

REPUBLIQUE DU BURUNDI



CABINET DU PRESIDENT

LOI N°1/12 DU 12 MAI 2020 PORTANT CODE DE LA PROTECTION SOCIALE
AU BURUNDI

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la Constitution de la République du Burundi ;

Vu la Loi n°1/012 du 6 juillet 1987 portant Ratification de l'Amendement à la Convention Générale de Sécurité Sociale entre le Burundi, le Rwanda et la République du Zaïre ;

Vu la Loi n°1/002 du 29 février 2000 portant Institution d'un Régime d'Assurance-Maladie-Maternité pour le Secteur Privé Structuré ;

Vu la Loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant Réforme du Régime d'Assurance-Maladie-Maternité des Agents Publics et Assimilés ;

Vu la Loi n°1/011 du 29 novembre 2002 portant Réorganisation des Régimes des Pensions et des Risques Professionnels en faveur des Travailleurs Régis par le Code du Travail et Assimilés ;

Vu la Loi n°1/09 du 17 mars 2005 portant Distinction des Fonctions Politiques des Fonctions Techniques ;

Vu la Loi n°1/42 du 30 décembre 2006 portant Ratification du Traité portant Création de la Communauté Est Africaine ;

Vu la Loi n°1/04 du 27 janvier 2010 portant Réorganisation des Régimes des Pensions et des Risques Professionnels des Fonctionnaires, Magistrats et Agents de l'Ordre Judiciaire ;

Vu la Loi n°1/02 du 7 janvier 2014 portant Code des Assurances au Burundi ;

Vu la Loi n°1/27 du 29 décembre 2017 portant Révision du Code Pénal ;

Vu le Décret-loi n°1/145 du 21 octobre 1971 portant Institution d'un Régime d'Allocations Familiales au Profit des Travailleurs et Apprentis ;

Vu le Décret-loi n°1/23 du 26 juillet 1988 portant Cadre Organique des Etablissements Publics Burundais ;

Vu le Décret-loi n°1/20 du 29 juillet 1991 portant Conditions de Participation des Etablissements Publics Burundais au Capital Social d'Autres Entreprises ;

Vu le Décret-loi n°1/037 du 7 juillet 1993 portant Révision du Code du Travail du Burundi ;

Revu la Loi n°1/010 du 16 juin 1999 portant Code de la Sécurité Sociale ;

Le Conseil des Ministres ayant délibéré ;

L'Assemblée Nationale et le Sénat ayant adopté ;

PROMULGUE :

TITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DE L'OBJET ET DU CHAMP D'APPLICATION

Article 1 : La présente loi institue un Code de la protection sociale au Burundi.

Les lois spécifiques régissent chaque régime de protection sociale.

Article 2 : Les dispositions de la présente loi s'appliquent à l'ensemble des secteurs d'activités économiques ainsi qu'aux professions qui s'exercent sur le territoire national.

CHAPITRE II : DES PRINCIPES FONDAMENTAUX

Article 3 : Le système de protection sociale couvre la population contre les risques économiques et sociaux déterminés par les pouvoirs publics conformément aux normes internationales.

Article 4 : Toute personne a droit à la protection sociale, à la satisfaction des droits économiques et au libre développement de sa responsabilité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale.

Article 5 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment, par l'alimentation, l'habillement et le logement décent.

Elle a droit à la sécurité en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite des circonstances indépendantes de sa volonté.

Article 6 : Le Gouvernement doit assurer le respect des droits et devoirs prévus par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, des Pactes Internationaux relatifs aux Droits de l'Homme, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ainsi que la Charte de l'Unité Nationale.

Aucune restriction de ces droits ne peut être imposée que par la loi.

Article 7 : Les régimes de protection sociale contributive couvrent les régimes de base, les régimes complémentaires, les régimes spéciaux ainsi que les régimes facultatifs.

Les régimes de protection sociale non contributive couvrent les programmes d'assistance sociale et les services d'action sociale en faveur des ménages et des personnes vulnérables.

CHAPITRE III : DE LA DEFINITION DES CONCEPTS

SECTION 1 : Des concepts généraux

Article 8 : Au sens de la présente loi, on entend par :

1. **action sociale et sanitaire**, l'ensemble d'activités et d'actions concourant à améliorer l'état social et sanitaire de la population pouvant inclure les activités relatives à l'animation et à l'encadrement social afin d'accéder aux soins de santé de qualité ;
2. **assuré social**, toute personne protégée contre les risques sociaux, qu'elle soit en situation de salarié, de non salarié, d'indépendant, d'étudiant, de stagiaire ou d'apprenti ;
3. **ayants-droit**, les personnes admises à prétendre à des prestations prévues par la présente loi, sont : le conjoint non divorcé ; les enfants à charge ; les ascendants directs jusqu'au premier degré, à défaut du conjoint ou des enfants ;
4. **épargne**, le système par lequel un individu prélève une partie de son revenu pour l'affecter à la garantie d'éventuels risques ;
5. **enfants à charge**, les enfants légitimes, naturels reconnus, sous tutelle ou adoptifs du travailleur ou de son conjoint qui réunissent les conditions ci-après : être âgé de moins de 18 ans ; la limite d'âge est portée à 21 ans s'il est en apprentissage ou s'il poursuit des études dans un établissement de plein exercice ou à condition qu'il ne soit pas dans un lien de mariage. Il n'y a pas de limite d'âge lorsque l'enfant, en raison de son état physique ou mental, est incapable d'exercer une activité professionnelle susceptible de lui apporter un revenu. L'état d'incapacité doit être prouvé par un certificat médical et se matérialiser par le fait de ne pas exercer dans un but lucratif une profession indépendante ; de ne pas être tenu dans les liens d'un mariage et de ne pas avoir été adopté par autrui ;

6. **faute inexcusable**, une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait avoir son auteur, en l'absence de toute cause justificative et se distinguant par défaut d'un élément intentionnel de la faute intentionnelle ;
7. **garantie de l'Etat**, la responsabilité de l'Etat d'assurer que la prestation prévue par la loi d'un régime de protection sociale soit servie au prestataire même en cas de faillite du régime ;
8. **incapacité**, une réduction temporaire ou permanente de certaines facultés ou fonctions physiques ou mentales chez une personne ;
9. **invalidité**, une réduction partielle ou totale des capacités physiques ou mentales de l'assuré ;
10. **membres de la famille**, les personnes vivant principalement à charge de l'assuré. Il s'agit du conjoint non divorcé et des enfants à charge du travailleur ;
11. **protection sociale**, un ensemble de mesures publiques ou privées visant à réduire la pauvreté et les vulnérabilités économiques et sociales. Il concourt à assurer à la population une sécurité minimale de revenus, à faciliter l'accès aux services sociaux de base et à aider les ménages à mieux gérer les risques auxquels ils sont confrontés ;
12. **secteurs d'activité économique**, l'ensemble d'activités assumées par des personnes physiques ou morales de droit public ou privé, rural ou urbain afin de satisfaire leurs besoins grâce à la production de biens ou de services ;
13. **subrogation**, un mode de transmission des créances. C'est une opération juridique triangulaire. Le titulaire d'un droit de créance, appelé le subrogeant, transmet au bénéficiaire de la subrogation, appelé le subrogataire, la créance que le premier détient sur un tiers qui est son propre débiteur, dit le subrogé. Elle peut être fondée sur une disposition légale (subrogation légale) ou sur un contrat (subrogation conventionnelle) ;
14. **travailleur**, toute personne physique, quels que soient son âge, son sexe et sa nationalité, qui s'est engagée auprès d'un employeur, dans les lieux d'un contrat de travail ;
15. **travailleurs domestiques**, un personnel astreint aux travaux domestiques et assimilés.



SECTION 2 : Des concepts spécifiques à la protection sociale contributive

Article 9 : Au sens de la présente loi, les concepts spécifiques à la protection sociale contributive suivants sont définis comme suit :

1. **affiliation**, le lien qui existe entre l'assuré social et un organisme de sécurité sociale qui est susceptible de lui verser des prestations ;
2. **allocation**, une prestation en espèces attribuée par un organisme pour des raisons sociales;
3. **apprenti**, toute personne, sans distinction de sexe, admise dans une entreprise, un établissement, chez un artisan ou façonnier, dans le but d'acquérir des connaissances professionnelles, théoriques et pratiques lui permettant d'entrer dans la vie active ;
4. **assujettissement**, le fait pour une personne d'entrer dans le champ d'application d'un régime de sécurité sociale, en raison de sa situation professionnelle ou familiale ;
5. **assurance privée**, un système de protection social ; géré par des acteurs non étatiques, fonctionnant sur une base lucrative, en vue de la couverture d'un risque social ;
6. **chômage**, une perte involontaire et prolongée d'un emploi rémunéré ;
7. **confédération**, un regroupement de fédérations de mutuelles sociales ayant une identité d'objet sur une base géographique ou professionnelle ;
8. **consolidation**, la stabilisation de la lésion corporelle résultant d'un accident du travail ; la consolidation marque la fin du versement des indemnités journalières et le point de départ de la rente d'incapacité ;
9. **cotisation sociale**, une contribution financière obligatoire ou volontaire d'un affilié destinée au financement d'un régime de protection sociale ;
10. **fédération**, un regroupement d'unions de mutuelles sociales ayant une identité d'objet sur une base géographique ou professionnelle ;
11. **immatriculation**, l'opération administrative qui constate la qualité d'assuré social par l'attribution d'un numéro d'identification
12. **maladie à caractère professionnel**, toute maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladie professionnelle lorsqu'il est établi, par le médecin conseil, le médecin traitant et les experts désignés, qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime ;

13. **maladie professionnelle**, toute maladie contractée du fait du travail figurant dans un tableau établi à cet effet ;
14. **médecin conseil**, un médecin ou groupe de médecins habilités par l'organisme de gestion d'un régime de protection sociale pour agir en son nom en matière médicale ;
15. **mois d'assurance**, tout mois au cours duquel l'assuré social a occupé pendant quinze jours au moins, un emploi assujéti à l'assurance ;
16. **mutuelle sociale**, un groupement de personnes physiques qui, au moyen de leurs cotisations et dans un but de protection sociale, d'entraide, de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, a pour but d'assurer des prestations dans le sens du présent Code ;
17. **organisme de sécurité sociale**, une structure créée par la loi ou par une Convention des parties pour administrer un régime de sécurité sociale ;
18. **pension de base ou complémentaire**, une somme versée à un individu par un organisme de manière régulière ou sous forme d'un capital à titre d'un revenu de remplacement ;
19. **plafond**, un revenu maximum à prendre en compte pour le calcul des cotisations et prestations des assurés ;
20. **plancher**, revenu minimum à prendre en compte pour le calcul des cotisations et des prestations des assurés ;
21. **prestations**, les services fournis dans le cadre de la protection sociale tels les pensions, les rentes, les allocations en nature ou en espèces, les soins et services médicaux fournis y compris le remboursement des frais déboursés en faveur d'une personne protégée ;
22. **protection sociale contributive**, un dispositif de protection sociale prévoyant l'offre de prestations de protection sociale à une personne, conditionnée par une cotisation préalable au cours de sa vie active ;
23. **régime complémentaire**, un ensemble des droits et obligations complémentaires permettant aux membres adhérents, régis par le droit commun, de se constituer un complément de prestations personnalisées ;
24. **régime de sécurité sociale**, l'ensemble de dispositions fixant les droits et les obligations d'une catégorie de personnes au regard de la sécurité sociale et selon la nature de leur activité professionnelle ;



25. **risque social**, tout événement inhérent à la vie en société qui entraîne, pour celui qui le subit, une baisse de ses revenus tels la maladie, le chômage, la vieillesse, l'accident du travail, les maladies professionnelles, l'invalidité et le décès ;
26. **structure faitière**, une structure regroupant plusieurs mutuelles sociales ou plusieurs regroupements de mutuelles sociales ;
27. **ticket modérateur**, la participation proportionnelle ou forfaitaire laissée à la charge de l'assuré dans le coût des prestations de l'assurance maladie- maternité-indemnisation des soins ;
28. **tiers-garant**, le système d'octroi des prestations de l'assurance maladie-maternité où l'assuré est obligé d'avancer les frais au fournisseur des prestations pour se faire rembourser ensuite par son organisme, après déduction du ticket modérateur ;
29. **tiers-payant**, le système d'octroi des prestations de l'assurance maladie-maternité où l'assuré paie uniquement le ticket modérateur au fournisseur des prestations, ce dernier se faisant rembourser le solde auprès de l'organisme gestionnaire du régime de sécurité sociale ;
30. **tiers-responsable**, toute personne qui n'est liée par aucun rapport de subordination avec l'employeur de la victime au moment de l'accident ;
31. **travailleur étranger**, tout travailleur n'ayant ni la nationalité burundaise ni la qualité de citoyen d'un Etat membre de la Communauté Est Africaine ;
32. **travailleur indépendant**, un travailleur autonome qui est propriétaire et est son propre employé ;
33. **travailleur mobile**, un travailleur qui n'a pas d'installation fixe, ayant un lien de subordination et qui va d'un secteur de travail à un autre ;
34. **union de mutuelles sociales**, un regroupement de mutuelles sociales ayant une unité d'objet sur une base géographique ou professionnelle.

SECTION 3 : Des concepts spécifiques à la protection sociale non contributive

Article 10 : Les concepts spécifiques à la protection sociale non contributive sont définis comme suit :

1. **bénéficiaire**, une personne ou un ménage recevant une prestation sociale ;

2. **ciblage**, le processus de définir, identifier et atteindre les bénéficiaires visés par un programme d'assistance sociale ;
3. **demandeur**, une personne qui demande une assistance sociale pour elle-même ou pour une autre personne dans le respect de la loi ;
4. **protection sociale non contributive**, dispositif de protection sociale prévoyant l'offre de prestations de protection sociale à une personne, non conditionnée par une cotisation préalable. Les mécanismes de protection sociale non contributive sont notamment l'aide sociale ou l'assistance sociale, les transferts sociaux, les filets sociaux de sécurité ;
5. **registre social commun** ou **registre commun** ou **registre social unique** ou **registre social unifié**, un registre, alimenté par le système de ciblage qui permet l'enregistrement en un seul endroit des caractéristiques de tous les ménages visés par des programmes d'assistance sociale ;
6. **vulnérabilité**, la probabilité de tomber dans la privation à la suite d'un choc naturel ou social.

CHAPITRE IV : DU CADRE INSTITUTIONNEL, DE LA GOUVERNANCE ET DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

SECTION 1 : Du cadre institutionnel de la protection sociale

Article 11 : La définition et la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale sont de la compétence de l'Etat.

Article 12 : L'Etat met en place un organe national chargé de coordonner la mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale.

Article 13 : Il est créé une autorité de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de l'autorité de régulation sont déterminés par décret.

SECTION 2 : De la gouvernance de la protection sociale

Article 14 : Pour assurer sa mission de contrôle et de régulation des programmes et des organismes de protection sociale, l'Autorité de régulation met en place en son sein, des services chargés d'élaborer des normes pertinentes pour la bonne gouvernance.

Article 15 : Pour veiller à la mise en application des lois, des règlements et des directives de l'organe national de protection sociale, et dans le but de protéger les intérêts des assurés sociaux, toutes les décisions des conseils d'administration des organismes de protection sociale sont envoyés à l'autorité de régulation pour donner un avis à transmettre au Ministre de Tutelle.

Article 16 : Sur proposition du Ministre ayant la protection sociale dans ses attributions, les organismes de protection sociale se mettent ensemble en concertation avec l'autorité de régulation pour analyser les modalités de mise en commun de certains services notamment le service juridique, statistiques, informatiques, actuariat, recouvrement.

Article 17: Il est institué un registre social unique destiné à l'identification et à la gestion des bénéficiaires des programmes de protection sociale.

Un texte réglementaire précise les modalités de fonctionnement et de gestion du registre social unique.

SECTION 3 : Du financement de la protection sociale

Article 18 : Le financement de la protection sociale contributive est assuré par des cotisations sociales, des contributions de l'Etat et d'autres sources de financement.

Article 19 : Le financement de la protection sociale non contributive est assuré par l'Etat à travers le Fonds d'appui à la protection sociale et toute autre source de financement dans le cadre de la coopération ou du partenariat.

Article 20 : L'Etat assure la garantie des régimes de sécurité sociale.

TITRE II : DE LA PROTECTION SOCIALE CONTRIBUTIVE

CHAPITRE I : DES DISPOSITIONS COMMUNES

Article 21 : Sont assujettis à tout ou partie d'un ou des régimes de base ou à des régimes complémentaires et spéciaux :

1. les membres des professions libérales et des œuvres à caractère philanthropiques ou religieux ;
2. les élèves des établissements d'enseignement technique professionnel et artisanal, les personnes placées dans les centres de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelle ;
3. les étudiants de l'enseignement supérieur ainsi que les élèves de l'enseignement fondamental et post-fondamental ;



Handwritten signature or mark.

4. les bénéficiaires des pensions et rentes ;
5. les agriculteurs, éleveurs, pêcheurs ;
6. les artisans et les commerçants ;
7. les travailleurs du secteur rural et urbain ;
8. les ayants-droit des personnes visées aux points 1 à 7.

Les modalités particulières d'application des dispositions du présent Code relatives aux personnes visées à l'alinéa premier sont déterminées par la loi.

CHAPITRE II : DES REGIMES DE BASE

SECTION 1 : Des dispositions communes aux régimes de base

Article 22 : Les régimes de base comprennent :

1. le régime d'assurance maladie de base chargé du service des prestations de soins médicaux et des indemnités de maladie ;
2. le régime des risques professionnels assurant le service des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
3. le régime des pensions assurant le service des prestations de vieillesse, d'invalidité et le service des prestations aux survivants ;
4. le régime des prestations familiales assurant le service des prestations familiales et des indemnités de maternité ;
5. le régime d'assurance chômage assurant des prestations en cas de perte d'emploi.

Article 23: Les régimes de base ont pour le champ d'application ci-après :

1. tous les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code du Travail ;
2. les mandataires publics et politiques ;
3. les membres des corps de défense et de sécurité ;
4. les fonctionnaires, les magistrats et les agents de l'ordre judiciaire ;
5. les membres des professions indépendantes et libérales ;
6. les opérateurs économiques du secteur informel ;



7. les apprentis liés par un contrat d'apprentissage ;
8. les stagiaires liés ou non par un contrat de travail, employés dans une entreprise ou détachés dans une école professionnelle ;
9. les travailleurs burundais ou ressortissants de la Communauté Est Africaine occupés par une entreprise située au Burundi et qui sont détachés sur le territoire d'un autre pays afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise et à condition que la durée prévisible n'excède pas six mois ;
10. les travailleurs étrangers, employés occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire du Burundi afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise et à condition que la durée prévisible excède six mois ;
11. les agents de la coopération bilatérale et multilatérale à l'exclusion de ceux qui effectuent au Burundi une mission temporaire inférieure à trois mois.

Les dispositions des points 7, 9, 10 et 11 s'appliquent sous réserve des accords de réciprocité, des conventions internationales ratifiés par le Burundi ou des conventions particulières entre les organismes de sécurité sociale, à moins que ces instruments ne prévoient une protection inférieure à celle prévue par ces dispositions.

SECTION 2 : Du régime d'assurance maladie

2.1. Risques couverts et prestations

Article 24 : Le régime d'assurance maladie prend à sa charge, tout état morbide dû à une maladie naturelle ou à un accident d'origine non professionnelle.

Article 25 : Les prestations comprennent les soins médicaux et les indemnités journalières de maladie en cas d'interruption de travail pour les travailleurs salariés, les frais de transport sur présentation des justificatifs médicaux.

Les non-salariés ne bénéficient pas d'indemnités journalières de maladie, à moins que leur régime spécifique ne le prévoie.

Article 26 : Pour le régime d'assurance-maladie de base, les soins médicaux comprennent notamment les soins définis comme de base par le ministère de la santé publique.

En cas d'état morbide, le paquet de base comprend notamment :

- les consultations des médecins omnipraticiens ou généralistes ;
- les actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par les médecins ;



- les examens, soins et actes de chirurgie dentaire ;
- les actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien-dentiste, les actes de biologie médicale et de radiographie ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière ;
- les frais d'hospitalisation et de traitement ;
- les frais des accessoires et pansements et autres fournitures ;
- la fourniture de produits pharmaceutiques essentiels ;
- les frais d'appareils de prothèse et d'orthopédie, les prothèses dentaires ;
- la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales ;
- les frais de transport, sur présentation des justificatifs.

La gamme des prestations peut être complétée par une ordonnance conjointe du Ministre en charge de la santé publique et du Ministre ayant la tutelle de l'organisme dans ses attributions.

Article 27 : En cas d'interruption de travail pour cause de maladie naturelle, d'accident d'origine non professionnelle dûment constatée par un médecin agréé par l'organisme, l'assuré a droit à une indemnité journalière.

L'indemnité est accordée pendant la durée d'interruption de travail dont le maximum est fixé par le code du travail et n'est payable que si le salaire de l'assuré est suspendu.

Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur base du salaire mensuel de l'assuré faisant l'objet d'assiette de cotisations sans qu'il ne puisse être inférieur à deux tiers.

2.2. Des conditions du service des prestations

Article 28 : Pour bénéficier des soins médicaux, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

1. être immatriculé à l'organisme et avoir la carte d'immatriculation ;
2. figurer sur la liste des assurés établie mensuellement par l'employeur et transmise à l'organisme.



Si l'assuré ne se trouve pas sur la liste, il pourra établir par toute preuve à sa portée sa qualité d'assuré.

Article 29 : Pour bénéficier des soins médicaux, les ayants-droit doivent remplir l'une des conditions suivantes :

1. être immatriculé à l'organisme et avoir la carte d'immatriculation en cas de décès de l'assuré ;
2. figurer sur la liste des ayants-droit de l'assuré établie régulièrement par l'employeur, sur base d'un document de l'état-civil et transmise à l'organisme gestionnaire du régime.

Article 30 : Les soins médicaux sont dispensés par le personnel médical et paramédical des formations sanitaires publiques, privées ou conventionnées par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions, dans la limite de leurs compétences respectives ;

Article 31 : La fourniture des produits pharmaceutiques est assurée par les pharmacies publiques ou privées dans les conditions définies par les conventions conclues avec l'organisme gestionnaire du régime.

Article 32 : Le personnel médical et paramédical dispose de la liberté de prescription des soins médicaux dans le strict respect de la déontologie médicale et du secret professionnel.

Toutefois, seuls les médicaments figurant sur la liste établie par une ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement la tutelle de l'organisme et la santé publique dans leurs attributions, sont pris en charge par l'organisme gestionnaire du régime.

Le ministère ayant le travail dans ses attributions est consulté lors de l'élaboration de la liste.

Article 33 : L'organisme d'assurance-maladie de base ne prend en charge que les soins médicaux dispensés sur le territoire national.

Des régimes complémentaires peuvent être organisés en vue de prendre en charge les soins de santé dispensés localement et à l'étranger.

Article 34 : Les soins médicaux pris en charge par le régime de base sont remboursés aux fournisseurs par l'organisme gestionnaire du régime sur base des tarifs fixés soit par convention, soit par une ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la protection sociale dans leurs attributions.



Article 35 : Selon le type de soins, le régime d'assurance-maladie de base met en place un ticket modérateur, représentant une fraction du coût réel de tous ou de certains des soins médicaux.

Le ticket modérateur est à la charge de l'assuré.

Article 36 : Le droit aux soins médicaux est ouvert pour chaque cas de maladie et conservé dans les délais fixés par la loi.

Article 37 : En cas de suspension du contrat par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, l'assuré et ses ayants-droit conservent le droit aux soins médicaux dans la limite fixée par le code du travail.

En cas de suspension du contrat suite à d'autres raisons, l'organisme gestionnaire du régime détermine les délais et le financement de l'assurance.

Article 38 : Les modalités pratiques d'application des conditions du service des prestations notamment les soins médicaux à prendre en charge, les relations qui doivent exister entre les différents partenaires, l'organisme gestionnaire du régime, les fournisseurs de soins et l'assuré sont déterminées par une ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la protection sociale dans leurs attributions.

SECTION 3 : Du régime des risques professionnels

3.1. Des risques couverts et prestations

Article 39 : Le régime des risques professionnels garantit aux personnes protégées par le service des prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Article 40 : Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu à un travailleur par le fait ou à l'occasion du travail.

Article 41 : Sont également considérés comme accidents du travail :

1. l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour entre sa résidence habituelle ou le lieu où il prend ordinairement ses repas et le lieu où il effectue son travail ou reçoit sa rémunération, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités de la vie courante ou indépendant de l'emploi ;
2. l'accident survenu pendant les voyages effectués sur ordre de l'employeur et dont les frais sont supportés par celui-ci ou par d'autres sources de financement ;



M

3. l'accident survenu le premier jour sur le trajet de départ en congé et le dernier jour sur le trajet de retour du congé moyennant la production d'un titre de congé.

Article 42 : L'employeur est tenu de déclarer à l'organisme de protection sociale, dans un délai à fixer par le texte régissant le régime, tout accident du travail ou de trajet dont sont victimes les salariés occupés dans l'entreprise.

Article 43 : Si la déclaration est rejetée par l'organisme pour motifs de retard, de faute ou négligence de la part de l'employeur, ce dernier est obligé, sauf cas de force majeure, de supporter le service des prestations garanties à l'assuré par l'organisme.

Article 44 : Les dispositions relatives aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles.

La date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle est assimilée à la date de l'accident du travail.

Article 45 : Est considérée comme maladie professionnelle, tout état pathologique découlant comme conséquence du risque spécial inhérent au genre de travail qu'exécute le travailleur ou à l'ambiance dans laquelle il a été contraint de travailler, que cet état soit déterminé par des agents physiques, chimiques ou biologiques.

Article 46 : Les maladies endémiques ou épidémiques locales ne sont considérées comme des maladies professionnelles que si elles sont contractées par les personnes chargées de les combattre en raison de leurs fonctions.

Article 47 : La liste des maladies professionnelles, les modalités de sa mise à jour et les délais de prise en charge sont établis par ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la protection sociale dans leurs attributions.

Article 48 : Les prestations relatives aux risques professionnels comprennent :

- les soins médicaux nécessités par les lésions résultant de l'accident, qu'il y ait ou non interruption du travail ;
- l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- la rente ou l'allocation d'incapacité en cas d'incapacité permanente de travail, totale ou partielle ;
- l'allocation de frais funéraires et les rentes de survivants en cas de décès.

Article 49 : Les soins médicaux comprennent :

- l'assistance médicale, chirurgicale et dentaire y compris les examens radiographiques, les examens de laboratoire et les analyses ;



- la fourniture de produits pharmaceutiques et accessoires ;
- l'entretien dans un hôpital ou une autre formation médicale ou sanitaire ;
- la fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin désigné ou agréé par l'organisme ; indispensable ou de nature à améliorer la réadaptation fonctionnelle ;
- la fourniture et le renouvellement des lunettes médicales ;
- la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime ;
- le transport de la victime du lieu de l'accident à la formation médicale ou sanitaire et à sa résidence.

Article 50 : Les soins médicaux sont fournis ou supportés par l'organisme. Dans ce dernier cas, l'organisme en verse directement le montant aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements ou centres médicaux publics ou privés agréés par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions. Le remboursement s'effectue sur base d'un tarif établi soit par convention, soit par ordonnance conjointe des Ministres ayant la santé publique et la protection sociale dans leurs attributions.

Article 51 : En cas de nécessité et suite à un rapport d'une commission médicale à laquelle le médecin conseil de l'organisme a été associé, des soins médicaux dispensés à l'étranger à un assuré peuvent être supportés par l'organisme y compris le rapatriement de la dépouille en cas de décès.

3.2. Des conditions d'accès aux prestations.

Article 52 : En cas d'incapacité temporaire de travail dûment constatée par un médecin agréé, la victime a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'incapacité, ouvrable ou non, à partir du 31^{ème} jour de la date d'accident de travail et du lendemain du jour de l'accident s'il s'agit d'un accident de trajet.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime.

La rémunération journalière moyenne servant de base de calcul des indemnités journalières s'obtient en divisant par 90, le total des rémunérations soumises aux cotisations perçues par l'intéressé au cours des 3 derniers mois précédent celui au cours duquel l'accident est survenu.

Article 53 : En cas d'incapacité permanente dûment constatée par un médecin désigné ou agréé par l'organisme, la victime a droit à :



1. une rente d'incapacité permanente lorsque le degré de son incapacité est égal à quinze pour cent au moins ;
2. une allocation d'incapacité versée en une seule fois lorsque le degré de son incapacité est inférieur à 15 pour cent.

Article 54 : Le degré de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime et d'après ses aptitudes et qualifications professionnelles sur base d'un barème officiel des invalidités.

Article 55 : La rente d'incapacité permanente totale est égale à cent pour cent de la rémunération moyenne de la victime.

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

Article 56 : La rémunération moyenne mensuelle servant de base de calcul des rentes est égale à trente fois la rémunération journalière moyenne déterminée selon les dispositions de l'alinéa 2 de l'article 55.

Article 57 : Le montant de l'allocation d'incapacité est égal à trois fois le montant annuel de la rente fictive correspondant au degré d'incapacité de la victime.

Article 58 : Lorsque le décès de la victime est la conséquence d'un accident de travail, les survivants ont droit aux rentes de survivants et à une allocation de frais funéraires.

Les survivants ne peuvent plus, dans ce cas, prétendre aux prestations de survivants dans la branche des pensions.

Article 59 : L'allocation des frais funéraires est versée à la personne qui a pris à sa charge les frais d'enterrement dont le montant est fixé par les textes régissant le régime des risques professionnels.

Article 60 : Les rentes des survivants sont calculées en pourcentage de la rémunération servant de base au calcul de la rente d'incapacité permanente.

Le montant total des rentes auxquelles ont droit les survivants de la victime ne peut dépasser le montant de la rente d'incapacité permanente totale à laquelle celle-ci avait ou aurait eu droit. Si le total des rentes calculées dépasse cette limite, chacune des rentes est réduite en proportion.

Article 61 : Le droit à la rente de conjoint survivant s'éteint en cas de remariage ou de décès. Il est transféré aux orphelins bénéficiaires en proportions égales.



Article 62 : Les rentes d'incapacité sont toujours concédées à titre temporaire. Toute modification dans l'état de la victime par aggravation ou par atténuation de l'infirmité dûment constatée par un médecin agréé ou désigné par l'organisme, donne lieu, sur l'initiative de ce dernier ou sur demande de la victime, à une révision de la rente qui est majorée à partir de la date de l'aggravation ou réduite ou remplacée par une allocation à partir du jour d'échéance suivant la notification de la décision de réduction.

Aucune révision médicale, dans le sens de fixer un autre taux d'incapacité, n'est plus possible lorsque cinq ans se sont écoulés depuis la date de la consolidation des lésions.

Si une suspension est intervenue suite au manquement de la victime à la révision médicale, la reprise du service de la rente commence à dater du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le nouvel examen est intervenu et cela sans régularisation si la cause de la suspension n'est pas justifiée.

Article 63 : Lorsque les droits de la victime aux prestations ont été modifiés, les règles d'application y relatives sont déterminées par les textes régissant le régime.

Article 64 : La rente allouée à la victime d'un risque professionnel peut, après expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date de consolidation, être remplacée en partie par un capital dans les conditions qui sont déterminées par les textes régissant le régime.

La demande est introduite dans un délai d'un an suivant le délai précité de cinq ans.

3.3. De la suspension et de la suppression des droits dans la branche des risques professionnels

Article 65 : Le droit aux prestations prévues en matière de risques professionnels n'est pas reconnu à l'assuré lorsque son état trouve sa source dans les faits de guerre.

Article 66 : Les prestations sont réduites de moitié lorsque l'incapacité de travail est la conséquence d'une faute inexcusable de l'assuré.

Les prestations sont supprimées en cas de faute intentionnelle de l'assuré.

Article 67 : Le droit aux prestations reste maintenu en faveur des survivants si les fautes visées à l'article 66 ont entraîné la mort de l'assuré.

Article 68 : Les prestations sont suspendues :

1. lorsque le titulaire ne réside pas sur le territoire national, sauf dans les cas couverts par des Accords de réciprocité ou des Conventions Internationales dûment ratifiées par le Burundi ;

2. lorsque le titulaire néglige d'utiliser les services médicaux mis à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de son incapacité de travail ou de sa maladie. Toutefois, l'assuré garde ses droits s'il justifie la cause de l'inobservance des règles de vérification de son incapacité.

3.4. De la prévention des risques professionnels

Article 69 : Sur base des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, il est institué un système de tarification différenciée du régime des risques professionnels.

Article 70 : L'organisme qui gère la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles a l'obligation de mettre en place un programme de prévention des risques professionnels en vue de contribuer à leur réduction et ce, sous la supervision de l'inspection générale du travail. Il concourt à l'application des mesures d'hygiène et de sécurité sur les lieux du travail.

L'organisme contribue à la collecte et à l'utilisation des statistiques et des résultats des recherches portant sur les risques professionnels. En collaboration avec l'inspection générale du travail, l'organisme recourt à tous les procédés de publicité et de vulgarisation pour faire connaître les méthodes de prévention.

Il peut consentir aux entreprises des ristournes ou avances en vue de récompenser ou d'inciter toute initiative en matière de prévention.

Les modalités d'application de ces dispositions sont déterminées par les textes régissant le régime des risques professionnels.

SECTION 4 : Du régime des pensions

4.1. Des risques couverts et prestations

Article 71 : Le régime des pensions couvre les risques de vieillesse, d'invalidité et de décès. Il comprend la pension ou l'allocation de vieillesse, la pension anticipée, la pension d'invalidité, la pension ou l'allocation aux survivants.

4.2. Des conditions d'accès aux prestations

Article 72 : L'assuré a droit à une pension de vieillesse s'il remplit les conditions ci-après :

1. avoir atteint l'âge régi par les lois spécifiques ;
2. avoir accompli au moins 15 ans de cotisations ;

3. avoir effectivement cessé l'activité professionnelle soumise au régime, la pension ne pouvant pas être cumulée avec le salaire.

Article 73 : Les catégories particulières d'assurés pouvant bénéficier d'une pension de vieillesse à un âge autre que celui régi par les lois spécifiques et les compensations financières éventuelles qui en découlent sont déterminées par une ordonnance conjointe des Ministres ayant le travail et la protection sociale dans leurs attributions.

Article 74 : L'assuré en activité atteint d'une usure prématurée de ses facultés physiques ou mentales, dix ans avant l'âge normal d'admission à la pension de vieillesse, le rendant inapte à exercer une activité salariée, peut demander à bénéficier d'une pension anticipée.

Les médecins de travail agréés par l'organisme gestionnaire du régime sont compétents pour déterminer si un assuré est atteint d'une usure prématurée.

Article 75 : Un assuré peut demander la retraite anticipée pour convenance personnelle cinq ans avant l'âge de la retraite.

Article 76 : L'assuré ayant atteint l'âge d'admission à la pension de vieillesse qui compte au moins douze mois d'assurance et qui, n'a pas versé des cotisations durant au moins 15 ans, a droit à une allocation de vieillesse sous forme d'un versement unique.

Article 77 : 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, quelle que soit la date d'introduction de la demande.

Article 78 : L'assuré qui devient invalide avant l'âge normal d'admission à la pension de vieillesse a droit à une pension d'invalidité s'il a accompli au moins 3 ans d'assurance et six mois d'assurance au cours des douze derniers mois civils précédant le début de l'invalidité.

Article 79 : Nonobstant les dispositions de l'article précédent, au cas où l'invalidité est due à un accident d'origine non professionnelle, l'assuré a droit à une pension d'invalidité à condition qu'il ait occupé un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et qu'il ait été immatriculé à l'organisme gestionnaire du régime avant cette date.

Article 80 : Est considéré comme invalide, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle, a subi une diminution permanente de 66% de ses capacités physiques ou mentales dûment certifiée par un médecin agréé par l'organisme gestionnaire du régime.

Article 81 : La pension d'invalidité prend effet le mois qui suit l'avis du médecin agréé par l'organisme gestionnaire du régime.

Article 82 : La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire et peut être révisée aux dates fixées par l'organisme de protection sociale. Elle est remplacée par une pension de vieillesse de même montant lorsque le bénéficiaire atteint l'âge normal d'admission à la pension.

La pension d'invalidité ne se cumule pas avec un emploi rémunéré.

Article 83 : Le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité, de la pension anticipée et de l'allocation de vieillesse est fixé en fonction de la rémunération mensuelle moyenne, définie comme la trente sixième ou la soixantième partie du total des trente-six ou soixante meilleures rémunérations soumises à cotisation au cours de sa carrière professionnelle, le choix étant dicté par l'intérêt de l'assuré.

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

Pour le calcul du montant de la pension d'invalidité, les années comprises entre l'âge normal d'admission à la pension de vieillesse et l'âge effectif de l'invalidité à la date où la pension d'invalidité prend effet, sont assimilées à des périodes d'assurance à raison de six mois par année.

Article 84 : Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée est égal à trente pour cent de la rémunération mensuelle moyenne. Si le total des mois d'assurance et des mois assimilés dépasse cent quatre-vingt, le pourcentage est majoré de deux pour cent pour chaque période d'assurance ou assimilée de douze mois au-delà de cent quatre-vingt mois.

Le montant mensuel de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée ne peut en aucun cas être inférieur à soixante pour cent du salaire mensuel minimum légal du territoire national correspondant à une durée de travail réglementaire. Ce montant minimum ne peut cependant pas dépasser quatre-vingt pour cent de la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré calculée conformément au premier alinéa de l'article précédent.

Le montant de l'allocation de vieillesse est égal à autant de fois la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré que celui-ci compte de période de douze mois d'assurance.

Article 85 : En cas de décès du titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'une pension anticipée et en cas de décès d'un assuré suite à une maladie naturelle ou à un accident d'origine non professionnelle et qui, à la date de son décès, remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou qui comptait cent quatre-vingt mois d'assurance, les survivants ont droit à une pension de survivants.

Article 86 : Les pensions de survivants sont calculées en pourcentage de la pension de vieillesse ou d'invalidité ou de la pension anticipée à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date de son décès. Les pourcentages sont fixés par les textes régissant le régime.

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

En cas de remariage, le conjoint survivant perd son droit à la pension de survivant. Elle est transférée en proportions égales aux orphelins bénéficiaires. Il en est de même en cas de décès du conjoint survivant.

Article 87 : Si l'assuré ne pouvait prétendre à une pension d'invalidité et comptait moins de cent quatre-vingt mois d'assurance à la date de son décès, les ayants-droit bénéficient d'une allocation de survivants versée en une seule fois, d'un montant calculé en pourcentage de l'allocation de vieillesse à laquelle l'assuré aurait pu prétendre s'il avait atteint l'âge de la retraite au moment du décès.

Article 88 : En cas de décès d'un assuré ou d'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse, d'une pension d'invalidité ou d'une pension anticipée suite à une maladie naturelle ou à un accident non professionnel, une allocation de frais funéraires est versée à la personne qui a pris à sa charge les frais de morgue et d'enterrement dont le montant est fixé par les textes régissant le régime.

SECTION 5 : Du régime des prestations familiales

5.1. Du champ d'application

Article 89 : La branche des prestations familiales est instituée au profit des fonctionnaires relevant du statut de la fonction publique et des travailleurs salariés régis par le Code du travail, ayant à leur charge un ou plusieurs enfants résidant au Burundi et inscrits dans les registres de l'Etat civil.

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

Le fonctionnaire ou le travailleur salarié qui accomplit un stage de formation ou de perfectionnement dans un autre Etat, continue à bénéficier des prestations familiales pendant la durée du stage.

Article 90 : Ne sont pas visés par la présente section, les travailleurs salariés ou les fonctionnaires dont les enfants ont droit à un régime de prestations familiales plus favorables et les travailleurs qui ont leur résidence habituelle dans un autre Etat et qui, pour l'exécution de leur contrat de travail, accomplissent au Burundi un séjour temporaire dont la durée n'excède pas six mois renouvelable une fois.



Article 91 : Des conventions inter-Etats de protection sociale peuvent fixer les conditions d'attribution des prestations familiales aux travailleurs et aux enfants à charge ne remplissant pas les conditions de résidence prévues à l'article 90.

5.2. Des conditions d'attribution

Article 92 : Dans le sens du présent Code, est considéré comme ayant un enfant à charge, tout fonctionnaire ou tout travailleur salarié qui assure d'une manière générale et permanente le logement, la nourriture, l'habillement et l'éducation de l'enfant.

Dans le cas des conjoints relevant des statuts différents, c'est le régime le plus favorable qui sera appliqué. Le cumul des prestations familiales au titre d'un enfant est interdit.

Article 93 : Ouvrent droit aux prestations familiales, les enfants à la charge du fonctionnaire ou du travailleur salarié qui entrent dans l'une des catégories suivantes :

- les enfants issus du mariage à condition qu'ils aient été enregistrés dans les registres de l'état-civil et que le mariage ait été célébré ou constaté par l'officier de l'état civil ;
- les enfants ayant fait l'objet d'une adoption conformément à la loi ;
- les enfants d'un fonctionnaire ou d'un salarié dont la filiation naturelle est établie conformément à la loi ;
- les enfants sous tutelle légale du fonctionnaire salarié.

Article 94 : Le droit aux prestations familiales est subordonné à une activité professionnelle de trois mois consécutifs et d'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 ou trois mois dans les professions et les emplois comportant, en raison de leur nature, un horaire de travail intermittent ou irrégulier.

Le droit aux prestations familiales court à partir de la date d'engagement.

Article 95 : Les prestations familiales sont dues pour le mois entier qui marque la fin de la période d'ouverture de droit, quelle que soit la cause de cessation des droits.

Article 96 : Le droit aux prestations familiales est maintenu dans les cas suivants :

- les absences pour congé payé ;



- les absences pour accident du travail ou pour maladie professionnelle ;
- les absences pour maladie dûment constatées par un certificat médical, dans la limite de six mois ;
- les périodes de congé de maternité prévues par la loi, pour les femmes salariées.

Article 97 : Continuent à bénéficier des prestations familiales, les conjoints des allocataires et les fonctionnaires ou les travailleurs atteints d'une incapacité permanente totale à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle pour leurs enfants restés effectivement à leur charge.

Les prestations familiales dont bénéficient les orphelins ou les enfants placés sous tutelle sont versées à la personne physique ou morale qui les a à sa charge.

Article 98 : Les prestations sont dues après l'établissement d'une demande sur un imprimé fourni par l'organisme de sécurité sociale, accompagné des pièces justificatives.

Article 99 : Ne sont acceptées comme pièces justificatives que les pièces de l'état civil délivrées conformément à la législation en vigueur.

Si elles ne sont pas rédigées en français les pièces d'état civil délivrées par les autorités étrangères, sont traduites en français par les autorités consulaires compétentes du pays intéressé ou un traducteur agréé par les autorités burundaises.

5.3. Des prestations

Article 100 : Les prestations dues au titre de la branche des prestations familiales sont :

- les soins de santé liés à la grossesse et ses suites ;
- les allocations familiales ;
- les indemnités journalières de congé de maternité ;
- les prestations en nature et, éventuellement, toute autre prestation instituée par la loi.



Article 101 : Le régime des prestations familiales prend à sa charge les soins liés au suivi de la grossesse dont les soins médicaux liés au suivi à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Article 102 : Les soins médicaux comprennent, pour le régime des prestations familiales, au moins les soins définis comme paquet de base par le ministère de la santé publique.

Le paquet de base comprend notamment :

1. les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement, les soins post-natals et les soins aux nouveau-nés pendant quinze jours, donnés soit par un médecin, soit par un infirmier ou soit par une sage-femme diplômée ;
2. l'hospitalisation ;
3. les frais de transport, sur présentation des justificatifs.

La gamme des prestations peut être complétée par ordonnance conjointe des Ministres ayant respectivement la santé publique et la tutelle de l'organisme gestionnaire du régime dans leurs attributions.

Article 103 : Des allocations familiales sont attribuées au fonctionnaire ou au travailleur salarié pour trois naissances à sa charge, depuis la naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

La limite d'âge est portée à vingt-et-un an pour l'enfant placé en apprentissage ou qui poursuit des études ou, si par suite d'infirmité ou de maladie incurable, il est dans l'impossibilité d'exercer un travail salarié.

Article 104 : Le paiement des allocations familiales est subordonné à la production des pièces suivantes :

1. un extrait d'acte de naissance de l'enfant ou un document portant la mention adoption ou mise sous tutelle, le cas échéant ;
2. un certificat de visite médicale ou un certificat de scolarité toutes les années pour les enfants à charge âgés de 0 à 14 ans ;
3. un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 15 à 21 ans ;
4. un certificat ou un contrat d'apprentissage pour les enfants âgés de 14 à 21 ans ;

5. un certificat médical constatant l'infirmité ou la maladie incurable pour les enfants de 14 à 21 ans atteints d'une infirmité ou d'une maladie incurable.

Les enfants à charge titulaires d'une bourse entière d'études sont exclus du bénéfice des prestations familiales.

Article 105 : Les allocations familiales sont payées à l'allocataire à terme échu et à intervalles réguliers ne dépassant pas trois mois.

Elles sont dues à partir du premier jour du mois qui suit celui du deuxième anniversaire de la naissance.

Article 106 : La femme salariée enceinte a droit à des indemnités journalières pendant la durée de son congé de maternité dans la limite fixée par la disposition légale.

Article 107 : Le paiement des indemnités journalières est subordonné aux conditions suivantes :

1. la justification de la qualité du fonctionnaire ou du travailleur salarié ;
2. la production d'un certificat médical constatant la grossesse ;
3. la suspension effective de l'activité professionnelle constatée par une notification de l'employeur ;
4. la production du bulletin de paie du mois précédent celui de l'arrêt de travail.

Le congé de maternité peut être prolongé de trois semaines au maximum en cas d'incapacité à reprendre le travail à la suite de maladie consécutive à la grossesse ou aux couches. Dans ce cas, le paiement des indemnités journalières est subordonné à la production d'un certificat médical et d'une attestation de l'employeur précisant que le travail n'a pas repris.

Article 108 : L'indemnité se calcule à raison de la totalité du salaire journalier effectivement perçu lors de la dernière paie, y compris éventuellement les indemnités inhérentes à la nature du travail.

Le montant de l'indemnité est égal à autant de fois le salaire journalier qu'il y a de jours, ouvrables ou non, pendant la durée de la suspension du travail.

Article 109 : L'indemnité journalière est payée soit par la période de trente jours, soit à l'expiration de six semaines avant ou de huit semaines après l'accouchement.



Article 110 : L'employeur qui maintient à la femme salariée pendant le repos légal des couches tout ou partie de son salaire est subrogé de plein droit à l'intéressée dans les droits de celle-ci à l'indemnité journalière, à condition qu'il soit lui-même en règle avec l'organisme de sécurité sociale et que la partie du salaire qu'il verse soit au moins égale à l'indemnité due par ledit organisme.

Article 111 : Le repos de la femme en couches est soumis au contrôle de l'organisme de sécurité sociale.

Les indemnités journalières peuvent être supprimées pendant la période au cours de laquelle l'organisme de sécurité sociale a été mis, dans l'impossibilité d'exercer le contrôle, par le fait de l'intéressée.

Article 112 : En plus des prestations en espèces prévues aux sections précédentes, des prestations en nature peuvent être servies aux conjoints et aux enfants du fonctionnaire ou du travailleur salarié ou à toute personne qualifiée qui a la charge de les affecter aux soins exclusifs de l'enfant.

Article 113 : Outre le service des prestations en nature prévu à l'article précédent, l'organisme de protection sociale peut instituer des services médico-sociaux au profit des familles.

SECTION 6 : Du régime d'assurance chômage

Article 114 : Le régime d'assurance chômage couvre tout salarié ou tout travailleur qui perd son emploi ou travail.

Article 115 : Les partenaires sociaux peuvent négocier la mise en place d'un régime d'assurance chômage au niveau des entreprises à travers des conventions collectives.

CHAPITRE III : DES REGIMES COMPLEMENTAIRES

Article 116 : Les garanties de base offertes aux affiliés du système de protection sociale dans les différentes branches peuvent être complétées, autant que de besoin, par des prestations contributives s'ajoutant aux prestations des régimes de base.

Des dispositifs et des régimes collectifs offrant des prestations qui ont un caractère complémentaire sont, selon le cas, créés par voie législative, réglementaire ou conventionnelle.

Ils peuvent être facultatifs, partiellement ou totalement obligatoires.



Article 117 : Les réglementations et les normes techniques de financement des régimes complémentaires doivent s'appuyer sur les mêmes paramètres que ceux des régimes de base.

Article 118 : Les normes de gestion des prestations, de financement et de gouvernance des régimes complémentaires sont fixées par un texte réglementaire.

Les normes visées à l'alinéa premier ont pour objet de garantir l'effectivité, l'équité et la pérennité des régimes complémentaires.

Article 119 : En application du principe de spécialité, toutes les opérations financières d'un régime complémentaire font l'objet d'un bilan annuel d'intermédiation spécialisé et indépendant.

Article 120 : Les régimes complémentaires ou spéciaux peuvent être gérés par des entreprises ou des groupes d'entreprises ou une organisation et ce, en harmonie avec les dispositions du présent Code de protection sociale.

Article 121 : Seules les pensions complémentaires peuvent jouir des avantages fiscaux prévus par les dispositions de la loi fiscale en la matière.

CHAPITRE IV : DES REGIMES SPECIAUX ET DES REGIMES FACULTATIFS

Article 122 : Les régimes spéciaux sont des régimes institués en faveur des catégories particulières auxquelles peuvent appartenir des personnes à un moment donné de leur vie professionnelle.

Article 123 : Les dispositifs et les régimes des travailleurs mobiles et indépendants comprennent les régimes de base et les régimes complémentaires.

Les régimes de base sont obligatoires, sous réserve du caractère volontaire de certaines prestations.

Article 124 : Les régimes spéciaux fonctionnent sur un principe assurantiel. Le financement de leurs prestations est assuré par les cotisations des assujettis.

Article 125 : Les travailleurs mobiles et indépendants bénéficient, dans les conditions fixées par les textes en vigueur, de l'ensemble des prestations ouvertes au titre de la sécurité sociale.

Les prestations comprennent notamment les prestations des régimes de base et les prestations des régimes complémentaires.

Article 126 : Sont potentiellement assujetties aux régimes des travailleurs mobiles et indépendants, toutes les personnes qui résident régulièrement sur le territoire national, notamment :



- les travailleurs domestiques ;
- les avocats ;
- les notaires ;
- les artisans ;
- les commerçants.

Les modalités de fonctionnement du régime des travailleurs mobiles et indépendants sont fixées par un texte réglementaire.

CHAPITRE V : DES ASSURANCES SOCIALES

SECTION 1 : De l'organisation administrative

Article 127 : La gestion des prestations d'un régime de sécurité sociale est confiée à un organisme jouissant d'une autonomie administrative et financière.

Article 128 : La création d'un organisme de sécurité sociale est fixée par un décret ou par les statuts négociés par les partenaires sociaux ou par des personnes morales de droit privé et agréés par le ministère ayant la protection sociale dans ses attributions.

Article 129 : L'organisme de sécurité sociale fonctionne sous la garantie et la surveillance de l'Etat.

Article 130 : Les organes de gestion de l'organisme sont le conseil d'administration, le comité de recours gracieux, le comité de direction et le commissariat aux comptes.

Les membres du comité de direction sont recrutés sur la base de leurs compétences techniques.

Article 131 : Les partenaires de l'organisme de sécurité sociale sont représentés d'une manière paritaire au conseil d'administration et au comité de recours gracieux.

Les statuts des organismes de sécurité sociale précisent clairement les partenaires du régime et la provenance des membres de leurs organes de gestion.

SECTION 2 : De l'organisation financière

2.1. Des ressources

Article 132 : Les ressources des régimes de protection sociale sont constituées par :

1. les cotisations ;
2. les majorations encourues pour cause de retard dans le paiement des cotisations et dans la production des déclarations des cotisations ou des salaires ;
3. les produits des placements des fonds ;
4. les subventions de l'Etat ;
5. les dons et les legs ;
6. toutes autres ressources attribuées par un texte législatif ou réglementaire.

Les ressources des régimes ne peuvent être utilisées que pour couvrir les prestations et les frais d'administration indispensables à leur fonctionnement.

Les frais de fonctionnement ne doivent pas dépasser dix pourcent des ressources.

Article 133 : Chaque régime fait l'objet d'une gestion financière distincte, les ressources d'un régime ne pouvant être affectées à la couverture des charges d'un autre régime.

Article 134 : Les cotisations dues pour chaque régime sont, dans la limite d'un plafond ou pas, assises sur l'ensemble des rémunérations, des primes, des indemnités, des gratifications, des pensions, des rentes perçues par les personnes physiques assujetties, à l'exclusion des sommes ayant le caractère d'un remboursement de frais.

Le plafond des cotisations est le même pour tous les affiliés au même régime.

Les dispositions régissant chaque régime déterminent les rémunérations forfaitaires servant au calcul des cotisations applicables à certaines catégories d'assujettis et prescrivent des modalités particulières pour leur recouvrement.

Article 135 : Le taux de cotisation afférent à chaque régime est fixé par ordonnance sur proposition du conseil d'administration de l'organisme, sur base des recommandations issues d'une étude actuarielle. Le taux peut être révisé chaque fois que de besoin selon la même procédure.

Les cotisations des régimes des soins médicaux et des pensions sont réparties entre le travailleur et son employeur selon les proportions déterminées par les textes les régissant, la part incombant au travailleur ne pouvant en aucun cas dépasser quarante pour cent du montant de cette cotisation.

Les cotisations aux régimes des risques professionnels et des prestations familiales sont à charge exclusive de l'employeur.

Article 136 : Les taux de cotisations de base au régime d'assurance-chômage sont négociés entre les organisations d'employeurs et de travailleurs. Ils peuvent également faire l'objet de négociations aux niveaux des organisations professionnelles ou des entreprises dans le seul objectif d'améliorer le niveau de protection sociale contre le chômage.

Article 137 : Les taux de cotisations sont fixés de manière que les produits de chaque régime, y compris les produits de placements, permettent de couvrir l'ensemble des dépenses de prestations ainsi que la partie des dépenses d'administration qui s'y rapporte, et de disposer du montant nécessaire à la constitution des diverses réserves et du fonds de roulement.

Article 138 : L'assiette des cotisations des assurés sociaux indépendants ou des membres des organisations de l'économie solidaire ainsi que leurs taux de cotisations aux différents régimes sont déterminés par une ordonnance du Ministre ayant la protection sociale dans ses attributions, sur base des recommandations issues des études actuarielles.

Article 139 : Dans le cas des travailleurs salariés, l'employeur est débiteur de l'ensemble des cotisations dues y compris la part du travailleur qui est précomptée sur le traitement, le salaire, la pension ou la rente au moment de leur versement.

L'employeur verse les cotisations globales dont il est responsable mensuellement ou trimestriellement, selon le cas, au plus tard le quinzième jour du mois qui suit celui auquel elles sont dues.

Article 140 : Dans le cas des assurés sociaux indépendants ou enregistrés au nom des organisations professionnelles, le débiteur de la cotisation globale est l'assuré lui-même ou l'organisation professionnelle responsable.

La périodicité du versement des cotisations est fixée selon la nature du revenu.

Une majoration de retard est appliquée aux cotisations qui n'ont pas été acquittées dans le délai prescrit.

Article 141 : Dans le cas des travailleurs salariés, l'employeur est tenu de produire une déclaration mensuelle ou trimestrielle indiquant, pour chaque salarié, au cours du mois concerné, le montant total des rémunérations perçues ainsi que la durée du travail effectué.

La déclaration est adressée à l'organisme gestionnaire au plus tard le quinzième jour du mois qui suit celui auquel les cotisations sont dues.



Article 142 : Dans le cas des assurés sociaux membres d'une organisation professionnelle, celle-ci est tenue de produire une déclaration mensuelle ou trimestrielle de ses membres pour lesquels elle verse les cotisations.

La déclaration doit être accompagnée d'une preuve de paiement des cotisations.

Article 143 : Le défaut de production aux échéances prescrites de la déclaration mensuelle donne lieu à l'application d'une majoration dans les conditions fixées par les textes régissant chaque régime.

Article 144 : Les périodicités de déclaration et de paiement des cotisations pour le secteur non structuré sont déterminées par des textes réglementaires.

2.2. Du recouvrement des cotisations

Article 145 : Dans le cas des travailleurs salariés, l'employeur ne peut récupérer à charge de l'assuré le montant des prélèvements qu'il a omis d'effectuer au moment du paiement de la rémunération, le salaire, la pension ou la rente.

Le paiement de la cotisation du salarié reste définitivement sous la responsabilité de l'employeur, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

Article 146 : Lorsqu'un travailleur est occupé simultanément ou successivement au service de deux ou de plusieurs employeurs, chacun de ces derniers retient et verse les cotisations correspondant aux rémunérations que le travailleur a gagnées chez lui.

Lorsque les rémunérations soumises à cotisation sont plafonnées, l'organisme détermine la part des cotisations incombant à chaque employeur.

Article 147 : En matière de risques professionnels, en cas d'employeurs multiples, chaque employeur doit s'assurer entièrement contre les risques professionnels qui surviennent dans son entreprise.

Article 148 : Lorsque le montant des salaires devant servir de base au calcul des cotisations n'a pas été communiqué à l'organisme, une taxation d'office provisoire est effectuée par ce dernier qui peut notamment se faire communiquer par les services fiscaux, tous renseignements susceptibles de faciliter le contrôle des salaires.

Les modalités de la taxation d'office sont déterminées par les textes régissant chaque régime.

Article 149 : Le paiement des cotisations et des majorations de retard est garanti par un privilège sur les biens meubles et immeubles de l'employeur qui prend rang immédiatement avant le Trésor et après celui qui garantit le paiement des salaires.

Article 150 : Si le débiteur des cotisations de protection sociale, tel l'employeur, l'organisme professionnel ou l'assuré indépendant ne s'exécute pas dans les délais prescrits, toute action en poursuite effectuée contre lui, est obligatoirement précédée d'une mise en demeure adressée sous forme de lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'invitant à régulariser sa situation dans les quinze jours, ou notifiée par un agent de l'organisme de recouvrement assermenté à cet effet.

La mise en demeure peut être interrompue par le recours du débiteur devant le comité de recours gracieux pour contester la réalité ou le montant de la dette, à condition que le recours soit formé dans les quinze jours à compter de l'avis de réception ou de la notification prévue à l'alinéa 1 du présent article.

Si la mise en demeure reste sans effet, l'organisme peut, indépendamment de toute action pénale, délivrer une astreinte sous la forme d'un relevé des sommes dues à titre exécutoire.

Le relevé des sommes dues à titre exécutoire est signifié par toutes voies de droit notamment par l'agent de l'organisme.

Article 151 : Les contrôleurs de l'organisme de recouvrement ont la qualité d'huissier ; ils font les commandements, les saisies et les ventes à l'exception des ventes immobilières, lesquelles sont faites par le directeur des titres fonciers.

Article 152 : Tous fermiers, locataires, receveurs, agents économes, banquiers, notaires, avocats, huissiers, greffiers, curateurs représentants et autres dépositaires et débiteurs de revenus, sommes, valeurs ou meubles affectés au privilège sont tenus, sur demande qui leur en est faite par pli recommandé émanant de l'organisme, de payer à l'acquit des employeurs redevables et sur le montant des fonds ou valeurs qu'ils doivent ou qui sont entre leurs mains jusqu'à concurrence de tout ou partie des cotisations ou intérêts moratoires dus par ces derniers.

La demande vaut sommation avec opposition sur les sommes, les valeurs ou les revenus. A défaut pour les tiers détenteurs de satisfaire à la demande de l'organisme, ceux-ci sont poursuivis comme s'ils étaient débiteurs directs.

Les modalités d'application de ces dispositions sont déterminées par les textes régissant chaque régime.

Article 153 : L'exécution de l'astreinte visée à l'article 150 peut être interrompue par le recours du débiteur devant le Tribunal du travail pour contester la réalité ou le montant de la dette.

Le recours est formé dans le délai de quinze jours à compter de la signification prévue à l'article 150.



2.3. De l'équilibre financier, fonds de réserves et action sociale et sanitaire

Article 154 : Pour assurer le fonctionnement de l'organisme et maintenir l'équilibre financier, il est institué un fond de roulement et autant de fonds de réserves que de besoin selon les conditions définies par les textes régissant chaque régime.

Article 155 : Il est également institué un fonds d'action sanitaire et sociale dont les ressources et leur utilisation sont déterminées par les textes régissant chaque régime.

Article 156 : Une étude actuarielle de chaque régime est effectuée au moins une fois tous les cinq ans et chaque fois que de besoin. Si l'analyse révèle un danger de déséquilibre financier, il est procédé à toutes mesures susceptibles de rétablir l'équilibre financier du régime.

La révision des taux de cotisations constitue un dernier recours.

SECTION 3 : De l'organisation comptable

Article 157 : Les dépenses de l'organisme sont constituées par :

1. le paiement des prestations ;
2. les frais de fonctionnement ;
3. les dépenses d'investissement ;
4. les intérêts et annuités d'amortissement des dettes ;
5. les taxes, contributions, impôts et charges sociales légalement dus.

Article 158 : Les règles relatives aux opérations financières et comptables sont fixées par une ordonnance du Ministre ayant la protection sociale dans ses attributions.

CHAPITRE VI : DES MUTUELLES SOCIALES

SECTION 1 : Du statut juridique des mutuelles sociales

Article 159 : Les mutuelles sociales sont dotées d'une personnalité morale de droit privé sans but lucratif et d'une autonomie administrative, organique et financière.

Article 160 : Les mutuelles sociales sont des organismes privés chargés d'une mission de service public. A ce titre, l'Etat leur assure un cadre approprié pour le développement de leurs activités, assure leur protection et garantit les intérêts de leurs membres à travers des mécanismes d'appui, de suivi et de régulation.



Article 161 : Les mutuelles sociales sont soumises à la tutelle du ministère ayant la protection sociale dans ses attributions. A ce titre, celui-ci édicte des mesures relatives à leur fonctionnement administratif et financier par ordonnance.

Article 162 : L'autorité de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale donne l'agrément aux membres du conseil d'administration et aux gérants par décision pour autant que les conditions requises soient respectées.

Article 163 : Des textes d'application du présent code fixent les modalités de création, d'agrément, de fonctionnement et de gestion des mutuelles sociales ainsi que les droits et obligations des mutuelles sociales et des structures faitières.

SECTION 2 : De l'agrément

Article 164 : Aucune mutuelle, union ou fédération et confédération des mutuelles sociales ne peut fonctionner avant d'avoir été préalablement agréée par l'autorité de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale.

Article 165 : Le dossier transmis à l'autorité de tutelle pour l'agrément est composé des pièces principales suivantes :

1. une lettre de demande d'agrément ;
2. un rapport d'une étude de faisabilité du régime se rapportant à son objet ;
3. les statuts notariés et le règlement d'ordre intérieur de la Mutuelle sociale ou de la structure faitière des Mutuelles sociales ;
4. le procès-verbal de l'assemblée constituante contenant les noms des membres de l'organe dirigeant de la Mutuelle sociale ou de la structure faitière ;
5. la liste des membres fondateurs dont l'effectif minimal est précisée dans les textes d'application.

Article 166 : Le refus d'agrément ne peut intervenir que si les dispositions légales et réglementaires relatives à la constitution des mutuelles sociales ne sont pas respectées.

Article 167 : Les mutuelles, les unions, les fédérations et les confédérations de mutuelles sociales dûment agréées sont soumises aux dispositions du présent code dès leur immatriculation.

SECTION 3 : De l'organisation financière

3.1. Des ressources et des dépenses

Article 168 : Les ressources principales de la mutuelle sociale et des structures faitières sont :

1. les droits d'adhésion ;
2. les cotisations ;
3. les contributions des membres d'honneur ;
4. les dons, les legs et les subventions diverses.

Les ressources peuvent être améliorées par les emprunts, les produits des activités génératrices de revenus et les produits financiers.

Article 169 : Les emprunts contractés, les dons, les legs et les subventions doivent être accordés conformément à l'objet social de la mutuelle sociale ou des structures faitières.

Article 170 : Les mutuelles sociales peuvent placer des fonds dans les unions auxquelles elles sont affiliées et dans les établissements financiers agréés.

Article 171 : Les excédents annuels nets sont soumis à un prélèvement obligatoire pour la constitution d'un fonds de réserve légale de la mutuelle avant toute autre utilisation.

La réserve légale est de cinq pour cent.

Article 172 : L'affectation des excédents a pour finalité d'accroître la marge de solvabilité de la mutuelle sociale en vue d'améliorer les prestations.

Article 173 : L'affectation des excédents se fait selon les ratios prudentiels spécifiques à chaque groupe de risques couverts par les mutuelles sociales ou structures faitières.

Article 174 : Les mutuelles sociales ou les structures faitières des mutuelles sociales, ont l'obligation de tenir une comptabilité conformément aux règles comptables définies par le Ministre de tutelle.

Article 175 : Dans les trois mois qui suivent la clôture de l'exercice, le conseil d'administration prépare les documents à soumettre à la réunion annuelle de l'assemblée générale des membres à savoir :



1. le rapport annuel de gestion ;
2. les états financiers ;
3. le programme d'activités ;
4. le budget prévisionnel pour la réalisation du programme d'activité ;
5. tout autre renseignement requis par les statuts.

Article 176 : Les dépenses comprennent :

- les différentes prestations accordées aux membres participants et à leurs ayants-droit ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle sociale ou des structures faitières ;
- les cotisations versées aux unions, aux fédérations et aux confédérations des mutuelles sociales ;
- toute autre dépense non contraire à l'objet de la mutuelle sociale ou des structures faitières.

3.2. Du fonds national de garantie des mutuelles sociales

Article 177 : Les mutuelles sociales disposent d'un fonds de garantie sous la surveillance de l'autorité de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale.

Le fonds de garantie est destiné à préserver les droits des membres participants des mutuelles sociales et des structures faitières des mutuelles sociales et de leurs ayants-droits.

Article 178 : Les mutuelles sociales ou les structures faitières des mutuelles sociales, régies par le présent code sont tenues d'adhérer au fonds.

L'organisation, les modalités d'alimentation et d'intervention du fonds sont fixées par décret.

CHAPITRE VII : DES DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS

Article 179 : Les modalités d'affiliation des employeurs, d'immatriculation des travailleurs salariés, des assurés sociaux indépendants ou liés aux organisations professionnelles ou de l'économie solidaire, des modalités de perception des cotisations, de liquidation et du service des prestations, les obligations qui incombent aux employeurs, aux travailleurs salariés, aux assurés indépendants appartenant aux organisations professionnelles et de l'économie solidaire sont fixées par les textes régissant chaque régime.



Article 180 : Le titulaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité qui a besoin de façon constante de l'aide et des soins d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, a droit à un supplément égal à cinquante pour cent du montant de sa rente ou de sa pension.

Pour bénéficier de ce supplément, l'assuré doit avoir cessé toute activité salariée. La décision d'octroi de ce supplément est prise par une commission d'au moins deux médecins désignés ou agréés par l'organisme payeur.

Article 181 : Pour pondérer les effets d'une évolution économique et financière défavorable, les montants des paiements périodiques en cours attribués au titre des rentes et des pensions peuvent être revalorisés par chaque régime compte tenu des possibilités financières.

SECTION 1 : De la prescription

Article 182 : Le droit aux indemnités journalières de maladie, de maternité, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'allocation de frais funéraires et au remboursement des factures acquittées pour des soins médicaux, se prescrit par douze mois à compter de la constatation de la maladie, de la maladie professionnelle, du jour de l'accident du travail, du décès et de la fourniture des soins.

Article 183 : Le droit aux prestations familiales est prescrit par deux ans à compter de la naissance de ce droit.

Article 184 : Le droit aux rentes et aux allocations d'incapacité, aux rentes de survivants est prescrit par cinq ans à compter du jour où toutes les conditions de fond sont réunies pour pouvoir y prétendre.

Article 185 : Le droit aux pensions et aux allocations de vieillesse et de survivants est prescrit par dix ans à compter du jour où toutes les conditions de fond sont réunies pour pouvoir y prétendre.

SECTION 2 : De la saisie et de la compensation des prestations

Article 186 : Les prestations de protection sociale ne peuvent être saisies et ne sont cessibles qu'en vertu d'une décision judiciaire.

Article 187 : La compensation entre les prestations dues par un organisme de sécurité sociale au bénéficiaire et les sommes dues par celui-ci au premier à titre de remboursement du paiement indûment obtenu par lui, est étalée dans le temps, chaque prestation périodique n'étant susceptible de compensation qu'à concurrence d'un cinquième.

Toutefois en cas de fraude, la compensation s'opère sans restriction.

SECTION 3 : Du cumul des prestations

Article 188 : En cas de cumul des prestations au sein d'un même régime, le droit aux prestations peut être suspendu dans les cas ci-après :

1. si, à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle, la victime a droit simultanément à une rente d'incapacité permanente et à une pension d'invalidité ;
2. si, à la suite du décès d'un assuré résultant d'un accident du travail, les enfants à charge ont droit simultanément à une rente et à une pension de survivants, il leur est versé le montant le plus élevé et la moitié de l'autre. Ce cas n'arrive que lorsque leurs parents étaient tous des assurés ;
3. en cas de cumul d'une pension et d'une rente, le titulaire a droit à la totalité de la pension ou de la rente dont le montant est le plus élevé et à la moitié de l'autre pension ou rente ;
4. le cumul entre une pension anticipée et celle d'invalidité n'est pas admis.

SECTION 4 : De la portabilité des droits

Article 189 : Le bénéficiaire des droits aux prestations des régimes de base et spéciaux est protégé et ses droits conservés lorsqu'une personne y assujettie change successivement ou alternativement de secteur public, para- public, privé ou autre et des indépendants, que la personne exerce une activité économique dans le cadre d'un contrat de travail ou non.

Des conventions bilatérales ou multilatérales peuvent être conclues entre les organismes ou les Etats pour faciliter la portabilité des prestations.

Article 190 : Pour la protection, la continuité et la conservation du droit aux prestations, il est procédé à la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans chaque secteur aux fins de la détermination des droits ouverts en application des dispositions de chaque régime.

Le dernier organisme auquel l'assuré était affilié calcule le montant théorique des prestations en tenant compte du total des périodes assurées ou assimilées reconnues par les organismes intéressés par une attestation y relative. L'organisme détermine en outre le montant effectif des prestations qui sont versées par chaque organisme et cela au prorata de la durée d'assurance accomplie chez lui et leur en fait une communication.

L'organisme ayant calculé les prestations en verse la totalité à l'assuré et se fait rembourser chez les autres organismes chacun en ce qui le concerne.



Article 191 : En vue de faciliter la procédure de versement des prestations aux assurés, les organismes de sécurité sociale négocient une convention de collaboration.

SECTION 5 : Du recours contre les tiers

Article 192 : Est considéré comme tiers responsable en matière de risques professionnels :

1. l'employeur, lorsqu'il est l'origine du fait générateur de l'accident ou de la maladie ou lorsque dans une intention dolosive, il a simplement causé l'accident matériel sans en mesurer le dommage ;
2. les travailleurs ou les préposés de l'employeur lorsqu'ils sont à l'origine de l'accident ou de la maladie ;
3. l'employeur, ses travailleurs ou ses préposés lorsque l'accident ou la maladie est survenu suite à une faute inexcusable de leur part ;
4. toute personne autre que celles visées aux points précédents lorsque le risque professionnel est dû à une faute intentionnelle ou non, de la personne.

Est considéré comme tiers responsable, en matière de pensions, toute personne, y compris le cas échéant, l'employeur, ses travailleurs ou ses préposés, ayant commis une faute génératrice d'un dommage causé à l'assuré, que la faute soit intentionnelle ou non.

Article 193 : Lorsque l'événement ouvrant le droit aux prestations de maladie-maternité, de risques professionnels et de pensions est dû à la faute d'un tiers, l'organisme doit verser à l'assuré ou à ses ayants-droit les prestations prévues par chaque régime.

L'assuré ou ses ayants-droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément au droit commun, la réparation intégrale du préjudice causé.

Article 194 : L'organisme est subrogé de plein droit à l'assuré ou à ses ayants-droit :

1. en ce qui concerne les rentes et pensions, pour le montant des capitaux constitutifs correspondants calculés conformément aux barèmes prévus par les dispositions réglementaires prises en la matière ;
2. en ce qui concerne les autres prestations, pour le montant des sommes légalement versées à l'assuré ou à ses ayants-droit.

Article 195 : Tout assuré ou ayant-droit qui intente une action à charge du tiers responsable en vertu du droit commun, doit obligatoirement en informer l'organisme de protection sociale et préciser dans son assignation sa qualité d'assuré ou d'ayant-droit.



L'organisme de protection sociale est habilité à se constituer partie civile devant les juridictions répressives, alors même que la victime néglige de faire valoir ses droits.

En cas de désaccord entre l'organisme et la décision judiciaire sur le taux d'incapacité permanente de la victime, le tiers n'est tenu à l'égard de l'organisme que dans la limite de l'évaluation judiciaire.

Le règlement à l'amiable éventuellement intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants-droit ne peut être opposé à l'organisme de protection sociale que s'il a été dûment invité à participer à ce règlement.

Le renoncement aux prestations de protection sociale peut être convenu entre l'assuré ou ses ayants-droit et l'organisme concerné. Le renoncement est définitif et est opposable à l'assuré ou à ses ayants-droit.

CHAPITRE VIII : DE LA DISSOLUTION DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

Article 196 : Tout organisme de protection sociale prend fin par la décision de l'autorité qui l'a mis en place ou par une décision judiciaire de mise en liquidation ou par toute autre cause prévue dans les statuts de chaque organisme.

Article 197 : La dissolution d'une mutuelle sociale ou d'une structure faitière, peut intervenir par une décision volontaire des membres ou par une décision judiciaire.

La dissolution volontaire, décidée en assemblée générale, doit être obtenue dans les conditions fixées par les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle sociale ou de la structure faitière après avis de l'autorité de régulation des programmes et système de protection sociale.

La dissolution judiciaire peut être prononcée par la cour administrative de son ressort, en cas de manquement aux obligations prévues par le présent Code ou statutaires de nature à mettre en péril la vie de la mutuelle sociale ou de la structure faitière. Elle peut intervenir à l'initiative de l'autorité de régulation des programmes et systèmes de protection sociale.

Article 198 : La dissolution entraîne de plein droit la perte de l'agrément, la radiation de la mutuelle ou de la structure faitière du registre national d'immatriculation des mutuelles sociales et des structures faitières ainsi que la liquidation.



TITRE III : DE LA PROTECTION SOCIALE NON CONTRIBUTIVE

CHAPITRE I : DES PROGRAMMES D'ASSISTANCE SOCIALE

SECTION 1 : Des dispositions générales

Article 199 : En application des dispositions de la Constitution, l'Etat assure le devoir d'assistance sociale aux ménages ou aux personnes vulnérables en situation de besoins essentiels et spéciaux.

Les besoins essentiels sont notamment l'alimentation, les soins de santé, les vêtements, les nécessités domestiques et personnelles ainsi que les frais afférents à l'habitation d'une maison ou d'un logement décent. Selon les catégories, les besoins spéciaux rentrent dans les besoins essentiels pour mener une vie normale.

Article 200 : L'Etat et ses entités décentralisées accordent l'assistance sociale sans discrimination, exclusion ou préférence fondée sur la nationalité, l'appartenance ethnique, le sexe, l'âge, l'handicap, la religion, l'origine sociale et les convictions politiques de la personne ou du ménage qui y a droit.

Article 201 : La loi sur l'assistance sociale détermine les programmes d'assistance sociale disponibles, leurs critères d'éligibilité et leur durée. La loi détermine aussi les responsabilités de l'Etat et celles des entités décentralisées.

SECTION 2 : Des types d'assistance sociale

Article 202 : L'assistance sociale peut être fournie à un demandeur sous les formes suivantes :

1. une aide d'urgence pour une période définie par l'autorité compétente;
2. une assistance de courte durée définie par l'autorité compétente ;
3. une assistance spéciale prescrite par les règlements ;
4. tout autre type d'assistance définie par l'autorité compétente.

SECTION 3 : Du financement de l'assistance sociale

Article 203 : L'Etat assure le financement des programmes de protection sociale non contributive à travers des structures spécifiques.

Articles 204 : L'Etat mobilise, à travers le Fonds destiné à la protection sociale, les ressources nécessaires au financement et à la mise en œuvre des programmes de protection sociale.



Les modalités d'alimentation, de gestion et de décaissement des fonds alloués aux différents programmes sont précisées par un texte réglementaire.

SECTION 4 : De l'éligibilité à l'assistance sociale

Article 205 : Une personne a droit à l'assistance sociale si :

1. elle est dans le besoin conformément aux dispositions de l'article 203 devenu 199 du présent Code;
2. elle est citoyen burundais et se conforme à toute exigence prescrite par l'autorité compétente ;
3. elle est résident étranger remplissant les conditions prescrites par l'autorité compétente.

Article 206 : Le Ministre ayant la protection sociale dans ses attributions, en consultation avec l'organe national de protection sociale établit et publie les catégories des personnes vulnérables.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa (1), les personnes nécessitant une assistance sociale comprennent notamment :

- les enfants et les orphelins vulnérables;
- les personnes âgées et pauvres;
- les personnes d'âges actifs en situation de pauvreté extrême ;
- les personnes handicapées par les maladies chroniques aiguës;
- les veuves et veufs pauvres;
- les personnes vivant avec un handicap, pauvres et sans soutien.

Article 207 : L'assistance sociale est conditionnelle à la disponibilité des ressources conformément à la loi.

SECTION 5 : De la demande d'assistance sociale

Article 208 : Toute demande d'assistance sociale est introduite auprès d'un assistant social selon les modalités et la forme prescrites par l'autorité compétente.

Article 209 : Lorsqu'une demande est présentée par une personne conformément à la loi, l'assistant social mène une enquête pour vérifier que la personne est admissible.

Article 210 : Tout refus d'assistance sociale doit être suffisamment motivé et notifié au demandeur dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande.

Le demandeur a droit de recours contre la décision lui refusant l'assistance sociale.

SECTION 6 : De l'abus de l'assistance sociale

Article 211 : Lorsque l'autorité compétente constate des indices raisonnables d'abus de la part d'un bénéficiaire, elle peut suspendre l'assistance sociale.

Après l'instruction du dossier, l'autorité compétente prend la décision de lever la suspension ou de retirer l'assistance sociale, sans préjudice de mesures de poursuite pénale en cas de fraude ou de récupération de l'aide sociale indûment reçue.

Article 212 : Est considéré comme abus de l'assistance sociale notamment le fait de transférer ses droits à une autre personne qui n'est pas éligible à l'assistance sociale, l'usage de faux documents, les déclarations mensongères sur son état afin de bénéficier de l'assistance sociale.

SECTION 7 : Des recours

Article 213 : Toute personne lésée par une décision de l'autorité compétente en vertu du présent Code peut, dans les trente jours suivant la date de la décision, saisir le comité de recours gracieux mis sur pied par le président du comité communal de la commission nationale de protection sociale.

En cas de désaccord, la personne lésée peut saisir le Ministre ayant la protection sociale dans ses attributions.

Lorsque le demandeur n'est pas satisfait de la décision du Ministre, il peut saisir la juridiction compétente.

SECTION 8 : De la cessation de l'assistance sociale

Article 214 : L'assistance sociale prend fin dépendamment du niveau de vulnérabilité, du type de programme et de la disponibilité des ressources.

CHAPITRE II : DES SERVICES D'ACTION SOCIALE

Article 215 : L'Etat met à la disposition des communautés des services d'action sociale englobant une large gamme d'interventions, de prévention et de réponses à des risques de violences, d'abus, d'exploitations, de discriminations et d'exclusions sociales.



Article 216 : Les services d'action sociale sont dispensés par des assistants sociaux formés à cet effet.

Article 217 : L'action sociale est organisée à travers les entités décentralisées du ministère ayant en charge la protection sociale établies sur tout le territoire.

Les modalités de fonctionnement et de gestion des entités décentralisées du ministère en charge de la protection sociale sont précisées par un texte réglementaire.

TITRE IV : DES DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTROLE, A LA REGULATION, AUX SANCTIONS ET AU CONTENTIEUX DE LA PROTECTION SOCIALE

CHAPITRE I : DU CONTROLE, DE LA REGULATION ET DES SANCTIONS

Article 218 : Le contrôle de l'application des dispositions du présent Code et de ses mesures d'application est assuré par l'autorité de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale.

L'autorité de régulation est habilitée à procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'exécution des obligations par toutes les entités concernées en matière de protection sociale. L'inspection du travail veille à l'application par les employeurs des normes exigées par la sécurité sociale.

Article 219 : L'entité assujettie, qui contrevient aux dispositions du présent Code est passible de sanctions administratives sans préjudice de sanctions pénales.

Les sanctions administratives sont déterminées par les textes d'application du présent Code.

Article 220 : Quiconque, à quelque titre que ce soit, par fraude, fausse déclaration ou tout autre moyen, obtient ou tente d'obtenir, pour lui-même ou pour un tiers, des prestations qui ne sont pas dues, est passible d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent mille à un million de francs burundais (100.000 à 1.000.000 Fbu), ou l'une de ces deux peines.

L'auteur est, dans tous les cas, tenu de rembourser à l'organisme de gestion concerné les sommes indûment payées par ce dernier.

Article 221 : Est passible d'une peine d'emprisonnement de dix à trente jours et d'une amende de cent mille à cinq cent mille francs burundais (100.000 à 500.000 Fbu), ou l'une de ces deux peines, tout employeur qui contrevient aux dispositions du présent Code relatives à l'immatriculation des travailleurs, sans préjudice de l'amende, des pénalités et des majorations encourues. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de salariés non déclarés.



Article 222 : Est passible d'un emprisonnement de un à trois mois et d'une amende de deux cent cinquante mille à un million de francs burundais (250.000 à 1.000.000 Fbu) ou l'une de ces deux peines, l'employeur qui ne déclare pas ou ne déclare pas dans un délai requis, tout accident du travail ou toute maladie professionnelle dont sont victimes les travailleurs occupés dans l'entreprise.

CHAPITRE II : DU CONTENTIEUX DE LA PROTECTION SOCIALE

Article 223 : Les litiges auxquels donne lieu l'application des dispositions du Code de protection sociale visant les assurés, les structures assujetties, l'organisme de protection sociale, à l'exception des affaires pénales et les litiges qui appartiennent exclusivement par leur nature à un autre contentieux, sont de la compétence du tribunal compétent en matière de protection sociale dans le ressort duquel se trouve le domicile de l'assuré ou le siège social de l'entité concernée.

Article 224 : Les contestations d'ordre médical relatives à l'état de l'assuré, notamment la date de consolidation des lésions, le taux d'incapacité permanent, l'existence ou la gravité de l'invalidité permanent, l'existence d'une usure prématurée des facultés physiques ou mentales, donnent lieu à l'application d'une procédure d'expertise. Ces contestations sont soumises à une commission médicale désignée par le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

L'avis de la commission médicale n'est pas susceptible de recours et il s'impose à l'assuré comme à l'organisme de protection sociale.

Article 225 : Avant d'être soumises au tribunal compétent en matière de protection sociale, les contestations formées contre les décisions de l'organisme sont obligatoirement portées devant le Comité de Recours Gracieux.

Le Comité de Recours Gracieux statue et notifie sa décision aux requérants et à l'organisme.

Les requérants ou l'organisme disposent d'un délai de deux mois à compter de la date de la notification de la décision du Comité de Recours Gracieux pour se pourvoir devant le Tribunal du Travail dans les délais précédent, ce délais commence à courir à compter de la date du rejet implicite de la demande.

Lorsque aucune décision n'a été notifiée au requérant dans les délais de deux mois suivant la date de sa contestation, celui-ci peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal compétent dans le délai prévu au paragraphe précédent ; ce délai commence à courir à compter de la date du rejet implicite de la demande.



Article 226 : Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues est passible d'une amende dont le montant est fixé par les textes régissant chaque régime, sans préjudice des peines résultant du présent code et de l'application d'autres lois, s'il échet. Il sera outre tenu de rembourser à l'organisme les sommes indûment payées.

Article 227 : L'action publique résultant d'une infraction de l'employeur ou de son préposé, de l'assuré ou de son ayant droit est prescrite par douze mois à compter de la date du constat de l'infraction.

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

L'action civile en recouvrement des prestations dues par le responsable du risque professionnel ou son assureur est prescrite par cinq ans à compter de la date de la réclamation du remboursement.

Article 228 : Tout litige pouvant subvenir entre les mutuelles sociales et leurs membres ou entre elles et leurs structures faitières est réglé à l'amiable ou à défaut par voie d'arbitrage sous l'autorité de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale.

En cas de désaccord de l'une des parties sur le choix de l'arbitrage ou sur la procédure d'arbitrage, le litige sera de la compétence des cours et tribunaux. Il en est de même du contentieux entre les mutuelles sociales, les pouvoirs publics ou les tiers.

Article 229 : Le retrait de l'agrément des mutuelles sociales peut intervenir dans les cas ci-après :

1. la pratique d'activité contraire à l'objet de la Mutuelle sociale ou de la structure faitière ;
2. la fusion ou scission intervenue en violation des dispositions du présent code et ou des textes d'application;
3. la non production pendant deux années consécutives des états financiers ;
4. la faillite constatée ;
5. le retrait de l'agrément emporte de plein droit, à compter de sa publication au journal officiel, la dissolution de la personne morale.



Article 230 : Sont passibles de sanctions administratives autres que le retrait d'agrément, tous manquements aux dispositions du présent code, aux règles statutaires et aux règles prudentielles applicables aux mutuelles sociales et à leurs structures faitières, notamment :

- la non production des états financiers et des documents comptables ;
- la non-tenue des instances statutaires ;
- la publication et la communication de faux documents et /ou d'états financiers inexacts ;
- le non-respect des règles comptables et prudentielles durant un exercice ;
- la communication volontaire de fausses informations ;
- l'abus des biens des structures mutualistes ;
- le défaut d'adhésion ou l'absence de versement de la cotisation exigée ;
- le refus de se soumettre à un contrôle de l'organe compétent.

Article 231 : Les sanctions administratives applicables aux manquements peuvent faire l'objet de sanctions administratives suivantes :

- a) l'avertissement de la Mutuelle sociale ou de la structure faitière ;
- b) l'injonction de régularisation ;
- c) la suspension des dirigeants ;
- d) la suspension provisoire de l'agrément.

Ces sanctions sont prononcées par l'organe national de régulation de la protection sociale sans préjudice des sanctions pénales déterminées par la législation nationale en vigueur ou des sanctions disciplinaires prononcées par les instances de la Mutuelle sociale ou de la structure faitière en application des dispositions statutaires.

CHAPITRE II : DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 232 : Les rentes, les pensions et autres prestations liquidées avant la promulgation de la présente loi continuent à être servies aux bénéficiaires dans les conditions et pour les montants fixés dans leurs décisions d'attribution.



Article 233 : Les autorités compétentes sont tenues de procéder à la mise en harmonie des textes régissant les organismes antérieurement institués avec le Code de protection sociale dans un délai de trois ans à partir de la date de sa promulgation.

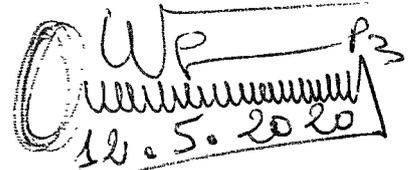
Article 234 : En attendant la mise en place effective de l'autorité de régulation visée à l'article 13, le Secrétariat Exécutif Permanent de la Commission Nationale de Protection Sociale assure la fonction de régulation des programmes et des systèmes de protection sociale.

Article 235 : Toutes dispositions antérieures contraires au présent code sont abrogées.

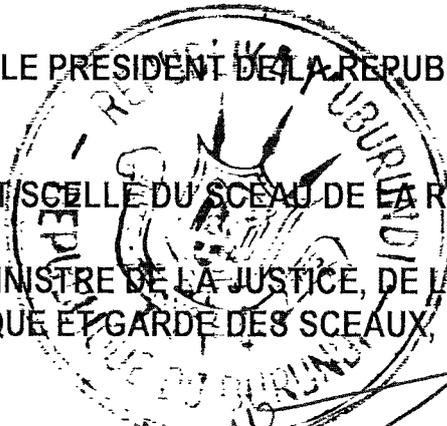
Article 236 : La présente loi entre en vigueur le jour de sa promulgation.

Fait à Bujumbura, le 12 mai 2020

Pierre NKURUNZIZA.-

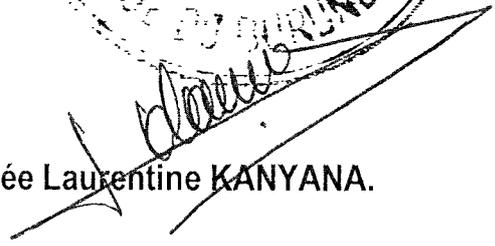


PAR LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE,



VU ET SCÉLÉ DU SCÉAU DE LA RÉPUBLIQUE,

LE MINISTRE DE LA JUSTICE, DE LA PROTECTION CIVIQUE ET GARDE DES SCEAUX,



Aimée Laurentine KANYANA.