REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple-Un But-Une foi

Loi n° 2026-20
portant Code de la Sécurité sociale

L'Assemblée nationale a adopté en sa séance du mardi 18 août 2026 ;

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

TITRE PREMIER. - DES DISPOSITIONS GENERALES

Article premier. - Objet

Le présent Code régit les régimes de sécurité sociale applicables au Sénégal.

Article 2.- Champ d'application

Sont soumis aux dispositions du présent Code, les employeurs et les travailleurs au sens du Code du Travail et du Code de la Marine marchande ainsi que les travailleurs indépendants et assimilés.

Bénéficient des prestations de sécurité sociale, dans les conditions définies par le présent Code, les assurés sociaux et leurs ayants droit.

Les autres catégories d'assurés et leurs ayants droit sont définis dans les dispositions applicables à chaque régime.

Article 3.- Définitions

Au sens du présent Code, on entend par :

- **abattement :** réduction appliquée à une pension ou à un compte de points de retraite, lorsque la liquidation de la pension intervient avant l'âge légal ou lorsque l'assuré social ne remplit pas les conditions de durée d'assurance lui permettant d'obtenir le taux plein ;
- **affiliation :** rattachement obligatoire d'un travailleur aux régimes de sécurité sociale ;

  âge légal : âge d'ouverture des droits à la pension ;

  aggravation : augmentation de la gravité d'une lésion ou de ses séquelles ;
- **allocation :** prestation en espèces attribuée à un bénéficiaire ;
- **arrérages :** sommes dues et non payées d'une rente, d'une pension ou d'une redevance ;

  assuré social : personne affiliée à un régime de sécurité sociale ;

  ayant droit : personne physique tenant ses droits de l'assuré ;
- **bénéficiaire :** personne titulaire d'un droit à une prestation de sécurité sociale;

  branche : ensemble des prestations offertes par un régime de sécurité sociale et assurant la couverture d'un ou de plusieurs risques sociaux ;

TITRE PREMIER.- DES DISPOSITIONS GENERALES

Article premier.- Objet

Le présent Code régit les régimes de sécurité sociale applicables au Sénégal.

Article 2.- Champ d'application

Sont soumis aux dispositions du présent Code, les employeurs et les travailleurs au sens du Code du Travail et du Code de la Marine marchande ainsi que les travailleurs indépendants et assimilés.

Bénéficient des prestations de sécurité sociale, dans les conditions définies par le présent Code, les assurés sociaux et leurs ayants droit.

Les autres catégories d'assurés et leurs ayants droit sont définis dans les dispositions applicables à chaque régime.

Article 3.- Définitions

Au sens du présent Code, on entend par :

- **abattement :** réduction appliquée à une pension ou à un compte de points de retraite, lorsque la liquidation de la pension intervient avant l'âge légal ou lorsque l'assuré social ne remplit pas les conditions de durée d'assurance lui permettant d'obtenir le taux plein ;
- **affiliation :** rattachement obligatoire d'un travailleur aux régimes de sécurité sociale ;
- **âge légal** : âge d'ouverture des droits à la pension ;
- **aggravation** : augmentation de la gravité d'une lésion ou de ses séquelles ;
- **allocation** : prestation en espèces attribuée à un bénéficiaire ;
- **arrérages** : sommes dues et non payées d'une rente, d'une pension ou d'une redevance ;
- **assuré social** : personne affiliée à un régime de sécurité sociale ;
- **ayant droit :** personne physique tenant ses droits de l'assuré ;
- **bénéficiaire** : personne titulaire d'un droit à une prestation de sécurité sociale ;
- **branche** : ensemble des prestations offertes par un régime de sécurité sociale et assurant la couverture d'un ou de plusieurs risques sociaux ;

- **charge technique** : ensemble des dépenses effectuées pour le règlement des prestations ;
- **consolidation** : moment où la lésion se fixe et prend un caractère permanent ;
- **contrainte** : titre par lequel une institution de prévoyance sociale somme un débiteur de payer les sommes dues au titre de la sécurité sociale après une mise en demeure restée infructueuse ;
- **contrat de performance** : accord qui fixe les objectifs assignés par le conseil d'administration au Directeur général de l'institution de prévoyance sociale pour une période déterminée et définit les moyens nécessaires à leur atteinte ;
- **contrôle médical** : mécanisme par lequel un praticien-conseil vérifie l'adéquation des prestations servies aux bénéficiaires à leur état de santé ainsi que la conformité des tarifs fixés aux référentiels en vigueur ;
- **convention d'objectifs** : document qui formalise les objectifs assignés aux conseils d'administration des institutions de prévoyance sociale par l'Etat ;
- **cotisation** : contribution financière obligatoire périodique due par les employeurs ou les assurés sociaux aux institutions de prévoyance sociale et destinée au financement d'une ou de plusieurs branches ;
- **délai de stage** : période durant laquelle les cotisations sont dues sans que l'assuré social et ses ayants droit commencent à bénéficier des prestations de sécurité sociale ;
- **droits directs** : droits acquis à titre personnel par l'assuré social ;
- **enfant à charge** : enfant enregistré à l'état civil dont le logement, la nourriture, l'habillement, les soins médicaux et l'éducation sont à la charge d'un assuré social ;
- **entente préalable** : acte par lequel un assuré social obtient l'accord de l'institution de prévoyance sociale pour sa prise en charge ou celle de ses ayants droit pour une prestation donnée ;
- **guérison** : disparition des lésions traumatiques ou morbides occasionnées par un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- **immatriculation** : procédure par laquelle un employeur s'enregistre auprès des institutions de prévoyance sociale, afin de déclarer et cotiser pour ses travailleurs ;
- **incapacité permanente** : état d'une victime qui est dans une impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;

- **incapacité temporaire :** état d'une victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dans l'impossibilité d'exercer, provisoirement une activité professionnelle ;
- **indemnité journalière :** prestation en espèces versée par l'institution de prévoyance sociale pendant la période de suspension du contrat de travail du fait d'une incapacité temporaire ou d'un congé de maternité ;
- **liquidation de la pension** : processus consistant à déterminer le montant de la pension ;
- **majoration de retard** : sanction financière infligée à l'employeur ou au travailleur indépendant qui ne verse pas dans les délais les cotisations dues à l'institution de prévoyance sociale ;
- **pension anticipée** : pension attribuée sous conditions avant l'âge d'ouverture du droit ;
- **pension minimale** : montant minimum garanti aux assurés sociaux de droits directs remplissant la condition d'âge ;
- **point de retraite** : unité de compte servant à déterminer les droits à pension ;
- **rachat de rente :** procédé permettant au crédirentier de se faire verser tout ou partie de la rente ;
- **réadaptation fonctionnelle :** ensemble des moyens garantis par l'institution de prévoyance sociale pour permettre à un assuré atteint d'une affection invalidante de recouvrer plus ou moins complètement l'usage de ses facultés et de reprendre un travail ;
- **rééducation :** action visant à rétablir l'usage normal d'une fonction, d'un membre ou d'un organe, après une blessure ou une affection chez un assuré qui souffre d'une déficience ou d'une infirmité ;
- **régime :** ensemble de règles, de droits et d'obligations regroupant des personnes selon leur catégorie professionnelle ou leur statut pour les protéger contre des risques sociaux ;
- **remise gracieuse :** renonciation partielle ou totale de l'institution de prévoyance sociale sur demande du débiteur aux majorations de retard appliquées en cas de non versement des cotisations ou aux pénalités consécutives au non-respect de l'obligation déclarative ;
- **rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle :** allocation versée régulièrement à la victime en cas d'incapacité permanente totale ou partielle ou aux ayants droit en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle mortels ;
- **retraite :** situation d'une personne qui, ayant atteint l'âge requis, cesse son activité professionnelle, de manière définitive ;

- **revenu plafond** : revenu maximal de référence pris en compte pour la détermination du montant de la cotisation ;
- **revenu plancher** : revenu minimal de référence pris en compte pour la détermination du montant de la cotisation ;
- **revenus des immeubles de rapport** : revenus locatifs provenant de biens immobiliers de l'institution de prévoyance sociale ;
- **révision de rente :** procédé par lequel la rente est modifiée dans son montant, par augmentation ou réduction, suite à l'évolution de l'état clinique de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- **risque professionnel :** probabilité d'exposition d'un travailleur à une situation dangereuse dans le cadre du travail, pouvant occasionner des effets nuisibles à sa santé physique ou mentale ;
- **risque social** : évènement aléatoire dont la survenance entraine pour l'individu soit l'accroissement de ses dépenses soit la diminution de son revenu habituel et nécessitant une prise en charge collective ;
- **sécurité sociale** : sécurité que la société fournit à ses membres contre les risques sociaux auxquels ils sont exposés, notamment par le biais des institutions de prévoyance sociale ;
- **système par capitalisation** : technique de gestion des régimes où chaque personne cotise pour sa propre retraite, l'épargne ainsi constituée étant capitalisée et versée au moment du départ à la retraite ;
- **système par répartition** : technique de gestion des régimes qui consiste à répartir, entre les pensionnés d'une année, les cotisations encaissées dans la même année ;
- **taux d'appel des cotisations** : taux sur la base duquel les cotisations sont fixées ;
- **travailleur indépendant :** personne exerçant pour son compte une activité professionnelle lui procurant un revenu, quelle que soit la nature de l'activité ;
- **valeur du point** : traduction monétaire du point de retraite.

Article 4.- Principes directeurs de la sécurité sociale

La sécurité sociale est sous la responsabilité de l'Etat qui la met en œuvre sur la base des principes suivants :

- l'universalité de la couverture en vertu de laquelle toute personne bénéficie de la sécurité sociale ;
- la territorialité qui garantit à toute personne résidant au Sénégal et y exerçant une activité professionnelle, indépendamment de sa nationalité, le droit d'être affiliée au système national de sécurité sociale ;

- l'affiliation obligatoire qui astreint le rattachement de tout travailleur à un régime de sécurité sociale ;
- la solidarité qui se traduit par la contribution de chacun à la protection d'un ensemble de personnes ;
- la non-discrimination qui garantit l'égal traitement des personnes couvertes, en matière de couverture contre les risques sociaux ;
- le tripartisme qui renvoie à la nécessaire coopération entre l'Etat, les organisations d'employeurs et de travailleurs pour la gouvernance et la gestion des régimes de sécurité sociale ;
- le financement par branche selon lequel les ressources d'une branche sont exclusivement allouées aux dépenses effectuées dans le cadre de la gestion de ladite branche ;
- la pérennité des régimes fondée sur la recherche permanente de solutions adéquates visant à maintenir l'équilibre et la viabilité des régimes de sécurité sociale.

Article 5.- Exception au principe de territorialité

Des conventions bilatérales ou multilatérales de sécurité sociale auxquelles l'Etat du Sénégal est partie fixent les conditions d'attribution des prestations de sécurité sociale aux assurés ne remplissant pas la condition de résidence.

Des accords de paiement inter-caisses sont recherchés avec tous autres organismes de sécurité sociale, en vue de permettre la portabilité des prestations.

Article 6.- Régimes de sécurité sociale

Les régimes de sécurité sociale servent des prestations en espèces et en nature. Ils comprennent :

- un régime général qui sert des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des prestations de maladie, des prestations familiales, des pensions ou allocations de vieillesse, de survivants et d'invalidité ;
- un régime de sécurité sociale au profit des travailleurs indépendants qui fournit des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des prestations de maladie, des prestations familiales et des pensions ou allocations de vieillesse, d'invalidité et de survivants ;
- des régimes d'assurance maladie universelle.

Des mécanismes simplifiés sont aménagés au profit des très petites unités économiques.

Les prestations servies au titre des présentes dispositions peuvent être complétées par une action sanitaire et sociale lorsque l'équilibre financier de la branche concernée le permet.

Les prestations servies peuvent être étendues sous réserve du respect de l'équilibre financier du régime considéré.

Les régimes de sécurité sociale peuvent être étendus à toute autre branche qui serait instituée ultérieurement au profit des mêmes travailleurs.

TITRE II.- DU CADRE INSTITUTIONNEL DE LA SECURITE SOCIALE

Chapitre premier.- Dispositions générales

Article 7.- Gestion des branches de sécurité sociale

La gestion des branches de sécurité sociale est confiée aux institutions de prévoyance sociale.

Elles sont placées sous la tutelle technique du Ministre chargé de la Sécurité sociale et la tutelle financière du Ministre chargé des Finances.

Article 8.- Statut juridique

L'institution de prévoyance sociale est une personne morale à caractère spécial investie d'une mission de service public, dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et de gestion.

Elle est chargée de la gestion d'un ou de plusieurs régimes de sécurité sociale.

Son patrimoine est exclusivement affecté à l'exercice de sa mission de prévoyance sociale suivant les principes et règles contenus dans le présent Code.

Elle bénéficie de l'ensemble des droits et est soumise aux obligations liées à son statut, conformément à la réglementation en vigueur.

A ce titre, elle dispose notamment :

- du droit d'acquérir des biens meubles et immeubles, à titre onéreux ou gratuit ;
- du droit d'ester en justice devant toutes les juridictions ;
- de la gestion des fonds et du placement des réserves.

L'institution de prévoyance sociale est investie de prérogatives et privilèges de puissance publique dans les matières définies dans le présent Code.

Article 9.- Autorisation d'exercice

Les institutions de prévoyance sociale sont autorisées à exercer par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 10.- Statuts et règlements intérieurs

Les statuts et les règlements intérieurs des institutions de prévoyance sociale sont approuvés par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Les statuts comportent les mentions obligatoires communes à toutes les institutions

de même nature, notamment :

- la raison ou la dénomination sociale ;
- l'objet ;
- le siège social ;
- le montant de la dotation initiale ;
- toutes dispositions nécessaires à l'organisation administrative et financière ainsi qu'au fonctionnement, non contraires aux dispositions du présent Code.

Toute modification apportée aux statuts et aux règlements intérieurs de l'institution de prévoyance sociale est approuvée dans les mêmes conditions.

Article 11.- Union, fusion ou scission des institutions de prévoyance sociale

Les institutions de prévoyance sociale peuvent constituer, entre elles ou avec d'autres institutions autorisées ayant le même objet, des unions dans le but notamment de réaliser une gestion commune. Ces unions jouissent de tous les droits conférés aux institutions elles-mêmes et sont soumises aux mêmes obligations.

Les Conseils d'administration des institutions de prévoyance sociale qui participent à l'union établissent un projet d'union à leur initiative. Les conseils d'administration statuent à la majorité des deux tiers et au scrutin secret. Le projet d'union est approuvé par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Les institutions de prévoyance sociale peuvent également faire l'objet de fusion ou de scission. Dans ces cas, la procédure visée à l'alinéa 2 du présent article s'applique.

Article 12.- Régime fiscal privilégié

L'institution jouit d'un régime d'exonération privilégié conformément à la réglementation fiscale en vigueur.

Article 13.- Insaisissabilité des biens et deniers

Les biens et deniers de l'institution de prévoyance sociale sont insaisissables.

Toutefois, le créancier porteur d'un titre exécutoire peut, à défaut d'un règlement immédiat, saisir le conseil d'administration de l'institution qui procède à l'inscription de la créance au budget de l'exercice suivant de l'institution.

A défaut, cette inscription d'office est décidée par le Ministre chargé de la Sécurité sociale ou le Ministre chargé des Finances.

Chapitre II.- Organes des institutions de prévoyance sociale

Article 14.-Types d'organes

L'institution de prévoyance sociale comprend les organes suivants :

- un conseil d'administration ;
- une direction générale ou un bureau exécutif en fonction de l'institution de prévoyance sociale.

Section première.- Organisation et fonctionnement de l'organe délibérant des institutions de prévoyance sociale

Sous-section première.- Conseil d'administration

Article 15.- Responsabilités du Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration est responsable devant l'Etat du bon fonctionnement de l'organisme, de la réalisation efficiente des missions de service public et des objectifs annuels de gestion qui lui sont fixés.

Article 16.- Missions

Le conseil d'administration est l'organe d'orientation, d'approbation et de contrôle de toutes les mesures concernant la gestion de l'institution de prévoyance sociale. Il dispose des pouvoirs les plus étendus dans la limite de l'objet social, pour exercer de façon permanente et continue son autorité et son contrôle sur toutes les activités de l'institution.

Le conseil d'administration exerce ses pouvoirs dans le cadre des attributions qui lui sont expressément dévolues par les présentes dispositions. Le conseil d'administration et ses instances veillent à l'application des lois et règlements en vigueur.

Article 17.- Attributions générales

Dans le cadre de l'exercice de sa mission générale, le conseil d'administration est chargé, notamment :

- de proposer la nomination, suite à un appel à candidatures, du Directeur général et sa révocation ;
- d'élire et de révoquer son Président, sur proposition des deux tiers de ses membres ;
- de fixer la rémunération et les avantages du Directeur général ;
- d'approuver l'organigramme et les manuels de procédures de l'institution sur proposition du directeur général ;
- d'assigner des objectifs chiffrés de gestion au Directeur général dans le cadre d'un contrat de performance ;
- de nommer les commissaires aux comptes ;
- d'approuver, sur proposition du Directeur général, le règlement intérieur, l'accord d'établissement ou d'entreprise, le statut du personnel et toute convention collective de l'institution ;
- d'adopter les plans stratégiques ;
- de veiller à tout moment à la solvabilité du régime et à l'équilibre financier des branches ;
- d'adopter la politique de placement ainsi que le plan quinquennal d'investissement ;

- de délibérer sur le plan d'investissement annuel de l'institution ;
- de veiller au bon fonctionnement de l'institution.

Article 18.- Attributions spécifiques

Dans le cadre de sa mission de contrôle de la gestion de l'institution, le conseil d'administration délibère obligatoirement sur :

- les rapports des corps ou organes de contrôle de l'Etat ou commis par l'Etat, de l'organe régional en charge de la Prévoyance sociale ainsi que les rapports des commissaires aux comptes ;
- le rapport annuel d'activités du Directeur général, les états financiers et le bilan social ;
- tout contrat, convention ou marché liant l'institution de prévoyance sociale dont le montant est supérieur à la délégation accordée au Directeur général ;
- le programme annuel d'activités, le budget général et ses modifications en cours d'exécution ;
- l'affectation des résultats et la politique de placement des fonds de réserve ;
- les rapports de gestion trimestriels du Directeur général ;
- les rapports et bilans actuariels qui sont transmis aux tutelles technique et financière ;
- la constitution ou le renouvellement de tout aval, cautionnement, gage, hypothèque, sur tout élément du patrimoine de l'institution ;
- l'acquisition ou l'aliénation de tout élément du patrimoine de l'institution ;
- l'élection du bureau ;
- la mise à jour annuelle des paramètres de fonctionnement des régimes.

Article 19.- Composition

L'institution de prévoyance sociale est administrée par un conseil d'administration composé de quatorze membres répartis entre les organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives et l'Etat, ainsi qu'il suit :

- trois représentants de l'Etat employeur ;
- quatre représentants des organisations syndicales d'employeurs ;
- sept représentants des organisations syndicales de travailleurs.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, la composition du conseil d'administration des institutions chargées de la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés régis par le Code du Travail est fixée par décret.

Outre les membres susmentionnés, un représentant de la tutelle technique et un représentant de la tutelle financière siègent au conseil d'administration avec voix consultative.

Article 20.- Désignation des administrateurs

Le Ministre chargé de la Sécurité sociale détermine la répartition des sièges entre, d'une part, les organisations syndicales d'employeurs et, d'autre part, les organisations syndicales de travailleurs, au prorata de leur représentativité.

Les administrateurs sont désignés par les organisations syndicales de travailleurs et d'employeurs les plus représentatives.

A défaut de désignation, le Ministre chargé de la Sécurité sociale prend toutes mesures utiles pour assurer une représentation adéquate des organisations syndicales les plus représentatives.

Il est désigné dans les mêmes conditions, pour chaque administrateur titulaire, un suppléant.

L'administrateur suppléant ne peut assister aux réunions qu'en cas d'absence de l'administrateur titulaire.

La liste des membres désignés est communiquée au Ministre chargé de la Sécurité sociale qui procède au contrôle du respect des règles d'éligibilité et à leur nomination par arrêté dans les trente jours qui suivent la réception des listes.

Passé ce délai, la nomination des administrateurs est acquise.

Toute opposition du Ministre chargé de la Sécurité sociale doit être motivée.

Dans ce cas, et si la récusation est admise, l'organisation professionnelle intéressée pourvoit au remplacement du (des) membre (s) récusé (s).

Article 21.- Critères d'éligibilité

Les administrateurs doivent posséder une expertise technique ou une expérience pertinente dans la gestion, la finance ou la protection sociale pour siéger dans les conseils d'administration.

Article 22.- Durée du mandat

Le mandat des administrateurs est de trois ans, renouvelable une fois.

Les administrateurs peuvent être remplacés en cours de mandat par les organisations syndicales qui les avaient désignés. Dans ce cas, le mandat de l'administrateur remplaçant ainsi désigné expire le jour où aurait normalement cessé le mandat de l'administrateur qu'il a remplacé.

En cas de non-renouvellement du conseil d'administration dû à l'absence de désignation de leurs représentants par les organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs, le Ministre chargé de la Sécurité sociale prend les dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'institution.

Article 23.- Révocation d'un administrateur

L'autorité investie du pouvoir de nomination peut révoquer, sur proposition du conseil, le Président du Conseil d'Administration, un ou plusieurs administrateurs auxquels sont imputables des irrégularités ou des manquements graves.

L'administrateur révoqué est remplacé conformément aux dispositions de l'article 20 du présent Code.

Article 24.- Suspension ou dissolution du conseil d'administration

En cas de carence, d'irrégularités graves ou répétées, la suspension du conseil d'administration peut être prononcée par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale, à titre de mesure conservatoire. La suspension ainsi prononcée ne peut excéder trois mois. L'arrêté de suspension désigne un comité d'administration provisoire pour la durée de la suspension.

La suspension ne prolonge pas la durée du mandat du conseil d'administration.

La dissolution peut être prononcée par décret en cas de carence, d'irrégularités graves ou répétées.

Le décret de dissolution désigne un comité d'administration provisoire pour une durée maximale de six mois. Au terme de ce délai, un nouvel organe délibérant est constitué dans les conditions prévues par le présent Code. Les membres de l'organe délibérant dissout ne peuvent plus exercer de fonctions au sein de l'organe nouvellement constitué.

Le comité d'administration provisoire délibère sur les affaires de l'institution. Il ne peut procéder, cependant, ni à des acquisitions ou aliénations de patrimoine, ni à des prises de participation financière.

Article 25.- Inéligibilités

Est inéligible au conseil d'administration d'une institution de prévoyance sociale :

- toute personne ayant fait l'objet d'une condamnation définitive à une peine criminelle ou délictuelle emportant perte de ses droits civiques ;
- toute personne bénéficiant d'une immunité inhérente à son mandat, à sa fonction ou son statut ;
- les employeurs redevables de cotisations vis-à-vis de l'organisme ;
- toute personne frappée d'une interdiction résultant d'une décision de justice, de diriger, d'administrer ou de gérer une société, un organisme ou une administration ainsi qu'une entreprise commerciale, industrielle ou artisanale sur le territoire national ;
- les présidents d'institutions de l'Etat, les membres du Gouvernement, les agents des corps ou organes de contrôle de l'Etat.

Article 26.- Incompatibilités

La qualité d'administrateur est incompatible avec :

- la fonction de président d'une institution de la République ;
- la fonction de membre du Gouvernement ;
- la qualité d'agent de corps ou d'organes de contrôle de l'Etat.

Les administrateurs représentant l'Etat puissance publique sont inéligibles à la présidence ou à la vice-présidence du conseil d'administration.

Article 27.- Perte de la qualité d'administrateur

Perdent le bénéfice de leur mandat, les administrateurs qui cessent :

- de remplir les conditions sur la base desquelles ils ont été nommés au Conseil ;
- d'appartenir à l'organisation professionnelle qui a procédé à leur désignation ou dont le remplacement est demandé par ladite organisation.

Article 28.- Election du Président et du Vice-Président du conseil d'administration

Le conseil d'administration élit parmi ses membres, pour un mandat de trois ans, un Président et un Vice-Président qui ne peuvent pas appartenir au même collège d'administrateurs. La présidence du conseil d'administration est tournante. Elle est assurée, pour chaque mandat, en alternance, par un des membres appartenant au collège des employeurs et par un des membres appartenant au collège des travailleurs.

En cas d'empêchement du Président, celui-ci est remplacé par le Vice-Président.

Les conditions et modalités de suppléance ou de remplacement sont fixées par les statuts de chaque institution.

En cas de nomination en cours de mandat du Président du conseil d'administration, la durée du mandat de président ne peut excéder la durée restante de son mandat d'administrateur.

Toutefois, les modalités de gestion de la présidence du conseil d'administration des institutions de prévoyance sociale gérant un régime d'assurance maladie sont fixées par leurs statuts.

Article 29.- Prérogatives du Président du conseil d'administration

Le président convoque et préside les réunions du conseil d'administration et du bureau.

Il signe conjointement avec le Directeur général toutes les délibérations et conventions.

En matière d'investissement, il signe conjointement avec le Vice-Président toutes les correspondances et tous les actes y relatifs.

Les statuts des institutions de prévoyance sociale précisent les montants au-delà desquels la signature du Président du conseil d'administration est requise.

Article 30.- Comités du conseil d'administration

Le conseil d'administration comporte en son sein des comités, notamment le comité d'audit, le comité de recours gracieux et le comité d'investissement.

Le conseil se réserve le droit de créer tout autre comité qu'il juge utile pour le bon fonctionnement de l'institution.

Les attributions desdits comités sont fixées par les statuts ou le règlement intérieur de l'institution.

Article 31.- Organisation des sessions

Le Président convoque et préside les sessions du conseil d'administration.

Toutes les sessions du conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal.

Les modalités de convocation et d'organisation des sessions, le quorum exigé pour la validité des décisions du conseil d'administration ainsi que la forme des procès-verbaux des sessions sont définis par les statuts de l'institution.

Article 32.- Sessions ordinaires

Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire au moins quatre fois par an.

Le projet d'ordre du jour des sessions ordinaires comporte obligatoirement :

- une fois l'an, l'examen du programme d'actions et du budget ;
- une fois l'an, l'examen du rapport trimestriel du Directeur général ;
- une fois l'an, l'examen des comptes, du bilan social, du rapport annuel du Directeur général et des rapports d'activités des comités techniques du conseil d'administration ;
- une fois l'an, l'examen du bilan et des rapports actuariels.

Article 33.- Sessions extraordinaires

Le conseil d'administration se réunit en session extraordinaire chaque fois que l'intérêt de l'institution l'exige, à l'initiative soit :

- de la tutelle technique ou de la tutelle financière ;
- du Président du conseil d'administration ;
- du quart de ses membres ;
- du Directeur général.

La demande de convocation est adressée au Président du conseil d'administration et indique les questions devant figurer à l'ordre du jour.

Article 34.- Procès-verbaux du conseil d'administration

Le Président du conseil d'administration transmet pour approbation à la tutelle technique et à la tutelle financière, les procès-verbaux adoptés par le conseil d'administration au plus tard dans les huit jours ouvrables suivant leur adoption.

Les délibérations du conseil d'administration ne deviennent exécutoires que si, après un délai de dix jours ouvrables suivant leur réception, elles ne sont pas frappées d'opposition du Ministre chargé de la Sécurité sociale ou du Ministre chargé des Finances.

Toutefois, lorsque l'opposition de la tutelle ne repose ni sur la politique de sécurité sociale de l'Etat ni sur la conformité de la délibération aux lois et règlements en vigueur ni sur des motifs de nature à garantir l'équilibre financier du régime, celle-ci peut faire l'objet de recours hiérarchique dans un délai de quinze jours ouvrables auprès du Chef du Gouvernement.

Les modalités d'élaboration, d'adoption et d'approbation des procès-verbaux des réunions du conseil d'administration sont précisées dans le règlement intérieur de l'institution de prévoyance sociale.

Article 35.- Indemnité des administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des frais de déplacement et de séjour motivés par leur participation aux réunions ainsi qu'à une indemnité forfaitaire allouée à chaque session.

Le montant de ladite indemnité ainsi que l'indemnité mensuelle du Président du conseil d'administration sont fixés par arrêté conjoint du Ministre chargé des Finances et du Ministre chargé de la Sécurité sociale, sur proposition du conseil d'administration.

Article 36.- Evaluation du conseil d'administration

Le conseil d'administration fait l'objet d'une évaluation annuelle sur la base de la convention d'objectif signée avec la tutelle.

Article 37.- Conventions interdites et conventions réglementées

Il est interdit aux membres du conseil d'administration de conclure tout contrat, convention ou engagement à titre personnel avec l'institution de prévoyance sociale durant leur mandat et dans les deux ans qui suivent la fin dudit mandat.

Le membre du conseil ayant un intérêt direct ou indirect dans une entreprise soumissionnant ou participant à un marché de travaux, de services ou de fournitures de l'institution de prévoyance sociale est tenu de le déclarer par écrit, dès qu'il en a connaissance, sous peine de nullité.

Les modalités des conventions réglementées sont définies dans le règlement intérieur de l'institution de prévoyance sociale.

Article 38.- Obligation de discrétion des administrateurs

Les administrateurs ainsi que toute personne autorisée à assister aux réunions des organes délibérants sont tenus à la discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel ou données comme telles par le président de l'organe délibérant.

En cas d'irrégularité ou de carence imputable à un administrateur, il est procédé par décision motivée à sa révocation sans préjudice de poursuites pénales.

Sous-section 2.- Bureau du conseil d'administration

Article 39.- Attributions du bureau

Le bureau reçoit du conseil d'administration les délégations de pouvoirs nécessaires pour veiller au bon fonctionnement administratif de l'institution entre les réunions du conseil d'administration, à charge de lui rendre compte de ses actes. A cet effet, il prend toutes mesures utiles pour exercer les délégations qui lui ont été confiées.

Le bureau peut créer, dans le cadre de ses attributions, des comités, soit parmi ses membres, soit en faisant appel à des personnalités qualifiées extérieures à l'institution, et déterminer les attributions, les pouvoirs et la durée desdits comités.

Le bureau propose au conseil d'administration la nomination et la révocation du Directeur général. Il assure, sous l'autorité du Président du conseil d'administration, et en collaboration avec le Directeur général, le fonctionnement régulier de l'institution, conformément aux statuts et règlement intérieur.

Le bureau peut notamment recevoir délégation du conseil d'administration pour interpréter les conventions passées ou à passer avec les organismes de coopération technique et régler toutes les difficultés d'application.

Article 40.- Composition du bureau

Le conseil d'administration élit un bureau paritaire comprenant, outre le Président du conseil d'administration et le Vice-Président :

- un Secrétaire ;
- un Secrétaire adjoint.

Le Président et le Secrétaire ne peuvent appartenir au même collège.

Les membres du bureau, représentants des organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs, sont élus pour un mandat de trois ans, renouvelable une fois.

En cas d'empêchement définitif d'un membre du bureau, le collège auquel il appartient désigne celui qui le remplace dans ses fonctions jusqu'à l'expiration de son mandat.

En cas de non renouvellement du bureau à l'expiration de son mandat, le Ministre chargé de la Sécurité sociale prend toutes mesures utiles pour assurer le bon fonctionnement de l'institution.

Article 41.- Modalités de fonctionnement du bureau

Le bureau se réunit sur convocation du président du conseil d'administration. La réunion du bureau se tient toutes les fois qu'elle est demandée par écrit, par trois au moins de ses membres. Ceux-ci indiquent à l'avance les questions à inscrire à l'ordre du jour.

La convocation est adressée aux membres du bureau sept jours à l'avance, accompagnée du projet d'ordre du jour de la réunion.

Le bureau ne peut valablement se réunir que si le quorum est atteint, soit la moitié de ses membres plus un. En cas d'égalité des votes, la voix du président est prépondérante.

Article 42.- Décisions du bureau

Les décisions sont prises à la majorité simple. Toutefois, un membre du bureau empêché peut donner par écrit, à un autre membre du bureau du même collège, une procuration. Aucun membre du bureau ne peut cependant détenir plus d'une procuration au cours d'une même réunion.

Article 43.- Procès-verbaux des réunions

Chaque réunion du bureau donne lieu à l'établissement d'un procès-verbal par le Secrétaire du bureau assisté par le Directeur général de l'institution. Le procès-verbal de la réunion est signé par le Président du conseil d'administration et le Secrétaire du bureau.

Le procès-verbal est transmis aux membres du bureau par le Secrétaire sous la supervision du Président du conseil d'administration dans la quinzaine qui suit la réunion du bureau. Les membres du bureau disposent d'un délai d'une semaine, à compter de la réception du procès-verbal, pour déposer leurs observations auprès du Président du conseil d'administration.

Les modalités d'élaboration, d'adoption et d'approbation des procès-verbaux des réunions du bureau sont précisées dans les statuts de l'institution de prévoyance sociale.

Section 2.- Organisation et fonctionnement des organes exécutifs des institutions de prévoyance sociale

Sous-section première.- Direction générale

Article 44.- Nomination du Directeur général

Le directeur général est nommé pour un mandat de cinq ans, renouvelable une fois, par délibération du conseil d'administration, en dehors de ses membres, à la suite d'un appel à candidatures, sur la base de critères de compétence et d'intégrité.

Le Conseil transmet au Ministre chargé de la Sécurité sociale le nom du meilleur candidat accompagné des procès-verbaux de délibérations.

Cette nomination est entérinée par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Ne peut être nommée au poste de Directeur général :

- toute personne ayant fait l'objet d'une condamnation définitive à une peine criminelle ou délictuelle emportant perte des droits civiques ;
- toute personne bénéficiant d'une immunité inhérente à son mandat, à sa fonction ou son statut ;
- toute personne frappée d'une interdiction résultant d'une décision de justice, de diriger, d'administrer ou de gérer une société, un organisme ou une administration ainsi qu'une entreprise commerciale, industrielle ou artisanale sur le territoire national.

En tout état de cause, les fonctions du Directeur général sont incompatibles avec la qualité des membres de l'Assemblée nationale ou tout autre mandat électif. Le Directeur général ne peut avoir d'intérêts ni exercé des fonctions rémunérées ou non dans aucune entreprise commerciale ou industrielle.

Article 45.- Contrat de performance

Le conseil d'administration conclut avec le Directeur général un contrat de performance couvrant la période de son mandat.

Article 46.- Suspension et révocation du Directeur général

En cas de carence, d'irrégularités graves ou répétées, d'insuffisance notoire de résultats, le conseil d'administration peut suspendre par décision motivée le Directeur général. Cette décision est communiquée sans délai à l'autorité de tutelle par le Président du conseil d'administration.

Dans ce cas, le Directeur général peut exercer un recours, dans un délai de quinze jours, auprès de l'autorité de tutelle qui dispose d'un délai d'un mois pour rejeter ou entériner la suspension.

Le conseil d'administration peut proposer la révocation du Directeur général dont la carence ou la mauvaise gestion est établie par des manquements ou des irrégularités graves et répétés, sur la base d'un rapport de contrôle et au terme de la procédure contradictoire et à la majorité des deux tiers de ses membres.

La proposition de révocation est communiquée sans délai à l'autorité de tutelle par le Président du conseil d'administration.

La révocation du Directeur général est entérinée par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 47.- Cessation de fonctions

Les fonctions du Directeur général prennent fin en cas :

- d'expiration du mandat ;

- de démission ;
- d'empêchement excédant six mois ;
- de révocation ;
- de décès.

Article 48.- Attributions générales du Directeur général

Le Directeur général assure la gestion de l'institution sous le contrôle du conseil d'administration.

Il est l'ordonnateur du budget. Il constate et liquide les droits et charges de l'institution. Il a qualité pour procéder à l'émission des titres de recettes et des titres de paiement.

Il peut être assisté soit d'un adjoint, soit d'un secrétaire général qui le supplée en cas d'empêchement ou d'absence.

Article 49.- Attributions spécifiques du Directeur général

En plus des pouvoirs qui peuvent lui être délégués par le conseil d'administration dont il assure l'exécution des délibérations, le Directeur général, en sa qualité d'employeur:

- fixe l'organisation du travail dans les services ;
- assure la discipline, la sécurité et santé au travail ;
- pourvoit aux emplois dans la limite des effectifs fixés par le conseil d'administration ;
- élabore et soumet au conseil d'administration le règlement intérieur, le manuel des procédures, les projets d'accord d'établissement ou de convention collective;
- propose au conseil, la nomination et la révocation du Directeur général adjoint ou du secrétaire général ;
- prend toute décision d'ordre individuel relative au personnel : recrutements, nominations, avancements, licenciements ;
- élabore et soumet au conseil d'administration les plans stratégiques, les plans de travail annuels, les projets de budget correspondants et procède à leur exécution dans le respect des règles et procédures légales ;
- met en œuvre la politique de placement et le plan d'investissement adoptés par le conseil d'administration ;
- recouvre les recettes et exécute les dépenses, constate les créances et les dettes ;
- représente l'institution dans tous les actes de la vie civile et accepte à titre conservatoire les dons et legs faits à l'institution ;

- dispose du pouvoir d'ester en justice au nom de l'institution en qualité de demandeur et de défendeur ;
- ordonne l'inscription de privilèges ou d'hypothèques au profit de l'institution sur des biens meubles et immeubles de ses débiteurs et donne mainlevée ;
- assure le recouvrement amiable et judiciaire des cotisations sociales, des revenus des immeubles de rapport, des prestations indues et de toute créance de l'institution ;
- ouvre et gère les comptes bancaires de l'institution, conjointement avec le directeur chargé des finances et de la comptabilité ;
- soumet au conseil d'administration un rapport annuel de gestion, et tout autre rapport ou étude demandée par le conseil.

Le Directeur général peut donner délégations écrites, sous son contrôle et sa responsabilité, à des agents de l'institution nommément désignés.

Article 50.- Responsabilités du Directeur général

Le Directeur général est responsable de :

- la réalisation des objectifs chiffrés du contrat de performance signé avec le conseil d'administration ;
- la qualité des services rendus aux usagers, du système d'information et du dispositif de contrôle interne de l'institution ;
- la régularité et la sincérité des états financiers.

Les autres modalités d'organisation et de fonctionnement de la direction générale sont déterminées par les statuts de l'institution de prévoyance sociale.

Sous-section 2.- Bureau exécutif

Article 51.- Composition

Le conseil d'administration des institutions chargées de la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés régis par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande élit, parmi ses membres, en dehors du Président et du Vice-Président, au scrutin secret et à la majorité des deux tiers, un bureau exécutif composé :

- d'un Gérant ;
- d'un Secrétaire général ;
- d'un Trésorier, choisi obligatoirement parmi les membres représentant les employeurs.

Toutefois, le conseil d'administration peut recruter, par contrat de travail, un Gérant en dehors des administrateurs, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 52.- Attributions

Le bureau exécutif assure la gestion de l'institution sous le contrôle et la supervision du conseil d'administration.

Le Gérant est investi de tous les pouvoirs de gestion que lui délègue le Président avec l'accord du conseil d'administration.

Le Secrétaire général est chargé de la gestion administrative, notamment les correspondances et les archives.

Le Trésorier est chargé de la gestion des fonds de l'institution. Il contrôle toute somme due à l'institution et effectue, conjointement avec le Gérant, tous paiements.

Les autres modalités d'organisation et de fonctionnement du bureau exécutif sont fixées par décret.

Chapitre III.- Tutelle et contrôle des institutions de prévoyance sociale

Section première. - Tutelle

Article 53.- Autorités de tutelle

L'Etat, en tant que garant de la sécurité sociale, veille au bon fonctionnement des institutions de prévoyance sociale et du service des prestations.

Il dispose d'un pouvoir de tutelle sur les institutions dont les fonds, assimilés aux deniers publics, sont destinés à l'accomplissement des missions de service public qui leur sont déléguées.

Les pouvoirs de tutelle technique et financière sont exercés respectivement par le Ministre chargé de la Sécurité sociale et le Ministre chargé des Finances.

Article 54.- Attributions de l'autorité de tutelle technique

L'autorité de tutelle technique est chargée notamment :

- d'élaborer la politique nationale de la sécurité sociale ;
- de veiller au respect de la politique générale de sécurité sociale ;
- de contrôler l'application des dispositions législatives et statutaires en matière de sécurité sociale ;
- de conclure avec les conseils d'administration des institutions de prévoyance sociale, des conventions d'objectifs précis et chiffrés, élaborées en conformité avec la politique nationale de sécurité sociale ;
- d'approuver les statuts et règlements intérieurs des institutions et les délibérations du conseil d'administration.

Article 55.- Exercice de la tutelle

La tutelle s'exerce par :

- un pouvoir de nomination et de révocation du Directeur général ;
- un pouvoir de suspension et de proposition de dissolution du Conseil d'Administration ;
- un contrôle de l'application effective de la politique nationale de sécurité sociale ;
- un pouvoir d'approbation des actes du conseil d'administration ;
- un pouvoir d'opposition aux décisions du conseil d'administration, notamment, sur des questions fondamentales qui engagent la vie même de l'institution. Cette opposition suspend l'exécution de la décision du conseil d'administration ;
- une évaluation périodique des conventions d'objectifs conclues avec le conseil d'administration des institutions ;
- une évaluation de la gestion de l'institution sur la base des ratios prudentiels et normes de performance en vigueur.

Article 56.- Modalités spéciales de vote

Le Ministre chargé de la Sécurité sociale peut, en cas de blocage, fixer des modalités spéciales de vote au conseil d'administration des institutions de prévoyance sociale pour la prise de décisions concernant les modifications du règlement intérieur, l'élection du bureau et la désignation des personnes chargées du fonctionnement et de la gestion courante de l'institution.

Article 57.- Représentation de la tutelle technique

Le Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale, en tant que représentant du Ministre chargé de la Sécurité sociale, assiste ou se fait représenter à toutes les réunions du conseil d'administration, du bureau et des comités des institutions.

Il est destinataire, en temps utile, de la documentation préparatoire de chaque réunion du conseil d'administration, du bureau et des comités.

Il est entendu sur tous les points de l'ordre du jour. Figurent à l'ordre du jour, toutes les questions dont l'inscription est demandée par le Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale ou son représentant.

Le Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale peut demander la convocation d'une session extraordinaire du conseil d'administration.

Article 58.- Recours

Un droit de recours au Ministre chargé de la Sécurité sociale est reconnu à tout membre du conseil d'administration, en cas de désaccord au sein dudit conseil sur des questions fondamentales qui engagent la vie de l'institution, telles que celles portant sur :

- les prestations ;
- les modifications du taux des cotisations, de celui des remboursements, des forfaits ;
- la désignation des personnes chargées du fonctionnement de l'institution ;
- l'exclusion d'un membre du conseil d'administration.

La demande d'arbitrage suspend l'exécution de la décision du conseil d'administration.

L'arbitrage rendu par l'autorité de tutelle lie le conseil d'administration.

Faute d'arbitrage dans le délai d'un mois suivant le dépôt de la demande d'arbitrage au bureau de l'autorité de tutelle, la décision du conseil d'administration devient exécutoire.

Article 59.- Représentation de la tutelle financière

Le Ministre chargé des Finances se fait représenter aux réunions du conseil d'administration et, s'il le juge utile, du bureau et des comités de l'institution de prévoyance sociale.

Son représentant est destinataire en temps utile de la documentation préparatoire de chaque réunion du conseil d'administration, du bureau et des comités.

Il présente au conseil d'administration les observations que les délibérations appellent de sa part. Figurent à l'ordre du jour, toutes les questions dont l'inscription est demandée par le représentant du Ministre chargé des Finances.

Article 60.- Habilitation

Le Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale fixe, chaque année, la liste des agents des institutions de prévoyance sociale habilités à contrôler des entreprises pour tout ce qui concerne les matières en relation avec leurs missions, outre le contrôle effectué par l'inspection du travail et de la sécurité sociale dans les conditions prévues par le Code du Travail.

Article 61.- Transmission du rapport annuel

Après approbation des comptes par le conseil d'administration et dans le courant du second trimestre suivant la fin de chaque exercice, les institutions de prévoyance sociale adressent au Ministre chargé de la Sécurité sociale et au Ministre chargé des Finances un rapport portant notamment sur la situation de l'institution durant l'exercice écoulé et la mise en œuvre de la convention d'objectif.

Les institutions de prévoyance sociale communiquent à tout moment leurs livres, registres, procès-verbaux et pièces comptables de toute nature à l'Inspection du Travail et de la Sécurité sociale du ressort ainsi qu'à la Direction générale du Travail et de la Sécurité sociale.

Le rapport du conseil d'administration est transmis au secrétariat exécutif de l'organe régional en charge de la prévoyance sociale, au plus tard le 30 juin de l'année suivante.

Section 2.- Contrôle

Article 62.- Contrôle supranational

Les institutions de prévoyance sociale sont soumises aux dispositions de contrôle contenues dans le Traité de l'organe régional en charge de la prévoyance sociale, ses textes d'application notamment le Règlement du contrôle, ainsi que dans tous les actes et recommandations pris par les organes compétents dudit organe.

Article 63.- Contrôle par les corps et organes de l'Etat

Les institutions de prévoyance sociale sont soumises au contrôle des différents corps et organes de l'Etat ayant compétence en matière de vérification et d'inspection du fonctionnement administratif et financier des structures gérant des deniers publics ou assimilés ou bénéficiant de subventions de l'Etat.

Les modalités desdits contrôles et les sanctions qui en découlent s'exercent conformément aux lois et règlements en vigueur.

Article 64.- Commissariat aux comptes

Le conseil d'administration de l'institution désigne, à la suite d'un appel d'offres, un ou plusieurs commissaires aux comptes parmi les experts inscrits à l'ordre national des experts comptables et comptables agréés du Sénégal.

Le conseil d'administration homologue le montant de leurs honoraires et fixe la durée de leur mandat qui ne peut être supérieur à trois ans, renouvelable une fois.

Les commissaires aux comptes certifient la sincérité des états financiers de l'institution et élaborent des rapports spéciaux notamment sur le respect des normes et ratios prudentiels en vigueur.

Les décisions prises par le conseil d'administration au cours d'un exercice en l'absence de désignation ou de convocation régulière d'un commissaire aux comptes ou en l'absence de certification des comptes de l'antépénultième exercice (N-2) par le commissaire désigné, sont nulles et de nul effet.

Chapitre IV.- Dissolution et liquidation des institutions de prévoyance sociale

Article 65.- Dissolution

En cas de dissolution volontaire d'une institution de prévoyance sociale, le conseil d'administration statue à la majorité des deux tiers et au scrutin secret. Cette décision est approuvée par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Toutefois, le Ministre chargé de la Sécurité sociale peut procéder au retrait ou à la suspension de l'autorisation avant la phase de dissolution.

La dissolution judiciaire peut être prononcée par le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le siège social pour nullité des statuts ou justes motifs.

Article 66.- Liquidation des biens

La dissolution entraîne de plein droit la liquidation de l'institution, sauf en cas de fusion ou de scission.

Toutefois, la personnalité morale de l'institution de prévoyance sociale subsiste pour les besoins de la liquidation et jusqu'à la clôture de celle-ci.

Le Ministre chargé des Finances nomme la ou les personnes chargées d'assurer les opérations de liquidation, qui sont investies de tous pouvoirs nécessaires.

L'acte de nomination du ou des liquidateurs est publié, dans le délai d'un mois, dans un journal habilité à recevoir les annonces légales.

La dissolution et l'ouverture de la liquidation sont notifiées aux créanciers, aux assurés, et assujettis. Elles font, en outre, l'objet d'une publication dans un journal habilité à recevoir les annonces légales.

La rémunération du ou des liquidateurs est fixée par le Ministre chargé des Finances. Les honoraires y afférents sont prélevés sur l'actif de l'institution de prévoyance sociale.

Le liquidateur veille à la continuité des droits acquis et en cours d'acquisition des assurés et bénéficiaires, en assurant soit le transfert des droits et obligations à une institution de prévoyance sociale lorsque cela est possible, soit, à défaut, le règlement intégral des prestations dues, y compris celles non encore servies, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Le liquidateur désigné statue sur la dévolution du patrimoine de l'institution et désigne les établissements publics ou la ou les institutions de prévoyance sociale, ou les établissements privés reconnus d'utilité publique, qui reçoivent le reliquat de l'actif après paiement de toutes dettes et charges de l'institution et de tous frais de liquidation.

Chapitre V.- Orientation et coordination de la sécurité sociale

Article 67.- Création d'un organe d'orientation

Il est institué auprès du Premier Ministre, un organe d'orientation de la Politique générale de Sécurité sociale.

Article 68.- Missions

L'organe d'orientation est chargé, notamment :

- de participer à la définition des règles de politique de sécurité sociale sur la base de résultats d'études approfondies et à la suite d'une concertation avec les partenaires sociaux ;
- de mener des réflexions sur le financement de la sécurité sociale et d'en suivre l'évolution ;

- d'aider au suivi de la mise en œuvre des mesures de réformes convenues en matière de sécurité sociale et dans les domaines connexes ;
- de produire un rapport annuel sur les évolutions et perspectives du système visant à mesurer l'adéquation du système à ses objectifs ;
- de veiller au partage d'informations entre les institutions de prévoyance sociale et à l'efficacité de leur système d'information ;
- d'exercer toute mission d'intérêt commun au profit des institutions de prévoyance sociale ;
- d'impulser des actions de formation destinées au renforcement des capacités des acteurs.

L'organisation et le fonctionnement de cet organe sont fixés par décret.

Article 69.- Mécanismes de coordination

Il est institué des mécanismes de coordination entre les régimes de sécurité sociale des fonctionnaires et les régimes définis dans le présent Code.

Ces mécanismes ont pour objet de permettre aux assurés sociaux de totaliser les années de service accomplies sous les différents régimes en vue de l'ouverture du droit à pension de retraite.

Les modalités de la coordination sont fixées par décret.

Article 70.- Dématérialisation des procédures

Les institutions de prévoyance sociale peuvent mettre en œuvre, dans le cadre de leurs missions, des procédures dématérialisées pour l'accomplissement de l'ensemble des procédures prévues par le présent Code et des règlements pris pour leur application.

La dématérialisation garantit l'authentification des utilisateurs, la sécurité, la traçabilité et la date certaine des opérations et la protection des données à caractère personnel.

Article 71.- Système d'information

Les institutions de prévoyance sociale développent un système d'information, dans le but de disposer d'une base de données fiable et de lutter efficacement contre la fraude et l'évasion sociale, afin d'assurer une prise en charge efficiente de la gestion des branches de sécurité sociale.

Elles peuvent également convenir de mettre en place un système d'information commun interopérable.

Les modalités pratiques de la mise en œuvre de cette interopérabilité sont déterminées d'un commun accord par les différentes institutions.

TITRE III.- DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES AU FINANCEMENT DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE

Chapitre premier.- Ressources et charges des institutions de prévoyance sociale

Article 72.- Types de ressources

Les ressources des institutions de prévoyance sociale sont constituées :

- des cotisations des membres ;
- des majorations et pénalités pour cause de retard de reversement des cotisations ou de non-respect de l'obligation de déclaration nominative de salaires ;
- des revenus des placements financiers ;
- des revenus des immeubles de rapport ;
- des produits tirés de l'exploitation des structures sanitaires ;
- des subventions, dons et legs ;
- de tout produit provenant des taxes ou redevances instituées par les pouvoirs publics pour financer des prestations ;
- de toute autre ressource allouée à l'institution en vertu d'une loi ou d'un règlement.

Article 73.- Assiette de cotisation

Les cotisations portent sur l'ensemble des rémunérations, gains ou honoraires perçus, par les assurés de chacune des branches considérées, dans la limite des plafonds réglementaires.

A l'exception des frais professionnels, des indemnités représentatives de remboursement de frais, sont considérées comme rémunérations, gains ou honoraires toutes les sommes versées ou dues à l'assuré en contrepartie ou à l'occasion d'un travail notamment les salaires ou gains, les allocations de congés payés, les indemnités, primes et gratifications et tous autres avantages en espèces et en nature.

L'évaluation forfaitaire des avantages en nature s'effectue comme en matière d'impôt.

Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou qui ne perçoivent pas une rémunération normale, la cotisation est calculée sur le salaire minimum interprofessionnel ou agricole garanti.

Les rémunérations qui sont supérieures au salaire minimum interprofessionnel ou agricole garanti servent de base au calcul des cotisations.

Article 74.- Fixation des taux de cotisation

Le Ministre chargé de la Sécurité sociale fixe, par arrêté, après consultation de l'institution concernée, pour chaque catégorie de risque, le taux maximal et s'il y a lieu,

le taux minimal de la cotisation afin de garantir la pérennité des régimes et l'équilibre des branches et de s'assurer que la couverture du risque n'entraine pas une charge incompatible avec une gestion économique normale des entreprises et n'est pas disproportionnée au regard de la couverture des autres risques sociaux.

Le conseil d'administration de chaque institution fixe des taux de cotisation identiques pour chaque branche à l'ensemble des entreprises assujetties d'une part, à l'exception de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, et pour l'ensemble des assurés sociaux d'autre part, sur la base d'études actuarielles, et dans le respect des maxima définis par le Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Le taux de cotisation de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles est fixé par le Ministre chargé de la Sécurité sociale en fonction du niveau de risque du secteur d'activité de l'employeur ou de l'entreprise utilisatrice.

Toutefois pour certaines catégories d'assurés, les cotisations sont assises sur un montant forfaitaire fixé par arrêté du Ministre assurant la tutelle technique de l'organisme gestionnaire.

Article 75.- Charge du règlement des cotisations

Les cotisations au titre des prestations familiales et des accidents du travail et maladies professionnelles sont à la charge exclusive de l'employeur.

Toute convention contraire est nulle et de nul effet.

Les cotisations au titre des branches vieillesse, invalidité, survivants et soins médicaux des travailleurs sont à la charge de l'employeur et du travailleur selon des pourcentages de répartition fixés par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

La part supportée par le travailleur ne peut excéder la moitié desdites cotisations.

La part mise à la charge du travailleur est précomptée sur sa rémunération à l'occasion de chaque paiement et le salarié ne peut s'y opposer.

L'employeur est redevable vis-à-vis de l'institution de la déclaration et du versement à bonne date de l'ensemble des cotisations sociales.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants sont entièrement à leur charge.

Les frais de versement de cotisations sont à la charge des assujettis.

Les modalités de déclaration et de versement des cotisations sont fixées dans les dispositions spécifiques à chaque régime.

Article 76.- Recouvrement par délégation

Sans préjudice des dispositions relatives au recouvrement des cotisations sociales, les institutions de prévoyance sociale peuvent :

- conclure entre elles des conventions de mandat pour assurer le recouvrement amiable ou contentieux des sommes dues par les employeurs et les travailleurs;
- recourir, pour le recouvrement de leurs créances, à des administrations spécialisées ou à des personnes tierces.

Le recours à des personnes tierces est subordonné à l'autorisation préalable de l'autorité de tutelle et s'effectue dans le cadre de conventions spécifiques garantissant la protection des intérêts des assurés sociaux et la conformité à la réglementation en vigueur.

Article 77.- Compte cotisant, compte individuel

L'institution tient dans ses livres un compte cotisant pour tout employeur et un compte individuel pour tout assuré.

L'institution est tenue d'informer de façon périodique l'assujetti sur le compte individuel ou le compte cotisant selon les cas.

Article 78.- Admission en non-valeur

Les cotisations sociales peuvent faire l'objet d'une admission en non-valeur dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration de l'Institution de Prévoyance Sociale.

L'admission en non-valeur n'éteint pas la créance due par les cotisants.

La procédure de recouvrement peut être reprise à tout moment en cas de modification de la situation du débiteur.

Article 79.- Charges de l'institution de prévoyance sociale

Les charges de l'institution comprennent :

- les dépenses relatives au paiement des diverses prestations légales ;
- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'investissement ;
- les dépenses effectuées pour l'exécution du programme d'action sanitaire, sociale et familiale ;
- les dépenses effectuées au titre du programme de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- les dépenses effectuées pour les actions de prévention au titre de l'assurance maladie ;
- et toute autre dépense effectuée dans le cadre de la mission des institutions.

Chapitre II.- Règles de gestion financière

Article 80.- Principe de gestion

La gestion financière et comptable de l'institution est effectuée conformément aux règles et principes du plan comptable de référence et aux ratios prudentiels et normes de performance de l'organe régional en charge de la prévoyance sociale.

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

Toutefois, en cas de déficit d'une branche, le conseil d'administration autorise, à titre exceptionnel, le prélèvement sur les excédents des autres branches ou régimes gérés par la même institution en vue de combler ledit déficit. Il en informe les Ministres chargés des Finances et de la Sécurité sociale.

Article 81.- Constitution de réserves

Il est constitué des réserves destinées à couvrir les besoins de trésorerie, à assurer l'équilibre financier de chaque branche du régime et à améliorer, au besoin, le niveau des prestations.

Les réserves sont constituées cumulativement sur l'ensemble des branches gérées par une même institution.

Article 82.- Réserves de sécurité

Il est constitué une réserve de sécurité dans le cadre de la gestion des prestations à court terme. Elle a pour objet de faire face aux fluctuations aléatoires qui peuvent affecter les comptes des institutions de prévoyance sociale. Son montant est au moins égal au montant des charges techniques constatées au cours de l'exercice précédent au titre de la branche.

Article 83.- Réserves de trésorerie

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

Article 84.- Réserves techniques

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

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

La réserve technique de la branche des pensions est constituée par le résultat de la branche. Son montant est au moins égal au total des charges de prestations constatées au cours des trois derniers exercices précédant celui en cours.

Article 85.- Placement des réserves

Les placements des fonds de réserve, à l'exception des dépôts à terme, sont effectués selon le document relatif à la politique de placement établi par le conseil d'administration. Ce document tient compte des conditions de sécurité, de liquidité et de rendement, définies par l'organe régional en charge de la prévoyance sociale.

Les fonds de réserve de sécurité des branches des prestations familiales et des soins médicaux sont placés à court terme, tandis que les fonds de la réserve technique de la branche des pensions et ceux de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles sont investis dans des opérations à long terme, garantissant le taux minimum d'intérêt nécessaire à l'équilibre de ces deux branches.

Le placement des réserves concourt, dans toute la mesure du possible, à la création d'emplois, au progrès et au développement économique et social de la nation.

Article 86.- Etudes actuarielles

L'institution 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 d'une branche déterminée, il est procédé au réajustement de tout paramètre technique permettant d'y remédier, selon les procédures définies par le conseil d'administration.

TITRE IV.- DU REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

Chapitre premier.- Dispositions générales

Article 87.- Création

Il est institué un régime général obligatoire des travailleurs, au sens du Code du Travail et du Code de la Marine marchande, qui garantit des prestations au titre de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles, des prestations familiales et des prestations de vieillesse, invalidité et survivants et des soins médicaux.

Par dérogation aux dispositions du régime général relatives à l'affiliation, à l'immatriculation, à la cotisation et au recouvrement, des mécanismes simplifiés et obligatoires de sécurité sociale sont institués au profit des unités économiques dont l'effectif et le chiffre d'affaires ne dépassent pas les seuils fixés par décret.

Les modalités de gestion de ces mécanismes simplifiés sont fixées par décret.

Article 88.- Principes de gestion des régimes

Les institutions de prévoyance sociale de toute nature, ainsi que leurs unions, appliquent un système par répartition tel que les avantages qu'elles accordent puissent être révisés et, le cas échéant, un système de compensation entre branches.

Les avantages accordés par chaque catégorie d'institutions de prévoyance sociale, ou régime dans chaque institution, sont uniformes pour tous les travailleurs.

Toutefois, il est également autorisé la mise en place de systèmes volontaires de retraite par capitalisation.

Article 89.- Immatriculation de l'employeur

Tout employeur, au sens du Code du Travail, est tenu de se faire immatriculer par déclaration auprès des institutions de prévoyance sociale.

Les modalités de cette immatriculation sont fixées par les règlements intérieurs des institutions de prévoyance sociale.

Article 90.- Affiliation des travailleurs

Les employeurs affilient leurs travailleurs aux institutions de prévoyance sociale dans un délai de deux mois à compter du premier embauchage du travailleur.

L'affiliation entraine une obligation de s'acquitter des cotisations sociales.

Les modalités de cette affiliation sont fixées par les règlements intérieurs des institutions de prévoyance sociale.

Article 91.- Déclaration et versement des cotisations

Le recouvrement des cotisations dues, tant par les employeurs que par les travailleurs, s'opère en faveur des institutions de prévoyance sociale, dans les conditions prévues par le présent Code.

Les sommes dues par les travailleurs sont précomptées d'office par l'employeur sur les salaires, au titre des prélèvements obligatoires prévus par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande et sans qu'il y ait lieu à cession volontaire.

L'employeur est tenu, vis-à-vis des institutions de prévoyance sociale, de déclarer l'ensemble des rémunérations servant de base au calcul des cotisations et d'en verser le montant à la date d'échéance échue.

Si un travailleur est occupé au service de deux ou plusieurs employeurs, chacun des employeurs est responsable de la déclaration et du versement des cotisations proportionnellement à la rémunération qu'il paie à l'intéressé dans la limite des plafonds fixés par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Les cotisations sont immédiatement exigibles en cas de cessation d'activité, ou en cas de cessation complète d'emploi du travailleur.

En cas de cession d'activité, les cotisations sont à la charge du nouvel acquéreur.

Article 92.- Déclaration nominative de salaires

Les employeurs fournissent, en justification de leurs versements de cotisations, une déclaration nominative mensuelle ou trimestrielle des salaires versés à leur personnel.

Article 93.- Périodicité de versement des cotisations

Les cotisations dues par les employeurs font l'objet d'un versement :

- dans les quinze premiers jours de chaque mois si l'employeur occupe vingt salariés ou plus ;
- dans les quinze premiers jours de chaque trimestre si l'employeur occupe moins de vingt salariés.

Article 94.- Dispositions particulières applicables aux travailleurs occasionnels

Un décret détermine les conditions particulières de bénéfice des prestations de sécurité sociale applicables aux travailleurs occasionnels.

Article 95.-Insaisissabilité et incessibilité des prestations

Les prestations de sécurité sociale sont insaisissables et incessibles, à l'exception des pensions de retraite et de réversion dans la limite de la quotité cessible et saisissable, des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'allocataire et du paiement des dettes à caractère alimentaire.

Article 96.- Revalorisation

Les prestations servies au titre du régime général sont revalorisées par arrêté conjoint des Ministres chargés des Finances et de la Sécurité sociale, sur proposition du Conseil d'administration de l'institution, à la suite de variations du niveau général des salaires, du coût de la vie et de tout autre paramètre pertinent sous réserve du respect de l'équilibre financier du régime considéré.

Article 97.- Cumul de prestations

Le cumul de prestations de même nature servies par la même ou par deux institutions différentes est interdit.

Les modalités d'application de cette interdiction sont définies par les différents régimes.

Article 98.- Etablissement des supports

La nomenclature et la contexture des supports physiques et électroniques devant servir à l'établissement des droits à prestations sont fixées par les institutions de prévoyance sociale, dans les conditions déterminées par le Ministre chargé de la Sécurité sociale, seul ou conjointement avec le Ministre chargé de la Santé publique.

Chapitre II.- Accidents du travail et maladies professionnelles

Section première.- Dispositions générales relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles

Article 99.- Personnes couvertes

Outre les travailleurs relevant du Code du Travail et du Code de la Marine marchande, bénéficient également des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles :

- l'apprenti soumis aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- le stagiaire conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- l'élève ou l'apprenant d'un établissement public ou privé de formation professionnelle et technique ou d'un centre d'apprentissage et la personne

placée dans un centre de formation, d'incubation, de réadaptation professionnelle ou de rééducation relevant du service de l'éducation surveillée, pour les maladies professionnelles ou les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cet enseignement ;

- les détenus disposant d'un contrat de travail.

L'obligation d'affiliation incombe à la personne physique ou morale responsable de l'établissement, l'organisme ou la structure qui organise et encadre l'activité comportant le risque professionnel.

Cette personne accomplit l'ensemble des formalités d'affiliation, de déclaration et de prise en charge prévues par le présent chapitre.

Les modalités de cette affiliation sont fixées par les règlements intérieurs de l'institution de prévoyance sociale.

L'affiliation entraine une obligation de s'acquitter des cotisations sociales.

Les cotisations des apprenants et élèves sont dues sur une base forfaitaire déterminée par arrêté du Ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour l'apprenti et le stagiaire, les cotisations sont assises sur l'allocation qui leur est versée, selon les mêmes taux de cotisation applicables aux travailleurs.

Article 100.- Caractérisation de l'accident du travail

Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée relevant du Code du Travail ou du Code de la Marine marchande, ou travaillant à son propre compte, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, qu'il y ait faute ou non de sa part.

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

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

Article 101.- Caractérisation de la maladie professionnelle

Est considérée comme maladie professionnelle, toute maladie désignée dans le tableau de maladies professionnelles établi par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Sécurité sociale et du Ministre chargé de la Santé et contractée dans les conditions mentionnées audit tableau.

Article 102.- Présomption de la maladie à caractère professionnel

Est présumée maladie à caractère professionnel, une maladie non désignée dans le tableau de maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime.

Un avis motivé d'un comité comprenant le médecin-conseil de l'institution de prévoyance sociale, le médecin traitant de la victime et un médecin expert désigné par le Ministre chargé de la Santé est requis avant toute prise en charge médicale par l'institution. Le comité rend son avis dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours suivant sa saisine.

Article 103.- Mise à jour des tableaux de maladies professionnelles

La mise à jour des tableaux de maladies professionnelles est effectuée tous les cinq ans par un comité constitué de médecins spécialistes des pathologies professionnelles désignés à raison d'un par Etat membre de l'organe régional en charge de la prévoyance sociale.

Dans le cadre de la prévention et de la mise à jour régulière de la liste des maladies professionnelles, les médecins déclarent à l'institution de prévoyance sociale, à l'inspection du travail et de la sécurité sociale du ressort et à l'inspection médicale du travail, les nouveaux cas de pathologies professionnelles dont ils ont eu connaissance.

La déclaration indique, notamment la nature de l'agent nocif, les facteurs d'ambiance au travail à l'action desquels elle est attribuée ainsi que l'emploi occupé par le malade.

Article 104.- Constatation de la maladie

La première constatation médicale a lieu pendant que le travailleur est exposé au risque ou pendant le délai de prise en charge fixé par les tableaux pour chaque maladie.

Article 105.- Application aux maladies professionnelles des règles relatives aux accidents du travail

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

Toutefois, la date de la première constatation médicale constitue le point de départ de la prise en charge des maladies professionnelles.

Article 106.- Déclaration des procédés de travail dangereux

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

Section 2.- Déclarations, enquêtes et contrôle médical

Sous-section première.- Déclarations et information

Article 107.- Information par la victime

Sauf cas de force majeure, la victime d'un accident du travail informe dans les quarante-huit heures, l'employeur ou l'un de ses préposés. La même obligation incombe aux ayants droit de l'assuré en cas de décès.

Article 108.- Obligations de l'employeur

Les obligations de l'employeur en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle sont :

1. **la prise en charge de la victime**

L'employeur est tenu, dès la survenance de l'accident ou la constatation de la maladie professionnelle :

- de faire assurer les soins de première urgence ;
- d'aviser le médecin de l'entreprise ou, à défaut, le médecin le plus proche ;
- de diriger, éventuellement, la victime, munie d'un carnet d'accident du travail, vers le service de santé de l'entreprise ou, à défaut, la formation sanitaire publique ou l'établissement hospitalier public ou privé le plus proche du lieu de l'accident ;
- de prendre en charge le salaire de la victime dans les proportions prévues à l'article 139 du présent Code jusqu'à la notification de la décision de l'institution.

Dans le cadre d'une mise à disposition, l'entreprise utilisatrice fait assurer les premiers soins au travailleur temporaire.

L'employeur assure également les premiers soins au travailleur indépendant et au travailleur de l'entreprise extérieure.

En ce qui concerne les marins, les soins sont donnés à bord conformément aux règles qui régissent le personnel maritime. Le marin, victime d'un accident du travail, débarqué dans un port étranger, est soumis aux mêmes règles que le travailleur victime d'un accident du travail survenu à l'étranger. Il est pris en charge par l'institution de prévoyance sociale pour compter du lendemain du jour de son débarquement.

2. **l'information et la déclaration**

L'employeur avise l'inspection du travail et de la sécurité sociale du ressort dans un délai de quarante-huit heures de tout accident survenu dans l'entreprise. Ce délai court à compter de la date de survenance de l'accident ou, en cas de force majeure, du jour où l'employeur en a eu connaissance.

Dans le même délai, l'employeur établit la déclaration d'accident en trois exemplaires. Le premier exemplaire est adressé à l'inspection du travail et de la sécurité sociale, le deuxième à l'institution de prévoyance sociale et le troisième est conservé par l'employeur.

Si l'accident concerne un travailleur temporaire ou un travailleur d'une entreprise extérieure, l'entreprise utilisatrice informe, dans les vingt-quatre heures, l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise extérieure qui procède à la formalité de déclaration prévue à l'alinéa premier du présent article.

A chaque exemplaire de la déclaration, l'employeur joint au formulaire de déclaration dûment rempli :

- un certificat médical établi par le médecin traitant, indiquant l'état de la victime, les conséquences de l'accident ou, si les conséquences ne sont pas exactement connues, les suites éventuelles et, en particulier, la durée probable de l'incapacité de travail ;
- un bulletin de salaire ou une attestation indiquant le salaire perçu par le travailleur le mois précédent l'accident ;
- une copie de la pièce d'identité ou un extrait de naissance de la victime ;
- et pour le travailleur occasionnel, le bulletin de paie de la semaine de l'accident ou tout autre moyen de paiement établi par l'employeur.

Dans le même délai, l'employeur notifie, par écrit, à la victime l'envoi de la déclaration à l'institution de prévoyance sociale.

Article 109.- Déclaration par la victime ou ses ayants droit

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

Le travailleur hors activité procède à une déclaration de maladie professionnelle dans un délai ne pouvant excéder deux ans à partir de la constatation de la maladie, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par son travail habituel.

Les modalités de la prise en charge administrative et médicale de la maladie professionnelle sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Sous-section 2.- Enquête et reconnaissance du caractère professionnel de l'accident

Article 110.- Détermination du caractère professionnel de l'accident

Pour déterminer le caractère professionnel de l'accident, l'institution procède à une enquête administrative conduite par ses agents.
L'enquête est contradictoire et porte sur les causes, la nature, les circonstances de l'accident et, éventuellement, l'existence de manquements et de fautes susceptibles d'influer sur la réparation ainsi que sur les responsabilités encourues.

Toutefois, si le caractère professionnel de l'accident ressort manifestement des circonstances de sa survenance ou des pièces produites, l'institution de prévoyance sociale le reconnait sans enquête préalable, sous réserve de son droit de vérification.

Article 111.- Modalités de l'enquête

L'enquêteur peut effectuer toutes constatations et vérifications nécessaires au siège de l'entreprise, au lieu de l'accident ou en tout autre lieu.

Il peut convoquer la victime ou ses ayants droit, l'employeur et toute personne susceptible de fournir des renseignements utiles.

Lorsque la victime est dans l'impossibilité d'assister à l'enquête, l'enquêteur se déplace auprès d'elle pour recevoir sa déclaration.

L'enquête est contradictoire. Les témoins sont entendus en présence de la victime ou de ses ayants droit et de l'employeur.

Les résultats de l'enquête sont consignés dans un rapport. Une copie dudit rapport est adressée à la victime ou à ses ayants droit, à l'employeur et à l'inspecteur du travail et de la Sécurité sociale du ressort.

Article 112.- Délai de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident du travail

L'institution de prévoyance sociale dispose d'un délai de soixante jours francs, à compter de la réception de la déclaration de l'accident, pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident.

A l'expiration de ce délai, lorsque l'employeur, la victime ou ses ayants droit n'ont pas été informés par l'institution de prévoyance sociale de la suite réservée à l'accident ou que celle-ci n'a pas statué sur le caractère professionnel de l'accident, la prise en charge devient obligatoire.

Article 113.- Enquête immédiate en cas d'accident grave

Lorsque l'accident a entraîné ou risque d'entraîner la mort ou une incapacité permanente totale ou partielle, l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale du lieu de l'accident procède immédiatement à une enquête.

Il peut se faire assister, au besoin, par :

- des médecins-inspecteurs du travail ;
- des autorités administratives et des officiers de police judiciaire ;
- des experts agréés qu'il désigne.

L'inspecteur du travail et de la sécurité sociale, ou l'enquêteur qu'il mandate, peut effectuer au siège de l'établissement toutes constatations et vérifications nécessaires.

L'enquête menée par l'inspecteur du travail tient lieu d'enquête administrative.

Article 114.- Droit d'assistance

La victime ou ses ayants droit peuvent se faire assister au cours de l'enquête par le médecin traitant ou une personne de leur choix.

Article 115.- Rapport d'expertise

Lorsque, pour les besoins de l'enquête prévue à l'article 113 du présent Code, l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale désigne un expert agréé, celui-ci remet à l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale un rapport d'expertise dans un délai de quinze jours francs à compter de la date de réception de la demande.

Le rapport d'expertise constitue une pièce technique versée au dossier d'enquête.

Passé ce délai, l'expert peut être dessaisi par décision motivée de l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale, après examen des circonstances ayant justifié le retard.

Article 116.- Procès-verbal d'enquête

Les résultats de l'enquête sont consignés dans un procès-verbal établi par l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale.

Le procès-verbal fait foi jusqu'à preuve du contraire.

Le procès-verbal relate les constatations effectuées, les déclarations recueillies, les pièces collectées et les diligences accomplies. Il mentionne, le cas échéant, les expertises ordonnées et leurs conclusions, lesquelles sont annexées.

Une copie du procès-verbal et de ses annexes est adressée à la victime ou à ses ayants droit, à l'employeur, à l'institution de prévoyance sociale et à toute personne directement mise en cause.

Sous-section 3.- Accord préalable, contrôle médical et expertise

Article 117.- Accord préalable pour les soins complémentaires

L'accord préalable de l'institution de prévoyance sociale est demandé par le médecin traitant pour tous les cas de traitements, soins et prestations complémentaires à ceux dont la mise en œuvre est immédiatement exigée par l'état de l'accidenté.

Ces traitements, soins et prestations complémentaires comprennent notamment les interventions chirurgicales successives, les opérations de chirurgie esthétique liées à l'activité salariée du travailleur, les traitements, soins et prestations occasionnés par les rechutes, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et la fourniture d'appareils de prothèse.

L'accord ou le refus de l'institution de prévoyance sociale, donné après avis de son médecin-conseil, est notifié dans les quinze jours. Le dépassement de ce délai vaut acceptation.

L'absence d'accord préalable libère l'institution de l'obligation de paiement des honoraires des praticiens et des formations sanitaires.

Article 118.- Types de contrôle

L'institution de prévoyance sociale peut, à tout moment, faire procéder à un contrôle sur pièces ou à un examen médical de la victime par son médecin-conseil ou un médecin de son choix.

Article 119.- Droits et obligations de la victime

La victime est tenue :

- de présenter à toute réquisition du service de contrôle médical de l'institution de prévoyance sociale son dossier médical, notamment les certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoire et ordonnances en sa possession ;
- de fournir tous renseignements qui lui sont demandés sur son état de santé ou les accidents du travail antérieurs ;
- d'observer rigoureusement les prescriptions médicales ;
- de se soumettre aux divers contrôles pratiqués par l'institution de prévoyance sociale.

La victime ou ses ayants droit peuvent se faire assister au cours des contrôles médicaux par le médecin traitant ou une personne de leur choix.

Article 120.- Suspension des droits de la victime

L'institution de prévoyance sociale peut suspendre les prestations ou indemnités, lorsque la victime refuse de se soumettre aux prescriptions du présent Code, notamment en matière d'examens, d'enquêtes ou d'expertises, de soins et de traitements médicaux et chirurgicaux.

Article 121.- Expertise médicale en cas de désaccord

En cas de désaccord sur l'état de la victime entre le médecin-conseil et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert.

Le médecin expert est choisi par accord du médecin traitant et du médecin-conseil. Faute d'accord, il est choisi par le Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale après avis du Directeur général de la Santé.

Le médecin expert convoque sans délai la victime ou se rend à son chevet. Il remet son rapport à l'institution de prévoyance sociale, au médecin traitant et au Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale, dans un délai d'un mois, à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier. A défaut, il est pourvu à son remplacement, sauf en cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai.

L'avis du médecin expert s'impose aux parties.

Article 122.- Indemnités des enquêteurs et honoraires des experts

L'institution de prévoyance sociale prend en charge, selon les tarifs qui sont définis par arrêté interministériel des Ministres chargés, respectivement, des Finances, de la Sécurité sociale et de la Santé, les indemnités des enquêteurs ou les honoraires des experts, visés au présent chapitre.

L'expert enquêteur dessaisi en application de l'article 115 du présent Code, ne peut prétendre à aucun honoraire ou indemnité.

Article 123.- Date de la guérison ou de la consolidation

Lors de la constatation de la guérison ou de la consolidation de la blessure, le médecin traitant adresse immédiatement à l'institution de prévoyance sociale un certificat médical précisant la date de la guérison ou de la consolidation et au besoin, le taux d'incapacité permanente ou la date exacte de réexamen de ce taux au terme d'une période déterminée.

En cas de carence du médecin traitant à proposer un taux d'incapacité permanente, le médecin-conseil de l'institution, sur la base des pièces justificatives, procède à l'évaluation de cette incapacité.

L'institution dans tous les cas, au vu de ce certificat et de l'avis du médecin-conseil, fixe la date de la guérison ou de la consolidation et, le cas échéant, le taux d'incapacité permanente.

Section 3.- Réparation des accidents du travail et maladies professionnelles

Sous-section première.- Etendue de la réparation

Article 124.- Prestations aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle

La réparation accordée à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou à ses ayants droit comprend :

- l'indemnité journalière versée au travailleur pendant la période d'incapacité temporaire ;
- l'allocation unique d'incapacité ou la rente servie à la victime en cas d'incapacité permanente ou à ses ayants droit en cas d'accident mortel ;
- le remboursement des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement.

Article 125.- Frais de transport

Le travailleur déplacé ou muté dans les conditions prévues par le Code du Travail, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, a droit au remboursement de ses frais de transport jusqu'à son lieu de résidence habituelle lorsqu'il est dans l'impossibilité de continuer ses services sur place. Ces frais sont à la charge de l'employeur.

Article 126.- Frais funéraires

En cas d'accident suivi de mort, les frais funéraires sont remboursés par l'institution de prévoyance sociale aux ayants droit de la victime dans la limite des frais exposés et sans que le montant puisse excéder le double de la rémunération mensuelle moyenne soumise à cotisation de la victime.

L'institution de prévoyance sociale supporte les frais de transport de restes mortels au lieu de sépulture demandé par la famille dans la mesure où les frais se trouvent soit exposés en totalité soit augmentés du fait que la victime a quitté sa résidence à la

sollicitation de l'employeur pour être embauchée ou que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour son travail hors de sa résidence habituelle.

Article 127.- Faute de la victime

L'accident résultant de la faute intentionnelle ou de la faute inexcusable de la victime ne donne pas lieu à l'indemnité journalière.

Toutefois, une partie des prestations en espèces qui auraient été normalement allouées à la victime décédée sera servie aux personnes à la charge de l'intéressé.

Lors de la fixation de la rente, l'institution de prévoyance sociale peut, si elle estime que l'accident est dû à une faute intentionnelle ou inexcusable de la victime, diminuer la rente, sauf recours du bénéficiaire ou de ses ayants droit devant la juridiction compétente.

Le taux de diminution de la rente en cas de faute de la victime est fixé par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 128.- Faute inexcusable de l'employeur

Lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de l'employeur ou de l'un de ses préposés, les indemnités dues à la victime ou à ses ayants droit sont majorées.

Le montant de la majoration est fixé par l'institution en accord avec la victime et l'employeur ou, à défaut, par le tribunal du travail compétent sans que la rente ou le total des rentes allouées puisse dépasser soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire.

La majoration est payée par l'institution qui en récupère le montant au moyen d'une cotisation supplémentaire imposée à l'employeur et dont le taux et la durée sont fixés par celle-ci, sauf recours de l'employeur devant le tribunal du travail compétent.

Si l'accident concerne un travailleur temporaire ou un travailleur d'une entreprise extérieure, la faute inexcusable de l'entreprise utilisatrice entraine à sa charge une majoration des indemnités dues à la victime ou à ses ayants droit.

Dans le cas où la faute inexcusable est imputable à l'entreprise de travail temporaire, notamment en cas de manquement à ses obligations propres telles que la visite médicale d'embauche, la vérification de l'aptitude du travailleur et la déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, la majoration des indemnités dues à la victime ou à ses ayants droit est supportée par cette entreprise.

Lorsque la faute inexcusable est imputable à l'entreprise extérieure, la majoration des indemnités dues à la victime ou à ses ayants droit est supportée par cette entreprise.

Article 129.- Faute intentionnelle de l'employeur

Si l'accident est dû à une faute intentionnelle de l'employeur, de l'entreprise utilisatrice ou de l'un de leurs préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander réparation du préjudice causé, dans la mesure où la réparation d'un tel préjudice n'est pas prévue par le présent Code. L'institution de prévoyance sociale sert à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités.

Article 130.- Faute d'un tiers

Si l'accident du travail est causé par une personne autre que l'employeur, l'entreprise utilisatrice ou leurs préposés, la victime ou ses ayants droit conservent contre l'auteur de l'accident le droit de demander réparation du préjudice causé conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où le préjudice n'est pas réparé par application du présent Code.

L'institution de prévoyance sociale sert à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités.

Article 131.- Action récursoire de l'institution de prévoyance sociale

L'institution de prévoyance sociale est admise de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident ou le civilement responsable, une action en remboursement des sommes payées par elle et des capitaux constitués à cet effet.

Article 132.- Sursis au jugement et tierce opposition

L'institution est obligatoirement appelée en déclaration de jugement dans tout procès portant sur la responsabilité ou la réparation d'un accident du travail ou pour toute transaction en indemnisation de la victime ou de ses ayants droit.

A défaut, le juge doit d'office sursoir à statuer et ordonner la mise en cause de l'institution.

L'institution qui n'a pas été mise en cause, peut former tierce opposition au jugement rendu en son absence sur les intérêts civils. En cas de rétractation ou de réformation, le nouveau jugement a effet à l'égard de toutes les parties.

Article 133.- Délai de recours

Les actions prévues aux articles 131 et 132 du présent Code sont intentées jusqu'à la consolidation de la victime nonobstant toutes stipulations contraires.

Sous-section 2.- Prestations en espèces

Paragraphe premier.- Indemnités journalières

Article 134.- Salaire de référence du travailleur

Le salaire servant de base au calcul des indemnités du travailleur comprend l'ensemble des salaires ou gains sur lesquels sont assises les cotisations.

Article 135.- Rémunération de base de l'apprenti

La rémunération servant de base à la fixation de l'indemnité de l'apprenti ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie de l'emploi qualifié où l'apprenti aurait été normalement classé.

Article 136.- Rémunération de base du stagiaire

La rémunération servant de base à la fixation de l'indemnité du stagiaire est égal au salaire minimum de la catégorie de l'emploi où le stagiaire est classé.

Article 137.- Ouverture du droit à l'indemnité journalière

Une indemnité journalière est payée à la victime à compter du jour qui suit l'arrêt de

travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les jours non ouvrables pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans les cas de rechute ou d'aggravation, y compris le jour du décès.

Article 138.- Montant de l'indemnité journalière

L'indemnité journalière est égale, pendant les vingt-huit premiers jours de l'arrêt de travail, à la moitié du salaire journalier déterminé à l'article 139 du présent Code.

A compter du vingt-neuvième jour, le taux de cette indemnité est porté aux deux tiers dudit salaire.

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

Article 139.- Détermination du salaire journalier

Le salaire journalier est le salaire moyen perçu par le travailleur pendant les trente jours précédant l'accident.

Ce salaire journalier moyen est obtenu en divisant le montant du salaire perçu pendant cette période par le nombre de jours ouvrables contenus dans ladite période.

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

Article 140.- Cas d'activité d'une durée inférieure à trente jours

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

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

Article 141.- Révision de l'indemnité journalière

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

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

Article 142.- Indemnité journalière en cas d'aggravation de la lésion

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

Article 143.- Modalités de paiement de l'indemnité journalière

L'indemnité journalière est payée par l'institution à la victime.

Toutefois, la victime peut mandater, par écrit, son conjoint ou un tiers pour la perception de cette indemnité. Le mandat n'est valable que pour un seul paiement. L'institution de prévoyance sociale conserve le droit de sursoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires sous huitaine à compter de la notification du sursis au paiement.

Si la victime est mineure, l'indemnité est versée à son représentant légal.

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

Article 144.- Périodicité de paiement

L'indemnité journalière est réglée aux intervalles maxima prévus par le Code du Travail en matière de salaire.

Article 145.- Maintien des avantages et subrogation

L'institution n'est pas fondée à suspendre le service de l'indemnité journalière lorsque l'employeur maintient à la victime tout ou partie de son salaire ou les avantages en nature soit en vertu des usages de la profession soit de sa propre initiative.

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

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

L'employeur et la victime qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas d'accident peuvent en informer l'institution et demander que celle-ci verse à l'employeur la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

Paragraphe 2.- Rentes d'accident du travail ou de maladies professionnelles

Article 146.- Règles de calcul et de liquidation de la rente allouée à la victime

La victime atteinte d'une incapacité permanente médicalement constatée a droit à une rente.

Les règles de calcul et de liquidation des rentes dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que les règles particulières applicables aux apprentis, aux stagiaires et, plus généralement, aux catégories de bénéficiaires dont la rémunération ne peut être déterminée selon les règles de droit commun, sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 147.- Revalorisation des rentes

Les rentes dues au titre d'accident du travail ayant entrainé une incapacité permanente supérieure à 10% et les rentes d'ayants droit sont revalorisées dans les conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés des Finances et du Travail et de la Sécurité sociale.

Article 148.- Majoration de la rente d'incapacité pour assistance d'une tierce personne

Si l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à recourir à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré de 40%. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à 70% du salaire minimum annuel de réparation.

Article 149.- Etendue et taux d'incapacité permanente

L'incapacité permanente peut être totale ou partielle suivant la nature des lésions, leur répartition sur les membres ou segments de membres différents, la conjugaison des infirmités antérieures ou multiples.

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge organique, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que ses aptitudes et sa qualification professionnelle, sur la base d'un barème indicatif d'invalidité commun aux Etats membres de l'organe régional en charge de la Prévoyance sociale.

Article 150.- Révision de la rente d'incapacité permanente

Toute modification dans l'état de la victime, par aggravation ou atténuation de l'incapacité permanente, peut entrainer une révision de la rente.

Cette modification peut être constatée à l'initiative :

- de l'institution qui, dans ce cas, informe, la victime au moins trente jours à l'avance de l'heure et du lieu de l'examen médical de contrôle ;
- de la victime qui, dans ce cas, adresse à l'institution sa demande tendant à une nouvelle fixation de la rente, la demande devant être accompagnée du certificat médical du médecin traitant.

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

Article 151.- Rente des ayants droit

En cas de décès de la victime, ses ayants droit ont droit à une rente. Les conditions d'attribution, de calcul, de liquidation, de partage et de service de cette rente sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 152.- Plafonnement et réduction proportionnelle des rentes d'ayants droit

En aucun cas, l'ensemble des rentes allouées aux différents ayants droit de la victime ne peut dépasser 85% de son salaire annuel. Si leur total dépasse ce pourcentage, les rentes font l'objet d'une réduction proportionnelle.

Article 153.- Périodicité et mode de paiement des rentes

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu.

Lorsque le taux de l'incapacité permanente atteint ou dépasse 75%, le titulaire de la rente peut demander que les arrérages lui soient réglés mensuellement.

Pour les victimes atteintes d'une incapacité de 100%, le paiement mensuel est obligatoire et est payable par l'institution à la résidence du titulaire.

Les rentes sont payées directement à leurs bénéficiaires. Elles ne peuvent pas faire l'objet de versement entre les mains d'un tiers auquel le titulaire de la rente donne délégation pour ses arrérages.

En cas d'impossibilité des services des arrérages, l'institution de prévoyance sociale laisse en réserve le paiement des arrérages échus, en attendant que le titulaire de la rente ou ses ayants droit se manifestent ; la rente peut être rétablie à la demande du bénéficiaire dans le délai de prescription de droit commun.

En cas de décès du titulaire, si la date de décès est connue, les arrérages dus à cette date qui n'ont pas été réclamés par les ayants droit dans les deux années suivant la date de décès ne peuvent être versés aux intéressés.

Les modalités de paiement de la rente sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 154.- Point de départ de la rente

Les arrérages de rente courent du lendemain de la date de consolidation de la blessure ou du décès.

Article 155.- Avance sur rente

En cas de contestation autre que celle portant sur le caractère professionnel de l'accident, l'institution de prévoyance sociale peut accorder à la victime ou à ses ayants droit, sur leur demande, des avances sur rente payables aux mêmes intervalles réguliers que la rente.

Le montant de l'avance et les modalités de remboursement par prélèvement sur les premiers arrérages sont fixés par l'institution de prévoyance sociale sous réserve d'approbation, en cas de contestation du bénéficiaire, par l'Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale.

Article 156.- Cumul des rentes et pensions

Les rentes allouées en réparation d'accidents du travail ou de maladies professionnelles se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire.

La rente et le salaire se cumulent sans aucune limitation.

Article 157.- Rachat de la rente d'incapacité

La rente allouée à la victime est obligatoirement rachetée, sous forme d'allocation unique, à compter du point de départ des arrérages de la rente si le degré ou le taux d'incapacité ne dépasse pas 10%.

Si le taux dépasse 10%, le titulaire de la rente peut demander, à l'expiration d'un délai de cinq ans à compter du lendemain de la consolidation, le règlement du quart du capital représentatif de la portion de rente correspondant à un taux d'incapacité inférieur ou égal à 50%.

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

La demande de rachat facultatif est motivée et adressée à l'institution dans les deux ans qui suivent le délai de cinq ans visé à l'alinéa 2 du présent article.

Article 158.- Cas d'un nouveau mariage

En cas de nouveau mariage, le ou les conjoint(s) survivant(s), s'il n'a pas d'enfant considéré comme ayant droit, cesse d'avoir droit à la rente mentionnée à l'article 151 du présent Code. Il lui est alloué, à titre d'indemnité totale, une somme qui ne peut être supérieure à trois fois le montant de la rente.

S'il a des enfants, le rachat sera différé aussi longtemps que l'un de ses enfants aura droit à une rente en vertu de l'article 151 du présent Code.

Article 159.- Cas du travailleur étranger et de ses ayants droit

Le travailleur étranger victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle qui cesse de résider au Sénégal reçoit, pour indemnité, un capital égal à trois fois la rente qui lui est allouée.

Il en est de même pour l'ayant droit étranger qui cesse de résider au Sénégal.

L'ayant droit étranger d'un travailleur étranger ne reçoit aucune indemnité, si, au moment de l'accident ou de la maladie professionnelle, il ne réside pas au Sénégal.

Toutefois, le travailleur étranger ou son ayant droit étranger jouit des mêmes droits

que les nationaux sénégalais lorsque leur pays d'origine a conclu avec le Sénégal un accord en matière de sécurité sociale ou dispose de lois et règlements qui assurent aux nationaux sénégalais les mêmes droits.

Sous-section 3.- Prestations en nature

Article 160.- Types de prestations

L'institution de prévoyance sociale prend en charge ou rembourse les frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime, en particulier :

- les frais entrainés par les soins à savoir les actes médicaux et chirurgicaux, les soins dentaires, les examens et analyses permettant d'établir des diagnostics et de prodiguer des traitements ;
- la fourniture de produits pharmaceutiques ou accessoires ;
- les frais d'hospitalisation ;
- la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie ;
- la couverture des frais de déplacement.

Paragraphe premier.- Prise en charge des soins

Article 161.- Fourniture, réparation et renouvellement des appareils de prothèse

La fourniture, la réparation, le renouvellement ou le remplacement d'appareils d'orthopédie ou de prothèse pour la victime est subordonné à l'accord de l'institution de prévoyance sociale.

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

Article 162.- Droit de la victime en matière d'appareillage

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

Ne peut prétendre à une voiturette ou à un fauteuil roulant que La victime atteint de lésions graves et incurables du système locomoteur. Le mutilé de membres inférieurs a droit, en cas de nécessité, à un appareil provisoire avant l'appareillage définitif. En aucun cas, cet appareil provisoire ne peut être considéré comme appareil de secours.

Article 163.- Droit en matière de prothèse dentaire

En matière de prothèse dentaire, sauf pour la prothèse maxillo-faciale, la victime se fait appareiller chez un praticien agréé par l'institution de prévoyance sociale. A défaut, l'accord de l'institution est requis.

Article 164.- Réparation et renouvellement d'appareil usagé

Aucune opération de réparation ou de renouvellement d'un appareil usagé n'est effectuée sans l'avis favorable de l'institution de prévoyance sociale.

Le renouvellement n'est accordé que si l'appareil est hors d'usage et reconnu irréparable. Toutefois, si la victime est atteinte de lésions évolutives, son appareil est renouvelable chaque fois que le nécessitent non seulement l'état de l'appareil, mais aussi les modifications de la lésion.

Il appartient à la victime qui demande la réparation ou le remplacement d'un appareil utilisé antérieurement à l'accident d'établir que cet accident a rendu l'appareil inutilisable. Sauf cas de force majeure, les appareils non représentés ne sont pas remplacés.

La victime est responsable de la garde et de l'entretien de ses appareils. Les conséquences de détérioration ou de pertes provoquées intentionnellement ou résultant d'une négligence flagrante demeurent à sa charge.

Article 165.- Propriété des appareils

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

Article 166.- Frais à la charge de l'institution

Les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils ainsi que les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fournitures, de réparation et de renouvellement sont à la charge de l'institution de prévoyance sociale.

Article 167.- Paiement des prestations

Le montant des prestations est versé directement par l'institution de prévoyance sociale aux prestataires et structures de service de santé, sauf en cas de préfinancement.

L'institution prend en charge ou rembourse sur la base des tarifs de responsabilité fixés par arrêté interministériel des Ministres chargés des Finances, du Travail et de la Sécurité sociale et de la Santé.

Article 168.- Refus de prise en charge de frais

La prise en charge des frais peut être refusée en tout ou en partie par l'institution lorsqu'ils ont été engagés à la requête de la victime ou de ses ayants droit et que cette requête ait été reconnue manifestement abusive.

Paragraphe 2.- Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle

Article 169.- Réadaptation fonctionnelle

Le droit à la réadaptation fonctionnelle est reconnu à toute victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle qui a subi un dommage la mettant dans l'impossibilité

de récupérer une physiologie normale.

Le médecin traitant qui prescrit la réadaptation peut entreprendre les traitements nécessaires, de sa seule initiative et dans la mesure des installations dont il dispose, au cours des soins médicaux ou chirurgicaux donnés à la victime.

Les traitements de réadaptation fonctionnelle peuvent être pratiqués dans les établissements spécialisés publics ou privés ou par tout autre moyen approprié. Ils s'effectuent sous surveillance médicale.

Article 170.- Indemnisation de la période de réadaptation fonctionnelle

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

L'institution de prévoyance sociale peut aussi verser une rente dans le cas où la blessure résultant de l'accident ayant nécessité la réadaptation avait été antérieurement consolidée. L'indemnité journalière ne se cumule pas avec la rente. Seule la prestation la plus élevée est versée.

Une fois la réadaptation acquise, la rente reste intégralement due, quelle que soit la nouvelle qualification de la victime.

En cas de reprise partielle d'un travail, la victime bénéficie du plein salaire correspondant au travail effectué, l'employeur supportant la différence entre le salaire et l'indemnité journalière maintenue jusqu'à la fin du traitement, ou éventuellement la rente.

Article 171.- Accidents survenus par le fait ou à l'occasion de la réadaptation

La victime d'un accident survenu par le fait ou à l'occasion de la réadaptation est prise en charge par l'institution.

La déclaration de cet accident à l'institution de prévoyance sociale incombe au Directeur de l'établissement où sont assurés les traitements ou, à défaut, à la victime ou ses ayants droit.

Article 172.- Suspension de cotisation

Il n'est versé à l'institution de prévoyance sociale aucune cotisation pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles pendant la période de réadaptation de la victime.

Article 173.- Obligations de la victime pendant la réadaptation

La victime est tenue :

- de se soumettre aux visites médicales et mesures de toute nature, prescrites dans le cadre de la réadaptation ;
- de se soumettre aux contrôles organisés par l'institution de prévoyance sociale ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée par le médecin traitant ;
- d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Article 174.- Rééducation professionnelle

Le droit à la rééducation est reconnu à toute victime d'accident du travail devenue inapte à exercer sa profession ou qui ne peut le redevenir qu'après une nouvelle adaptation, que la victime ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle.

La rééducation professionnelle est soumise à une entente préalable.

Article 175.- Obligation de reclassement

L'employeur s'efforce de reclasser dans son entreprise, en l'affectant à un poste correspondant à ses aptitudes et à ses capacités, le travailleur atteint d'une réduction de capacité le rendant professionnellement inapte à son ancien emploi. Si l'employeur ne dispose d'aucun emploi permettant le reclassement, le contrat de travail peut être rompu d'accord parties. En cas de désaccord, le licenciement du travailleur est soumis à l'autorisation de l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale dans les mêmes conditions que celles fixées par le Code du Travail pour le délégué du personnel.

Les employeurs sont tenus de réserver aux mutilés du travail un certain pourcentage de leur emploi, qui sera déterminé par décret, compte tenu de la nature de l'activité des entreprises et du nombre de leurs travailleurs.

Article 176.- Bénéfice des prestations en nature et en espèces

Les prestations en nature sont constituées par les frais de rééducation fixés par les contrats de rééducation professionnelle, par les frais de voyage effectué par le mode de transport le moins onéreux, par les frais d'acquisition des appareils indispensables supportés par l'institution de prévoyance sociale.

Les prestations en espèces sont dues pendant la durée de la rééducation. La victime a droit au versement de l'indemnité journalière. Cette indemnité ne se cumule pas avec la rente qui lui aurait été allouée. Seule la prestation la plus substantielle est versée.

Cependant, dans le cas de la reprise partielle d'un travail en vue de favoriser la rééducation, la victime bénéficie du plein salaire correspondant au travail effectué. L'employeur supporte la différence entre ce salaire et l'indemnité journalière maintenue jusqu' à la fin du travail ou éventuellement la rente.

Article 177.- Interruption de la rééducation

En cas d'interruption volontaire des séances de rééducation par la victime, celle-ci ne conserve le droit qu'à l'indemnité journalière ou à la rente, suivant qu'il y a ou non consolidation.

En cas d'interruption involontaire, notamment pour accident ou maladie, le droit de la victime à percevoir l'intégralité de l'indemnité visée à l'article 176 du présent Code est maintenu pour une durée déterminée par le médecin traitant après accord du médecin-conseil de l'institution de prévoyance sociale.

Paragraphe 3.- Remboursement des frais de déplacement

Article 178.- Bénéficiaires

Peuvent bénéficier du remboursement des frais de déplacement :

- la victime et éventuellement ses ayants droit et les témoins qui doivent quitter leur résidence, soit pour répondre à la convocation du médecin-conseil ou se soumettre à une expertise, à un contrôle ou à un traitement, soit pour obtenir la fourniture, le renouvellement ou la réparation d'appareils de prothèse ;
- la ou les personnes qui accompagnent la victime lorsque celle-ci ne peut se déplacer seule, sur présentation d'un certificat médical constatant cette impossibilité ;
- la personne qui assiste la victime ou ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article 148 du présent Code.

Article 179.- Types de frais de déplacement

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

Article 180.- Frais de transport

Le remboursement des frais de transport n'est admis qu'en fonction du trajet le plus court et du moyen le plus économique.

L'utilisation d'un autre moyen de transport devra être justifiée par un certificat médical ou une attestation de l'employeur, constatant l'impossibilité médicale ou matérielle d'user des moyens visés à l'alinéa premier du présent article.

Lorsque les frais de transport à engager dépassent les possibilités financières de la victime ou de ses ayants droit, ils sont pris en charge directement par l'institution de prévoyance sociale.

Article 181.- Frais de séjour

Les frais de séjour correspondent aux frais de repas et de coucher.

Les tarifs de remboursement de ces frais sont fixés en fonction de la convention collective dont relève la victime.

Article 182.- Indemnité compensatrice de perte de salaire

L'indemnité compensatrice de perte de salaire est due pendant l'interruption du travail nécessitée par le déplacement et est égale à l'indemnité journalière.

Les ayants droit et les personnes visées à l'article 178 du présent Code, à l'exception de la personne qui assiste la victime ou ses ayants droit dans les conditions prévues à l'article 148 du présent Code, reçoivent également cette indemnité, sauf si la perte de salaire subie est supérieure à l'indemnisation calculée en fonction du salaire de la victime. Dans ce cas, le préjudice subi donne lieu à remboursement dans la limite du plafond prévu à l'article 152 du présent Code.

Article 183.- Modalités de remboursement des frais de déplacement

Le remboursement des frais de déplacement se fait sur présentation de pièces justificatives, notamment :

- la convocation ou le certificat médical ayant motivé le déplacement. Dans ce cas, le certificat médical doit constater l'impossibilité de consulter le spécialiste ou de recevoir les soins nécessaires sur place ;
- le titre de transport ou le récépissé délivré par les entreprises qui exigent le titre de transport à l'arrivée.

Les autres modalités de remboursement des frais de déplacement sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Sous-section 4.- De la rechute

Article 184.- Qualification de la rechute

La rechute est caractérisée par l'apparition d'une lésion résultant d'un accident du travail chez une personne considérée comme guérie ou consolidée ou qui n'avait souffert jusqu'alors d'aucune lésion apparente. La rechute suppose un fait nouveau.

Elle se manifeste par une aggravation de la lésion initiale ou une apparition d'une nouvelle lésion liée à l'accident du travail ou la maladie professionnelle.

Article 185.- Imputabilité et prise en charge de la rechute

La victime alléguant une rechute est tenue :

- de fournir les preuves de l'imputabilité à l'accident évoqué, notamment, radiographies, certificat et analyses ;
- de se présenter à toute réquisition du service de contrôle médical de l'institution pour un examen par le médecin conseil ou toute personne habilitée.

L'institution de prévoyance sociale détermine le lien de causalité entre la rechute et l'accident initial, sur la base des justificatifs produits par la victime.

La prise en charge de la rechute s'effectue dans les mêmes conditions prévues aux articles 124 à 183 du présent Code.

Chapitre III.- Prévention des risques professionnels

Article 186.- Objet de la prévention des risques professionnels

La prévention des risques professionnels consiste à entreprendre, promouvoir et mettre en œuvre toute action de nature à prémunir les assurés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Article 187.- Politique nationale de Sécurité et Santé au Travail

Le Ministère en charge de la Sécurité sociale élabore la Politique nationale de Sécurité et Santé au Travail assortie d'un Programme national de Sécurité et Santé au Travail renouvelable tous les cinq ans.

Article 188.- Programme de prévention des risques professionnels

L'institution de prévoyance sociale élabore, chaque année, en collaboration avec la Direction générale du Travail et de la Sécurité sociale, un programme de prévention des risques professionnels, soumis à l'approbation du conseil d'administration.

Article 189.- Missions de l'institution de prévoyance sociale en matière de prévention des risques professionnels

Dans le cadre de la mise en œuvre des actions de prévention, conformément à la Politique nationale de Sécurité et Santé au Travail définie par l'Etat, l'institution de prévoyance sociale :

- recueille pour les diverses catégories d'entreprises toutes les données permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles en tenant compte notamment de leurs causes et circonstances, de leur fréquence, de l'importance des incapacités qui en résultent et des coûts de la réparation ;
- procède ou fait procéder à toute enquête jugée utile en ce qui concerne l'état sanitaire et social, les conditions de sécurité et de santé des travailleurs ;
- recourt à tous les procédés de publicité et de sensibilisation pour faire connaître, tant dans les entreprises que parmi la population, les méthodes de prévention;
- applique une majoration de cotisations, selon les taux prévus à l'article 319 du présent Code, à tout employeur qui ne respecte pas les mesures de prévention préconisées, sans préjudice des amendes administratives ou pénales infligées en cas de manquements aux obligations en matière de sécurité et santé au travail ;
- promeut la formation en matière de prévention des risques professionnels.

Article 190.- Agents chargés de la prévention des risques professionnels

Les actions de prévention sont effectuées par les inspecteurs et contrôleurs du travail et de la sécurité sociale, les médecins-inspecteurs du travail et les agents de prévention habilités de l'institution de prévoyance sociale.

Article 191.- Fonds de prévention des risques professionnels

Il est créé un fonds spécial appelé fonds de prévention des risques professionnels chargé d'assurer le financement des activités de prévention des risques professionnels.

Les modalités de constitution et d'utilisation de ce fonds sont fixées par décret.

Article 192.- Promotion des actions de prévention des risques professionnels

L'institution de prévoyance sociale peut consentir des subventions ou avances, selon les modalités définies par le conseil d'administration, en vue :

- de récompenser toute initiative en matière de prévention des risques professionnels ;

- d'étudier et faciliter la réalisation d'aménagements destinés à assurer une meilleure protection des travailleurs ;

- de créer et développer des institutions, œuvres ou services dont le but est de susciter et de perfectionner les méthodes de prévention, de réadaptation et de rééducation, les conditions de sécurité et santé au travail et plus généralement l'action sanitaire et sociale.

Les modalités d'application des mesures de prévention des risques professionnels sont fixées par décret.

Chapitre IV.- Prestations familiales

Article 193.- Objet des prestations familiales

Les prestations familiales sont des prestations sociales ayant pour objet d'apporter à l'assuré social une aide compensant partiellement les charges engagées pour la subsistance de la famille et l'éducation des enfants.

Section première.- Conditions d'attribution du droit

Article 194.- Personnes couvertes

La branche des prestations familiales est instituée au profit des travailleurs salariés relevant du Code du Travail et du Code de la Marine marchande ayant à leur charge un ou plusieurs enfants résidant au Sénégal.

Toutefois, le travailleur qui effectue dans un autre Etat, pour l'exécution de son contrat de travail, un séjour temporaire dont la durée n'excède pas six mois, renouvelables une fois, continue à bénéficier des prestations familiales.

Le travailleur qui effectue dans un autre Etat un stage de formation ou de perfectionnement continue à bénéficier des prestations familiales pendant la durée du stage.

Ne sont pas visés par les dispositions du présent Code, les travailleurs dont les enfants ont droit à un régime de prestations familiales plus favorable et les travailleurs qui ont leur résidence habituelle dans un autre Etat et qui, pour l'exécution de leur contrat de travail, effectuent au Sénégal un séjour temporaire dont la durée n'excède pas six mois renouvelables une fois.

Des conventions bilatérales ou multilatérales de sécurité sociale peuvent fixer les conditions d'attribution des prestations familiales aux travailleurs et aux enfants à charge ne remplissant pas les conditions de résidence à l'alinéa premier du présent article.

Article 195.- Conditions du bénéfice des prestations

Le droit aux prestations familiales est subordonné à la justification par le travailleur d'une activité professionnelle exercée chez un ou plusieurs employeurs, pendant trois mois consécutifs et un temps minimal de travail de dix-huit jours ou cent vingt heures dans le mois.

Ce temps de travail peut être reporté sur une période de deux mois dans le trimestre pour les professions et les emplois comportant, en raison de leur nature, un horaire de travail intermittent ou irrégulier.

Le droit aux prestations familiales rétroagit à la date de l'engagement. Cette rétroactivité ne peut excéder un an.

Article 196.- Maintien du droit aux prestations

Les prestations familiales sont dues pour le mois entier qui marque la fin de la période d'ouverture des droits, quelle que soit la cause de la cessation des droits.

Le droit aux prestations familiales est maintenu dans les cas suivants :

- les absences pour congé payé ;
- les absences pour accident du travail ou maladie professionnelle ;
- les absences pour maladie dûment constatée par un certificat médical, dans la limite de douze mois ;
- pour les femmes salariées, les périodes de congé de maternité prévues par le Code du Travail ;
- dans les limites de trois, six ou douze mois, lorsque le travailleur est en situation de perte d'emploi non consécutive à un licenciement pour faute lourde, à une démission ou une admission à la retraite et s'il justifie respectivement de six, douze ou dix-huit mois et plus, de présence continue dans l'entreprise.

En cas de reprise de travail suite à une perte d'emploi dans le délai de six mois, les conditions prévues à l'article 195 du présent Code ne sont pas opposables à l'assuré.

Continuent à bénéficier des prestations familiales les veuves des allocataires et les travailleurs atteints d'une incapacité permanente totale à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour leurs enfants restés effectivement à leur charge.

Les prestations familiales dont bénéficient les enfants placés sous tutelle sont versées au tuteur.

Les prestations familiales dont bénéficient les orphelins lorsqu'ils ne sont pas placés sous tutelle sont versées à la personne physique ou morale qui en a la charge.

Article 197.- Interdiction de cumul

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

Aucun cumul n'est admis.

Article 198.- Détermination du taux de base

Le taux de base des prestations familiales est fixé par décret en fonction de l'évolution du coût de la vie et de l'équilibre de la branche.

Section 2.- Prestations

Sous-section première.- Des prestations en espèces

Article 199.- Types de prestations

Les prestations en espèces sont :

- les allocations prénatales ;
- les allocations de maternité ;
- les allocations familiales ;
- les indemnités journalières de congé de maternité.

Paragraphe premier.- Conditions d'ouverture des prestations de maternité

Article 200.- Allocations prénatales

Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme conjointe d'un travailleur, à toute femme salariée non mariée et à toute femme salariée dont le mari n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée, à compter du jour où l'état de grossesse est déclaré jusqu'à l'accouchement.

Article 201.- Allocations de maternité

Le droit aux allocations de maternité est ouvert à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié qui donne naissance sous contrôle médical à un enfant né vivant et inscrit sur les registres de l'état civil.

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

Ce droit naît du jour de la naissance jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant.

Article 202.- Indemnités journalières de congé de maternité

La femme salariée enceinte a droit, pendant la durée de son congé de maternité prévu par le Code du travail, à des indemnités journalières.

Paragraphe 2.- Conditions d'ouverture des allocations familiales

Article 203.- Ouverture du droit

Des allocations familiales sont attribuées au travailleur pour chacun des enfants à sa charge âgé de plus de deux ans et de moins de dix-huit ans. La limite d'âge est portée à vingt-et-un ans pour l'enfant placé en apprentissage et à vingt-cinq ans si l'enfant poursuit des études ou si, par suite d'une infirmité ou d'une maladie incurable, il est dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

Article 204.- Catégories d'enfants à charge

Ouvre droit aux allocations familiales en espèces, l'enfant qui entre dans l'une des catégories suivantes :

- l'enfant légitime et naturel de l'assuré ;

- l'enfant ayant fait l'objet d'une adoption conformément à la loi ;
- l'enfant placé sous tutelle légale de l'assuré.

Les conditions d'attribution, de suspension et d'extinction des droits aux prestations en espèces sont déterminées par décret.

Sous-section 2.- Des prestations en nature

Article 205.- Prestations servies

En sus des prestations en espèces prévues à l'article 199 du présent Code, des prestations en nature sont servies aux épouses et enfants de l'assuré ou à toute personne qui en a la charge, conformément aux dispositions de l'article 194 du présent Code.

Les conditions d'attribution, de suspension et d'extinction des droits aux prestations en nature sont déterminées par décret.

Outre le service des prestations en nature prévu à l'alinéa premier du présent article, l'action sanitaire, sociale et familiale a pour objet l'institution et la gestion des services médico-sociaux et des services sociaux.

Article 206.- Création et financement du fonds d'action sanitaire, sociale et familiale

Il est créé un fonds spécial dénommé fonds d'action sanitaire, sociale et familiale chargé de financer les prestations en nature des services sociaux et des services médico-sociaux.

Le financement du fonds est assuré par une dotation de la branche des prestations familiales dont le taux est fixé par décret, les subventions, dons et legs approuvés par le conseil d'administration.

Article 207.- Dépenses du fonds

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

- à toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires destinées en priorité aux populations assurées exposées au risque de précarité ;
- à la collecte et à l'exploitation des informations et des résultats des recherches portant sur les endémies, sur la protection maternelle et infantile ainsi qu'aux campagnes pour le développement des mesures de prévention et de réhabilitation ;
- à la création et à la gestion des centres d'action sanitaire et sociale en vue d'assurer la protection maternelle et infantile, le suivi et l'accompagnement des assurés invalides, la diffusion et la promotion de l'hygiène et de la sécurité dans les foyers des assurés ;
- à l'acquisition, l'aménagement et au fonctionnement des sites d'accueil, de logement et d'hébergement des personnes âgées ainsi que de l'enfance malheureuse ;

- au service des prestations en nature en complément des prestations en espèces;
- à l'attribution d'aide financière, de subvention ou de prêt à des institutions publiques ou privées agissant dans les domaines sanitaire et social et dont l'activité présente un intérêt pour les assurés et les bénéficiaires des prestations sociales ;
- au soutien aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la prévoyance sociale ;
- à toute autre prestation autorisée par le Conseil d'Administration de l'institution.

Les dépenses effectuées au titre de ce fonds font l'objet d'un rapport spécial soumis à l'appréciation du conseil d'administration à la fin de chaque exercice.

Chapitre V.- Vieillesse, invalidité, survivants

Article 208.- Principes de gestion des régimes de retraite

L'institution de prévoyance sociale gère un régime général et un régime complémentaire de retraite. Elle applique un système par répartition.

Toutefois, il est également autorisé la mise en place de systèmes volontaires de retraite par capitalisation.

Section première.- Régime général de retraite

Paragraphe premier.- Dispositions générales

Article 209.- Prestations

Les prestations du régime général comprennent :

- la pension de retraite ;
- l'allocation unique de vieillesse ;
- les pensions d'invalidité ou d'inaptitude ;
- les pensions de survivants ;
- les remboursements de cotisations.

Article 210.- Assurés, bénéficiaires

Relèvent du régime général de retraite, en qualité d'assurés :

- à compter de leur date d'embauche, les travailleurs qui sont restés en service au moins trente jours dans un établissement, affiliés de façon continue ou discontinue ;
- les anciens assurés ayant volontairement maintenu leur affiliation, à condition :

✓ d'avoir définitivement perdu leurs emplois salariés ;

✓ d'avoir cotisé au régime pendant un an ;

✓ de produire un certificat de travail délivré par le dernier employeur et le dernier

bulletin de salaire ;

- ✓ de produire une attestation de non-travail délivrée par l'autorité compétente ou tout autre document en tenant lieu ;
- les anciens travailleurs qui bénéficient d'une pension de retraite.

Relèvent également de l'institution, en qualité de bénéficiaires, les veufs, les veuves et les orphelins d'assurés, admis ou éligibles au bénéfice d'une pension de réversion en vertu des dispositions des articles 227 à 238 du présent Code.

Article 211.- Périodes de services validées

Les périodes de services validées, donnant lieu à attribution de points de retraite, comprennent, à partir de la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise :

- les périodes de services effectifs déclarées et dûment justifiées jusqu'à l'âge d'ouverture du droit à pension, qu'elles aient ou non donné lieu à cotisation ;
- les périodes durant lesquelles le contrat de travail est suspendu pour l'un des motifs prévus par le Code du Travail, sauf pendant la durée du mandat du travailleur auprès des Institutions de la République ou des collectivités territoriales et pendant la mise en disponibilité du travailleur ;
- les périodes d'interruption de service pendant lesquelles l'assuré est atteint d'une invalidité physique ou mentale dans les conditions fixées par les articles 221 et 222 du présent Code.

Les périodes de service déclarées et dûment justifiées, comprises entre l'âge d'ouverture du droit à pension et un âge ne dépassant pas de cinq ans cet âge d'ouverture, ayant donné lieu à cotisation, ouvrent droit à des points de bonification pour ajournement de la retraite, sauf pour les emplois et professions éligibles déterminés par décret.

Aucune prestation n'est attribuée pour les carrières au-delà des limites d'âge fixées par le décret prévu à l'article 213 du présent Code.

Article 212.- Ressources du régime

Le régime général est alimenté par les ressources fixées à l'article 72 du présent Code.

Au cours du 4e trimestre de chaque année, le conseil d'administration de l'institution fixe sur la base d'études actuarielles, et dans le respect des minima et des maxima définis par le Ministre chargé de la Sécurité sociale, le taux d'appel des cotisations à appliquer pour l'exercice suivant, en fonction des exigences liées à l'équilibre du régime notamment de manière à ce que les recettes totales permettent, d'une part, de couvrir les charges techniques et les frais de gestion et, d'autre part, de doter les réserves et éventuellement les fonds spéciaux.

La cotisation à verser à l'institution est répartie à raison de 60% à la charge de l'employeur et de 40% à la charge de l'assuré.

Paragraphe 2.- Pension de vieillesse

Article 213.- Age d'ouverture du droit à pension

L'âge d'ouverture du droit à une pension de vieillesse est fixé par décret, après avis de l'institution de prévoyance sociale.

Toutefois, peut également demander la jouissance anticipée de ses droits, au plus tôt cinq ans avant l'âge d'ouverture du droit à une pension, tout assuré social qui remplit la condition d'assurance ouvrant droit à une pension viagère, sous réserve de l'application sur ses droits d'un coefficient d'anticipation définitif fixé par décret, après avis de l'institution de prévoyance sociale.

L'âge d'ouverture du droit à pension peut être reporté par décret, après avis de l'institution de prévoyance sociale, à un âge ne pouvant excéder cinq ans afin d'assurer l'équilibre financier du régime ou lorsque le marché de l'emploi le permet ou que l'augmentation de l'espérance de vie l'exige en vue du maintien et de l'amélioration de la valeur des prestations.

Article 214.- Anticipation sans abattement

Les travailleurs peuvent bénéficier par anticipation et sans abattement d'une retraite dans les conditions suivantes :

- cinq ans avant l'âge d'ouverture des droits pour les travailleurs déclarés inaptes médicalement ;
- cinq ans avant l'âge d'ouverture des droits pour les travailleurs ayant cessé toute activité salariée avant le 1er juillet 2016 ;
- cinq ans avant l'âge d'ouverture des droits lorsque les travailleurs occupent des emplois reconnus pénibles par la réglementation en vigueur ou les conventions ou accords collectifs.

Les critères de pénibilité sont fixés par décret.

Article 215.- Délai de stage

Le droit à pension de vieillesse est garanti aux assurés ayant l'âge d'ouverture du droit et accompli un délai de stage d'au minimum cent-vingt mois ou mille points de retraite pour le travailleur ayant terminé sa carrière au régime général.

Le délai de stage est ramené à cinq cent points de retraite ou soixante mois d'affiliation pour le travailleur ayant terminé sa carrière en tant qu'employé de maison.

Un décret peut prévoir des aménagements au délai de stage.

Article 216.- Liquidation de la pension

La liquidation de la pension de retraite ne peut être opérée que sur demande de l'intéressé, assortie d'une justification de cessation d'activité.

Les formalités afférentes à cette demande et les modalités de calcul de la pension de retraite, y compris l'allocation unique de vieillesse sont fixées par décret.

Article 217.- Suspension de la pension

Au cas où le titulaire d'une pension de vieillesse reprend une activité professionnelle, 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 218.- Date de dépôt et arrérages

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

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

Toutefois, si le dépôt tardif de la demande de liquidation de retraite n'est pas imputable au fait personnel de l'allocataire, celui-ci peut prétendre à un rappel plafonné à une année d'arrérages.

Les révisions de pension sont calculées sur la base de la valeur historique du point de retraite et ne peuvent ouvrir droit au paiement de rappels portant sur plus de cinq ans.

Article 219.- Pension minimale

Le montant minimum mensuel de la pension de vieillesse, de la pension d'invalidité ou de la pension anticipée est égal au moins à la pension minimale dont le montant est fixé par décret.

Paragraphe 3.- Allocation unique de vieillesse

Article 220.- Conditions d'ouverture

Le droit à une allocation unique de vieillesse est ouvert à tout assuré ayant atteint l'âge légal de liquidation de la retraite, qui a cessé toute activité salariée, mais ne remplit pas la condition ouvrant droit à une pension viagère.

Les modalités d'octroi de l'allocation unique de vieillesse sont déterminées par décret.

Sous-section 2.- Pensions d'invalidité

Article 221.- Qualification de l'invalidité

Est considéré comme invalide tout assuré social qui, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, subit la diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales, dûment certifiée par un médecin désigné ou agréé par l'institution de prévoyance sociale et réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain.

Article 222.- Constatation de l'état d'invalidité

L'état d'invalidité est constaté par le médecin traitant et confirmé par le médecin-conseil de l'institution qui l'apprécie en tenant compte de la capacité de travail restante de l'assuré, de son état général, de son âge, de ses facultés physiques ou mentales

ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

Article 223.- Désaccord sur l'état d'invalidité

Faute d'accord sur l'état d'invalidité entre le médecin-conseil de l'institution et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert qui est choisi par accord du médecin traitant et du médecin-conseil.

En cas de désaccord sur la désignation du médecin expert, le Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale procède à une désignation d'office, après avis du Directeur général de la Santé.

Le médecin expert convoque sans délai la victime ou se rend à son chevet. Il remet son rapport à l'institution et au médecin traitant dans un délai maximum de quinze jours à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier. A défaut, il est pourvu à son remplacement, sauf en cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai autorisée par le Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale.

L'avis du médecin expert s'impose aux parties.

Les modalités d'attribution ainsi que le montant de la pension d'invalidité sont fixés par décret.

Article 224.- Révision de la pension d'invalidité

La pension d'invalidité est concédée à titre temporaire. Elle peut être révisée après un examen prescrit par l'institution de prévoyance sociale en vue de déterminer le nouveau degré d'incapacité, ou suivant des modalités particulières définies par la règlementation en vigueur.

Article 225.- Majoration en cas d'assistance par une tierce personne

Le titulaire d'une pension d'invalidité, qui a besoin de façon constante de l'aide et de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à une majoration de sa pension d'invalidité dans la limite des taux fixés par décret.

L'état d'invalidité de l'assuré est soumis à une confirmation annuelle par un médecin-conseil dûment agréé par l'institution.

Article 226.- Mutation de la pension d'invalidité en pension de vieillesse

La pension d'invalidité est remplacée à l'âge d'anticipation de la retraite par une pension de vieillesse qui ne subit aucun abattement.

Les modalités de financement de la pension d'invalidité sont fixées par décret.

Sous-section 3.- Pensions de survivants ou de réversion

Article 227.- Ouverture du droit

En cas de décès d'un assuré social en activité ou du titulaire d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité, ses ayants droit bénéficient d'une pension de réversion.

Les modalités d'attribution et le niveau de la pension de réversion sont définis par décret.

Article 228.- Détermination des survivants

Est considéré comme survivant :

- le conjoint au sens du Code de la Famille ;
- l'orphelin du défunt et l'enfant ayant fait l'objet d'une adoption judiciaire ;
- l'ascendant, en l'absence de conjoint survivant et de descendant en ligne directe au 1er degré, sous réserve qu'il ne soit pas condamné pour abandon de famille.

Article 229.- Age d'ouverture du droit à la pension de réversion veuve

L'âge d'ouverture du droit à une pension de veuve est fixé à cinquante ans ou à tout âge lorsque la veuve a un enfant à charge issu de son union avec l'auteur des droits.

Toutefois, les veuves éligibles à une pension viagère peuvent bénéficier par anticipation de la pension à partir de quarante-cinq ans, sous réserve de l'application sur leurs droits, d'un abattement définitif de 5% par annuité d'anticipation.

Les âges limites fixés dans le présent article peuvent faire l'objet d'aménagements définis par décret.

Article 230.- Formalités pour la pension de veuve

La liquidation de la pension de veuve est effectuée à la demande de l'intéressée.

Les modalités de calcul de la pension de veuve, y compris l'allocation unique, sont fixées par décret.

Article 231.- Date de dépôt et arrérages pour la pension de veuve

La pension de réversion de veuve prend effet le premier jour du mois civil suivant la date du décès, à condition que la demande de pension ait été adressée à l'institution dans un délai de six mois suivant la date de décès de l'assuré et que le défunt n'ait pas bénéficié d'une pension sur ce mois.

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

Toutefois, si le dépôt tardif de la demande de liquidation de réversion n'est pas imputable au fait personnel de l'allocataire, celui-ci peut prétendre à un rappel plafonné à une année d'arrérages.

Article 232.- Age d'ouverture du droit à la pension de réversion veuf

L'âge d'ouverture du droit à une pension de veuf est indexé à l'âge de liquidation de la pension de retraite.

Toutefois, le veuf éligible à une pension viagère peut bénéficier par anticipation de la pension cinq ans avant l'âge d'ouverture des droits sous réserve de l'application sur ses droits, d'un abattement définitif de 5% par annuité d'anticipation.

Ces conditions d'âge peuvent faire l'objet de réaménagements définis par décret.

Article 233.- Formalités pour la pension de veuf

La liquidation de la pension de veuf est effectuée à la demande de l'intéressé.

Les modalités de calcul de la pension de veuf, y compris l'allocation unique, sont fixées par décret.

Article 234.- Date de dépôt et arrérages pour la pension de veuf

La pension ou l'allocation de veuf prend effet le premier jour du mois civil suivant la date du décès, à condition que la demande ait été adressée à l'institution dans un délai de six mois suivant la date de décès de l'assurée et que la défunte n'ait pas bénéficié d'une pension sur ce mois.

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

Article 235.- Age d'ouverture du droit à pension d'orphelin

Le droit à pension d'orphelin est ouvert à tout enfant à charge âgé de moins de vingt et un ans dont l'ascendant survivant n'était pas marié avec l'auteur des droits ou dont les deux ascendants sont décédés.

L'enfant à charge est également éligible à une pension d'orphelin, si son père ne peut prétendre dans l'immédiat à une pension de veuf.

Le bénéfice du droit est étendu aux enfants âgés de vingt-trois ans si l'enfant poursuit des études ou si, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, il est dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

Article 236.- Formalités pour la pension d'orphelin

La liquidation de la pension d'orphelin est effectuée à la demande de la personne ayant la charge de l'enfant mineur ou à la demande de l'orphelin majeur.

Les modalités de calcul de la pension d'orphelin, y compris l'allocation unique, sont fixées par décret.

Article 237.- Date de dépôt et arrérages pour la pension d'orphelin

La pension d'orphelin prend effet le premier jour du mois civil suivant la date du décès de l'auteur des droits, à condition que la demande de pension ait été adressée à l'institution dans un délai de six mois suivant la date de décès et que l'auteur des droits n'ait pas bénéficié d'une pension sur ce mois.

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

Article 238.- Plafond de la pension de réversion

Le cumul des pensions de survivants ne peut excéder celui de la pension à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit. Au cas où ce montant excède les droits directs, les pensions de survivants sont réduites proportionnellement conformément aux règles définies par décret.

Article 239.- Cumul de pensions

Les pensions servies à l'assuré par deux régimes différents, en vertu de son statut particulier et pour la constitution desquelles il a été appelé à subir, sur des périodes d'activité distinctes, une retenue sur son traitement ou salaire, sont cumulables.

Nul ne peut cumuler des prestations de même nature pour la constitution desquelles les cotisations et les périodes d'affiliation sont identiques.

Dans le cas où l'assuré social est éligible à deux prestations de même nature du fait de son statut particulier ou personnel, notamment en matière de réversion de pension, seule la prestation la plus importante lui est servie.

Sous-section 4.- Remboursement de cotisations

Article 240.- Modalités

Les cotisations versées en double du chef d'un même assuré font l'objet de remboursement à son profit de la part salariale pour la partie supérieure au plafond.

Si les cotisations versées ne permettent pas à l'assuré, lorsque son âge dépasse l'âge d'ouverture du droit à pension de retraite, de prétendre à une quelconque prestation, la part salariale lui est remboursée.

Les cotisations versées par anticipation dans le cadre des départs négociés font l'objet de remboursement pour la part salariale lorsque l'assuré, par suite d'une anticipation du paiement de sa retraite, ne peut en jouir.

Le même bénéfice est accordé aux ressortissants des pays accordant la réciprocité aux sénégalais en matière de retraite et qui rentrent définitivement.

Les ressortissants des pays ayant signé avec le Sénégal des conventions ou accords en matière de retraite ont le droit d'option lorsqu'ils rentrent définitivement, entre le remboursement de leurs cotisations personnelles ou la liquidation de leurs droits à pension à l'âge normal fixé à cet effet.

Section 2.- Régime complémentaire

Article 241.- Prestations

Les prestations du régime complémentaire comprennent :

- la pension de retraite complémentaire ;
- l'allocation unique complémentaire ;
- la pension complémentaire d'invalidité ;
- les pensions complémentaires de survivants ;
- l'allocation forfaitaire cadre ;
- les remboursements de cotisations.

Article 242.- Immatriculation au régime complémentaire

Les employeurs sont assujettis au régime complémentaire de retraite géré par l'institution de prévoyance sociale, dans les conditions fixées par les dispositions du présent Code.

Les établissements ou employeurs déjà immatriculés au régime général sont d'office immatriculés au régime de retraite complémentaire.

Article 243.- Assurés et bénéficiaires

Relèvent du régime de retraite complémentaire, en qualité d'assurés :

- à compter de leur date d'embauche, les travailleurs qui sont restés en service au moins trente jours dans un établissement, affiliés de façon continue ou discontinue et dont les salaires dépassent le plafond du régime général de retraite ;
- les anciens assurés ayant volontairement maintenu leur affiliation, à condition :

✓ d'avoir perdu leurs emplois salariés ;

✓ d'avoir cotisé au régime complémentaire pendant un an ;

✓ de produire un certificat de travail délivré par le dernier employeur et le dernier bulletin de salaire ;

✓ de produire une attestation de non-travail délivrée par l'autorité compétente ou tout autre document en tenant lieu.

Relèvent également de l'institution, en qualité de bénéficiaires :

- les anciens travailleurs cadres qui bénéficient d'une pension de retraite ;
- les anciens travailleurs des employeurs admis au bénéfice de l'allocation forfaitaire, en vertu des dispositions réglementaires en vigueur ;
- les veufs, les veuves et les orphelins d'assurés, admis ou éligibles au bénéfice d'une pension de réversion.

Article 244.- Périodes de services validées

Les périodes de services validées, donnant lieu à attribution de points de retraite complémentaire, comprennent, à partir de la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise:

- les périodes de services effectifs déclarées et dûment justifiées jusqu'à l'âge d'ouverture du droit à pension, qu'elles aient ou non donné lieu à cotisation ;
- les périodes durant lesquelles le contrat de travail est suspendu pour l'un des motifs prévus par le Code du Travail, sauf pendant la durée du mandat du travailleur auprès des Institutions de la République ou des collectivités territoriales et pendant la mise en disponibilité du travailleur ;

- les périodes d'interruption de service pendant lesquelles l'assuré est atteint d'une invalidité physique ou mentale dans les conditions fixées par les articles 221 et 222 du présent Code.

Les périodes de service déclarées et dûment justifiées, comprises entre l'âge d'ouverture du droit à pension et un âge ne dépassant pas de cinq ans cet âge d'ouverture, ayant donné lieu à cotisation, ouvrent droit à des points de bonification pour ajournement de la retraite, sauf pour les emplois et professions éligibles déterminés par décret.

Aucune prestation n'est attribuée pour les carrières au-delà des limites d'âge fixées par le décret prévu à l'article 213 du présent Code.

Article 245.- Ressources du régime

Le régime complémentaire est alimenté par les ressources fixées à l'article 72 du présent Code.

Au cours du 4e trimestre de chaque année, le conseil d'administration de l'institution fixe, sur la base d'études actuarielles et dans le respect des minima et des maxima définis par le Ministre chargé de la Sécurité sociale, le taux des cotisations à appliquer pour l'exercice suivant.

La fixation de ce taux est fonction des exigences liées à l'équilibre du régime notamment de manière à ce que les recettes totales permettent d'une part, de couvrir les charges techniques et les frais de gestion et d'autre part, de doter les réserves et éventuellement les fonds spéciaux.

La cotisation à verser à l'institution est répartie à raison de 60% à la charge de l'employeur et de 40% à la charge de l'assuré.

Sous-section première.- Pensions et allocations complémentaires de retraite

Article 246.- Age d'ouverture du droit

L'âge d'ouverture du droit à pension de retraite complémentaire ainsi que ses aménagements sont les mêmes que pour le régime général de retraite.

Article 247.- Délai de stage

Le délai de stage du régime général est applicable au régime complémentaire.

Article 248.- Formalités

La liquidation de la pension est effectuée d'office dès l'enregistrement de la demande de l'assuré social au régime général de retraite.

Sous-section 2.- Allocation unique complémentaire

Article 249.- Ouverture du droit

Le droit à une allocation unique est ouvert à tout assuré social déclaré au régime complémentaire, ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite, qui a cessé toute activité salariée, mais ne remplissant pas la condition d'assurance ouvrant droit à une pension viagère de base.

Les modalités d'octroi de l'allocation unique complémentaire sont fixées par décret.

Sous- section 3.- Pension complémentaire d'invalidité Article 250.- Ouverture du droit

Les travailleurs reconnus inaptes au travail à tout âge compris entre l'âge minimum d'anticipation et l'âge normal de liquidation perçoivent leur pension complémentaire immédiatement, sans que ne leur soit appliqué le coefficient d'anticipation.

Sous-section 4.- Pension complémentaire de survivants Article 251.- Détermination des survivants

Est considéré comme survivant :

- le conjoint au sens du Code de la Famille ;
- l'enfant à charge du défunt ;
- l'ascendant, en l'absence de conjoint survivant et de descendant en ligne directe au 1er degré, à condition qu'il ne soit pas condamné pour abandon de famille.

Article 252.- Pension de réversion

En cas de décès du titulaire d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité acquise au titre du régime complémentaire, ses survivants ont droit à une pension de réversion.

Les modalités d'attribution de la pension de réversion sont les mêmes que pour le régime général de retraite.

Sous-section 5.- Remboursement de cotisations Article 253.- Modalités

Les cotisations versées en double du chef d'un même assuré social font l'objet

de remboursement à son profit pour la partie supérieure au plafond.

Lorsque les cotisations versées ne permettent pas à l'assuré social, du fait de son âge, de prétendre à une quelconque prestation, la quote-part salariale lui est remboursée.

Les cotisations versées par anticipation dans le cadre des départs négociés font l'objet de remboursement pour la part salariale lorsque l'assuré social, par suite d'une anticipation du paiement de sa retraite, ne peut en jouir.

Le même bénéfice est étendu aux ressortissants des pays accordant la réciprocité au Sénégal en matière de retraite lorsqu'ils rentrent définitivement.

Les ressortissants des pays ayant signé avec le Sénégal des conventions ou accords en matière de retraite ont le droit d'option lorsqu'ils rentrent définitivement, entre le remboursement de leurs cotisations personnelles ou la liquidation de leurs droits à pension à l'âge normal fixé à cet effet.

TITRE V.- DU REGIME DE SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

Article 254.- Création

Il est institué un régime de sécurité sociale obligatoire au profit des travailleurs indépendants dénommé régime de sécurité sociale des indépendants.

Ce régime garantit des prestations de maladie, des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants, des prestations familiales et des accidents du travail et maladies professionnelles.

Les modalités et conditions de bénéfice des prestations du régime des travailleurs indépendants sont fixées par décret.

Article 255.- Régime complémentaire de retraite

Les travailleurs indépendants dont les revenus dépassent le seuil fixé pour le régime général sont assujettis au régime complémentaire de retraite.

Chapitre premier.- Champ d'application, affiliation et immatriculation Section première.- Champ d'application

Article 256.-Travailleur indépendant et assimilé

Est soumis au présent régime, le travailleur indépendant, notamment :

- la personne relevant d'une profession libérale règlementée qui n'est pas sous lien de subordination juridique telle que l'avocat, le notaire, l'huissier, le médecin, le pharmacien, le vétérinaire, le biologiste, le chirurgien-dentiste, l'architecte, le géomètre, l'expert-comptable, le commissaire-

priseur ;

- l'exploitant agricole et forestier, le transporteur ;
- le commerçant, le pêcheur, l'artisan, l'artiste, l'interprète et le musicien, le mandataire social non-salarié.

Est assimilé au travailleur indépendant, le conjoint de ce travailleur qui collabore régulièrement à l'exercice de l'activité sans lien de subordination.

Article 257.- Couverture sociale volontaire du travailleur sénégalais migrant

Le travailleur sénégalais établi à l'étranger et ne bénéficiant pas de couverture sociale dans son pays d'accueil peut s'affilier de manière volontaire à la branche retraite du régime de sécurité sociale des indépendants, dans les conditions fixées par décret.

Section 2.- Affiliation et immatriculation

Article 258.- Obligation d'affiliation et immatriculation

Le travailleur visé à l'article 256 du présent Code s'affilie au régime de sécurité sociale des indépendants par déclaration auprès de l'institution de prévoyance sociale.

Les modalités d'affiliation et d'immatriculation audit régime sont fixées par décret.

Chapitre II.- Organisation et gestion financière du régime

Article 259.- Cotisations

Le régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants est financé par des cotisations à la charge des assurés.

L'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des cotisations sont fixés dans les mêmes conditions que celles prévues par l'article 74 du présent Code.

Article 260.- Gestion financière et comptable

Les opérations liées à la gestion du régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants font l'objet d'une comptabilité distincte pour chaque branche dans le cadre de l'organisation financière générale de l'institution.

Article 261.- Organe de gestion

La gestion du régime est confiée aux institutions de prévoyance sociale existantes et à l'organisme de droit public chargé de l'assurance maladie universelle, conformément à leurs missions.

Les modalités de gestion sont fixées par décret.

TITRE VI.- DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Chapitre premier. - Dispositions générales

Article 262.- Création

Il est institué une assurance maladie universelle composée de trois régimes :

- le régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés régis par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande ;
- le régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants et assimilés ;
- le régime d'assistance médicale.

Toute souscription à un autre régime au profit des mêmes cibles ne peut être que complémentaire aux régimes obligatoires susmentionnés.

Article 263.- Union des organismes

Les organismes gestionnaires des régimes de l'assurance maladie universelle peuvent se constituer en union dans le but, notamment de réaliser une gestion commune.

Article 264.- Définition de l'éventualité

Les régimes d'assurance maladie couvrent les prestations liées aux soins médicaux et non prises en charge par les autres branches de sécurité sociale.

Article 265.- Conventionnement

Les relations entre les organismes chargés de la gestion des régimes d'assurance maladie et les prestataires de soins de santé sont régies par des conventions.

Ces conventions ont pour but d'encadrer les relations professionnelles entre les parties et d'assurer une meilleure prise en charge des soins médicaux destinés aux bénéficiaires.

Les modalités du conventionnement sont fixées par décret.

Article 266.- Contrôle médical

Il est institué un mécanisme de contrôle médical en vue de rationaliser les dépenses de soins et de contribuer à une meilleure efficience des soins au profit des bénéficiaires de chaque régime.

Les modalités de mise en œuvre du contrôle médical sont fixées par décret.

Chapitre II.- Régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés régis par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande

Article 267.- Gestion de la branche

La gestion du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés régis par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande est confiée à des institutions de prévoyance sociale d'entreprise ou interentreprises qui assurent la prise en charge partielle des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés au Sénégal par les membres bénéficiaires.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa premier du présent article, des mécanismes simplifiés relatifs à la gestion des prestations de soins médicaux sont institués au profit des unités économiques dont l'effectif et le chiffre d'affaires ne dépassent pas les seuils fixés par décret.

Les modalités de gestion de ces mécanismes simplifiés sont fixées par décret.

Article 268.- Affiliation

L'affiliation des travailleurs régis par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande à une institution de prévoyance sociale chargée de la gestion du régime d'assurance maladie est obligatoire pour tout employeur quel que soit son effectif.

En cas de manquement à l'obligation d'affilier les travailleurs contre le risque maladie, l'employeur prend en charge la totalité des frais médicaux, pharmaceutiques et, le cas échéant, d'hospitalisation du travailleur malade ou des membres de sa famille, sans préjudice des sanctions prévues à l'article 309 du présent Code.

Les modalités pratiques de mise en œuvre de la couverture du travailleur au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire sont fixées par décret.

Section première.- Champ d'application

Article 269.- Personnes couvertes

Conformément à l'article 6 du présent Code, l'employeur assure, à travers une institution de prévoyance sociale, la couverture des soins médicaux des travailleurs, de leurs conjoints au sens du Code de la Famille et de leurs enfants à charge.

Article 270.- Extension de la Couverture

Il est créé une institution de prévoyance sociale interentreprise de type spécifique chargée d'assurer la couverture des soins médicaux au profit des travailleurs non permanents.

Sont notamment pris en charge par cette institution :

- l'apprenti ;
- le stagiaire ;
- le travailleur occasionnel ;
- le travailleur titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée de trois mois au maximum ;
- le travailleur saisonnier.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette institution spécifique sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

Section 2.- Conditions d'attribution

Article 271.- Ouverture et maintien du droit

Le droit aux prestations de soins médicaux est subordonné à l'observation d'un délai de stage fixé par décret.

La personne qui cesse de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré soit en qualité d'ayant droit, d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base, bénéficie, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de son droit aux prestations pendant une période équivalant au délai de stage.

La personne assurée qui est affiliée à une institution ou un régime d'assurance maladie obligatoire de base autre que l'institution ou le régime auxquels elle appartenait bénéficie de la prise en charge de l'institution de départ pendant une période équivalent au délai de stage.

Article 272.- Interdiction de cumul de prise en charge

Le bénéficiaire ne peut jouir que de la prise en charge d'une seule institution pour un même acte.

Section 3- Prestations

Article 273.- Prestations couvertes

Les prestations couvertes par l'institution sont :

- les consultations de médecine générale et de médecine spécialisée ;
- les analyses, imageries médicales et médicaments prescrits sur ordonnance médicale ;
- les soins conservateurs ou extractions dentaires ;

- les accouchements ;
- l'optique médicale ;
- les transports aller-retour sur prescription médicale pour une hospitalisation dans l'établissement hospitalier le plus proche de la résidence ;
- l'hospitalisation chirurgicale et médicale.

Les modalités de prise en charge des prestations sont fixées par décret.

Article 274.- Exclusions

La liste des services de santé qui ne donnent pas lieu à prise en charge par les institutions de prévoyance sociale chargées de la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés régis par le Code du Travail, est établie ainsi qu'il suit :

- les médicaments, dits de confort, qui n'ont pas un caractère thérapeutique avéré ;
- les massages, les séances de rééducation, de diathermie ou d'hydrothérapie ;
- les objets à usage médical ;
- la chirurgie esthétique ou de rajeunissement ;
- les opérations ayant pour but de remédier à une infirmité ou à une malformation ;
- les soins de pédicure et de manucure ;
- la gymnastique corrective.

Une liste détaillée des exclusions est fixée par arrêté.

Toute prise en charge entrant dans le cadre des exclusions est soumise à un accord préalable entre l'institution et le bénéficiaire.

Section 4.- Coordination et solidarité

Article 275.- Coordination

La coordination des institutions de prévoyance sociale chargées de la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés régis par le Code du Travail et le Code de la Marine marchande est assurée par une institution de prévoyance sociale.

Elle a pour objet d'assurer une gestion commune de missions et de services au

profit des institutions de prévoyance sociale afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de l'assurance maladie obligatoire.

L'organisation et le fonctionnement de cette institution sont fixés par ses statuts.

Article 276.- Fonds de garantie

Il est institué un fonds de garantie des institutions de prévoyance sociale chargées de la gestion dudit régime.

Le fonds, géré par l'institution de prévoyance sociale chargée de la coordination du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés, est un mécanisme de financement qui vise à organiser la solidarité financière des institutions de prévoyance sociale chargées de la gestion dudit régime et garantir leur solvabilité afin d'assurer la permanence de la prise en charge médicale des travailleurs et de leurs familles.

Les modalités d'organisation, de financement, de fonctionnement et d'intervention de ce fonds sont fixées par décret.

Section 5.- Couverture maladie des retraités Article 277.- Fonds d'action sociale et sanitaire

Il est créé un fonds dénommé fonds d'action sociale et sanitaire destiné à assurer la couverture maladie de base des retraités qui relevaient du Code du Travail et du Code de la Marine marchande et des membres de leurs familles.

La gestion du fonds est confiée à l'institution de prévoyance sociale chargée de la gestion de la branche retraite.

Le fonds est également utilisé pour l'attribution, à titre individuel, de secours exceptionnels et, éventuellement, renouvelables, à des assurés sociaux, à des retraités ou à leurs ayants droit et à toutes personnes ayant été à leur charge.

Le fonds social peut aussi servir à une politique sociale et sanitaire déterminée par le conseil d'administration de l'institution et se rapportant à son objet.

Article 278.- Financement du fonds

Le fonds est financé par une dotation annuelle maximale de 3% des pensions servies au cours de l'exercice précédent, les subventions, dons et legs et, éventuellement les contributions des bénéficiaires.

Les opérations portant sur ce fonds font l'objet d'une comptabilisation spécifique dont les résultats sont examinés chaque semestre par le conseil d'administration de l'institution qui en assure la gestion.

Chapitre III.- Le régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants et assimilés

Article 279.- Gestion du régime

La gestion du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants et assimilés est confiée à l'organisme de droit public chargé de l'assurance maladie universelle. Celui-ci assure notamment le service des prestations, le recouvrement des cotisations, la mobilisation des autres ressources et l'immatriculation des bénéficiaires.

Il peut déléguer certaines de ces compétences à des organismes gestionnaires privés selon des modalités fixées dans une convention de délégation de gestion.

Les modalités et conditions de bénéfice des prestations du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants et assimilés sont fixées par décret.

Section première.- Champ d'application

Article 280.- Personnes assujetties

Sont soumis au présent régime, les travailleurs indépendants, au sens de l'article 256 du présent Code.

Article 281.- Bénéficiaires

Bénéficient des prestations du régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants, les personnes à charge de l'assuré, à condition qu'elles ne bénéficient pas d'une autre couverture de même nature.

Sont considérés comme personnes à charge :

- le conjoint de l'assuré ;
- l'enfant légitime et naturel de l'assuré ;
- l'enfant ayant fait l'objet d'une adoption conformément à la loi ;
- l'enfant placé sous tutelle légale de l'assuré.

Les conditions de prorogation de l'âge limite des enfants non mariés poursuivant des études ou un apprentissage sont fixées par décret.

Section 2.- Financement du régime

Article 282.- Ressources du régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants

Les ressources du régime d'assurance maladie des indépendants sont constituées par :

- les cotisations ;
- les produits financiers ;
- les dons et legs ;
- les subventions publiques ;
- toute autre ressource autorisée par les lois et règlements en vigueur.

Chapitre IV.- Régime d'assistance médicale

Article 283.- Gestion du régime

La gestion du régime d'assistance médicale est confiée à l'organisme de droit public chargé de l'assurance maladie universelle.

Section première.- Champ d'application

Article 284.- Bénéficiaires

Bénéficient du régime d'assistance médicale dans les conditions fixées par décret les personnes qui ne disposent pas de ressources nécessaires pour contribuer aux régimes d'assurance maladie obligatoire, formellement identifiées suivant les dispositions légales en vigueur.

Sont également couverts :

- le conjoint de la personne éligible ;
- l'enfant à charge de la personne éligible, non-salarié et âgé de vingt-trois ans au plus ;
- l'enfant non-salarié de la personne éligible poursuivant ses études ou en apprentissage quel que soit son âge ;
- l'enfant handicapé de la personne éligible, quel que soit son âge, qui est dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunérée par suite d'une incapacité physique ou mentale.

Article 285.- Autres catégories couvertes

Sont également admis au bénéfice du régime d'assistance médicale, les pensionnaires des orphelinats, des établissements publics ou privés à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou des adultes sans famille et de tout autre établissement similaire dont la liste est déterminée par décret.

Section 2.- Prestations couvertes

Article 286.- Paquet de services

Un paquet minimum de services couvert dans le cadre du régime d'assistance

médicale est déterminé par décret.

Article 287.-Tarification

Le Ministre chargé des Finances, le Ministre chargé de la tutelle technique de l'organisme de droit public chargé de l'assurance maladie universelle, le Ministre chargé du Commerce et le Ministre chargé de la Santé fixent par arrêté, sur proposition de l'organisme de droit public chargé de l'assurance maladie universelle, après avis des ordres professionnels concernés, des organisations nationales les plus représentatives des prestataires de soins, les tarifs des prestations prises en charge dans le cadre du régime d'assistance médicale.

Article 288.- Gratuité

La gratuité de la prise en charge d'une ou de plusieurs prestations ou pathologies spécifiques au bénéfice de certaines catégories de populations peut être instituée par décret.

Section 3.- Financement du régime d'assistance médicale

Article 289.- Ressources

Les ressources du régime d'assistance médicale sont constituées par :

- la dotation budgétaire de l'Etat ;
- les produits financiers ;
- les dons et legs ;
- les subventions publiques ;
- toute autre ressource autorisée par les lois et règlements en vigueur.

TITRE VII.- DU CONTENTIEUX ET DES SANCTIONS

Chapitre premier.- Contentieux de la sécurité sociale

Section première.- Dispositions générales sur le contentieux de la sécurité sociale

Article 290.- Etendue du contentieux de la sécurité sociale

Le contentieux de la sécurité sociale recouvre l'ensemble des différends nés de l'application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur dans le domaine de la sécurité sociale. Il comprend, notamment :

- le contentieux du recouvrement des cotisations sociales qui porte, notamment sur les différends relatifs à l'immatriculation des employeurs et à l'affiliation des travailleurs, aux déclarations nominatives du personnel et des salaires, à l'assiette, au taux des cotisations sociales et au non

reversement des cotisations sociales et autres sommes dues ;

- le contentieux des prestations sociales qui porte, notamment sur les différends relatifs aux conditions de constitution, d'ouverture et de liquidation des droits, au service des prestations, à la qualité des bénéficiaires et au contrôle médical.

Les différends consécutifs à l'application des régimes de sécurité sociale des institutions de prévoyance sociale sont réglés comme en matière de différends individuels de travail.

Article 291.- Gratuité des procédures

Les procédures engagées en matière de contentieux de la sécurité sociale sont gratuites.

Article 292.- Juridiction compétente

Sauf exception prévue par la loi, le contentieux né de l'application du présent Code et de ses règlements d'application est porté devant le tribunal du travail qui est compétent même lorsqu'une personne morale de droit public, notamment l'État, une collectivité territoriale, et une entité du secteur parapublic est en cause.

Dans ce cas, le tribunal du travail statue sans qu'il y ait lieu, pour les parties, d'observer, dans le cas où il en existe, les formalités préalables qui sont prescrites avant qu'un procès puisse être intenté à ces personnes morales.

Article 293.- Ressort de compétence

Sauf exception prévue par la loi, le tribunal compétent est celui du lieu d'emploi ou de résidence du travailleur.

Toutefois, en matière d'accident du travail, le tribunal compétent est celui du lieu où est installé l'établissement auquel appartient la victime. Si celui-ci est situé hors du territoire national, le tribunal compétent est celui du lieu où l'employeur possède, au Sénégal, son principal établissement.

Article 294.- Procédures applicables devant la juridiction compétente

Les règles de procédure applicables en matière de contentieux des prestations sont celles prévues par le Code du Travail.

Les règles de procédure applicables en matière de contentieux du recouvrement des cotisations sociales sont celles prévues par les articles 290 à 308 du présent Code.

Article 295.- Assistance judiciaire

Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé aux allocataires, aux victimes

d'accident du travail et leurs ayants droit et aux attributaires des prestations en première instance et en appel, dans les conditions fixées par le Code du Travail.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière et à toute contestation relative à l'exécution des décisions judiciaires.

Section 2.- Contentieux du recouvrement des cotisations sociales

Article 296.- Mandat de représentation

En application des conventions de mandats prévues à l'article 76 du présent Code, le Directeur général ou le gérant de l'une des institutions parties à la convention peut se faire représenter, dans tous les actes de procédure liés au recouvrement amiable ou forcé, par le Directeur général de l'autre institution.

Article 297.- Mise en demeure préalable à toute action ou poursuite

Toute action ou poursuite en recouvrement de cotisations et autres sommes dues de même nature est précédée d'une mise en demeure faite par voie d'huissier, par voie administrative ou lettre recommandée avec accusé de réception du Directeur général ou du gérant de l'institution de prévoyance sociale, ou par tout autre moyen permettant de laisser une trace écrite invitant l'employeur à régulariser sa situation dans un délai de trente jours francs, à compter de la réception de la mise en demeure.

Article 298.- Délivrance et exécution de la contrainte

Si la mise en demeure reste sans effet, le Directeur général de l'institution de prévoyance sociale ou le gérant peut délivrer une contrainte visée et rendue exécutoire par le président du tribunal du travail compétent, dans un délai de cinq jours francs, à compter du dépôt.

Cette contrainte fait l'objet d'une signification par voie d'huissier. Elle peut également être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, par voie administrative ou par tout autre moyen permettant de laisser une trace écrite.

Elle est exécutée dans les mêmes conditions qu'un titre exécutoire.

Article 299.- Opposition à la contrainte

L'employeur peut former opposition à la contrainte au greffe du tribunal du travail compétent dans les quinze jours francs à compter de la date de sa réception, sous peine d'irrecevabilité.

L'opposition n'est recevable et l'exécution suspendue que si l'employeur soulève des contestations sérieuses et accompagne son recours d'une caution bancaire ou d'un cautionnement, au profit de l'institution de prévoyance sociale, d'un

montant égal à la moitié de la créance.

Article 300.- Citation des parties devant le tribunal du travail

Le président du tribunal du travail cite les parties à comparaître dans les formes prévues par le Code du Travail.

Article 301.- Tentative de conciliation

En cas de recevabilité de l'opposition à la contrainte, les dispositions du Code du Travail sont applicables.

En cas de non conciliation, le tribunal statue en chambre du conseil et sa décision n'est pas susceptible d'opposition.

Article 302.- Exécution provisoire des décisions du tribunal du travail

Le tribunal du travail peut ordonner l'exécution provisoire de ses décisions.

Article 303.- Appel contre les décisions du tribunal du travail

L'appel contre les décisions du tribunal du travail peut être interjeté par chacune des parties intéressées dans le délai de quinze jours francs à compter de la date du jugement contradictoire.

L'appel est introduit par déclaration au secrétariat du greffe du tribunal du travail.

Il est transmis dans la huitaine à la juridiction d'appel avec expédition du jugement et les lettres, mémoires et autres documents produits au dossier par les parties en première instance.

La cour d'appel cite les parties à comparaitre dans les formes prévues par le Code du Travail.

L'appel est jugé sur pièces. Toutefois, les parties peuvent demander à être entendues. En ce cas, les dispositions du Code du Travail sont applicables.

Le premier président ou le conseiller qu'il délègue fait comparaitre, le cas échéant, les témoins, ainsi que toute personne dont il juge la déposition utile au règlement du différend.

Le greffier de la juridiction d'appel notifie la décision sous huitaine à chacune des parties.

Article 304.- Pourvoi en cassation contre les décisions de la cour d'appel

Les pourvois en cassation contre les décisions rendues par la cour d'appel peuvent être formés par chacune des parties intéressées dans les formes et conditions prévues par la règlementation en vigueur.

Article 305.- Droit à l'information et réparation du préjudice en cas de non-affiliation ou de non-paiement des cotisations sociales

Tout travailleur peut solliciter et obtenir à tout moment de l'institution de prévoyance sociale, des renseignements sur son inscription dans ses livres et l'état de ses cotisations par son employeur.

Lorsque l'employeur ne l'a pas affilié ou n'a pas versé tout ou partie de ses cotisations sociales, il peut poursuivre ce dernier devant le tribunal du travail du ressort aux fins de réparation du préjudice subi.

Article 306.- Prescription de l'action en recouvrement des cotisations sociales

L'action en recouvrement des cotisations et autres sommes dues par l'employeur ou les travailleurs, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique se prescrit par cinq ans à compter de la date d'exigibilité.

Article 307.- Privilèges sur le recouvrement des cotisations sociales

Le paiement des cotisations est garanti pendant cinq ans, à compter de leur exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, en quelque lieu qu'il se trouve et par une hypothèque légale sur les biens immeubles.

Ce privilège est fixé conformément aux dispositions communautaires en vigueur. Il s'exerce au profit des institutions de prévoyance sociale par tout moyen de droit, notamment par l'opposition ou la saisie attribution sur les sommes, objets et effets appartenant au débiteur.

Il s'exerce sur les deniers du débiteur sous forme d'un avis à tiers détenteur émis après notification de la contrainte prévue à l'article 298 du présent Code.

L'avis à tiers détenteur est délivré par le Directeur général ou le gérant de l'institution de prévoyance sociale par notification par voie d'huissier. Il peut également être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception, par voie administrative ou par tout autre moyen permettant de laisser une trace écrite.

En cas d'inexécution de l'avis à tiers détenteur, le tiers saisi devient personnellement débiteur vis-à-vis de l'institution de prévoyance sociale dans la limite de son obligation.

Article 308.- Prescription de l'action publique relative aux infractions en matière de recouvrement des cotisations sociales

Le délai de prescription de l'action publique relative aux infractions en matière de recouvrement des cotisations sociales est fixé à trois ans. Il commence à courir à compter de l'expiration du délai qui suit la mise en demeure prévue à l'article

297 du présent Code.

Chapitre II.- Sanctions

Section première.- Sanctions administratives

Article 309.- Pouvoir d'amende administrative de l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale

Sans préjudice des sanctions pénales, l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale peut prononcer une amende en cas de manquements aux dispositions du présent Code et de ses règlements d'application.

Un décret détermine la nature des manquements susceptibles de donner lieu à une amende administrative, en fixe les montants et précise les modalités de leur application.

Section 2.- Sanctions pénales

Article 310.- Fraudes ou fausses déclarations

Sera punie des peines prévues par le Code pénal en matière d'escroquerie, toute personne qui, à quelque titre que ce soit, se sera rendue coupable de fraude ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter d'obtenir ou de faire obtenir des prestations sociales qui ne sont pas dues.

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

Article 311.- Faux en écriture, en gestion de fonds ou détournements de fonds

Les dispositions du Code pénal sont applicables aux administrateurs, aux dirigeants et à tout autre agent des institutions de prévoyance sociale qui auront commis des faux soit en écriture, soit en gestion de fonds, ou se seront rendus coupables de détournements de deniers publics.

Article 312.- Entrave à l'action de l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale

Sera punie des mêmes peines que celles prévues par le Code du Travail, toute personne qui s'est opposée ou a tenté de s'opposer à l'exécution des obligations ou à l'exercice des pouvoirs qui incombent à l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale.

Article 313.- Entrave à l'action des agents habilités des institutions de prévoyance sociale

Sera punie d'une amende de 500 000 à 2 000 000 francs CFA et d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui entrave l'action des agents dûment habilités des institutions de prévoyance sociale.

Article 314.- Récidive en matière de délit

L'état de récidive en ce qui concerne les infractions délictuelles prévues par le présent Code est apprécié en fonction des dispositions du Code pénal.

Article 315.- Responsabilité pénale des personnes morales

La responsabilité des personnes morales auteurs d'infraction aux dispositions du présent Code et des règlements pris pour son application peut être engagée dans les conditions prévues par le Code pénal.

Article 316.- Constatation d'infraction par procès-verbal

Les infractions aux dispositions du présent Code sont constatées par l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale par procès-verbal faisant foi jusqu'à preuve contraire.

Les conditions de forme du procès-verbal sont celles prévues par le Code du Travail.

Article 317.- Pouvoir de constatation et de poursuite des infractions par l'officier de police judiciaire

L'officier de police judiciaire est habilité à constater et poursuivre les violations aux dispositions du présent Code et des règlements pris pour leur application, selon les règles du droit commun des infractions.

Article 318.- Cumul d'amendes en cas d'infractions multiples

Lorsqu'une amende est prononcée en cas d'infraction aux dispositions du présent Code et de ses règlements d'application, elle est encourue autant de fois qu'il y a d'infractions.

Cette règle s'applique notamment au cas où plusieurs travailleurs auraient été employés dans des conditions contraires au présent Code.

Section 3.- Majorations et pénalités infligées par les institutions de prévoyance sociale

Article 319.- Majoration pour non-respect des mesures de prévention des risques professionnels

Une majoration de cotisations sociales de 10% peut être imposée à tout employeur qui ne respecte pas les mesures de prévention prescrites en matière de sécurité et santé au travail par l'inspecteur du travail et de la sécurité sociale ou l'agent de l'institution de prévoyance sociale habilité à cet effet.

Article 320.- Majoration pour non versement des cotisations

Le non-paiement des cotisations sociales dans les délais prévus donne lieu à des majorations de retard ainsi que de procédures particulières de recouvrement.

Les cotisations sociales qui ne sont pas versées dans le délai prévu donnent lieu, à titre de pénalité, à une majoration de 10% par mois ou fraction de mois de retard jusqu'à concurrence d'un plafond annuel de 50% des sommes dues.

Toutefois, des remises totales ou partielles peuvent être accordées par le conseil d'administration de l'institution de prévoyance sociale, en ce qui concerne les majorations de retard en paiement de cotisations, sur demande de l'employeur.

La demande de remise gracieuse est examinée par le conseil d'administration de l'institution de prévoyance sociale dans les trois mois qui suivent la réception de ladite demande.

La décision du conseil d'administration est motivée.

La demande n'est pas suspensive du paiement des majorations de retard.

Les frais de versement des majorations de retard sont à la charge des assujettis.

Article 321.- Taxation d'office

Lorsque les rémunérations servant de base au calcul des cotisations n'ont pas été déclarées ou si ces déclarations se révèlent inexactes, l'institution de prévoyance sociale est fondée à appliquer une taxation d'office au cotisant.

Le montant des rémunérations est fixé comme suit :

- dans le cas où l'employeur n'a jamais fait de déclaration de rémunérations, l'évaluation est fonction du taux de salaire pratiqué dans la profession et au lieu considéré. La durée de l'emploi est déterminée d'après les déclarations des intéressés ou par tout autre moyen de preuve ;
- dans le cas où l'employeur a déjà fait des déclarations de rémunérations, la déclaration antérieure est majorée de 70% pour la détermination des cotisations dues jusqu'à ce qu'il soit possible d'effectuer le décompte sur

des bases réelles.

Article 322.- Notification de la taxation d'office

La décision de taxation d'office fait l'objet d'une notification écrite adressée à l'employeur par voie d'huissier, par voie administrative ou lettre recommandée avec accusé de réception du Directeur général ou du gérant de l'institution de prévoyance sociale, ou par tout autre moyen permettant de laisser une trace écrite.

La notification mentionne notamment :

- les bases de calcul retenues ;
- les éléments ayant servi à l'évaluation des rémunérations ;
- le montant des cotisations et contributions dues ;
- les voies et délais de recours ouverts à l'employeur.

Article 323.- Contestation de la taxation d'office

L'employeur peut contester la décision de taxation d'office auprès de l'institution de prévoyance sociale dans un délai de quinze jours francs à compter de sa notification.

La contestation est formée par écrit et doit être motivée. Elle peut être accompagnée de toute pièce justificative permettant d'établir les bases réelles de calcul des cotisations.

La contestation formée dans le délai suspend l'émission de la contrainte prévue à l'article 298 du présent Code.

Toutefois, elle ne suspend pas l'exigibilité des cotisations résultant de la taxation d'office.

L'institution de prévoyance sociale statue sur la contestation dans un délai de trente jours francs à compter de sa réception. A défaut de réponse dans ce délai, la décision de taxation est annulée.

La décision rendue par l'institution à l'issue de la contestation peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal du travail dans les conditions prévues aux articles 302 à 306 du présent Code.

Article 324.- Pénalité pour défaut de déclaration nominative des salaires

L'employeur qui ne s'est pas conformé à l'obligation de la déclaration nominative des salaires versés, prévue à l'article 92 du présent Code, encourt le paiement d'une pénalité s'élevant par jour de retard à 1 % du montant des sommes non déclarées.

TITRE VIII.- DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 325.- Dispositions transitoires

Les procédures en cours avant la date d'entrée en vigueur du présent Code restent soumises, pour la durée restant à courir, aux lois qui leur sont applicables à la date d'entrée en vigueur du présent Code.

Le présent Code ne remet pas en cause les droits acquis par les assurés et le bénéfice des prestations déjà attribuées, notamment l'allocation de solidarité et l'allocation forfaitaire cadre.

Article 326.- Abrogation

Le présent Code abroge et remplace la loi n° 73-37 du 31 juillet 1973 portant Code de la Sécurité sociale et la loi n° 75-50 du 03 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Dakar, le 3 septembre 2026

Bassirou Diomaye Diakhar FAYE

Par le Président de la République
Le Premier Ministre

Ahmadou Alhaminou Mohamed LO