

Le régime béninois de sécurité sociale

- A. Généralités
- B. RAMU
- C. Risques professionnels
- D. Prestations familiales
- E. Pensions

A. Généralités

1) Structure

Le régime béninois de sécurité sociale comprend les branches :

- prestations familiales (depuis 1955),
- risques professionnels (depuis 1959),
- pensions (depuis 1970),
- maladie (depuis 2012).

Il ne couvre pas le risque chômage.

Les frais médicaux des pensionnés sont pris en charge à hauteur de 80 % par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

En avril 2012, le Ministère de la Santé a mis en place un régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).

Le régime de sécurité sociale béninois ne couvre pas les travailleurs indépendants sauf pour les risques professionnels dans certains secteurs d'activités :

- les membres des sociétés coopératives de production ainsi que les gérants non salariés des coopératives et leurs préposés ;
- les gérants des sociétés à responsabilité limitée et ceux des sociétés de personnes qui ne détiennent pas plus de 50% des parts sociales.

2) Organisation

Le régime qui gère la couverture obligatoire (prestations familiales, risques professionnels et pensions) est la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS anciennement OBSS) - 390, Avenue Jean Paul II - 01 B.P. 374 Cadjehoun - COTONOU - Tél. : (229) 21.30.27.21 - 21.30.27.67 - 21.30.27.27 - 21.30.27.30 - 21.30.27.65 - Fax : (229) 21.30.26.36 - site : www.cnssbenin.org.

La CNSS possède 6 agences (Cotonou, Porto-Novo, Lokossa, Abomey, Parakou, Natitingou) qui sont compétentes pour le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations.

L'organisme chargé de la gestion du risque maladie (RAMU), de l'affiliation des assurés ainsi que du recouvrement des cotisations est l'ANAM (Ministère de la Santé - BP 01-882 - Tél. : 00 229 21 33 21 63 ou 78 - Fax : 00 229 21 33 04 64 - Site Ministère : <http://www.beninsante.bj/spip.php?article76> - Site ANAM : http://ramubenin.com/?page_id=5).

3) Financement

Au 1er janvier 2013 - Cotisations obligatoires :

Risques	Employeurs	Salariés
Prestations familiales	9 % (dont 0,2 % pour couvrir les prestations en espèces	-

Risques	Employeurs	Salariés
	de l'assurance maternité)	
Accidents du travail et maladies professionnelles	De 1 à 4 % suivant le risque encouru	-
Veillesse, invalidité, décès (survivants)	6,4 %	3,6%

Les cotisations sont calculées sur la totalité des revenus bruts.

A ces cotisations peuvent s'ajouter une prime d'adhésion individuelle, si la personne souhaite bénéficier du nouveau Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) mis en place en avril 2012 :

Cotisations facultatives au RAMU	
Personnes adhérentes	Montant en F CFA
Secteur informel : artisan, petit commerçant... Secteur agricole : agriculteur, éleveur...	1.000 F CFA / mois
Salariés dont le revenu mensuel net d'impôt (RMNI) est \geq au SMIG	
RMNI \leq 100.000 F CFA	5.000 F CFA / mois
RMNI \leq 200.000 F CFA	10.000 F CFA / mois
RMNI \leq 300.000 F CFA	15.000 F CFA / mois
RMNI $>$ 300.000 F CFA	$>$ 15.000 F CFA / mois
Enfant de moins de 18 ans	1.000 F CFA / an
Personne sans revenu	cotisations prises en charge par l'Etat

Le salaire minimum interprofessionnel est de 31.625 F CFA.

B. RAMU (Régime d'Assurance Maladie Universelle)

Ce régime d'assurance maladie est destiné à couvrir l'ensemble de la population béninoise moyennant le paiement d'une prime individuelle variant selon les revenus. Il est financé, d'une part par les cotisations et d'autre part, par l'Etat et les collectivités locales.

L'adhésion est facultative. Toute personne souhaitant adhérer au RAMU doit se rapprocher d'un guichet d'adhésion de l'ANAM qui lui délivrera une carte d'affiliation individuelle dans les 2 à 3 mois. La validité de la carte est d'un an.

1) Conditions

Pour bénéficier des prestations, l'assuré doit être :

- affilié auprès d'un guichet de l'ANAM ;
- à jour du paiement de ses cotisations ;
- en possession de sa carte RAMU valide (1 an de validité renouvelable au paiement de la cotisation annuelle) ;
- avoir respecté le délai de carence de 2 mois.

2) Soins

Le RAMU couvre le panier de soins suivant :

- Consultations, soins, hospitalisation ;
- Médicaments mentionnés dans une liste définie, produits sanguins ;
- Examens de laboratoire, de radiologie et d'imagerie médicale ;
- Vaccins obligatoires ;
- Appareillage léger de fabrication locale ;
- Transport du malade en ambulance vers un établissement sanitaire ;
- Prestations liées à l'état de grossesse.

3) Prise en charge

Le taux de prise en charge des soins est de :

- 100 % si l'assuré se rend dans un centre de santé d'arrondissement, de commune ou hôpital de son lieu d'habitation, agréés par l'ANAM ;
- 90 % si l'assuré se rend dans un centre hospitalier départemental agréé par l'ANAM ;
- 80 % si l'assuré se rend dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

C. Risques professionnels

Sont couverts par les risques professionnels d'accident du travail :

- les travailleurs salariés ;
- les fonctionnaires en situation de détachement ;
- les élèves des écoles techniques et professionnelles ;
- les stagiaires et les apprentis rémunérés ou non ;
- les membres des sociétés coopératives de production ainsi que les gérants non salariés des coopératives et leurs préposés ;
- les gérants des sociétés à responsabilité limitée et ceux des sociétés de personnes qui ne détiennent pas plus de 50% des parts sociales.

Sont considérés comme risques professionnels, les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail, les accidents survenus pendant le trajet entre le domicile de l'assuré et son lieu de travail ainsi que les maladies professionnelles contractées à l'occasion du travail et figurant dans la nomenclature arrêtée par la législation de sécurité sociale.

Aucune condition de stage préalable n'est requise pour bénéficier des prestations dues au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

1) Soins

Les soins médicaux, chirurgicaux et de prothèses sont pris en charge par la CNSS, à l'exception des soins de première urgence pris en charge par l'employeur.

2) Incapacité temporaire

Si la personne est atteinte d'une incapacité temporaire, elle a droit à deux tiers du montant de son salaire dès le jour suivant l'arrêt de travail consécutif à l'accident et pour une période de 12 mois maximum.

3) Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente totale, l'assuré a droit au maintien de son salaire ; s'il s'agit d'une incapacité partielle, le salaire annuel moyen est multiplié par la moitié du taux d'incapacité pour la partie inférieure à 50 % et augmenté de la partie supérieure à 50 % multipliée par le coefficient 1,40.

Le salaire annuel ne peut en aucun cas être inférieur au SMIG multiplié par 1.40 c'est-à-dire $31.625 \text{ F CFA} \times 12 \times 1.40 = 531.300 \text{ F CFA}$.

Si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 20 %, l'allocation est versée en une seule fois et est égale à 5 fois la rente annuelle fictive.

En cas d'assistance d'une tierce personne, une majoration de 40 % est accordée.

4) Décès

Lorsque l'accident de travail est suivi du décès de la victime, les survivants peuvent percevoir les rentes de survivants et obtenir le remboursement des frais funéraires.

Le conjoint survivant a droit à une rente égale à 30 % du salaire annuel de la victime, 15 % pour le premier enfant et 30 % si deux enfants puis 10 % par enfants à partir du troisième ainsi que 10 % pour chaque ascendant à charge. Le montant total des rentes auxquelles ont droit les survivants de la victime ne peut dépasser 85 % de la rente d'incapacité permanente totale à laquelle celle-ci avait ou aurait eu droit.

Le droit à la rente de conjoint s'éteint en cas de remariage ou de concubinage notoire dûment constaté. Toutefois, une allocation de remariage égale à six fois la rente mensuelle de la victime lui est attribuée.

Les frais funéraires sont remboursés par la CNSS dans la limite de cinq fois la rémunération mensuelle minimale servant de base au calcul de l'indemnité journalière (2/3 du salaire journalier).

D. Prestations familiales

Les prestations familiales comprennent les allocations prénatales, les allocations familiales, les indemnités journalières de congé de maternité ainsi que les prestations en nature relatives à l'action sanitaire et sociale.

1) Maternité

Pour bénéficier des prestations de l'assurance maternité, l'intéressée doit avoir été assujettie au régime béninois pendant 6 mois.

Elle a droit au maintien de son salaire (la moitié est prise en charge par l'employeur) pendant 6 semaines avant l'accouchement et 8 semaines après. Le congé peut-être prolongé de 4 semaines maximum.

2) Allocations prénatales

Les allocations prénatales sont accordées sous réserve que la mère ait subi les 3 examens médicaux réglementaires (avant le quatrième mois de grossesse, avant le sixième mois et avant le huitième mois). Elles s'élèvent à 4.500 francs CFA.

Elles sont versées de la façon suivante :

- Examen du 3ème mois : 1.000 F CFA
- Examen du 6ème mois : 2.000 F CFA
- Examen du 8ème mois : 1.500 F CFA

Tout examen non subi fait perdre le droit correspondant.

3) Allocations familiales

Pour pouvoir bénéficier des allocations familiales, le travailleur doit justifier de 18 jours ou 120 heures d'activité salariée par mois et d'un revenu d'au moins le SMIG, ou bien être assuré social.

Les enfants pour lesquels les allocations sont versées doivent être âgés de moins de 15 ans (18 ans s'ils sont placés en apprentissage, 21 ans s'ils sont étudiants ou invalides).

Les allocations familiales s'élèvent à 2.000 francs CFA par mois pour chaque enfant dans la limite de 6 enfants.

4) Action sanitaire, sociale et familiale

Les familles peuvent bénéficier dans le cadre de l'action sanitaire, sociale et familiale, de consultations médicales et de soins prénataux, de soins pour les enfants âgés de moins de 6 ans, de fourniture de produits pharmaceutiques, d'analyses médicales, de vaccinations...

E. Pensions

1) Vieillesse

a) Conditions

Le dernier employeur du salarié assuré (auprès de la Caisse nationale de sécurité sociale) doit déposer à la CNSS dans un délai de six mois au moins avant la date présumée du départ de son salarié à la retraite, son dossier complet de pension. Dans le cas contraire, l'employeur est astreint au paiement, à son employé, du montant de la rémunération jusqu'à la délivrance du carnet de pension.

L'assuré qui a atteint l'âge de 60 ans (55 ans en cas d'usure prématurée de l'organisme) a droit à pension de vieillesse à condition d'avoir été immatriculé à la CNSS depuis au moins 20 ans, d'avoir accompli 180 mois d'assurance effective et d'avoir cessé toute activité professionnelle.

L'assuré qui ne remplit pas les conditions pour obtenir une pension de vieillesse mais justifie de 12 mois d'assurance, a droit à une allocation de vieillesse sous forme de versement unique.

b) Montant

Le montant de la pension et de l'allocation de vieillesse est fixé en fonction de la rémunération mensuelle moyenne et de la durée totale d'assurance. La rémunération moyenne mensuelle est définie comme la 1/60ème partie du total des rémunérations soumises à cotisations au cours des cinq dernières années d'assurance.

Le montant mensuel de la pension est égal à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne des cinq dernières années.

Si le total des mois d'assurance et des mois assimilés dépasse 180, le pourcentage est majoré de 2 % pour chaque période de 12 mois au-delà de 180 ; mais en aucun cas, ce montant ne peut être inférieur à 60 % du salaire minimum interprofessionnel garanti et supérieur à 80 % de la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré.

L'assuré qui ne remplit pas les conditions pour obtenir une pension de vieillesse mais qui ouvre des droits à l'allocation de vieillesse perçoit une allocation qui représente un mois de salaire par année d'assurance.

Le pensionné ne peut cumuler une activité salariée et une pension de vieillesse. En cas de reprise d'activité salariée du pensionné, le paiement de la pension est suspendu jusqu'à la nouvelle cessation de l'activité.

Le montant mensuel de la pension de vieillesse ne peut être inférieur à 18.975 F CFA.

2) Invalidité

a) Conditions

Pour prétendre à une pension d'invalidité, il faut avoir perdu les deux tiers de ses capacités de gains, avoir été immatriculé depuis au moins 5 ans et avoir accompli au moins 6 mois d'assurance au cours des 12 derniers mois civils précédant le début de l'incapacité ; toutefois, si l'invalidité est consécutive à un accident, il suffit d'occuper un emploi assujéti à l'assurance à la date de l'accident et d'avoir été immatriculé à la CNSS.

b) Montant

Cf. vieillesse, observation étant faite que pour le calcul de la pension d'invalidité, les années comprises entre l'âge auquel est survenu l'invalidité et 60 ans, sont assimilées à des périodes d'assurance à raison de 6 mois par an.

Le titulaire d'une pension d'invalidité qui a besoin de l'aide constante d'une tierce personne pour les actes de la vie ordinaire a droit à un complément de pension égal à 40 % du montant de sa pension.

Le montant mensuel de la pension d'invalidité ne peut être inférieur à 18.975 F CFA.

3) Décès (survivants)

a) Conditions

En cas de décès du titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ainsi qu'en cas de décès d'un assuré qui, à la date de son décès, remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou justifiait d'au moins 180 mois d'assurance, les survivants ont droit à une **pension de survivants**.

Si cette condition n'est pas remplie, les survivants ont droit à une **allocation de survivants**.

b) Montant

Sont considérés comme survivants, la veuve mariée depuis au moins un an avant le décès (cette condition n'est pas requise si un enfant est issu de l'union ou si la femme est enceinte), le veuf invalide à charge, les enfants à charge.

Pension de survivants

Ces survivants ont droit à un certain pourcentage de la pension dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré :

- 40 % pour le conjoint (en cas de pluralité de veuves, la pension est répartie par parts égales entre elles) ;
- 20 % pour chaque enfant orphelin de père ou de mère et 30 % pour chaque orphelin de père et de mère dans la limite de 40 % de la pension de l'assuré décédé.

En cas de remariage, le conjoint du titulaire de pension perd ses droits à pension de survivants. Une allocation de remariage égale à six mensualités de la pension à laquelle il aurait droit lui est versée.

Allocation de survivants

Les survivants d'un assuré qui ne pouvait pas prétendre à une pension d'invalidité et qui avait accompli au moins 6 mois et moins de 180 mois d'assurance à la date de son décès, bénéficient d'une allocation de survivants versée en une seule fois.

Cette allocation, déterminée à partir du montant de la pension vieillesse à laquelle aurait pu prétendre le défunt s'il avait bien accompli 180 mois d'assurance, est égale à une mensualité par période de 6 mois d'assurance effectuée. L'allocation de survivants est donc égale à autant de mensualités de pension vieillesse que l'assuré justifiait de semestres d'assurance.

L'allocation de survivants représente une mensualité de pension de base due à l'assuré par période de 6 mois d'assurance accomplie et se répartie comme suit :

- 50 % pour le veuf ou la veuve et 50 % pour les enfants à charge.
- Dans le cas où l'assuré décédé n'a pas d'enfants, 100 % au veuf ou à la veuve.
- En cas d'inexistence de conjoint survivant et d'enfants à charge, l'allocation de survivants est servie à 100 % aux ascendants.