aux premier et deuxième trimestres de grossesse.

Article 51

Les certificats médicaux, feuillets modèles F2, F3 et F4, sont des formulaires de la Caisse. Ils contiennent les renseignements suivants :

1. nom de la femme enceinte ;
2. lieu et date de naissance ;
3. adresse physique de la femme enceinte ;
4. numéro de compte bancaire du bénéficiaire ;
5. numéro de la carte de sécurité sociale de l'assuré (e) ;
6. nom de l'assuré ;
7. adresse physique de l'assuré ;
8. profession de l'assuré ;
9. période d'examen obligatoire (à cocher : 3^{ème} mois, 6^{ème} mois et 8^{ème} mois) ;
10. signature de la femme enceinte ;
11. attestation du personnel médical habilité ;
12. date présumée du début de la grossesse ;
13. date probable de l'accouchement ;
14. nom et signature du personnel médical.

Le personnel habilité de la santé atteste dans le certificat médical que les examens médicaux obligatoires exigés par la réglementation ont été prescrits et effectués au cours de la période indiquée.

3. Période de liquidation de l'allocation prénatale

Article 52

Les allocations prénatales sont dues pour les neuf mois de grossesse.

B. Allocations de maternité

1. Conditions d'ouverture du droit

Article 53

Le droit aux allocations de maternité s'ouvre à toute femme assurée ou à la conjointe d'un assuré, remplissant les conditions générales prévues à l'article 44 du présent arrêté, qui donne naissance sous contrôle médical, sauf cas de force majeure, à un enfant né viable.

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

2. Formalités à accomplir

Article 54

La femme assurée ou la conjointe d'un assuré qui vient de donner naissance à un enfant viable joint, le certificat médical, feuillet modèle F5, attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical, à la demande d'allocations de maternité suivant le feuillet modèle F6.

La demande d'allocation de maternité est un imprimé de la Caisse. Elle doit mentionner les renseignements suivants :

1. en ce qui concerne l'assuré :

- a. nom ;
- b. numéro de la carte de sécurité sociale ;
- c. numéro de la carte d'identité ou d'un tenant lieu ;
- d. lieu et date de naissance ;
- e. noms de père et mère ;
- f. adresse physique et numéro de téléphone ;
- g. raison sociale de l'employeur, adresse physique et numéro d'affiliation à la Caisse ;
- h. date d'embauche.

2. en ce qui concerne la demanderesse :

- a. nom ;
- b. lieu et date de naissance ;
- c. adresse physique et numéro de téléphone ;
- d. date de l'accouchement ;

La demanderesse doit déclarer si l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical et qu'elle a bénéficié des allocations prénatales.

La Caisse délivre à la demanderesse le formulaire de demande d'allocations de maternité en trois exemplaires. Cette dernière la remplit et remet deux exemplaires à la Caisse en y annexant une copie du certificat médical attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical. Elle garde le troisième exemplaire.

Article 55

Pour bénéficier de l'allocation de maternité, la femme assurée ou la conjointe d'un assuré doit fournir :

1. la demande d'allocation de maternité ;
2. le certificat médical attestant que l'accouchement s'est déroulé sous contrôle médical ;
3. le carnet de grossesse et de maternité dûment rempli.

Le certificat médical est établi par un personnel habilité de la santé.

En cas de force majeure où l'accouchement a eu lieu en dehors d'un centre médical, le personnel de santé ayant pris en charge la mère et l'enfant est habilité à établir le certificat médical exigé repris dans le carnet de grossesse et de maternité.

3. Montant de l'allocation de maternité

Article 56

Le montant de l'allocation de maternité est fixé à 72.900 CDF par naissance.

C. Indemnité journalière de maternité

1. But et conditions d'octroi

Article 57

L'indemnité journalière de maternité, payée à la femme assurée, est destinée à compenser la perte de salaire pendant la durée de congé de maternité.

Pour prétendre à l'indemnité journalière de maternité, outre les conditions générales évoquées à l'article 44 du présent arrêté, la femme assurée doit :

1. être immatriculée à la Caisse douze mois au moins avant la date présumée de l'accouchement ;
2. avoir cessé toute activité salariée pendant la période de congé de maternité qui est de quatorze semaines dont six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après.

2. Formalités à accomplir

Article 58

La femme assurée introduit à la Caisse une demande de l'indemnité journalière de maternité, modèle F7, établie en quatre exemplaires dont :

1. deux adressés à la Caisse ;
2. un remis à la déclarante ;
3. un adressé à l'employeur.

La demande de l'indemnité journalière de maternité est un formulaire de la Caisse. Elle mentionne les renseignements ci-après :

1. concernant l'assurée :
 - a. noms ;
 - b. lieu et date de naissance ;
 - c. adresse physique et numéro de téléphone ;
 - d. date d'embauche ;
 - e. date présumée d'accouchement ;
 - f. date d'accouchement ;
 - g. date début congé ;
 - h. date de reprise du travail ;
 - i. durée de prolongation éventuelle du congé.
2. concernant l'employeur :
 - a. raison sociale ;
 - b. numéro d'affiliation à la Caisse ;
 - c. adresse physique et numéro de téléphone.
3. Concernant la bénéficiaire :

la banque et le numéro de compte bancaire vers lequel les indemnités journalières seront orientées ou la caisse espèces de la CNSS.
4. les rémunérations ou rétributions, selon le cas, soumises à cotisation de trois derniers mois précédant le congé de maternité.

En outre, la demande doit porter la signature et le sceau de l'employeur ainsi que la signature de l'assurée.

La demande de l'indemnité journalière de maternité sera également accompagnée de bulletins de paie de trois mois précédant la date de départ en congé de maternité.

Pour les assujettis énumérés à l'article 3 points 2 et 6 du présent arrêté, la demande de l'indemnité journalière de maternité sera accompagnée des pièces justificatives des rétributions selon le cas.

Article 59

A la suspension du travail, la femme assurée doit fournir à la Caisse un certificat médical de congé de maternité établi par son médecin ainsi que la notification de congé de maternité établi par son (ses) employeur (s).

Article 60

A la reprise du travail, l'assurée doit introduire les documents ci-après :

1. certificat d'accouchement mentionné à l'article 54 du présent arrêté ;
2. attestation de reprise de travail délivrée par son employeur ;
3. s'il échet, attestation d'incapacité de reprise de travail délivrée par le médecin traitant (certificat médical de prolongement de congé de maternité) ;
4. s'il échet, attestation de non reprise de travail à la date d'expiration de la période de quatorze semaines délivrée par l'employeur.

Article 61

En cas de prolongation de la durée de congé de maternité telle que prévue à l'article 62 du présent arrêté, l'assurée en couche doit transmettre à la Caisse le certificat médical exigé avant la jouissance effective de la prolongation. Celle-ci pourra être subordonnée, sauf en cas de césarienne, à un contrôle effectué par la Caisse.

3. Calcul de l'indemnité journalière

Article 62

L'indemnité journalière est accordée pendant une période de quatorze semaines, dont six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après, à condition que l'assurée cesse toute activité salariée pendant la période de congé de maternité.

Dans ce cas, la Caisse se réserve le droit de contrôler le départ effectif en congé.

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

L'erreur dans l'estimation de la date de l'accouchement ne peut empêcher la femme de recevoir l'indemnité à laquelle elle a droit.

Article 63

L'indemnité journalière à payer à une femme salariée assurée est égale à l'intégralité de la rémunération journalière moyenne soumise à cotisation pour les trois derniers mois.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par nonante le total des rémunérations soumises à cotisation perçues par la femme assurée au cours de trois derniers mois civils précédents celui au cours duquel le départ en congé de maternité a eu lieu.

D. Allocations familiales

1. Conditions d'ouverture du droit

Article 64

Tout assuré qui remplit les conditions générales fixées à l'article 44 du présent arrêté peut prétendre au bénéfice des allocations familiales pour chacun des enfants à sa charge.

Article 65

Les allocations familiales ont pour but d'apporter un complément de ressources aux familles, d'encourager la surveillance médicale systématique des enfants et leur fréquentation scolaire.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants tels que définis par le Code de la Famille.

Il s'agit des enfants :

1. biologiques (filiation naturelle) ;
2. adoptés selon la procédure légale ;
3. sous tutelle ou à paternité juridique ;
4. pour lesquels l'assuré est débiteur d'aliments, conformément aux dispositions du Code de la famille.

2. Formalités à accomplir

Article 66

Pour qu'un travailleur bénéficie des allocations familiales, son employeur doit introduire, auprès du centre de gestion de son ressort, une déclaration de composition familiale de son travailleur sur un formulaire modèle F6 de la Caisse.

Ce formulaire doit contenir les mentions suivantes :

1. pour l'employeur
 - a. dénomination sociale ou raison sociale ;
 - b. numéro d'affiliation à la Caisse ;
 - c. adresse physique de l'employeur ;
 - d. adresse e-mail de l'employeur ;
 - e. numéro de téléphone du chargé des ressources humaines ;
 - f. date de début d'activité.
2. pour le travailleur :
 - a. numéro de la carte de sécurité sociale ;
 - b. noms ;
 - c. numéro matricule ;
 - d. lieu et date de naissance ;
 - e. sexe ;
 - f. état-civil ;
 - g. nationalité ;
 - h. numéro de la carte d'identité, du permis de conduire ou du passeport ;
 - i. numéro de compte bancaire ;
 - j. adresse physique et e-mail de l'assuré ;
 - k. numéro de téléphone ;

- l. date d'engagement auprès du dernier employeur ;
- m. nom du conjoint ;
- n. lieu et date de naissance du conjoint.

3. pour les enfants à charge:

- a. noms ;
- b. lieux et dates de naissance ;
- c. sexe ;
- d. liens de filiation.

Toute modification de la composition familiale en terme quantitatif (naissance, décès) et en terme qualitatif (âge ou mariage) devra être communiquée à la Caisse par un acte délivré par une autorité compétente. Ce document doit être envoyé dans les trente jours à dater du fait générateur.

Article 67

Le droit aux allocations familiales est subordonné :

1. pour les enfants bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de 6 ans, à la production annuelle d'un certificat médical ou d'un certificat de vie, lorsqu'il n'existe pas localement une formation sanitaire agréée par la Caisse ;
2. pour les enfants en âge de scolarité, à l'assistance régulière aux cours des établissements scolaires ou de formation professionnelle publique ou privée agréée et attestée par la production annuelle d'un certificat de scolarité ;
3. pour les enfants de plus de 16 ans, à la justification de l'apprentissage par un certificat annuel de fréquentation, à la justification de l'impossibilité de se livrer à un travail salarié par la production annuelle d'un certificat médical ou d'un certificat administratif de vie et charge ;
4. pour les enfants de plus de 16 ans fréquentant l'enseignement supérieur ou universitaire, à la justification par une attestation annuelle de fréquentation et d'assiduité, étant entendu que le droit est limité à l'âge de 25 ans.

3. *Calcul des allocations familiales*

Article 68

Le montant mensuel des allocations familiales par enfant à charge est déterminé par arrêté du Ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Les allocations familiales sont liquidées le premier jour de chaque mois civil au bénéfice de l'assuré pour le compte des enfants qui sont à charge du travailleur, habitent effectivement avec lui et n'exercent pas de profession lucrative.

Sont considérés comme habitant effectivement avec le travailleur :

1. les enfants fréquentant un établissement scolaire situé en République Démocratique du Congo ;
2. les membres de la famille lorsque la séparation résulte de la nature du travail, de la force majeure, du fait de l'employeur ou de la coutume.

Article 69

L'assuré bénéficie des allocations familiales dès la naissance de son enfant conformément aux conditions mentionnées à l'article 53 de la Loi n° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale ou à la déclaration de prise en charge d'un enfant.

Les allocations familiales ne peuvent en aucun cas être cumulées avec les allocations prénatales pour un même enfant.

Article 70

Le droit aux allocations familiales est subordonné à la justification par le travailleur d'une activité salariée d'au moins quinze jours ou cent vingt heures de travail ou de jours assimilés dans le mois.

Le montant mensuel des allocations familiales pour tous les enfants bénéficiaires est calculé en tenant compte :

1. du montant mensuel par enfant ;
2. du nombre d'enfants bénéficiaires de l'assuré.

Le travailleur, qui a accompli au moins quinze jours de travail ou de jours assimilés dans un mois civil, a droit à la totalité du montant mensuel des allocations familiales.

CHAPITRE II : BRANCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS

Section 1 : Risques couverts

Article 71

La branche des risques professionnels comprend :

1. ;
2. les maladies professionnelles, en ce compris les maladies d'origine professionnelle.

Article 72

L'accident du travail est, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à un travailleur par le fait ou à l'occasion du travail pour le compte de son employeur, qu'il y ait ou non faute de sa part.

Est également considéré comme accident du travail :

1. l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour, entre sa résidence ou le lieu où il prend ordinairement ses repas et le lieu où il effectue son travail ou perçoit sa rémunération, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi ;
2. l'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont supportés par l'employeur en vertu des textes en vigueur ou supportés par un tiers avec l'accord de l'employeur.

Article 73

Est considérée comme maladie professionnelle, toute maladie désignée dans le tableau des maladies professionnelles et contractée dans les conditions y mentionnées.

Article 74

Est présumée d'origine professionnelle, toute maladie caractérisée non désignée dans le tableau des maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne son incapacité permanente ou son décès.

La maladie d'origine professionnelle est prise en charge après un avis motivé du comité de santé créé par les Ministres ayant dans leurs attributions respectives la sécurité sociale et la santé.

Section 2 : Prestations servies

Article 75

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (ou d'origine professionnelle), l'assuré victime a droit aux prestations en nature et /ou en espèces.

Les prestations en nature comprennent :

1. l'assistance médicale, chirurgicale et les soins dentaires, y compris les examens médicaux, radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;
2. la fourniture des produits pharmaceutiques ;
3. l'entretien dans un hôpital ou une autre formation sanitaire y compris la nourriture habituelle fournie par l'établissement ;
4. le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation sanitaire et à sa résidence et vice-versa ;
5. la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par la Caisse comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation ou la rééducation professionnelle ;
6. les lunettes, les soins infirmiers et les visites à domicile ;
7. la réadaptation fonctionnelle, le reclassement de la victime dans les conditions déterminées par un arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 76

Les prestations en espèces comprennent :

1. l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail, totale ou partielle ;
2. la rente ou l'allocation d'incapacité en cas d'incapacité permanente, totale ou partielle ;
3. les rentes de survivants et l'allocation de frais funéraires en cas de décès ;
4. les frais de réadaptation fonctionnelle ou de reclassement.

Section 3 : Formalités à accomplir

Article 77

L'employeur est tenu de déclarer à la Caisse suivant le modèle A1, dans un délai de soixante jours, tout accident du travail et suivant le modèle M1, dans un délai de cent vingt jours, toute maladie professionnelle ou d'origine professionnelle dont est victime le salarié occupé dans l'entreprise. Il doit en réserver copie à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale du ressort et à la victime.

En cas de carence ou d'impossibilité dans le chef de l'employeur, la déclaration modèle A1 ou M1 peut être faite par la victime ou par ses représentants ou encore par ses ayants droit, jusqu'à l'expiration d'un délai de deux ans suivant la date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

Ce délai court à compter du jour de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

Article 78

La déclaration d'accident, modèle A1, mentionne notamment:

1. nom, adresse physique, dénomination ou raison sociale de l'employeur ainsi que numéro d'affiliation qui lui a été attribué par la Caisse ;
2. nom, adresse physique, numéro de téléphone, adresse e-mail, photo passeport, lieu et date de naissance de la victime ainsi que numéro de la carte d'identité ou du tenant lieu ;
3. numéro de la carte de sécurité sociale de la victime ;
4. nom de l'épouse et des enfants ainsi que leur adresse ;
5. nom, qualité et adresse physique du déclarant ;
6. ville, territoire ou siège d'exploitation de l'employeur qui établit la déclaration ;
7. date de début de service et fonction habituelle de la victime ;
8. nom, date de naissance de l'épouse et de chacun des enfants légalement bénéficiaires d'une allocation familiale ;
9. nom des ascendants directs entretenus ;
10. lieu, jour, date, heure, causes et circonstances de l'accident ;
11. nom et adresse physique des principaux témoins de l'accident ;
12. nom et adresse physique du tiers responsable de l'accident, le cas échéant ;
13. rémunérations ou rétributions perçues par la victime au cours des trois derniers mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu.

La déclaration est établie en six exemplaires dont deux sont adressés à la Caisse, un à la victime ou à ses ayants droit, un à l'employeur, un à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale et un à la Division de la prévoyance sociale.

La déclaration peut être faite par voie électronique.

Article 79

La déclaration de maladie professionnelle, modèle M1, mentionne notamment:

1. nom, adresse physique, dénomination ou raison sociale de l'employeur ainsi que numéro d'affiliation lui attribué par la Caisse ;
2. nom, adresse physique, numéro de téléphone, adresse e-mail, photo passe port, lieu et date de naissance de la victime ainsi que numéro de la carte d'identité ou du tenant lieu ;
3. numéro de la carte de sécurité sociale de la victime ;
4. nom de l'épouse et des enfants ainsi que leur adresse physique ;
5. nom, qualité et adresse physique du déclarant ;
6. ville, territoire ou siège d'exploitation de l'employeur qui établit la déclaration ;
7. date de début de service et fonction habituelle de la victime ;
8. nom, date de naissance de l'épouse et de chacun des enfants légalement bénéficiaire d'une allocation familiale ;
9. nom des ascendants directs entretenus ;
10. lieu, jour et date, causes et circonstances de la maladie ;
11. date de la cessation éventuelle de travail ;
12. rémunérations ou rétributions perçues par la victime au cours des trois derniers mois civils précédant celui au cours duquel la maladie a été constatée.

La déclaration est établie en six exemplaires dont deux sont adressés à la Caisse, un à la victime ou à ses ayants droit, un à l'employeur et les deux derniers à l'Inspection du travail et à la Division de la Prévoyance Sociale.

Article 80

La Caisse, par le truchement de l'employeur, met à la disposition de l'assuré victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, bénéficiaire des soins médicaux, un carnet de suivi médical.

Article 81

Le certificat de première constatation de l'accident, modèle A2, ou de la maladie, modèle M2, contenant des informations conformes à celles du modèle annexé à la déclaration, modèle A1, ou modèle M1 est établi par un médecin et adressé à la Caisse par la voie la plus rapide.

La durée d'incapacité de travail requise dans le certificat de première constatation ne peut dépasser trente jours.

Toutefois, lorsque l'incapacité excède vingt et un jours, la liquidation des indemnités journalières est soumise à l'avis préalable du médecin désigné ou agréé par la Caisse.

Article 82

Si l'incapacité se prolonge au-delà de la période prévue dans le certificat de première constatation médicale et si elle atteint plus de trente jours, l'employeur fait établir par un médecin un certificat modèle A3 ou M3 de prolongation d'incapacité qui est adressé à la Caisse.

Ce certificat de prolongation d'incapacité doit être renouvelé pour chaque période de nonante jours et ce, sous contrôle de la Caisse.

Article 83

Dans les soixante jours qui suivent la guérison, la consolidation des lésions ou le décès de la victime, l'employeur fait établir par le médecin un certificat de dernière constatation, modèle A4 ou modèle M4. Celui-ci est adressé à la Caisse.

Article 84

Les formulaires des déclarations cités aux articles 81, 82 et 83 du présent arrêté, sont établis en six exemplaires dont deux sont adressés à la Caisse, un à la victime ou à ses ayants droit, un à l'employeur, un à l'Inspection du travail et de la sécurité sociale et un à la Division de la prévoyance sociale.

Article 85

Les formulaires de déclaration et les certificats médicaux visés aux articles 78, 79, 81, 82 et 83 dûment établis, sont transmis aux destinataires respectifs désignés dans les articles précités à la diligence de la Caisse.

Article 86

En cas de carence de l'employeur, l'administration locale compétente, sur requête de la victime, de ses ayants droit ou de la délégation syndicale, accomplit les formalités mises à charge de l'employeur par les dispositions des articles 81, 82 et 83 du présent arrêté.

Elle peut notamment désigner aux frais de l'employeur le médecin chargé d'examiner la victime ou le malade et d'établir les certificats prescrits.

Titre 4: Calcul des rentes, des allocations et de l'indemnité journalière d'incapacité**Article 87**

En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, la victime a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'incapacité, ouvrable ou non, suivant celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

Le montant de l'indemnité journalière est égal aux deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime. Ce montant est réduit de moitié pendant la durée de l'hospitalisation si le travailleur n'a pas de charge de famille.

La rémunération journalière moyenne s'obtient en divisant par nonante le total des rémunérations soumises à cotisation perçues par l'intéressé au cours des trois mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu.

Au cas où la victime n'a pas travaillé pendant toute la durée des trois mois ou que le début du travail dans l'entreprise où l'accident est survenu remonte à moins de trois mois, la rémunération journalière moyenne est celle qu'elle aurait reçue si elle avait travaillé dans les mêmes conditions pendant la période de référence de trois mois.

Article 88

Si l'incapacité dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse est ou devient permanente et totale, la victime a droit à une rente d'incapacité égale à quatre-vingt-cinq pour cent de sa rémunération mensuelle moyenne.

En cas d'incapacité permanente et partielle, la victime a droit à la même rente multipliée par le degré de l'incapacité.

La rémunération mensuelle moyenne servant de base de calcul de la rente est égale à trente fois la rémunération moyenne journalière.

La rente remplace les indemnités journalières à partir du 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel l'incapacité présente le caractère de permanence. Cette permanence est constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse.

Le degré de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et/ou mentales de la victime ainsi que, selon ses aptitudes et qualifications professionnelles, sur la base d'un barème indicatif d'invalidité.

L'incapacité permanente partielle est fixée par le médecin traitant de la victime puis contrôlée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse.

En cas de désaccord sur le degré de l'incapacité permanente de l'accidenté, il est procédé à une expertise médicale. Dans ce cas, l'avis du médecin expert est prépondérant.

Le titulaire d'une rente d'incapacité dont l'état nécessite de manière constante l'aide et les soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à un supplément égal à cinquante pour cent de sa rente.

Article 89

Lorsque le degré d'incapacité permanente et partielle est inférieur à quinze pour cent, la rente est remplacée par une allocation d'incapacité égale à trois fois le montant annuel de la rente correspondant au degré d'incapacité de la victime.

Article 90

Au cas où le bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente partielle est à nouveau victime d'un accident de travail, la nouvelle rente est fixée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération mensuelle moyenne prise comme base de calcul de la rente précédente.

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

Article 91

Au cas où le bénéficiaire d'une allocation d'incapacité est à nouveau victime d'un accident du travail et se trouve atteint d'une incapacité supérieure à quinze pour cent, la rente est calculée en tenant compte de l'ensemble des lésions subies et de la rémunération mensuelle moyenne prise comme base de calcul pour l'allocation d'incapacité.

Si, à l'époque du dernier accident, la rémunération mensuelle moyenne de la victime est supérieure à celle qui a été prise comme base de calcul de l'allocation, la rente est calculée d'après la rémunération mensuelle moyenne la plus élevée. Dans ce cas, le montant est réduit pour chacune des trois premières années suivant la liquidation de la rente du tiers du montant de l'allocation d'incapacité alloué à l'intéressé.

Article 92

La victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle a droit pendant toute la durée de l'incapacité temporaire de travail, ainsi qu'en cas d'incapacité permanente égale ou supérieure à soixante-six pour cent, aux allocations familiales légales.

Toutefois, si la victime de l'accident ou de la maladie reprend une activité salariée donnant droit aux allocations familiales, seules sont dues, dans ce cas, les prestations dont le montant est le plus élevé.

Article 93

Les rentes de l'incapacité sont toujours concédées à titre temporaire. Si après liquidation, une aggravation ou une atténuation de l'incapacité ou de l'invalidité est dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, il est procédé, à l'initiative de ce dernier ou à la demande du titulaire, à une révision de la rente qui, selon le changement constaté, est majorée à partir de la date de l'aggravation ou réduite ou suspendue à partir du premier jour du mois civil suivant la notification de la décision.

La victime ne peut refuser de se présenter aux examens médicaux requis par la Caisse, sous peine de s'exposer à une suspension des services de la rente. Ces examens ont lieu à des intervalles de six mois au cours des deux années suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la lésion et d'un an après ce délai.

Aucune révision ne peut plus intervenir après un délai de cinq ans suivant la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la lésion, si l'invalidité est due à un accident, de dix ans si elle est due à une maladie et de quinze ans si elle est due à la silicose.

Article 94

Pour les apprentis, les stagiaires, les élèves des établissements d'enseignement technique professionnel et artisanal, le personnel placé dans les centres de formation, la personne placée par l'Etat dans un établissement de garde et le détenu exécutant un travail périlleux, la rémunération mensuelle moyenne est au moins égale au salaire minimum interprofessionnel garanti.

Article 95

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

1. de faire assurer les soins de première urgence à la victime ;
2. d'aviser le médecin de l'entreprise ou à défaut, le médecin le plus proche ;
3. de diriger éventuellement la victime sur le centre médical ou sur la formation sanitaire la plus proche du lieu de l'accident.

La Caisse prend à sa charge, dès le début de l'incapacité résultant de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et sans limitation de durée, les soins médicaux nécessités par la lésion découlant dudit accident ou de l'affection consécutive à la maladie.

Les appareils de prothèse et d'orthopédie sont à charge de la Caisse dès le premier jour d'incapacité et sont entretenus ou renouvelés même après l'expiration du délai de révision de cinq ans si l'invalidité est due à un accident, de dix ans si elle est due à une maladie et de quinze ans si elle est due à la silicose.

Les soins médicaux sont fournis par la Caisse ou par le ou les établissement(s) médical (aux) sélectionné (s) par elle parmi les formations publiques et privées agréées par l'autorité compétente.

Les prestations des établissements médicaux sont rémunérées ou remboursées, suivant le cas, par la Caisse, sur la base d'un tarif forfaitaire fixé de commun accord entre parties ou, à défaut, sur la base des prix standards établis par la réglementation en vigueur.

Toutefois, en cas de force majeure ou d'urgence justifiée par l'état de santé de la victime, la Caisse rembourse à l'assuré, selon les modalités définies à l'alinéa précédent du présent article, les frais exposés auprès d'un établissement médical non sélectionné.

Par soins d'urgence, il faut entendre toute situation du vécu humain qui nécessite une intervention immédiate ou rapide durant vingt-quatre heures sans laquelle le pronostic vital est réservé.

Article 96

Les prestations en nature comprennent :

1. l'assistance médicale, chirurgicale et les soins dentaires y compris les examens médicaux, radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;
2. la fourniture des produits pharmaceutiques ;
3. l'entretien dans un hôpital ou une autre formation sanitaire y compris la nourriture habituelle fournie par l'établissement ;
4. le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation sanitaire et à sa résidence et vice-versa ;
5. la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par la Caisse comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation ou la rééducation professionnelle ;
6. les lunettes, les soins infirmiers et les visites à domicile ;
7. la réadaptation fonctionnelle, le reclassement de la victime dans les conditions déterminées par un arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Article 97

Lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle a causé la mort de la victime, il est alloué les réparations en espèces suivantes :

1. au conjoint en vie, à condition que le mariage ait été inscrit à l'état civil, six mois au moins avant le décès ; sauf si un enfant est né de l'union conjugale ou que la veuve se trouve en état de grossesse à la date du décès de l'assuré, une rente viagère égale à cinquante pour cent de la rente à laquelle le défunt ou la défunte avait ou aurait eu droit à la date de son décès.

En cas de remariage, cette rente s'éteint et le conjoint survivant reçoit une allocation égale à douze fois le montant mensuel de la rente.

2. aux enfants tels que définis par le Code de la famille, une rente d'orphelin égale à cinquante pour cent de la rente à laquelle le défunt ou la défunte avait ou aurait eu droit à la date de son décès.

Le pourcentage alloué aux orphelins est doublé, s'il n'y a pas de conjoint survivant.

A défaut du conjoint survivant et d'orphelins, les ascendants directs que l'assuré entretenait bénéficient de cent pour cent de la rente ci-haut visée.

La rente des ascendants est répartie à raison de cinquante pour cent à chaque parent. Cependant, en cas de décès de l'un d'eux, le survivant bénéficie de cent pour cent de cette rente.

3. Il est alloué à la personne qui a pris à sa charge les frais d'inhumation, une allocation des frais funéraires, dans la limite des frais exposés et sur production des pièces justificatives de dépenses.

Le montant de cette allocation ne peut dépasser nonante fois la rémunération journalière minimum légale allouée au travailleur manœuvre.

Article 98

Le montant de la rente de l'assuré ou de la rente de survivants ne peut être inférieur au quart (25%) du salaire minimum interprofessionnel garanti pour un manœuvre ordinaire.

CHAPITRE III : BRANCHE DES PENSIONS

Article 99

Les prestations servies dans la branche des pensions comprennent :

- la pension de retraite et l'allocation de vieillesse ;
- la pension d'invalidité ;
- la pension des survivants et l'allocation de survivants.

Section 1 : Pension de retraite et allocation de vieillesse

1. *Conditions d'ouverture du droit*

Article 100

Le droit à la pension de retraite s'ouvre à l'âge de soixante ans en faveur de l'assuré qui remplit les conditions suivantes :

1. avoir accompli au moins cent quatre-vingts mois, soit quinze ans d'assurance ;
2. avoir cessé toute activité salariée.

La mise à la retraite ne peut intervenir qu'à la demande expresse du travailleur. Toutefois, soixante-cinq ans constituent pour l'assuré l'âge limite pour être mis d'office à la retraite.

Article 101

L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans, qui cesse effectivement toute activité salariée et qui justifie d'une assurance de moins de cent quatre-vingt mois, bénéficie d'une allocation unique de vieillesse.

Article 102

L'assuré qui atteint l'âge de soixante ans et n'accomplit pas la durée minimale d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite dispose d'un droit de rachat des mois de cotisations manquantes.

Le rachat ne porte, au maximum, que sur soixante mois, soit cinq années de cotisations tenant compte de la dernière rémunération mensuelle de l'intéressé à la date de la demande.

2. Formalités à accomplir

Article 103

La demande de la pension de retraite, *modèle PR*, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

Article 104

Lors de l'introduction de la demande de pension de retraite, le demandeur déclare sur le formulaire ad hoc :

1. nom ;
2. lieu et date de naissance ;
3. composition familiale ;
4. noms de ses parents (père et mère) ;
5. numéro de sa carte d'identité ou du tenant lieu ;
6. numéro de la carte de sécurité sociale ;
7. date du début et de la fin de chacune de ses périodes de service ;
8. noms ou dénominations des employeurs chez lesquels ces services ont été effectués ainsi que le lieu de prestation desdits services ;
9. date à laquelle il a cessé l'activité salariée ;
10. preuve du bénéfice d'autres prestations sociales ;
11. numéro de la décision sur le brevet et le moyen (banque ou caisse) par lequel cette prestation est payée s'il bénéficiait d'une pension de survivants, d'une indemnité ou d'une rente en application des dispositions légales ;
12. adresse à laquelle il résidera lors de la première échéance de la pension, son numéro de téléphone et, le cas échéant, son adresse e-mail et le numéro de son compte bancaire ;
13. montant des rémunérations soumises à cotisation dont il a bénéficié au cours des soixante derniers mois d'assurance.

Le demandeur est tenu de joindre à sa demande tous les documents servant de preuve à l'accomplissement des services qu'il déclare et du montant des rémunérations perçues au cours des soixante derniers mois d'assurance.

3. Calcul de la pension de retraite et de l'allocation de vieillesse

Article 105

Le montant de la pension de retraite est fixé en fonction de la rémunération mensuelle moyenne telle que définie à l'article 155 du présent arrêté.

Au terme de cent quatre-vingts mois d'assurance, le montant mensuel de la pension de retraite est égal à quarante pour cent de la rémunération mensuelle moyenne.

Si le nombre de mois d'assurance ou de mois assimilés dépasse cent quatre-vingts mois, le pourcentage est augmenté de deux pour cent pour chaque période d'assurance ou la période assimilée correspondant à douze mois.

Le montant mensuel de la pension de retraite est au moins égal à cinquante pour cent du salaire minimum interprofessionnel garanti, sans toutefois dépasser soixante pour cent de la rémunération mensuelle moyenne.

Article 106

Le montant de l'allocation de vieillesse est égal à deux fois la dernière rémunération soumise à cotisation de l'assuré pour chaque période de douze mois d'assurance.

Toutefois, ce montant ne peut être inférieur à la moitié du montant de la pension minimale telle que définie à l'article 95 de la loi n°16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

4. Conditions d'ouverture du droit à la pension anticipée, formalités à accomplir et calcul

Article 107

Peut bénéficier d'une pension de retraite anticipée volontaire, tout assuré demandeur qui remplit les conditions suivantes :

1. avoir atteint au moins cinquante-cinq ans d'âge ;
2. avoir accompli au moins cent quatre-vingt mois, soit quinze ans d'assurance ;
3. avoir cessé toute activité salariée.

Article 108

L'assuré âgé d'au moins cinquante-cinq ans et atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques et/ou mentales le rendant inapte à exercer une activité salariée, dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse peut, à sa demande ou à celle de son employeur, bénéficier d'une pension anticipée, à condition de justifier d'au moins cent quatre-vingts mois d'assurance.

Article 109

La demande de la pension anticipée, *modèles PA1 et PA2*, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

Article 110

Lorsqu'il s'agit d'une demande de pension anticipée, outre les mentions de l'article 104 ci-dessus, le demandeur déclare ce qui suit:

1. avoir atteint au moins l'âge de cinquante-cinq ans ;

2. avoir réuni au moins cent quatre-vingts mois d'assurance ;
3. prendre l'engagement d'informer la Caisse en cas de reprise d'activité procurant une rémunération.

S'il s'agit d'une demande de pension anticipée *volontaire (PA1)*, celle-ci doit être remplie par le travailleur lui-même.

S'il s'agit d'une demande résultant d'une usure prématurée de ses facultés physiques et/ou mentales (PA2) le rendant inapte à exercer une activité salariée dûment constatée par le médecin désigné ou agréé par la Caisse, la demande précise si elle est remplie par l'assuré lui-même ou par son employeur.

Toutefois, l'employeur est tenu de garder le demandeur en activité au moment de l'introduction de son dossier à la Caisse ou à défaut de le mettre en arrêt de travail jusqu'à l'aboutissement du processus.

Le demandeur est tenu de joindre à sa demande tous les documents servant de preuve à l'accomplissement des services qu'il déclare et du montant des rémunérations perçues au cours de soixante derniers mois d'assurance.

Article 111

Le montant de la pension anticipée est calculé selon les mêmes règles que celles de la pension de retraite.

Toutefois, en cas de bénéfice de la pension anticipée volontaire, ce montant subit un rabatement de cinq pour cent par année d'anticipation.

Section 2 : Pension d'invalidité

1. Conditions d'ouverture du droit

Article 112

Est considéré comme invalide, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales constatée par un médecin désigné ou agréé par la Caisse le rendant inapte à gagner un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail.

Article 113

L'assuré qui devient invalide par suite de maladie non professionnelle avant d'atteindre l'âge d'admission à la pension de retraite a droit à une pension d'invalidité, à condition de justifier au moins trente-six mois d'assurance ou de périodes assimilées au cours de soixante derniers mois civils précédant immédiatement celui au cours duquel il est devenu invalide.

Au cas où l'invalidité est due à un accident d'origine non professionnelle, le droit à la pension est, nonobstant les périodes d'assurance ou assimilées, reconnu à la victime, à condition qu'elle ait occupé un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et qu'elle ait été immatriculée à la Caisse.

2. Formalités à accomplir

Article 114

La demande de la pension d'invalidité, *modèle PI1*, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

Article 115

Lorsqu'il s'agit d'une demande de pension d'invalidité, outre les mentions de l'article 104 ci-dessus, le demandeur déclare:

1. *ne pas être à même d'exercer une activité procurant une rémunération salariée pendant la période d'invalidité ;*
2. *que l'invalidité est ou non consécutive à un accident pour lequel la responsabilité civile d'un tiers est engagée et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers.*

Au cas où l'invalidité est due à un accident, le demandeur précise la date de l'accident et celle de son immatriculation à la Caisse.

Article 116

La demande de pension d'invalidité, *modèle PI1*, doit être accompagnée d'un certificat médical, *modèle PI2*, établi par le médecin.

Le certificat mentionne ce qui suit:

1. le demandeur a subi, par suite de maladie ou d'accident, une diminution permanente ou présumée permanente de ses capacités physiques ou mentales le rendant inapte à gagner un tiers de la rémunération qu'un travailleur ayant la même formation peut se procurer par son travail ;
2. l'invalidité est due à une maladie ou résulte d'un accident, en précisant qu'il s'agit ou non d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail ;
3. l'invalidité n'est pas due :
 - a. à une faute intentionnelle du demandeur ;
 - b. à un risque spécial, à savoir :
 - une maladie ou un accident provoqué par une infraction commise par le travailleur et ayant entraîné sa condamnation définitive ;
 - un accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport dangereux, d'un exercice violent pratiqué au cours ou en vue d'une compétition ou d'une exhibition, sauf lorsque ceux-ci sont organisés par l'employeur ;
 - une maladie ou un accident survenu à la suite d'un excès de boisson ou de drogue ;
 - une maladie ou un accident provoqué par la faute intentionnelle de l'intéressé ;
 - une maladie ou un accident survenu à la suite de travaux effectués pour compte d'un tiers ;
 - des faits de guerre, de troubles ou d'émeutes, sauf si la maladie ou l'accident, conformément à la définition qui en est donnée par la réglementation sur la sécurité sociale, survient par le fait ou à l'occasion du travail ;
4. *les examens auxquels le médecin a procédé ou a fait procéder ; en ce cas, il joint au certificat les protocoles d'analyses ou d'examens des spécialistes consultés ;*
5. la description des affections ou lésions, séquelles ou infirmités dont le demandeur est atteint ;
6. 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 ;
7. le médecin a des doutes sur la permanence de l'invalidité, auquel cas il fixe la date à laquelle le demandeur devra subir un examen de révision.

Les examens de révision ci-dessus devront obligatoirement avoir lieu tous les six mois jusqu'à la date de consolidation de la lésion ou stabilisation de l'état de l'invalidité.

Le demandeur est tenu de joindre à sa demande tous les documents servant de preuve à l'accomplissement des services qu'il déclare et du montant des rémunérations perçues au cours des soixante derniers mois d'assurance.

1. *Calcul de la pension d'invalidité*

Article 117

Le montant de la pension d'invalidité est calculé selon les mêmes règles que celui de la pension de retraite.

La pension d'invalidité est remplacée par une pension de retraite de même montant lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de soixante-cinq ans.

Article 118

Le montant de la pension d'invalidité est majoré de cinquante pour cent lorsque le médecin désigné ou agréé par la Caisse atteste que le titulaire a besoin de façon constante l'aide et les soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

Section 3 : Pension de survivants et allocation des survivants

1. *Conditions d'ouverture du droit*

Article 119

La pension des survivants est due en cas du décès :

1. du titulaire d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée ;
2. de l'assuré qui, à la date de son décès, remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de retraite ou d'invalidité ;
3. de l'assuré qui justifiait de cent quatre-vingts mois d'assurance.

Article 120

Sont considérés comme survivants :

1. le conjoint en vie, à condition que le mariage tel que défini à l'article 330 du Code de la famille ait été inscrit à l'état-civil six mois au moins avant le décès ; sauf si un enfant est né de l'union conjugale ou que la veuve se trouve en état de grossesse à la date du décès de l'assuré.

Le délai de six mois n'est non plus requis en cas de décès résultant d'un accident, à la condition que le mariage soit antérieur à l'accident.

2. les enfants tels que définis par le Code de la famille ;
3. les ascendants directs entretenus par l'assuré, à défaut des survivants susvisés.

Article 121

Le droit à la pension du conjoint survivant s'éteint en cas de remariage. Dans ce cas, le conjoint survivant a droit à une allocation unique.

Article 122

L'allocation des survivants est due au cas où l'assuré décédé comptait entre douze mois et moins de cent quatre-vingts mois d'assurance. Cette allocation est payable en une seule fois.

2. Formalités à accomplir

Article 123

La demande de la pension ou d'allocation des survivants, modèle PS, établie en quatre exemplaires, est introduite à la Caisse dont deux pour la Caisse, un pour l'employeur et un autre valant accusé de réception pour le demandeur.

La Caisse peut prêter ses bons offices au demandeur pour le remplissage de la demande et, s'il y a lieu, la remplit sur base des déclarations du demandeur.

Article 124

Lors de l'introduction de la demande de pension des survivants, le demandeur déclare ce qui suit :

1. en ce qui concerne le travailleur décédé :
 - a. nom ;
 - b. lieu et date de naissance ;
 - c. noms de ses parents (père et mère) ;
 - d. numéro de sa carte d'identité ou d'un tenant lieu ;
 - e. numéro de la carte de sécurité sociale ;
 - f. date, lieu et cause du décès ;
 - g. si le décès est ou non consécutif à un accident pour lequel la responsabilité d'un tiers est engagée et, dans l'affirmative, l'identité de ce tiers ;
 - h. s'il bénéficiait des allocations familiales, d'une pension des survivants, d'une indemnité ou d'une rente en application des dispositions légales, indiquer le numéro de la décision sur le brevet et le moyen (banque ou caisse) par lequel cette prestation est payée;
 - i. s'il bénéficiait d'une pension ou d'une allocation de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée à charge de la Caisse, indiquer le numéro de la décision de cette pension ou allocation.
2. En ce qui concerne le demandeur lui-même :
 - a. si la demande est introduite par le conjoint :
 - nom ;
 - adresse physique ;
 - date de naissance ;
 - lieu et date de mariage ;
 - si il bénéficie d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée, ou d'une rente d'incapacité, indiquer le numéro de la décision de cette prestation ;
 - nom et date de naissance de chacun des orphelins ;
 - preuves de scolarité des orphelins.
 - b. si la demande est introduite par l'un des orphelins ou le représentant légal des orphelins :
 - nom du représentant légal ;
 - adresse physique ;
 - nom et date de naissance de chacun des orphelins ;
 - preuves de scolarité des orphelins.
 - c. si la demande est introduite par l' (les) ascendant (s) :
 - nom et date de naissance de chacun des ascendants ;
 - adresse physique ;
 - lien de filiation avec l'assuré ;
 - si chacun d'eux bénéficie d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une pension anticipée, ou d'une rente d'incapacité, indiquer le numéro de la décision de cette prestation.

Article 125

Lorsqu'aucune demande modèle PR ou modèle PI n'a pas été introduite par le travailleur qui, au moment de son décès aurait eu droit à une pension de retraite ou s'il avait été invalide, à une pension d'invalidité, la demande modèle PS précise en outre :

1. date du début et de la fin de chacune des périodes de services accomplies par le travailleur ;
2. noms ou dénomination sociale des employeurs chez lesquels ces services ont été accomplis ainsi que le lieu de la prestation de ceux-ci ;
3. montant des rémunérations soumises à cotisation dont le travailleur a bénéficié au cours des soixante derniers mois d'assurance.

Article 126

Lorsqu'il est fait application de la disposition précédente, le demandeur est tenu de joindre à la demande PS tous les documents en sa possession permettant d'établir la preuve des services déclarés ainsi que les bulletins de paie de soixante derniers mois d'assurance.

Article 127

L'employeur certifie :

1. l'exactitude des déclarations du demandeur en ce qui concerne :
 - a. l'identité du travailleur, le lieu et la date de son décès et son numéro de la carte de sécurité sociale ;
 - b. l'identité du demandeur et des orphelins au bénéfice desquels la pension ou l'allocation est demandée ;
 - c. la date du mariage ;
2. que le conjoint survivant était, au moment du décès, l'époux (se) monogame non divorcé (e) ;
3. que les enfants au bénéfice desquels la pension ou l'allocation est demandée entrent dans les catégories de bénéficiaires définies au Code de la famille ;
4. qu'à sa connaissance le travailleur n'est pas décédé par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Il certifie en outre ne pas être en possession d'éléments permettant d'infirmer les déclarations faites par le demandeur en application des dispositions précédentes.

3. Calcul des pensions et des allocations des survivants

Article 128

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

1. Cinquante pour cent au conjoint survivant ;
2. cinquante pour cent à partager à parts égales entre les orphelins en âge de scolarité et limité à vingt-cinq ans pour les étudiants.

Le conjoint survivant remarié a droit à une allocation unique égale à douze fois le montant mensuel de sa pension.

Le pourcentage alloué aux orphelins est doublé s'il n'y a pas de conjoint survivant.

A défaut du conjoint survivant et d'orphelins, les ascendants directs entretenus par l'assuré décédé bénéficient de cent pour cent de la pension mensuelle à laquelle le défunt avait ou aurait eu droit.

Article 129

Le montant de l'allocation de survivant est égal à douze fois la pension de retraite mensuelle à laquelle l'assuré aurait pu prétendre au terme de cent quatre-vingts mois d'assurance.

La répartition de cette allocation est faite conformément à l'article 128 du présent arrêté.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS COMMUNES

Section 1 : Prise de cours des pensions

Article 130

La pension de vieillesse, la pension d'invalidité, la pension anticipée ainsi que la pension de survivant, prennent cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel sont réunies les conditions requises pour leur attribution conformément aux formalités prévues dans le présent arrêté.

Les rentes d'incapacité et de survivants prennent cours à partir du 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel l'incapacité présente le caractère de permanence ou celui au cours duquel le décès de l'assuré victime est survenu.

Toutefois, les arrérages des rentes ou des pensions ne sont pas versés pour une période antérieure excédant six mois à partir de l'introduction de la demande ou de la déclaration auprès de la Caisse.

Section 2: Notification des décisions

1. Pour les Prestations aux familles

Article 131

Les décisions attribuant ou refusant les prestations aux familles sont notifiées directement au déclarant ou au demandeur selon le cas.

La décision refusant la prestation est motivée et doit contenir les renseignements suivants :

- nom du demandeur ;
- adresse physique ;
- nature de la prestation sollicitée ;
- motif du refus.

La décision attribuant la prestation doit contenir les renseignements suivants :

- nom du bénéficiaire ;
- adresse physique ;
- nature de la prestation attribuée ;
- montant à payer ;
- période de paiement.

2. Pour les Prestations des pensions et des risques professionnels

Article 132

Les décisions accordant ou refusant la pension, la rente, les allocations ou les indemnités journalières d'incapacité sont notifiées à l'assuré, à ses ayants-droit ou à leur représentant légal.

Celles accordant une pension, une rente ou une allocation font l'objet d'un brevet qui doit obligatoirement comporter les renseignements suivants :

1. nom de l'assuré ;
2. numéro de sa carte de sécurité sociale ;
3. nom ainsi que la photo du bénéficiaire de la prestation ;
4. numéro du dossier ou de la décision ;
5. noms des ayants droit ;
6. nature de la prestation ;
7. montant mensuel de la pension ou de la rente, ou le montant de l'allocation unique dûment justifié dans la feuille de calcul annexée au brevet ;
8. date de prise d'effet ou de cours de la pension ou de la rente ;
9. éventuellement, la date de révision.

Le brevet des prestations sociales est personnellement délivré au bénéficiaire.

Article 133

La lettre par laquelle la Caisse transmet le brevet au bénéficiaire précise la périodicité des paiements et le lieu de la résidence du bénéficiaire tel qu'il a été mentionné dans la demande de prestation.

La notification de la décision peut se faire par courrier électronique.

Article 134

Les décisions refusant l'octroi d'une prestation des pensions et des risques professionnels sont motivées et comportent obligatoirement les renseignements ci-après :

1. nom de l'assuré ;
2. numéro de sa carte de sécurité sociale ;
3. nom du demandeur de la prestation ;
4. numéro du dossier ou de la décision ;
5. nature de la prestation sollicitée ;
6. justification du refus.

Article 135

Les originaux des pièces justificatives remises par le demandeur lors de l'introduction de sa demande lui sont renvoyées par la Caisse sous pli recommandé lors de la notification de la décision.

Les copies dûment certifiées des pièces justificatives introduites à la Caisse restent classées aux archives de la Caisse.

Section 3 : Recours gracieux et/ou hiérarchique

Article 136

La lettre de notification d'attribution de prestation ou celle de refus mentionne obligatoirement les voies de recours ouvertes au demandeur et précise les formes et délais dans lesquels les recours sont introduits.

Toutefois, après la notification d'une décision d'attribution ou de rejet d'une prestation, le bénéficiaire dispose d'un délai de six mois à partir de la date de leur réception pour introduire son recours gracieux auprès du centre de gestion compétent ou hiérarchique auprès du Directeur Général, selon le cas. Passé ce délai, toute action du requérant est irrecevable.

La Caisse a un délai de trente jours pour répondre au recours. En cas de silence ou d'une réponse non satisfaisante, le bénéficiaire peut saisir de plein droit la commission technique de sécurité sociale, préalable à la saisine des juridictions compétentes.

Section 4 : Paiement des prestations sociales

1. Paiement des prestations aux familles

Article 137

Les prestations aux familles sont servies par la Caisse par voie bancaire ou par espèces auprès du centre de gestion territorialement compétent.

Article 138

Le montant des allocations prénatales est payé à la mère, soit par tranche, à raison du troisième, du sixième et du huitième mois de grossesse, soit globalement.

L'allocation de maternité est payable une seule fois à la mère et en cas de décès de celle-ci, à la personne qui a la charge effective de l'enfant.

Article 139

L'indemnité journalière de maternité est payée à la femme assurée suivant un échéancier mensuel au fur et à mesure que l'assurée produit les pièces indiquées aux articles 58, 59, 60 et 61 du présent arrêté, la dernière tranche étant servie après la production de l'attestation de reprise de service.

L'employeur, qui continue à payer toute la rémunération à la femme assurée pendant le repos légal de maternité, est subrogé de plein droit à l'intéressée dans les droits de celle-ci à la hauteur de l'indemnité due, à condition qu'il soit lui-même en règle de paiement des cotisations sociales.

Si l'employeur n'a payé qu'une partie de la rémunération, il est subrogé à la limite de la partie versée.

En cas d'interruption du congé de maternité, le paiement des indemnités journalières est suspendu.

Article 140

Les allocations familiales sont payées à terme échu, à l'expiration de chaque mois ou trimestre civil.

En cas de décès éventuel de l'enfant, les allocations familiales afférentes au mois au cours duquel le décès est survenu sont dues.

En cas de cessation d'activité professionnelle de l'assuré, les allocations familiales sont payées à condition que le travailleur ait presté au moins pendant quinze jours ou cent vingt heures au cours du mois concerné.

Elles seront supprimées le mois suivant le décès.

Article 141

Les allocations familiales sont payées par la Caisse par voie bancaire ou par guichet espèces. Celle-ci peut confier ce service à l'employeur, selon les conditions et les modalités déterminées par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions.

Le fait que le service de paiement des allocations familiales soit confié à l'employeur ne l'exempte pas de l'obligation de déclarer et de verser à la Caisse les cotisations dont il est redevable en vertu des dispositions de la Loi n° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

2. Paiement des pensions, des allocations de vieillesse et de survivant, des rentes et des indemnités d'incapacité

Article 142

Les pensions de vieillesse, d'invalidité et anticipée, les rentes d'incapacité et les pensions et rentes de survivants sont payées à terme échu à l'expiration de chaque trimestre civil.

Toutefois, le Conseil d'administration de la Caisse peut déterminer dans quelle province ou sous quelles conditions les prestations sont payées mensuellement. Il peut également arrêter d'autres modalités de paiement de ces prestations.

En cas de décès du bénéficiaire d'une prestation sociale, les arrérages ou les encours trimestriels seront payés à la personne ou à l'organisme qui a, en fait, la garde des enfants pour les pensions et les rentes d'orphelin.

Article 143

Les allocations de vieillesse, de survivants et d'incapacité sont payables en une seule fois.

Article 144

La Caisse transmet aux Centres de gestion et aux banques ou à tout autre établissement chargés du paiement des prestations sociales, le montant total des sommes à payer aux bénéficiaires. Elle transmet aussi des assignations et un relevé y afférent (listing) en double exemplaire mentionnant les noms, adresses physiques et numéros des décisions et les sommes dues pour chaque bénéficiaire.

Toutes ces informations peuvent aussi être transmises aux organismes payeurs par support électronique.

Article 145

Dans les trois mois qui suivent la réception des assignations et du relevé, les Centres de gestion et tout autre établissement chargés du paiement retournent à la Direction Générale un exemplaire du relevé portant les acquits des paiements effectués, les montants impayés ainsi que les motifs du non paiement. Toutefois, quarante-cinq jours après le début du paiement, ils sont tenus de présenter à la Direction Générale un rapport partiel.

Quant aux banques, après réception des fonds et des listings, elles font rapport du paiement des prestations sociales à la Caisse dans le délai de trois mois.

Dans le même délai, les Centres de gestion, les banques et les établissements chargés du paiement des prestations sociales versent le reliquat aux comptes bancaires désignés par la Caisse.

Article 146

L'indemnité journalière d'incapacité temporaire de travail est réglée aux mêmes intervalles réguliers que le salaire. Toutefois, cet intervalle ne peut être inférieur à une semaine ni supérieur à un mois.

L'indemnité journalière est payée par la Caisse, soit à la victime, soit à son conjoint, soit à un tiers à qui la victime donne procuration pour l'encaissement de cette indemnité. Cette procuration doit être renouvelée à chaque période de paiement.

L'employeur, qui continue à payer la rémunération à l'assuré en état d'incapacité temporaire, est subrogé de plein droit à l'intéressé dans les droits de celui-ci à la hauteur de l'indemnité due par la Caisse, à condition qu'il soit lui-même en règle de paiement des cotisations sociales.

Article 147

Tout changement d'adresse physique d'un bénéficiaire doit être signalé par celui-ci au Centre de gestion qui lui paie les prestations par un formulaire de la Caisse ou par une lettre, selon le cas.

Article 148

Le formulaire ou la lettre de changement d'adresse physique doit renseigner l'ancienne et la nouvelle adresse physique et éventuellement le numéro de téléphone ainsi que l'adresse e-mail.

Au formulaire ou à la lettre, doivent être annexés les photocopies des documents suivants :

1. carte d'identité ou tenant lieu ;
2. brevet de prestation sociale.

Article 149

Les bénéficiaires d'une pension ou d'une rente doivent se soumettre à un contrôle physique auprès du Centre de gestion chargé de les payer au début de chaque semestre.

Article 150

Les orphelins bénéficiaires d'une pension ou d'une rente doivent se soumettre à un contrôle physique au courant du premier trimestre civil de chaque année au Centre de gestion chargé de les payer.

Pour chaque catégorie d'enfants, les documents suivants sont requis :

1. enfant âgé de moins de 6 ans, un acte de naissance ou un certificat de vie ;
2. enfant âgé d'au moins 6 ans, un certificat de scolarité attestant qu'il suit les cours régulièrement dans un établissement scolaire ;
3. enfant de plus de 16 ans, une attestation de fréquentation et d'assiduité établie par un institut supérieur ou une université ou un certificat attestant qu'il est apprenti, ou un certificat médical ou un certificat administratif de vie et charge en cas d'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

Article 151

Les pensions et les rentes ainsi que leurs arrérages éventuels sont servis directement par la Caisse, par les banques ou par les organismes payeurs désignés par elle.

Article 152

Pour les bénéficiaires malades ou invalides, le paiement de leurs pensions ou rentes se fait à leur adresse physique ou par voie bancaire ou par guichet espèces auprès du Centre de gestion territorialement compétent.

Article 153

En cas de décès d'un bénéficiaire, les arrérages de pension ou de rente ou d'indemnité qui ne lui ont pas été liquidés sont payés à ses ayants-droits.

A défaut d'ayants-droit, ces arrérages ne sont pas liquidés.

Article 154

Le paiement des pensions et rentes dues aux bénéficiaires résidant à l'étranger est effectué :

1. soit en République Démocratique du Congo par voie bancaire, par procuration ou par toute autre voie à préciser selon le cas par la Caisse ;
2. soit à l'étranger, conformément aux arrangements pris dans le cadre d'accords de réciprocité ou des conventions internationales.

Toutefois, les bénéficiaires résidant dans les pays non signataires d'un accord de réciprocité avec la République Démocratique du Congo doivent fournir un certificat de vie ou tout autre document prouvant que le bénéficiaire est en vie, établi par la représentation diplomatique de celle-ci, ainsi qu'une procuration spéciale dans le cas où le bénéficiaire n'avait pas encore ouvert un compte prestation sociale.

Section 4 : Rémunération et carrière**Article 155**

La rémunération est telle que définie à l'article 17 point 1 du présent arrêté.

Quant aux assujettis cités à l'article 3 points 2, 4 et 6 du présent arrêté, leur rétribution mensuelle vaut rémunération pour le calcul des prestations sociales.

Article 156

La rémunération mensuelle moyenne est la soixantième partie du total des soixante rémunérations mensuelles, continues ou discontinues, de l'assuré soumises à cotisations et précédant sa date de départ à la retraite.

Si le nombre de mois civils écoulés depuis l'immatriculation est inférieur à soixante, la rémunération mensuelle moyenne s'obtient en divisant le total des rémunérations mensuelles depuis l'immatriculation par le nombre de mois civils compris entre cette date et celle du départ à la retraite.

Sans préjudice des dispositions de l'article 96 de la Loi n° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale, la rémunération mensuelle moyenne prend aussi en compte la quote-part suivant la période concernée des sommes représentant des périodes plus étendues que la période des cotisations retenue.

La période des cotisations retenue est telle que comprise à l'article 20 du présent arrêté.

Article 157

La carrière est la période comprise entre la date d'immatriculation et celle de cessation définitive de toute activité salariée.

Il faut entendre par « date d'immatriculation » la date à laquelle l'assuré a commencé à occuper un emploi assujéti à l'assurance et pour laquelle les cotisations sociales sont dues à la Caisse.

Article 158

Dans le cas où le travailleur n'a pas joint à sa demande les preuves exigées par la Caisse en ce qui concerne les rémunérations qui lui ont été allouées, il est retenu pour ces périodes un montant forfaitaire égal à la moyenne arithmétique des rémunérations de trois mois antérieurs à ceux mentionnés ci-dessus.

Section 5: Cumul des prestations sociales

Article 159

Les prestations aux familles ne sont pas cumulables avec la pension de retraite, la pension anticipée et la pension d'invalidité.

Article 160

Lorsqu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la victime a droit simultanément à une rente d'incapacité permanente et à une pension d'invalidité, seul le service de la rente d'incapacité permanente est assuré.

Dans le cas où le montant de la pension d'invalidité est plus élevé que celui de la rente d'incapacité permanente, la différence entre les deux montants est accordée en sus audit bénéficiaire.

Article 161

Lorsque le décès d'un assuré résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et que les survivants ont droit simultanément à une rente et à une pension de survivants, seul le service de la rente de survivants est assuré.

Dans le cas où le montant de la pension de survivants est plus élevé que celui de la rente de survivants, la différence entre les deux montants est accordée en sus au bénéficiaire.

Article 162

En cas de cumul de deux pensions, le titulaire a droit à la prestation la plus élevée et à la moitié de l'autre.

En cas de cumul de deux rentes, le titulaire a droit à la rente la plus élevée et à la moitié de l'autre.

En cas de cumul d'une rente et d'une pension de retraite ou d'une pension anticipée, le titulaire a droit à la prestation dont le montant est le plus élevé et à la moitié de l'autre.

La Caisse est tenue de préciser la nature des prestations cumulées dans la notification de la décision.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 163

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

A défaut du conjoint survivant, ne peut prétendre aux prestations familiales que toute autre personne à qui la garde et l'entretien des orphelins ont été confiés suivant un jugement.

Article 164

Les prestations aux familles sont éteintes dès la liquidation des pensions de survivants et les montants déjà perçus sont déduits des arrérages de ces derniers.

La suppression des prestations aux familles prend effet à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les pensions ou les allocations de survivants sont liquidées.

Article 165

Les pensions de retraite, d'invalidité, anticipée et de survivants 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.

Elles reprennent cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel ces conditions sont à nouveau réunies si la demande est introduite dans le respect des formalités de demande de prestations.

Article 166

L'indemnité journalière d'accident du travail ou de maladie professionnelle cesse d'être attribuée en cas de guérison.

En cas de consolidation des lésions, elle peut être remplacée par une rente d'incapacité ou une allocation d'incapacité à partir à partir du premier jour du mois qui suit celui où l'incapacité présente un caractère de permanence.

En cas de décès, une rente de survivants est attribuée aux ayants-droit.

En cas de guérison de la victime pendant le délai de révision, la rente d'incapacité cesse d'être attribuée. Il en est de même lorsque, pendant le délai de révision, l'incapacité permanente de la victime devient inférieure à quinze pour cent. Dans ce cas, la victime a droit à trois fois le montant annuel de la rente correspondant à son nouveau degré d'incapacité.

La suppression de la rente prend effet à partir du premier jour du mois civil suivant la notification de la décision.

Article 167

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire ; elle peut être révisée après des examens prescrits par la Caisse en vue de déterminer son nouveau degré d'incapacité.

Ces examens ont lieu à des intervalles de six mois au cours des deux années suivant la date de la consolidation de la lésion et d'un an après ce délai.

La victime ne peut refuser de se présenter aux examens médicaux requis par la Caisse, sous peine de s'exposer à une suspension de service de la rente.

Aucune révision ne peut intervenir après un délai de cinq ans suivant la date de la consolidation de la lésion, si l'invalidité est due à un accident, de dix ans si elle est due à une maladie et de quinze ans si elle est due à la silicose.

La pension d'invalidité est supprimée à la date à laquelle l'intéressé n'est plus considéré comme invalide et ce, conformément à la définition de l'article 112 du présent arrêté.

Article 168

Le droit aux prestations est suspendu lorsque :

1. le titulaire résidant en dehors du territoire national ne se conforme pas aux formalités prescrites dans le présent arrêté.
2. lorsqu'il néglige d'utiliser les services médicaux et connexes ainsi que les services de rééducation mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail.

Article 169

Le droit aux prestations n'est pas reconnu lorsque l'événement a été provoqué par :

1. une infraction à la réglementation sur la sécurité sociale ;
2. une faute intentionnelle de l'intéressé.

Nonobstant la déchéance du droit prévu à l'alinéa précédent, en cas de décès de l'intéressé, ses survivants ont droit à la moitié du montant des prestations prévues par le présent arrêté.

Article 170

Lorsque l'événement ouvrant droit à une prestation est dû à la faute d'un tiers, la Caisse verse à l'assuré ou à ses ayants-droit les prestations prévues par le présent arrêté.

L'assuré ou ses ayants-droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément au droit commun, la réparation du préjudice subi. La Caisse est subrogée de plein droit à l'assuré et à ses ayants-droit pour le montant des prestations octroyées ou des capitaux constitutifs correspondants.

L'employeur, ses mandataires et ses préposés ne sont considérés comme tiers que s'ils ont provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie. Le règlement à l'amiable intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants-droit ne peut être opposé à la Caisse que s'il en avait été partie.

Article 171

L'assurée perd également son droit lorsque la demande ou les pièces pour la liquidation reprises aux articles 58, 59, 60 et 61 du présent arrêté sont déposées plus de douze mois après la reprise du travail.

Le droit à l'indemnité journalière d'accident du travail, aux indemnités journalières de maternité, aux prestations aux familles et aux allocations funéraires est prescrit par un an à dater de l'éventualité donnant naissance au droit.

Le droit à la pension, à la rente et à l'allocation de vieillesse, d'invalidité ou de survivants est prescrit par dix ans à dater de l'éventualité donnant naissance au droit.

Toutefois, les arrérages des rentes ou des pensions ne sont pas versés pour une période antérieure excédant six mois à partir de la date d'introduction de la demande auprès de la Caisse.

Est interruptive du délai de prescription, toute demande ou réclamation introduite par l'assuré auprès de la Caisse.

La preuve de l'introduction de la demande ou de la réclamation incombe à l'assuré.

Article 172

Les droits liquidés et non perçus sont prescrits, à compter de la date à laquelle ils ont été liquidés, par :

1. un an pour les prestations à court terme notamment les prestations aux familles, les indemnités journalières pour femmes en couches, les indemnités journalières pour incapacité temporaire, les frais funéraires, les frais médicaux et pharmaceutiques ;
2. trois ans pour les prestations à long terme, notamment les pensions et les rentes.

Article 173

Le bénéficiaire d'une pension anticipée ne peut plus prétendre à une pension de retraite.

Toutefois, au cas où, le titulaire d'une pension de retraite ou d'une pension anticipée reprend une activité salariée, sa pension est suspendue et ses rémunérations sont soumises à cotisations.

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

Article 174

Les prestations de sécurité sociale ne sont cessibles et saisissables que pour les dettes contractées envers la Caisse pour l'acquisition ou la construction d'habitation, ou pour cause d'obligation alimentaire prévue par la Loi.

Elles ne sont saisissables qu'à concurrence d'un cinquième dans le premier cas et d'un tiers dans le second cas.

Les prestations aux familles sont insaisissables et incessibles.

Dans tous les cas, l'insaisissabilité et l'incessibilité des prestations ne peuvent être invoquées contre la Caisse pour faire obstacle à la récupération des paiements obtenus indument par le bénéficiaire.

Article 175

Les pièces de toute nature requises pour l'obtention des prestations sont exonérées de tous droits. Elles sont établies et délivrées gratuitement.

Article 176

Toute personne qui fait intentionnellement des déclarations inexactes dans le but de bénéficier ou de faire bénéficier à autrui des prestations ou un quelconque avantage est punie des peines prévues à l'article 130 de la Loi n° 16/009 du 15 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de la sécurité sociale.

Article 177

Les pensions et les rentes, les prestations aux familles et autres avantages liquidés, continuent à être servis aux bénéficiaires dans les conditions et pour les montants fixés dans leurs décisions d'attribution.

La valorisation éventuelle des prestations est effectuée par arrêté du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions pris sur proposition du Conseil d'administration de la Caisse.

Article 178

Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent Arrêté qui entre en vigueur à la date de sa signature.

Fait à Kinshasa, le

Lambert MATUKU MEMAS