

## Le régime calédonien de sécurité sociale (salariés)

- A. Organisation
- B. Financement
- C. Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité (RUAMM)
- D. Assurance Vieillesse
- E. Accidents du travail, maladie professionnelle
- F. Prestations familiales
- G. Assurance chômage

### A. Organisation

Le régime calédonien de protection sociale est géré par la [Caisse de Protection Sociale de Nouvelle-Calédonie \(CAFAT\)](#) - 4, rue du Général Mangin - BP L5 - 98849 Nouméa Cedex - Tél. (00 687) 25.58.09 ou 99 - Fax. (00 687) 25.58.94.

La CAFAT a pour mission de gérer le régime général de sécurité sociale qui comprend les assurances :

- accidents du travail et maladies professionnelles,
- vieillesse et veuvage,
- chômage,
- prestations familiales,
- et le régime unifié d'assurance maladie-maternité (RUAMM) entré en vigueur le 1er juillet 2002, qui couvre tous les assurés (travailleurs salariés, non-salariés, membres de leur famille) à l'exception des personnes qui bénéficient d'un régime d'aide médicale.

Le RUAMM assure une couverture maladie-maternité à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou bénéficiant d'un revenu de remplacement. Ce régime sert également des prestations en espèces dans le cadre des assurances maladie-maternité et invalidité-décès (capital).

Concernant les travailleurs non-salariés, il existe une [note spécifique](#) consultable sur le site.

La CAFAT procède également au recouvrement des cotisations pour les risques qu'elle gère.

Par ailleurs, en matière de retraites complémentaires, l'accord interprofessionnel territorial des régimes de retraites ARRCO AGIRC du 29 août 1994, modifié par avenants du 24 août 1995 et du 12 décembre 1995 a été étendu à tous les travailleurs salariés par arrêtés des 4 octobre 1994 et 20 février 1996.

Depuis le 1er janvier 1995, tous les salariés exerçant une activité salariée dans le secteur privé en Nouvelle-Calédonie, soumis à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse de base géré par la CAFAT, relèvent obligatoirement des régimes ARRCO AGIRC et sont assurés auprès de la CRE - IRCAFEX - Immeuble Hannecart - 23, rue Jules Ferry - BP 550 - 98845 Nouméa Cedex - Tél. : (00 687) 27.84.55 - Fax : (00 687) 27.85.45 - courriel : cre-ircafex.noumea@humanis.com.

### B. Financement

Le régime calédonien est financé par les cotisations sociales (à hauteur de 90%) ainsi que par les produits de la taxe solidarité sur les services et ceux des taxes sur les alcools et le tabac.

Les cotisations sont versées sur l'ensemble des rémunérations dans la limite d'un minima et d'un maxima. Le montant des rémunérations à prendre en compte ne peut pas être inférieur au salaire conventionnel horaire ou à défaut d'accord professionnel applicable au salaire minimum garanti du secteur professionnel (Au 1er mai 2014, le salaire minimum garanti - SMG mensuel est de 151.985 FCFP, et le salaire minimum agricole garanti - SMAG mensuel est de 129.189 FCFP).

Les cotisations sont versées à la CAFAT dans le mois qui suit la fin du trimestre civil auquel elles se rapportent. Les entreprises de plus de 20 salariés sont tenues au versement d'un acompte provisionnel dont le montant ne peut pas être inférieur au quart du total des cotisations du trimestre précédent.

Les cotisations au titre des assurances maladie, retraite, prestations familiales, chômage, accidents du travail, fonds social de l'habitat et mesures en faveur de la formation professionnelle sont versées auprès de la CAFAT. En fonction du risque le plafond applicable est différent. C'est ainsi qu'au 1er janvier 2014, pour la maladie, le plafond mensuel applicable est fixé à 494.300 FCFP pour la tranche 1 et de 5.111.200 FCFP pour la tranche 2. Pour la retraite, les prestations familiales, le chômage, les accidents du travail et les mesures en faveur de la formation professionnelle, il est égal à 352.0000 FCFP et pour le calcul de la cotisation relative au fonds social de l'habitat il s'élève à 297.100 FCFP.

En matière de retraite complémentaire, les cotisations sont versées auprès de la [CRE-IRCAFEX](#) - Immeuble Hannecart - 23, rue Jules Ferry - BP 550 - 98845 NOUMEA CEDEX - Tél. : (00 687) 27.84.55 - Fax : (00 687) 27.85.45.

## Cotisations au 1er janvier 2014

Risque	Employeur	Salarié	Total	Assiette Mensuelle FCFP
Maladie - tranche 1	11,30 %	3,85 %	15,15 %	0 à 494.300
Maladie - tranche 2	3,75 %	1,25 %	5 %	494.301 à 5.111.200
Retraite	9,80 %	4,20 %	14,00 %	0 à 352.000
Prestations familiales	6,14 %	-	6,14 %	0 à 352.000
Chômage	1,52 %	0,34 %	1,86 %	0 à 352.000
Accidents du travail	0,72 % à 6,48 %	-	0,72 % à 6,48 %	0 à 352.000
Fonds social de l'habitat	2 %	-	2 %	0 à 297.100
Mesures en faveur de la formation professionnelle	0,25 %	-	0,25 %	352.000
<b>Total des cotisations versées à la CAFAT</b>	<b>31,01 %</b> (sans les AT)	<b>8,39 %</b>	<b>39,40 %</b> (sans les AT)	
Formation professionnelle continue	0,70 %	-	0,70 %	totalité du salaire
Contribution exceptionnelle solidarité	-	0,75 %	0,75 %	sur la partie du salaire supérieur à 352.000

## Cotisations des retraites complémentaires au 1er janvier 2014

Cotisations	Employeur	Salarié	Total	Assiette Mensuelle FCFP
<b>Non cadres</b> <b>CRE (ARRCO) Tranche A</b>	4,58%	3,05%	7,63 %	373.389
<b>CRE (ARRCO) Tranche B</b>	12,08 %	8,05 %	20,13 %	entre 373.389 et 1.120.167
<b>Cadres</b> <b>CRE (ARRCO) Tranche A</b>	4,58%	3,05 %	7,63 %	373.389

Cotisations des retraites complémentaires au 1er janvier 2014				
Cotisations	Employeur	Salarié	Total	Assiette Mensuelle FCFP
<b>IRCAFEX (AGIRC) Tranche B et C</b>	12,68 %	7,75 %	20,43 %	entre 373.389 et 1.493.556 entre 1.493.557 et 2.987.112
<b>Contribution exceptionnelle temporaire tranches A, B, C</b>	0,22 %	0,13 %	0,35 %	entre 373.389 et 2.987.112
<b>AGFF (cadres et non cadres)</b> <b>Tranche A</b> <b>Tranche B</b>	1,20 % 1,30 %	0,80 % 0,90 %	2 % 2,20 %	373.389 373.389 à 1.120.167 373.389 à 1.493.556

### C. Régime unifié d'assurance maladie maternité (RUAMM)

Le RUAMM assure une couverture maladie maternité à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou bénéficiant d'un revenu de remplacement. Ce régime sert également des prestations en espèces dans le cadre de l'assurance maladie maternité, de l'assurance invalidité et décès (capital).

#### Assurance maladie-maternité

Le régime unifié d'assurance maladie-maternité assure le service de prestations en nature et en espèces.

#### Prestations en nature

#### Ouverture des droits

Le droit aux prestations en nature pour les risques maladie, longue maladie et chirurgie est examiné à la date des soins ou à la date d'entrée dans l'établissement hospitalier en cas d'hospitalisation. En ce qui concerne la maternité le droit est examiné à la date présumée de la conception ou à défaut, à la date des soins.

Pour pouvoir prétendre à des prestations, le travailleur salarié doit avoir accompli un certain nombre d'heures de travail ou avoir versé des cotisations dans le mois, dans les 3 mois, dans les 6 mois ou dans l'année qui précèdent la réalisation du risque. En fonction de la période de référence prise en compte pour l'examen des droits, ceux-ci sont ouverts pour un mois, 3 mois, 6 mois ou encore un an. Les périodes durant lesquelles l'assuré a perçu des indemnités journalières de maladie, de la maternité, de l'assurance accident du travail ou de l'assurance chômage sont assimilées à des périodes de travail pour l'examen des droits. La durée du droit est calculée de date à date immédiatement à la suite de la période de référence.

Le remboursement des frais médicaux n'est possible qu'après un délai d'un mois d'activité (délai de carence).

#### Ayants droit

Bénéficiaire de la qualité d'ayants droit le conjoint ou le concubin de l'assuré (pour qu'il soit reconnu, le concubinage doit être notoire, non adultère, durer depuis au moins 12 mois consécutifs et avoir fait l'objet d'une déclaration de concubinage) qui ne peut pas être assuré à titre personnel, les enfants, petits enfants (jusqu'à 18 ans ou 21 ans en cas de poursuite d'études) de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin. Les ascendants au premier degré de l'assuré ou de son conjoint peuvent aussi avoir cette qualité, à condition de ne pas bénéficier de prestations d'assurance maladie à un autre titre et de ne pas disposer de revenus supérieurs à un certain plafond.

#### Étendue des prestations

Sont pris en charge dans le cadre du régime, les frais de médecine générale, spécialisée, d'hospitalisation, de traitement et d'intervention chirurgicale, de soins dentaires, de frais pharmaceutiques, d'analyses de laboratoire, d'appareillage et de transport. Font également l'objet d'une prise en charge les frais de contraception, les frais de soins et d'hospitalisation en cas d'interruption volontaire de grossesse, les vaccinations effectuées dans le cadre des mesures prioritaires de promotion de la santé.

### Participation du patient

Les actes pratiqués par les professionnels de santé (médecins, dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux) sont remboursés suivant la valeur des lettres clés fixées soit conventionnellement entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé, soit réglementairement par les autorités compétentes.

La participation de l'assuré est déterminée sur la base des tarifs de responsabilité. Elle est fixée à :

- 60 % pour les frais d'honoraires des médecins, dentistes, les frais d'analyse et de laboratoire, les médicaments et les transports non urgents en rapport avec une consultation ou un examen radiologique
- 50 % pour les frais d'honoraires des orthophonistes et des orthoptistes,
- 20 % sans avance de frais, pour les contraceptifs hormonaux et pour l'acquisition et la pose de dispositifs intra-utérins.
- 30 % pour les frais d'hospitalisation lors des 12 premiers jours d'hospitalisation continue. Un forfait journalier, égal à deux fois le salaire minimum horaire garanti arrondi à la centaine de francs inférieure, est dû par le malade, par journée d'hospitalisation (1.700 FCFP à compter du 1er janvier 2012). Le montant du forfait s'impute sur la participation laissée le cas échéant à la charge du malade.

Les affections comportant un traitement de longue durée, une thérapeutique particulièrement coûteuse, mentionnées dans la liste figurant à l'article 32 de la délibération n° 280 du 19 décembre 2001 sont couvertes dans le cadre du risque **longue maladie**. Trente deux maladies sont ainsi visées.

Certaines maladies ne figurent pas sur cette liste mais ont été reconnues par la CAFAT comme pouvant être prises en charge au titre de la longue maladie (forme évolutive ou invalidante d'une affection grave nécessitant des soins continus ou plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisibles supérieure à 6 mois sont nécessaires).

Les personnes atteintes de telles maladies ne supportent aucune participation pour les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou de transport liés à la maladie elle-même. Ils sont toutefois redevables du forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Le bénéficiaire de la longue maladie est tenu de choisir un médecin référent, dans les deux mois qui suivent la reconnaissance de l'affection. Il est alors dispensé de l'avance des frais pour les soins en rapport avec sa maladie, réalisés par le médecin référent ou un autre médecin en cas d'urgence ou par un médecin spécialiste sur prescription du médecin référent.

Pour les actes de **chirurgie**, de spécialités et d'échographie, échotomographie, doppler, le taux de prise en charge dépend de la cotation de l'acte. La participation de l'assuré est fixée à 40 % pour les actes dont la cotation est supérieure à 4 et inférieure à 80. Par contre, lorsque la cotation des actes dépasse 80, la prise en charge s'effectue au taux de 100 % du tarif de responsabilité.

Les frais de **maternité** couvrent les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareils, d'examen complémentaires et d'hospitalisation liés à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites. Les frais de consultations, les examens complémentaires obligatoires, les ceintures de grossesse, les hospitalisations et les séances de rééducation postérieures à l'accouchement sont pris en charge à 100 %. Le forfait journalier hospitalier est à la charge du bénéficiaire. Les autres frais (séances préparatoires à l'accouchement, examens complémentaires non obligatoires, frais pharmaceutiques et de transports) sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour la maladie.

### Soins hors du territoire

Depuis le 1er juillet 2002, les soins délivrés hors de la Nouvelle-Calédonie peuvent être remboursés par la CAFAT :

- sur la base des tarifs de responsabilité métropolitains, si les soins d'hospitalisation sont dispensés en métropole ou dans un département d'outre mer ;

- sur la base des tarifs réglementaires en vigueur sur le territoire, si les soins d'hospitalisation sont dispensés à l'étranger ;
- les soins hors hospitalisation, même inopinés et urgents ne sont pas pris en charge par la CAFAT ;
- lors d'une évacuation sanitaire, les frais de transport aérien, les frais médicaux et d'hospitalisation sont pris en charge au taux de 100 % sur la base du tarif facturé en fonction de la décision prise par la Commission médicale des évasans. Les frais d'hébergement font l'objet d'un remboursement sur la base d'un forfait journalier (11.400 FCFP ou 9.000 FCFP en fonction du lieu d'hébergement).

### **Prestations en espèces**

Dans le cadre du droit du travail, l'employeur est tenu de maintenir tout ou partie de la rémunération de son salarié. La durée du maintien du salaire dépend de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise.

À la fin du maintien du salaire par l'employeur, des indemnités journalières sont versées afin de compenser en partie la perte de salaire due à la maladie.

### **Ouverture des droits**

Pour pouvoir prétendre à des indemnités journalières le travailleur doit justifier au moment de l'arrêt de travail d'une durée d'activité de 252 heures au cours des 3 mois (civils ou de date à date) ou la perception d'un salaire soumis à cotisation au moins égal à 1,5 fois le SMG au cours des 3 mois civils précédant l'arrêt de travail ou être titulaire de droits annualisés.

### **Montant**

Elles consistent dans le paiement d'une indemnité égale à la moitié du salaire soumis à cotisations dans la limite du plafond égal à 5.111.200 FCFP. Lorsque l'assuré a au moins 3 enfants à charge, le montant de l'indemnité est porté au deux tiers du salaire soumis à cotisation dans la limite du même plafond.

Les prestations en espèces sont servies pendant 12 mois sur une période de 3 ans. Au titre de la longue maladie, elles peuvent être servies pendant 3 années consécutives.

### **Maternité**

Le **congé de maternité** est fixé à 16 semaines, il peut atteindre 28 semaines en cas de naissance multiple ou selon le rang de l'enfant dans la famille. En cas de suite de couches pathologiques, la durée de versement de l'indemnité journalière peut être prolongée de 3 semaines.

Le montant de l'indemnité journalière est égal au :

- dernier salaire brut complet avant le départ en congé de maternité si l'assurée percevait moins de 464.948 FCFP de salaire mensuel ;
- une indemnité correspondant à 464.948 FCFP si le salaire mensuel de l'assurée est compris entre 464.948 FCFP et 929.896 FCFP ;
- une indemnité correspondant à la moitié du dernier salaire avant le départ en congé de maternité si le salaire est supérieur à 929.896 FCFP (ou au montant des indemnités mensuelles en cas d'arrêt de travail pour maladie).

### **Pension d'invalidité**

La pension d'invalidité est attribuée à l'assuré âgé de moins de 60 ans, atteint d'une incapacité réduisant de 2/3 sa capacité de travail. La pension d'invalidité est versée jusqu'à l'âge de 60 ans.

Le montant de la pension dépend du groupe dans lequel est classé l'invalidé et du salaire de référence. Le salaire de référence est déterminé sur la base des salaires des 12 mois précédant l'invalidité dans la limite d'un plafond égal à 517 fois le SMG horaire (464.948 F CFP).

Il existe comme en métropole trois groupes d'invalides :

- 1er groupe : invalides capables d'exercer une activité rémunérée. Le montant de la pension est égal à 30 % du salaire de référence ;

- 2e groupe : invalides incapables d'exercer une activité rémunérée pour lesquels le montant de la pension est égal à 50 % du salaire de référence ;
- 3e groupe : invalides incapables d'exercer une activité rémunérée et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Le montant de la pension égal à 50 % du montant du salaire de référence est majoré du montant du SMG (151.985 FCFP au 1er mai 2014).

### **Assurance décès**

L'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré décédé un capital décès égal à 3 fois le salaire mensuel soumis à cotisations. Le capital est majoré de 15 % par enfant à charge dans la limite de 100 %.

Au moment du décès, l'assuré devait remplir les conditions d'activité pour obtenir le bénéfice de prestations en espèces de l'assurance maladie ou se trouver dans une situation assimilée. Le titulaire de pension de vieillesse ne peut pas ouvrir droit au capital décès.

Le capital décès est servi au conjoint ou à la personne désignée par l'assuré décédé.

## **D. Accident du travail et maladie professionnelles**

Relèvent de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, les accidents survenus par le fait et à l'occasion du travail. Sont également reconnus comme accidents du travail, les accidents survenus pendant les trajets aller/retour entre le domicile et le lieu de travail ou encore entre le lieu de travail et le lieu où le salarié prend habituellement ses repas.

Les maladies professionnelles sont des maladies figurant sur une liste selon des critères spécifiques. Depuis 1995, peuvent être également prises en charge certaines maladies professionnelles pour lesquelles tous les critères fixés dans la liste ne sont pas remplis, mais qui sont directement causées par le travail habituel.

### **Prestations en nature**

Les soins de première urgence sont à la charge de l'employeur. La victime n'a pas d'avance de frais à effectuer. Par la suite, tous les frais médicaux sont directement pris en charge par la CAFAT.

### **Prestations en espèces**

#### **Incapacité temporaire**

Si l'accident entraîne une incapacité de travail, une indemnité journalière est servie à partir du jour qui suit l'accident et pendant tous les jours de l'arrêt de travail. Toutefois elle n'est pas due pour les jours non ouvrables qui suivent immédiatement l'arrêt de travail, sauf si la cessation de travail est supérieure à 15 jours.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 1/30e du salaire net perçu au cours du mois précédant l'accident, après déduction des cotisations salariales, dans la limite du plafond applicable en matière d'assurance accident du travail (maximum de 760.320 FCFP par mois au 1er janvier 2014).

#### **Incapacité permanente**

En cas d'incapacité permanente une rente peut être attribuée. Le montant de la rente dépend du salaire annuel de référence et du taux d'incapacité.

Le taux d'incapacité est réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie du taux qui excède 50 %. Par exemple, pour une incapacité de 60 %, le taux de la rente est de 40 % (50/2 + 10 x 1,5).

Si la victime a besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, la rente est majorée du montant du salaire minimum garanti mensuel (SMG).

La rente est versée mensuellement si le taux d'incapacité est de 100 %, trimestriellement si le taux est < à 100 % mais >

2 % et annuellement si le taux de la rente est égal à 2 %. Enfin si le montant de la rente annuelle est inférieur à 30.000 FCFP, la rente est convertie automatiquement en capital.

Par ailleurs, sur demande de l'intéressé, la rente peut être transformée en tout ou partie en capital.

### **Survivants**

En cas de décès de la victime (travailleurs salariés ou non-salariés) des suites d'un accident du travail, le **conjoint survivant** bénéficie d'une rente égale à 30 % du salaire de référence. En cas de remariage du conjoint survivant qui n'a pas d'enfant, la rente est convertie en capital.

Pour les **enfants mineurs** jusqu'à 18 ans ou 21 ans en cas de poursuite d'études ou d'invalidité les rendant inaptes à occuper un emploi, le montant de la rente est égal à 15 % pour les deux premiers enfants, puis à 10 % à partir du 3e enfant ; pour les enfants orphelins de père et de mère, le taux de la rente est porté à 20 % par enfant.

Les **ascendants** de la victime qui étaient à sa charge au moment de l'accident et qui ne disposent pas de ressources peuvent également bénéficier d'une rente de survivants égal à 10 %.

Le total des rentes de survivants ne peut pas dépasser 85 % du montant du salaire de référence.

En cas de décès, les frais funéraires sont payés par la Caisse dans la limite de deux fois le SMG mensuel.

## **E. Assurance vieillesse**

### **Pension de base**

Les cotisations versées au titre de l'assurance vieillesse sont transformées en points. Le montant de la pension est déterminé en fonction du nombre de points acquis durant toute la carrière multiplié par la valeur du point au moment de la liquidation de la pension. La valeur du point au 2ème trimestre 2014 est fixée à 232,88 FCFP.

### **Conditions d'ouverture des droits**

Pour pouvoir prétendre à une pension de vieillesse, il faut avoir accompli au moins 5 ans d'assurance.

### **Age**

L'âge normal pour obtenir la liquidation d'une pension de vieillesse est fixé à 60 ans.

### **Anticipation**

Il existe des possibilités de liquidation de pension par anticipation. En fonction de la situation, la pension peut être liquidée avec ou sans application d'un coefficient d'anticipation (en justifiant d'une période de cotisation comprise entre 30 ans et 6 mois et 35 ans au 1er janvier 2009) à partir de 57 ans et 6 mois au 1er juillet 2013.

### **Liquidation de la pension par anticipation avec application d'un coefficient d'anticipation :**

Si l'assuré a entre 56 et 60 ans et que sa durée d'assurance est insuffisante, sa pension peut-être soumise à un abattement de 1,5 % par trimestre d'anticipation ou 6 % par année d'anticipation.

### **Liquidation sans application de coefficient d'anticipation :**

La pension peut-être liquidée sans application d'un coefficient d'anticipation, dans les conditions suivantes :

- à partir de 50 ans
  - pour les personnes reconnues médicalement inaptes au travail
  - pour celles justifiant d'au moins 2 ans d'activité dangereuse ou nocive pouvant provoquer une usure prématurée de l'organisme (l'âge normal de départ à la retraite est abaissé d'un an par tranche de deux ans d'activité dangeureuse)

- à partir de 55 ans pour les personnes justifiant au 1er janvier 2009 d'au moins 35 ans d'activité en Nouvelle Calédonie (possibilité jusqu'au 30 juin 2013 seulement)
- entre 56 et 60 ans
  - pour les personnes justifiant de 10 ans d'activité reconnue pénible
  - ou d'une durée minimale d'activité dangereuse ou nocive variant en fonction de l'âge

### **Montant de la pension**

Le montant de la pension est déterminé en multipliant le total des points acquis durant la vie active, par la valeur du point au moment de la liquidation de l'avantage. La valeur du point au 2ème trimestre 2014 est fixée à 232,88 FCFP.

La pension peut être augmentée, sous condition de ressources, d'un **complément de retraite de solidarité (CRS)** et d'une bonification pour conjoint à charge, lorsque le titulaire est âgé d'au moins 60 ans et que son conjoint ou concubin est à sa charge.

Pour obtenir le CRS, il faut avoir validé au moins 5 ans d'activité salariée et justifier d'une durée de résidence continue en Nouvelle-Calédonie d'au moins 5 ans au moment de la liquidation de la pension de retraite. Le plafond annuel de ressources est fixé à 1.509.583 FCFP pour une personne seule et à 3.019.166 FCPC pour un couple en 2014.

### **Minimum**

Il existe plusieurs minima déterminés en fonction de la durée d'assurance accomplie par le titulaire (moins de 9 ans, 38.720 F CFP à 40 ans et plus, 92.920 F CFP). Le montant du CRS versé permet d'augmenter les ressources du foyer jusqu'à 90.000 FCFP au minimum sans toutefois dépasser 150.000 FCFP mensuel.

### **Remboursement**

Si la durée d'assurance est inférieure à 5 ans, un remboursement des cotisations retraite peut être demandé à 60 ans.

### **Minimum vieillesse**

L'assuré âgé d'au moins 60 ans, justifiant une durée de résidence de 10 ans en Nouvelle-Calédonie et de ressources ne dépassant pas un certain plafond (plafonds différents en fonction des provinces), n'ayant jamais cotisé à la CAFAT ou moins de 5 ans, a droit au versement d'un minimum vieillesse géré par les provinces. Cette aide sociale permet d'augmenter les revenus jusqu'à 85.000 FCFP par mois pour une personne seule et jusqu'à 130.000 FCFP pour un couple.

### **Pension de réversion**

Pour pouvoir ouvrir un droit à une pension de réversion, le conjoint (marié ou pacsé) ou concubin (déclaré), doit être âgé d'au moins 50 ans et avoir vécu en couple avec l'assuré décédé pendant au moins deux ans s'il n'y a aucun enfant à charge à la date du décès.

L'assuré doit être décédé après l'âge de 50 ans et avoir cotisé au moins 15 années au régime.

Le montant de la pension est égal à la moitié de la pension dont bénéficiait ou dont aurait pu bénéficier l'assuré décédé. En cas de remariage ou de nouveau concubinage, le droit à pension de réversion est supprimé.

Par ailleurs, il n'y a pas de droit à pension de réversion pour l'ex-conjoint divorcé non remarié.

### **Allocation veuvage**

Le conjoint (marié ou pacsé) âgé de moins de 50 ans, bénéficie d'une allocation veuvage calculée de la même manière que la pension de réversion. Elle est servie pendant 3 ans maximum après le décès de l'assuré. Elle peut prendre fin en cas de remariage du conjoint ou quand ce dernier atteint l'âge de 50 ans et peut prétendre à une pension de réversion.

### **Pension d'orphelin**

Les orphelins de père ou de mère âgés de moins de 18 ans ou 21 ans, en cas de poursuite d'études, bénéficient, s'ils étaient à charge de l'assuré au moment du décès, d'une pension égale à 20 % du montant de la pension de l'assuré décédé.

Le total des pensions de survivants ne peut pas dépasser le montant de la pension de l'assuré décédé.

### **Pension complémentaire**

Depuis le 1er janvier 1995, les régimes de retraites complémentaires ARRCO-AGIRC sont applicables à toutes les personnes exerçant une activité salariée relevant du secteur privé en Nouvelle-Calédonie et soumises à titre obligatoire au régime de base d'assurance vieillesse géré par la CAFAT.

Les régimes de retraites complémentaires ARRCO-AGIRC s'appliquent à titre obligatoire en Nouvelle-Calédonie et sont complémentaires du régime de base local. Les assurés qui obtiennent la retraite de base locale sans abattement et qui justifient d'une activité salariée en Nouvelle-Calédonie d'au moins 50 % de la durée totale validée par les régimes ARRCO-AGIRC peuvent obtenir la liquidation de leur retraite complémentaire sans application de coefficient d'anticipation. Ce dispositif est valable jusqu'au 1er janvier 2017.

Les participants qui bénéficient d'une pension servie par la CAFAT au taux plein avant 62 ans peuvent verser des cotisations à l'ARRCO et, le cas échéant, à l'AGIRC pour augmenter la durée des périodes validées dans le régime dans la limite de 164 trimestres. Les cotisations assises sur une somme équivalant à la retraite CAFAT, calculées sur le taux de cotisation de la dernière entreprise, correspondent à la seule part salariale.

## **F. Prestations familiales**

Les prestations familiales comprennent :

- les allocations familiales,
- les allocations prénatales
- les allocations de maternité,
- l'allocation de rentrée scolaire,
- les allocations de solidarité.

Pour pouvoir prétendre aux prestations familiales, il faut :

- résider en Nouvelle-Calédonie et exercer une activité salariée qui relève du code du travail. Le droit aux prestations familiales est ouvert en fonction du travail du père ou de la mère ;
- exercer une activité minimale d'au moins 60 heures par mois ou percevoir une rémunération au moins égale à la moitié du SMG par mois. La perception d'indemnités journalières de maladie, de maternité, de chômage ou d'accidents du travail est assimilée à une activité salariée. Les titulaires de rentes accidents du travail d'un taux supérieur ou égal à 66,66 %, les titulaires de pensions d'invalidité, de vieillesse ou de survivants peuvent également prétendre aux prestations familiales ;
- Avoir un ou plusieurs enfants à charge :
  - jusqu'à 16 ans ou 21 ans en cas de poursuite d'études ou en cas d'apprentissage (si la rémunération perçue est inférieure à 127.500 FCFP en 2013) ou en cas d'infirmité.
  - résidant en Nouvelle-Calédonie sauf s'ils étudient en métropole, dans un pays étranger ou en Polynésie Française (pour des motifs reconnus valables par la CAFAT).

L'allocation familiale est versée dès le premier enfant et son montant dépend des revenus du ménage. Le montant des allocations familiales est déterminé en fonction des revenus de l'année N - 2.

### **Barème des allocations familiales en 2014**

<b>Plafond de ressources de la famille en 2012</b>	<b>Montant en FCFP</b>
Revenu ≤ 4.131.600 FCFP	18.860

Plafond de ressources de la famille en 2012	Montant en FCFP
Revenu ≤ 6.197.400 FCFP	14.790
Revenu > 6.197.400 FCFP	7.760

Si l'enfant est atteint d'une incapacité au moins égale à 67 % et que les revenus de la famille sont ≤ à 4.131.600 F CFP en 2012, le montant des allocations familiales pour enfant handicapé est alors de 55.830 F CFP.

### Allocations prénatales

Peut bénéficier de ces allocations, la femme salariée, la conjointe ou la concubine d'un travailleur salarié qui à la date présumée de la conception a exercé une activité minimale ou perçu un salaire minimal.

Les prestations sont servies sous réserve du passage d'un certain nombre de visites médicales ; avant la fin du 3e mois de grossesse, au cours du 6e mois et du 8e mois. Elles sont versées en neuf mensualités (montant d'une mensualité en 2014 : 14.483 F CFP) réparties de la manière suivante :

- 2 mensualités après la première visite (28.966 FCFP)
- 4 mensualités après l'examen du 6e mois (57.932 FCFP)
- 3 mensualités après l'examen du 8e mois (43.449 FCFP)

### Allocations de maternité

Pour bénéficier de cette allocation, un certain nombre de conditions doivent être remplies par la mère et l'enfant :

- la femme enceinte doit :
  - avoir subi au moins deux visites prénatales (5e et 8e mois) du grossesse),
  - remplir les conditions d'activité pour bénéficier de l'allocation prénatale,
  - avoir accouché sous contrôle médical en Nouvelle-Calédonie,
  - avoir fait procéder à l'inscription de l'enfant à l'état civil.
- l'enfant quant à lui doit :
  - être légitime ou reconnu par la mère,
  - être également reconnu par le père naturel si lui seul est salarié,
  - avoir passé les visites médicales obligatoires.

L'allocation est cumulable avec les indemnités journalières de maternité et est payée en deux fractions égales de 25.369 FCFP chacune ; une à la naissance et la seconde aux 6 mois de l'enfant et après passage des visites médicales.

### Allocation de rentrée scolaire

Aucune démarche n'est à effectuer pour percevoir l'allocation de rentrée scolaire. Toute personne bénéficiant des allocations familiales et ayant au moins un enfant de plus de 2 ans et 7 mois peut ouvrir droit à cette allocation servie sous condition de ressources. En 2014, les revenus 2012 du foyer fiscal pris en compte ne doivent pas dépasser 4.131.600 FCFP.

Le montant de cette allocation versée en une seule fois est de 8.303 FCFP.

### Allocations de solidarité

Les personnes qui ne remplissent pas les conditions d'activités mentionnées ci-dessus, peuvent bénéficier, sous conditions de ressources, des allocations familiales de solidarité, des allocations prénatales de solidarité, des allocations de maternité de solidarité et de l'allocation de rentrée scolaire de solidarité.

Les montants de ces allocations ainsi que les plafonds de ressources ouvrant droit à ces allocations sont légèrement inférieurs aux montants des allocations versées aux catégories énumérées ci-dessus (allocations familiales, allocations prénatales, allocations de maternité et allocation de rentrée scolaire).

Pour plus d'informations, site de la [CAFAT, rubrique Prestations Familiales](#).

## **G. Assurance chômage**

Le régime d'assurance chômage institué en 1975 a pour but de garantir aux travailleurs privés d'emploi un revenu de remplacement. La gestion administrative et financière de l'assurance chômage est assurée par la CAFAT.

Pour pouvoir bénéficier de prestations de l'assurance chômage, il faut :

- avoir cotisé au régime pendant 9 mois minimum,
- avoir effectué au cours des 12 mois précédant le rupture du contrat de travail au moins 1.521 heures de travail,
- être involontairement privé d'emploi,
- être inscrit comme demandeur d'emploi,
- être à la recherche effective et permanente d'un emploi,
- être âgé de moins de 60 ans ou ne pas avoir atteint l'âge de départ à la retraite,
- être physiquement apte au travail.

Le montant de l'indemnité de chômage est égal à 75 % du salaire perçu antérieurement à la rupture du contrat de travail dans la limite du SMG mensuel.

La durée de versement de l'indemnisation dépend de l'âge du chômeur :

- 9 mois pour les personnes âgées de moins de 50 ans,
- 12 mois pour les personnes âgées entre 50 et 55 ans,
- 14 mois pour les personnes âgées de plus de 55 ans.

Les chômeurs handicapés peuvent bénéficier de 150 jours supplémentaires d'indemnisation.

Les salariés en chômage partiel provoqué par la fermeture temporaire de leur entreprise ou la réduction de l'horaire de travail imputable à la conjoncture économique, dont le salaire hebdomadaire est habituellement supérieur à 20 fois le SMG horaire, ont droit à une allocation de chômage partielle dans la limite d'un quota annuel maximal d'heures indemnifiables fixé pour chaque branche professionnelle (900 heures pour 2013). Le taux de l'indemnité est de 66 % du SMG horaire pour une durée maximale de 4 semaines. Au delà de 4 semaines et jusqu'à 2 mois d'arrêt, le taux de l'indemnité est de 75 % du SMG horaire. Cette allocation est versée par l'employeur qui est remboursé par la CAFAT.