PARLEMENT

REPUBLIQUE DU CONGO
Unité *Travail* Progrès

Loi n° 37 –2014 du 27 juin 2014
instituant le régime d'assurance maladie universelle

L'ASSEMBLEE NATIONALE ET LE SENAT ONT DELIBERE ET ADOPTE ;

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR SUIT :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article premier : Il est institué un régime d'assurance maladie universelle qui couvre, au bénéfice des assurés sociaux et de leurs ayants droit, l'accès aux services de santé dans les secteurs public et privé, à l'exception des risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Article 2 : Le régime d'assurance maladie universelle est fondé sur les principes de solidarité nationale, d'égalité des affiliés en ce qui concerne les droits, la contribution et la mutualisation des risques et des ressources.

Article 3 : Le régime d'assurance maladie universelle assure aux affiliés une prise en charge des soins de santé.

Article 4 : Les résidents étrangers, dont le séjour au Congo est régulier, peuvent adhérer au régime d'assurance maladie universelle.

Article 5 : Les dispositions de l'article 4 ci-dessus ne s'appliquent pas aux étrangers séjournant au Congo pour un traitement médical, une cure ou des analyses médicales.

Article 6 : Les personnes affiliées au régime d'assurance maladie universelle sont couvertes de manière équitable et bénéficient des prestations dudit régime, sans une discrimination quelconque due à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité exercée, au niveau et à la nature de leurs revenus ou à leurs antécédents pathologiques.

Article 7 : L'âge légal d'adhésion, en qualité d'assuré social titulaire, est fixé à dix-huit ans révolus, à l'exception des élèves et étudiants.

TITRE II : DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Chapitre 1 : Du champ d'application

Article 8 : Est assujetti au régime d'assurance maladie universelle l'ensemble des populations résidant en République du Congo.

Chapitre 2 : Des règles d'affiliation, d'immatriculation et des incompatibilités

Article 9 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assurés sociaux au régime d'assurance maladie universelle sont fixées par voie réglementaire.

Article 10 : L'affiliation puis l'immatriculation à l'organisme de gestion du régime prennent effet quatre-vingt-dix jours après la date d'affiliation.

Article 11 : A l'ouverture d'une activité, l'employeur a l'obligation d'immatriculer son entreprise ou sa société à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle et d'y affilier ses travailleurs, dans un délai de quatre-vingt-dix jours.

Article 12 : Le cumul de la gestion du régime d'assurance maladie universelle avec la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou d'établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux est interdit.

Chapitre 3 : Des prestations du régime

Article 13 : Le régime d'assurance maladie universelle garantit, pour les assurés et les membres de leur famille à charge visés à l'article 8 de la présente loi, la couverture des risques et des frais de soins de santé inhérents à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la rééducation/réadaptation physique et fonctionnelle.

Article 14 : Le régime d'assurance maladie universelle donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par voie réglementaire, à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de rééducation/réadaptation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire.

Article 15 : Les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire, qui sont pris en charge et, le cas échéant, leurs tarifs de référence, sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Le même arrêté fixe également la liste des prestations qui nécessitent un accord préalable de l'organisme de gestion du régime.

Chapitre 4 : Des conditions et modalités de prise en charge

Article 16 : Le régime d'assurance maladie universelle garantit la prise en charge directe des frais de soins de santé par l'organisme de gestion du régime.

L'assuré social conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais de prestations non prises en charge par le régime d'assurance maladie universelle.

Article 17 : La tarification des prestations est fixée par voie conventionnelle ou par voie réglementaire, le cas échéant, selon les modalités suivantes :

- à l'acte, pour les soins de santé garantis, sur la base des nomenclatures des actes professionnels fixées par le ministère chargé de la santé ;
- pour les médicaments, par le tarif national de référence des médicaments ;
- pour les appareillages et dispositifs médicaux, par les tarifs nationaux de référence y relatifs.

Article 18 : Les prestations garanties au titre de l'assurance maladie universelle ne peuvent être prises en charge que si les soins de santé ont été prescrits et exécutés sur le territoire national.

Article 19 : Le régime de l'assurance maladie universelle ne couvre pas les évacuations sanitaires vers l'étranger des résidents de nationalité congolaise ou étrangère.

Article 20 : Le bénéficiaire du régime de l'assurance maladie universelle conserve le libre choix du praticien, de l'établissement de santé, du pharmacien et, le cas échéant, du paramédical et du fournisseur des appareillages et dispositifs médicaux qui lui sont prescrits, à condition que celui-ci soit sous convention avec l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle.

Article 21 : Les frais des prestations médicales sont couverts selon le type et la nature de chaque prestation, par voie de prise en charge directe, par l'organisme de gestion du régime de l'assurance maladie universelle.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Article 22 : Le ministre chargé de la sécurité sociale, afin de garantir la continuité des soins de longue durée, peut déterminer, le cas échéant, des mécanismes de prise en charge par l'organisme de gestion du régime au profit de ses assurés des prestations de soins qui leur sont proposés par les fournisseurs desdites prestations.

Article 23 : En ce qui concerne les soins de santé d'urgence dont l'absence est susceptible d'engager et de mettre en jeu le pronostic vital ou de conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés exclusivement par les établissements de santé, les prises en charge s'effectuent selon une procédure exceptionnelle d'urgence.

Article 24 : Les modalités de prise en charge exceptionnelle des soins de santé d'urgence sont définies par voie réglementaire.

Chapitre 5 : Des conditions et des modalités de conventionnement

Article 25 : Les rapports entre l'organisme de gestion du régime et les prestataires de soins de santé publics ou privés, notamment en ce qui concerne les tarifs nationaux de référence pour la prise en charge, sont définis dans le cadre de conventions générales et/ou sectorielles, conclues conformément aux dispositions de la présente loi et de ses textes d'application, à l'initiative de l'organisme de gestion du régime.

Article 26 : Les conventions déterminent en particulier les domaines suivants :

- les obligations des parties contractantes ;
- les tarifs de référence des prestations de soins ;
- les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
- les procédures et les modes de paiement des fournisseurs des prestations de soins ;
- les modalités de contrôle des prestations ;
- les mécanismes de résolution des litiges ;
- le ressort territorial de la convention ;
- les clauses de révision de la convention.

Article 27 : Les conventions citées à l'article 26 de la présente loi sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article 28 : En ce qui concerne les prestations de soins effectuées par le secteur privé, les conventions générales sont conclues entre, d'une part, l'organisme de gestion du régime et, d'autre part, les conseils nationaux des ordres professionnels concernés, avec le concours d'une ou plusieurs organisations syndicales des prestataires de soins à vocation nationale.

En cas d'inexistence d'un ordre professionnel, les conventions générales sont conclues entre, d'une part, l'organisme de gestion du régime et, d'autre part, l'association ou les associations professionnelles à vocation nationale les plus représentatives des différentes catégories de professionnels de la santé concernées, y compris les établissements de soins ou d'hospitalisation privés.

Article 29 : Pour les établissements publics de soins et d'hospitalisation, la convention générale est conclue, sous la supervision des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, entre ceux-ci et l'organisme de gestion du régime.

Dans ce cas, les tarifs conventionnels ne peuvent être inférieurs à ceux fixés par voie règlementaire.

Article 30 : Un cadre conventionnel type pour chaque convention générale est établi par voie réglementaire, sur proposition de l'organisme de gestion du régime, après consultation des représentants des organisations professionnelles prestataires de soins de santé, avant d'être soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

Article 31 : Les délais et les modalités de conclusion des conventions générales sont fixés par voie réglementaire.

A défaut d'accord sur les termes des conventions, le ministre chargé de la sécurité sociale reconduit d'office la convention précédente, lorsqu'elle existe, conclue en vertu de la présente loi ou, le cas échéant, édicte un règlement tarifaire après consultation de l'organisme de gestion du régime et des ordres professionnels concernés.

Article 32 : Sont nulles et de nul effet, toutes conventions relatives au même objet et conclues en dehors des dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Article 33 : Lorsqu'une convention générale est approuvée, tout prestataire de soins de santé, membre de la profession, est réputé adhérent d'office de celle-ci.

Tout prestataire de soins de santé, adhérent de la convention générale, est tenu au respect de l'intégralité des clauses de ladite convention, sous peine des sanctions prévues à l'article 64 de la présente loi.

Article 34 : L'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle peut décider, sans préjudice des sanctions, de placer un prestataire de soins de santé hors convention pour non-respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de présenter ses observations.

Cette mise hors convention est décidée pour une durée déterminée.

Article 35 : La prise en charge des frais des prestations de soins garanties par la présente loi s'effectue sur la base du tarif national de référence, défini dans la convention.

Chapitre 6 : Des conditions d'ouverture, de maintien, de suspension ou de fermeture du droit aux prestations

Article 36 : L'ouverture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie universelle est subordonnée au paiement préalable des cotisations ou des frais d'adhésion.

L'organisme de gestion du régime procède à la suspension du service des prestations lorsque le paiement n'a pas été effectivement acquitté après un délai de quatre-vingt-dix jours.

Article 37 : Lorsque l'assuré concerné par le non-acquittement de ses cotisations ou de ses frais d'adhésion ou que l'un de ses ayants droit est atteint d'une maladie de longue durée, invalidante ou nécessitant des soins particulièrement coûteux, l'organisme de gestion du régime est tenu d'assurer le service des prestations à ces personnes tout en enjoignant à l'employeur ou à l'organisme de gestion des pensions concerné de se mettre en règle auprès de ses services de recouvrement.

Article 38 : Les conditions d'ouverture, de maintien, de liquidation, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont fixées par voie réglementaire.

Article 39 : L'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle est tenu de vérifier et de contrôler l'admissibilité des personnes assujetties au régime et de valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations.

Article 40 : Les ayants droit de l'assuré décédé, qui jouissent des prestations du régime d'assurance maladie universelle, à quelque titre que ce soit, bénéficient pendant une période de six mois des prestations dudit régime dont relevait le de cujus au moment du décès.

Dans ce délai, les ayants droit procèdent à la régularisation de leur situation auprès de l'organisme de gestion du régime.

Article 41 : En cas de divorce, l'ex-conjoint d'un assuré, qui ne bénéficie à un autre titre du régime d'assurance maladie universelle, continue à bénéficier, pendant une période de quatre-vingt-dix jours, des prestations de l'assurance maladie universelle, dont il relevait avant la date du divorce, en tant qu'ayant droit.

Dans ce délai, l'ex-conjoint procède à la régularisation de sa situation auprès de l'organisme de gestion du régime.

Article 42 : En ce qui concerne les enfants sous curatelle, le droit à l'assistance médicale apportée aux enfants mineurs orphelins est établi par l'organisme de gestion du régime de l'assurance maladie universelle.

Les conditions et les modalités relatives à l'assistance médicale apportée aux enfants mineurs orphelins sont fixées par voie réglementaire.

Article 43 : Lorsque le père et la mère sont l'un et l'autre assurés en vertu des dispositions de la présente loi, les enfants mineurs sont déclarés à l'organisme assureur du père.

En cas de divorce des parents, la déclaration doit être faite auprès de l'organisme assureur de l'ex-conjoint auquel la garde des enfants est confiée.

Si la garde des enfants mineurs est confiée à une personne autre que la mère ou le père, les enfants conservent le bénéfice du régime d'assurance maladie universelle de l'un des parents assurés.

Dans ce cas, le parent assuré adresse à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, une déclaration de transfert de tutelle dûment

validée par l'administration, au bénéfice de la personne assurant la garde des enfants.

Chapitre 7 : Du contrôle des actes

Article 44 : L'organisme de gestion du régime est tenu d'organiser un contrôle ayant pour objet, notamment, de vérifier la conformité des prescriptions médicales, la réalité et la qualité des actes facturés et de constater, le cas échéant, les abus et les fraudes.

L'organisme de gestion du régime est habilité à mettre en place un corps de praticiens contrôleurs en vue d'assurer le contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Les praticiens chargés du contrôle des actes ne peuvent exercer à la fois la fonction de prestataires de soins de santé et la fonction de contrôle, pour le dossier, objet du contrôle.

Article 45 : Afin de lui permettre d'exercer la mission qui lui est impartie, le praticien chargé du contrôle des actes peut exiger la convocation ou la visite du bénéficiaire des prestations et services soit à son domicile, soit au lieu d'hospitalisation.

Les médecins traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 46 : Les praticiens et les responsables des cliniques et des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle des actes aux lieux d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

Article 47 : Aucun bénéficiaire des prestations de soins de santé prévus par la présente loi ne peut se soustraire du contrôle des actes. En cas de refus, le paiement des frais engagés au titre des prestations de soins de santé, objet du contrôle, est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 48 : Le contrôle des actes doit intervenir dans le délai réglementaire de paiement, en ce qui concerne la prise en charge des assurés sociaux et la couverture des frais occasionnés par celle-ci.

Article 49 : En cas de contrôle des actes, la décision prise par l'organisme de gestion du régime à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance du bénéficiaire et des prestataires des soins de santé.

Ceux-ci ont le droit de contester ladite décision auprès de l'organisme de gestion du régime. Dans ce cas, l'organisme de gestion du régime désigne un praticien expert, sur une liste préétablie par le ministre chargé de la santé, pour procéder à un nouvel examen.

Les conclusions du praticien expert s'imposent aux parties.

Article 50 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle des actes sont fixés par voie réglementaire.

Chapitre 8 : Du financement du régime d'assurance maladie universelle

Article 51 : Le financement du régime d'assurance maladie universelle est assuré par :

- les cotisations des employeurs et des travailleurs du secteur privé, des travailleurs indépendants, des personnes exerçant des professions libérales, des étudiants, des personnes vulnérables ;
- les cotisations de l'Etat employeur et des agents de l'Etat ;
- les cotisations des titulaires de pensions ;
- la subvention de l'Etat issue de la taxe spécifique sur les produits des industries (extractives, agro-alimentaires) et du numérique (téléphonie mobile, internet, masse média), les boissons, hormis l'eau ;
- le produit des majorations de retard ;
- le produit des placements des fonds ;
- les dons et legs.

Article 52 : L'Etat garantit à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, un fonds de réserve destiné à la couverture des risques de gestion et à l'équilibre financier du régime.

Article 53 : Le taux de cotisation pour chaque catégorie d'assurés est fixé par décret en Conseil des ministres.

Chapitre 9 : Du recouvrement des cotisations

Article 54 : L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de rémunération de chaque catégorie socioprofessionnelle.

Article 55 : L'assuré social salarié prend en charge, sur son traitement mensuel de base, une retenue pour assurance maladie. L'employeur supporte une contribution à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle pour chaque salarié.

Pour les titulaires de pensions, les cotisations sont assises sur le montant de la pension de vieillesse ou d'invalidité servie par le régime de retraite de l'assuré.

Le travailleur indépendant ou toute personne exerçant une profession libérale cotise pour un montant calculé sur la base de ses revenus annuels déclarés et certifiés par les administrations habilitées.

Les étudiants et les autres catégories de bénéficiaires payent un droit d'adhésion annuel.

Les conditions et les modalités de prise en charge de personnes vulnérables par le régime d'assurance maladie universelle sont fixées par voie réglementaire.

Article 56 : Les organes de gestion des régimes de pensions de retraite cotisent pour leur personnel et reversent la part de leurs pensionnés à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle.

Article 57 : En matière de recouvrement des cotisations, l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle disposant d'un titre exécutoire peut, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables des sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser en lieu et place de celui-ci, audit organisme, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent, à concurrence des cotisations et des majorations de retard.

Article 58 : L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers, deviennent exigibles.

Dans ce cas, l'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate à concurrence des sommes pour lesquelles elle est initiée et pratiquée.

Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

Article 59 : L'opposition peut être contestée, devant les juridictions habilitées, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.

Article 60 : Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par la législation en vigueur.

TITRE III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES, DIVERSES ET FINALES

Article 61 : A titre transitoire et pendant une période de six mois, à compter de la date de démarrage des activités de l' organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, les organismes publics ou privés qui, à cette date, assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif soit au moyen de contrats-groupe auprès des compagnies d'assurances, soit auprès des mutuelles, ou dans le cadre des caisses internes, peuvent continuer à assurer cette couverture, sous réserve de fournir la preuve de l'existence de cette couverture à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Dans ce cas, la couverture doit s'appliquer à l'ensemble des salariés, y compris les salariés nouvellement recrutés au cours de la période de transition, ainsi que, le cas échéant, les titulaires de pensions bénéficiant déjà de cette couverture.

Article 62 : A l'expiration de ce délai, les employeurs précités sont tenus de procéder à leur affiliation et à l'immatriculation de leurs salariés et, le cas échéant, des titulaires de pensions ayant bénéficié de la couverture précitée, au régime obligatoire d'assurance maladie universelle.

Article 63 : Le recours contre le rejet d'une demande de prise en charge des prestations de l'assurance maladie ou de restitution des cotisations indûment perçues doit être, sous peine de déchéance, présenté à l'organisme de gestion du régime, dans un délai de trois mois au plus tard après la clôture de son exercice budgétaire précèdent.

Article 64 : Est passible d'une amende de cinq millions de francs CFA, tout employeur qui ne procède pas, dans un délai de six mois à compter de la date de démarrage des activités de l'organisme de gestion du régime, à son affiliation audit régime.

Article 65 : Est passible d'une amende de cent mille francs CFA pour chaque salarié, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais mentionnés aux articles 11 et 64 de la présente loi, à l'immatriculation de ses salariés.

Article 66 : L'employeur qui n'a pas procédé au versement des cotisations, dans un délai de deux mois, reste passible d'une amende de cinq millions de francs CFA, sans préjudice pour l'organisme de gestion du régime d'appliquer les procédures et sanctions prévues par la présente loi ou d'intenter une action judiciaire en recouvrement desdites sommes.

Article 67 : Est puni d'une amende d'un million de francs CFA et du remboursement des sommes indûment perçues au titre du régime d'assurance maladie universelle, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de sanctions plus graves prévues par le code pénal.

Article 68 : Est passible d'une amende de dix millions de francs CFA, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice de sanctions disciplinaires qui peuvent être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou des poursuites judiciaires intentées par l'organisme de gestion du régime.

Article 69 : En cas de récidive, le montant de l'amende est porté au double de sa valeur initiale fixée aux articles 64, 65, 66, 67 et 68 de la présente loi.

Article 70 : Toute fraude, fausse déclaration ou contrefaçon en vue du bénéfice des prestations du régime d'assurance maladie universelle expose son auteur aux sanctions prévues en la matière par le code pénal, sans préjudice pour l'administration de demander le remboursement des frais des prestations dispensées à l'intéressé.

Article 71 : Toute contestation née de l'application de la présente loi et ses textes d'application est réglée par les juridictions habilitées.

Article 72 : Lorsque les prestations sont servies à un bénéficiaire victime d'un accident ou d'une blessure imputable à un tiers, l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle est subrogé de plein droit à celui-ci dans son action contre le tiers responsable du dommage, dans les limites des prestations octroyées à la victime.

Article 73 : En cas d'actions engagées contre le tiers responsable, la victime ou ses ayants droits doivent assigner en intervention l'organisme en charge de la gestion du régime d'assurance maladie universelle conformément à la législation en vigueur.

Article 74 : L'organisme de gestion du régime peut, en cas de non-respect des dispositions des articles 72 et 73 de la présente loi, se retourner contre le bénéficiaire qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants dont il a bénéficié dans les limites de ce qui a été dépensé.

Article 75 : Le règlement à l'amiable pouvant intervenir entre le tiers responsable et la victime ne peut être opposé à l'organisme de gestion du régime qu'autant que celui-ci a été légalement invité à y participer.

Article 76 : Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente loi.

Toute renonciation de la part des bénéficiaires de la présente loi aux droits et actions qui leur y sont reconnus n'est pas opposable à l'organisme en charge de la gestion du régime.

Article 77 : Les actions des bénéficiaires et des fournisseurs des prestations de soins contre l'organisme de gestion du régime sont prescrites après trois ans à partir de la date de la naissance du droit.

Article 78 : Les actions de l'organisme de gestion du régime contre les personnes à qui des avantages, au titre de ce régime, ont été octroyés indûment, sont prescrites après trois ans. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement inclus.

Article 79 : La gestion du régime d'assurance maladie universelle est confiée à un organisme de sécurité sociale de droit public, par décret en Conseil des ministres.

Article 80 : La présente loi, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistrée, publiée au Journal officiel et exécutée comme loi de l'Etat./-

Fait à Brazzaville, le 27 juin 2014

Denis SASSOU-N'GUESSO.-

Par le Président de la République,

Le ministre d'Etat, ministre du travail et de la sécurité sociale,

Florent NTSIBA.-

Le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et des droits humains,

Aimé Emmanuel YOKA.-

Le ministre de la santé et de la population,

François IBOVI.-

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances, du plan, du portefeuille public et de l'intégration,

Gilbert ONDONGO.-