

Le régime polynésien de sécurité sociale (salariés)

- A. Généralités
- B. Financement
- C. Maladie
- D. Maternité
- E. Accidents du travail et maladie professionnelle
- F. Invalidité
- G. Retraite
- H. Prestations familiales

A. Généralités

La Polynésie française, collectivité d'outre mer régie par la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004, est, conformément à son statut, compétente en matière de protection sociale.

Le régime de protection sociale applicable sur tout le territoire est géré par la [Caisse de Prévoyance Sociale \(CPS\)](#) - BP n° 1 - 98713 PAPEETE - Tél. : (689) 41 68 68 ; fax : (689) 42 46 06 ; courriel : info@cps.cf.

La CPS, personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public et dotée de l'autonomie financière, est placée sous la tutelle du gouvernement de la Polynésie française.

La CPS a en charge :

- le recouvrement des cotisations du régime des travailleurs salariés qui est financé par les contributions et cotisations des employeurs et des salariés, et le régime des travailleurs non salariés qui est financé par les cotisations des ressortissants du régime et par une participation de la collectivité,
- le service des prestations sociales, de santé et de régulation des évacuations sanitaires,
- le régime de solidarité financé par la contribution solidarité territoriale, différentes taxes et une participation de l'État et de la collectivité.

Toute personne qui réside plus de 6 mois en Polynésie est affiliée obligatoirement au régime de solidarité de la CPS si ses revenus sont inférieurs à 87.346 F CP (*Depuis le 1er janvier 2002, 1 FCFP vaut 0,008 euros*).

Toute personne qui exerce une activité salariée en Polynésie doit être déclarée par son employeur à la caisse de prévoyance sociale.

Par ailleurs, toute personne salariée relevant du secteur privé soumise obligatoirement au régime de base de l'assurance vieillesse de la CPS, cotise et ouvre droit au [régime de retraite complémentaire de l'ARRCO-AGIRC](#).

Relèvent obligatoirement du régime des travailleurs non salariés, les travailleurs indépendants dont le revenu moyen brut mensuel déclaré est supérieur ou égal à 87.346 F CP, qui résident depuis plus de 6 mois sur le territoire et qui ne sont pas affiliés à un régime obligatoire. Les travailleurs indépendants qui ne remplissent pas les conditions de résidence peuvent demander à relever du régime à titre volontaire.

Dans la note qui suit, seul le régime applicable aux travailleurs salariés sera décrit. Le régime applicable aux travailleurs indépendants fait l'objet d'une note spécifique.

B. Financement

Les cotisations sont versées sur la totalité du salaire, dans la limite de plafonds variables en fonction des risques. L'employeur précompte la cotisation salariale et verse mensuellement la totalité des cotisations à la CPS.

Tableau des cotisations au 1er janvier 2014

(1) Le taux de cotisation prestations familiales dépend du secteur d'activité :
il est de 0 % dans l'agriculture, pour les gens de maison, les écoles, cantines et association à but non lucratif,
4,04 % dans le secteur public et para public et dans les autres secteurs.

Risque	Part patronale	Part salariale	Plafond (FCFP)
Maladie	11,06 %	5,53 %	3.000.000
Vieillesse tranche A	12,10 %	6,05 %	254.000
Vieillesse tranche B	10,36 %	5,18 %	Entre 254.000 et 508.000
Accidents du travail	0,77 %	-	1.500.000
Prestations familiales	0%, 4,04 % (1)	-	1.500.000
Fonds social retraite	0,22 %	0,11 %	254.000

Pour la retraite de base, la cotisation au titre de la pension de vieillesse tranche A et celle au titre de la pension de vieillesse tranche B sont obligatoires. La pension (tranche A) est financée dans la limite d'un plafond fixé à 254.000 FCFP. Pour la pension (tranche B) les cotisations sont versées sur la part de rémunération comprise entre le plafond de la pension tranche A (254.000 FCFP) et 508.000 FCFP.

Cotisations des retraites complémentaires au 1er janvier 2014

Cotisations	Employeur	Salarié	Total	Assiette Mensuelle FCFP
Non cadres CRE (ARRCO) Tranche A	4,58 %	3,05 %	7,63 %	373.389
CRE (ARRCO) Tranche B	12,08 %	8,05 %	20,13 %	entre 373.389 et 1.120.167
Cadres CRE (ARRCO) Tranche A	4,58 %	3,05 %	7,63 %	373.389
IRCAFEX (AGIRC) Tranche B et C	12,68 %	7,75 %	20,43 %	entre 373.389 et 1.493.556 entre 1.493.557 et 2.987.112
Contribution exceptionnelle temporaire tranches A, B, C.	0,22 %	0,13 %	0,35 %	entre 373.389 et 2.987.112
AGFF (cadres et non cadres) Tranche A Tranche B	1,20 % 1,30 %	0,80 % 0,90 %	2 % 2,20 %	373.389 à 1.120.167 373.389 à 1.493.556

Le salaire minimum mensuel garanti (SMIG) pour 169 heures de travail s'élève, depuis le 1er septembre 2011, à 149.491 FCFP.

C. Maladie

L'assurance maladie sert les prestations en nature et les prestations en espèces. Bénéficiaire du régime, les travailleurs salariés, les titulaires d'une rente d'accident du travail, les titulaires de pension (invalidité ou vieillesse), les titulaires de l'allocation Aide aux vieux travailleurs salariés (AVTS) et de retraite anticipée, ainsi que leurs ayants droit. Peuvent avoir la qualité d'ayant droit, le conjoint (e), concubin(e) à charge ainsi que les enfants à charge au sens des prestations

familiales, c'est-à-dire les enfants âgés de moins de 16 ans, 18 ans en cas d'apprentissage ou 21 ans en cas de poursuite d'études.

Le travailleur salarié doit justifier d'une durée minimale d'activité pour ouvrir droit aux prestations. Il doit avoir effectué au cours des 30 jours qui précèdent la maladie, l'accident ou le début des soins, 80 heures de travail salarié ou justifier de la perception d'une rémunération mensuelle au moins égale au montant du salaire minimum garanti. La mère d'un enfant handicapé ou ayant au moins 3 enfants de moins de 14 ans à charge et justifiant de 25 heures de travail mensuel est affiliée au régime salarié et ouvre droit aux prestations.

La personne qui ne remplit pas les conditions pour avoir la qualité d'assuré ou ayant-droit et dont les revenus sont inférieurs à 87.346 FCFP est rattachée obligatoirement au régime de solidarité.

Le régime polynésien de protection sociale ne prévoit pas d'assurance volontaire concernant le risque maladie.

En cas de cessation d'activité, le droit aux prestations en nature peut être maintenu pendant :

- 180 jours en cas de licenciement économique ;
- 90 jours en cas de licenciement simple ou de démission ;
- jusqu'à la fin du mois suivant celui au cours duquel l'assuré cesse de remplir les conditions d'ouverture des droits dans les autres cas.

Prestations en nature

Les prestations en nature couvrent les frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, de laboratoire, d'appareillage, d'hospitalisation et de transport.

Le patient a le libre choix du médecin, il fait l'avance des frais et se fait ensuite rembourser par la CPS dans la limite des [tarifs de responsabilité applicables](#).

Le patient muni de la « carte verte » peut bénéficier du tiers payant (l'assuré ne fait pas l'avance des frais et la CPS rembourse directement la structure de soins). Cette carte d'identification est remise aux personnes inscrites auprès de la CPS et bénéficiaires de droits aux prestations en nature.

Le remboursement des frais s'effectue au taux de 70 % du tarif de responsabilité de la caisse. Les frais peuvent dans certaines conditions être pris en charge à 100 % (hospitalisation, arrêt de travail supérieur à 30 jours, enfants prématurés, titulaires d'une rente AT correspondant à un taux d'incapacité d'au moins 66,66 %, titulaires de l'aide aux vieux travailleurs salariés, titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, titulaires d'une pension de vieillesse liquidée par anticipation au titre de l'incapacité au travail).

Le tarif conventionnel d'une consultation chez un médecin généraliste est de 3.600 FCFP et de 4.420 FCFP chez un médecin spécialisé (tarifs en vigueur à compter du 1er avril 2014).

Le remboursement des médicaments varie entre 30 % et 70 % selon le service médical rendu (SMR). Il existe 5 classes de SMR (de A à E de majeur à insuffisant).

Longue maladie

Dans le cadre de l'assurance longue maladie, les consultations et visites d'un médecin en rapport avec la longue maladie sont pris en charge à 95 %, les prescriptions de médicaments liées à la longue maladie, l'hospitalisation, les soins dentaires, les actes infirmiers, de kinésithérapie, d'analyses biologiques effectués dans le cadre de la longue maladie sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité de la CPS.

En revanche, les soins n'ayant pas de relation avec la longue maladie reconnue sont pris en charge au taux normal. La longue maladie est réservée aux malades atteints d'une affection figurant sur une liste. Pour que le malade puisse en bénéficier, le médecin traitant doit transmettre au médecin conseil de la CPS un protocole de soins. Le médecin conseil fera connaître sa décision sur le protocole au médecin traitant et au bénéficiaire. Le médecin coordonnateur est chargé du suivi médical du patient.

Soins hors du territoire

En cas de soins autorisés par la CPS hors du territoire, les frais exposés sont remboursés de la manière suivante :

- Sur la base des tarifs de responsabilité métropolitains, si les soins 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 sont dispensés à l'étranger.
- Les frais de transport restent à la charge du patient.

Prestations en espèces

Il suffit d'exercer une activité salariée pour pouvoir prétendre aux prestations en espèces en cas d'arrêt de travail prescrit par un médecin. Les prestations en espèces (indemnités journalières) du 4^e jour d'arrêt jusqu'au 30^e jour d'arrêt sont versées par l'employeur (dans la limite du plafond soumis à cotisation applicable en maladie) qui se fait ensuite rembourser par la CPS, à condition d'être à jour dans le versement des cotisations. À partir du 31^e jour d'arrêt, elles sont servies directement par la CPS. Elles sont versées pendant 18 mois maximum.

Montant

L'indemnité journalière versée par l'employeur s'élève à 100 % du salaire réel antérieur dans la limite du plafond soumis à cotisations applicable en maladie (3.000.000 FCFP). Ensuite elle est égale à 75 % du salaire antérieur dans la limite du plafond. Son montant peut être porté à 80 % si l'assuré à un enfant à charge, 85 % avec deux enfants à charge et 90 % avec trois enfants et plus à charge.

En cas de longue maladie, les indemnités journalières sont servies pendant trois ans et à partir du 31^e jour d'arrêt, leur montant est égal à 75 % du salaire antérieur dans la limite du plafond. Elles sont majorées de 0,1 « SMIG prestations » par enfant à charge (SMIG prestations : 87.346 F CP) au sens des prestations familiales.

Frais funéraires

En cas de décès de l'assuré ou l'un de ses ayants droit, les frais funéraires sont supportés par la CPS, dans la limite de 150.000 F CP pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans et 80.000 F CP pour les enfants âgés de 12 ans et moins.

La CPS prend également en charge, sous certaines conditions, les frais de rapatriement de l'assuré décédé, du lieu de décès au lieu de résidence habituel.

D. Maternité

La femme salariée doit justifier d'une durée minimale d'activité pour ouvrir droit aux prestations. Elle doit avoir effectué au cours des 30 jours qui précèdent le congé de maternité, 80 heures de travail salarié ou justifier de la perception d'une rémunération mensuelle au moins égale au montant du salaire minimum garanti. La mère d'un enfant handicapé ou ayant au moins 3 enfants à charge de moins de 14 ans et justifiant de 25 heures de travail mensuel est affiliée au régime salarié et ouvre droit aux prestations. La femme enceinte ne remplissant pas les conditions d'affiliation bénéficie du régime de solidarité.

Prestations en nature

Les prestations en nature sont servies à toute femme salariée ou bénéficiaire du régime de solidarité.

L'assurance maternité couvre tous les frais liés à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches. Ces frais sont pris en charge au taux de 100 % du tarif de responsabilité.

Prestations en espèces

La durée du congé de maternité est fixée à 16 semaines (6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après). Ce congé peut être prolongé sur justificatif médical dans la limite de 3 semaines, en cas de naissance multiple, d'enfant prématuré, ou en cas d'état pathologique lié à la grossesse.

Le montant de l'indemnité journalière maternité est égal à 100% du salaire des trois derniers mois dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie.

E. Accidents du travail et maladies professionnelles

Est considéré comme accident du travail, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Sont également retenus comme accidents du travail, les accidents de trajet survenus entre le lieu de travail et le domicile et inversement.

Les maladies professionnelles font l'objet d'une liste.

Pour pouvoir obtenir des prestations au titre de l'assurance accident du travail, il n'est pas nécessaire d'avoir accompli un nombre minimum d'heures de travail avant la réalisation du risque, il suffit que l'intéressé ait la qualité de salarié. S'agissant des maladies professionnelles, des conditions sur la nature des produits utilisés dans le cadre de l'activité, les travaux exécutés, les durées d'exposition au risque et les délais d'apparition de la maladie sont exigées.

Prestations en nature

La CPS prend en charge à 100 % du tarif de responsabilité, les frais médicaux, d'hospitalisation, de rééducation, de transport et d'appareillage, liés à l'accident.

Prestations en espèces

Parmi les prestations en espèces, il convient de distinguer les prestations en cas d'incapacité temporaire (indemnités journalières) et les prestations servies en cas d'incapacité permanente ou de décès (rentes).

Incapacité temporaire

En cas d'arrêt de travail, la victime perçoit à compter du premier jour qui suit l'arrêt de travail, des indemnités journalières égales à 100% du salaire journalier durant les 60 premiers jours d'arrêt, 80 % à partir du 61^e jour d'arrêt ou 95 % si la victime a au moins trois enfants à charge. Les indemnités sont versées jusqu'à la guérison de la victime ou jusqu'à la consolidation de son état.

Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, le montant de la rente dépend du salaire perçu au cours des 12 mois qui ont précédé l'accident ayant entraîné l'arrêt de travail et du taux d'incapacité permanente. Lorsque le taux d'incapacité atteint ou dépasse 10 %, le salaire retenu pour le calcul de la rente ne peut pas être inférieur au SMIG annuel. Lorsque le taux d'incapacité atteint ou dépasse 70 %, le montant de la rente ne peut pas être inférieur à une somme fixée chaque année par référence au SMIG.

Lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 5 %, la rente est automatiquement remplacée par un capital dès la détermination du taux définitif d'incapacité. Pour un taux d'incapacité entre 5 et 10 %, la rente peut être convertie en capital après l'expiration d'un délai de 2 ans. Lorsque le taux est compris entre 10 et 50 %, seul un quart du capital peut être racheté après un délai de 5 ans.

Survivants

En cas d'accident mortel, le conjoint survivant, les enfants (à charge au sens des prestations familiales), les ascendants à charge, peuvent prétendre à une rente de survivant. Le montant de la rente est égal à 50 % du salaire annuel de la victime dans la limite du plafond pour le conjoint, 15 % du même montant pour 1 enfant à charge, 30 % pour deux et 45 % pour trois enfant, 10 % pour les ascendants à charge dans la limite de 30 %.

Le montant total des rentes de survivant ne peut pas dépasser 90 % du salaire annuel de la victime. En cas de remariage, si le conjoint survivant n'a pas/plus d'enfant à charge, il cesse de percevoir la rente.

F. Invalidité

Les assurés atteints d'une incapacité de travail au moins égale à 70 %, âgés de moins de 50 ans peuvent prétendre à une pension d'invalidité.

Pour être recevable, la demande de pension d'invalidité doit être formulée dans les 12 mois qui suivent :

- l'expiration de la période d'indemnisation au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance longue maladie ;
- la stabilisation de l'état de santé dans les cas de maladie n'ayant pas donné lieu à prestation ;
- le moment de la constatation médicale de l'invalidité en cas d'usure prématurée de l'organisme.

Il existe deux groupes de pension d'invalidité en fonction du degré d'incapacité de l'assuré. Le montant de la pension dépend du salaire antérieur et du groupe dans lequel est classé l'invalidé.

- 1er groupe dans lequel sont classés les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle. Le montant de la pension représente 50 % du salaire perçu durant les 12 mois précédant l'interruption de travail suivie d'invalidité. Il ne peut pas être inférieur au montant du minimum vieillesse.
- 2ème groupe dans lequel sont classés les assurés incapables d'exercer une activité professionnelle et qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Le montant de la pension du premier groupe est alors majoré du montant du salaire minimum garanti (cf. G. Retraite - Tranche A). Cette majoration n'est pas versée en cas d'hospitalisation durant un mois entier.

G. Retraite

Retraite de base - Tranche A

Les droits à retraite de base (tranche A) sont ouverts à partir de 60 ans à condition d'avoir accompli au moins 5 années d'assurance et d'avoir cessé toute activité salariée. Il existe des possibilités d'anticipation :

- Sans application de coefficient d'anticipation, à partir de :
 - 50 ans en cas d'inaptitude au travail,
 - sans condition d'âge si l'intéressé a accompli au moins 35 ans d'assurance.
- Avec application d'un coefficient d'anticipation de 2 % (au 1er juin 2014) par trimestre manquant jusqu'à 60 ans :
 - entre 53 et 60 ans, pour les personnes qui ont accompli au moins 20 années d'assurance (augmentation de 6 mois par an de l'âge minimal de la retraite anticipée pour porter l'âge d'anticipation à 55 ans au 1er janvier 2017).

Le montant de la pension est déterminé à partir du salaire moyen des 120 meilleures rémunérations mensuelles soumises à cotisations au cours des 180 derniers mois d'activité (au 1er mai 2014).

La pension au taux plein (70 % du salaire moyen) est obtenue avec 35 années d'assurance.

Pour une durée d'assurance inférieure à 35 ans, le montant de la pension est proratisé. Lorsque la durée d'assurance est supérieure à 35 ans, l'assuré bénéficie d'une majoration de 2 % du salaire moyen par année d'assurance supplémentaire dans la limite de 10 %.

Majorations

Si l'assuré a un conjoint à charge, le montant de la pension est majoré de 25 % dans la limite d'un plafond fixé à 1/12e du salaire plafond soumis à cotisations (21.166 FCFP pour 2014). Une bonification de 5 % par enfant à charge dans la limite de 25 % peut être attribuée pour les enfants à charge au sens des prestations familiales. Toutefois, cette bonification n'est pas cumulable avec les prestations familiales.

Minimum

Si le montant de la pension et l'ensemble des revenus de l'intéressé sont inférieurs au minimum vieillesse, une allocation différentielle est servie pour porter la pension au minimum.

Montant des minimums :

- 80.000 F CP pour une personne seule,
- 120.000 F CP avec un conjoint à charge âgé de plus de 45 ans,
- 140.000 F CP pour un couple si les deux perçoivent une pension de vieillesse.

Retraite - Tranche B

Le montant de la retraite tranche B est égal au nombre de points acquis durant toute la carrière, multiplié par la valeur du point au moment de la liquidation de la retraite. Le point est égal au salaire horaire de référence de l'année, lequel est égal à 884,56 FCFP depuis 2012.

Si la pension de la tranche A a été liquidée sans application d'un coefficient d'anticipation, la pension de la tranche B est également liquidée sans abattement.

Pension complémentaire

Depuis le 1er mars 2003, les régimes de retraites complémentaires ARRCO-AGIRC sont applicables à toutes les personnes exerçant une activité salariée relevant du secteur privé en Polynésie et soumises à titre obligatoire au régime de base d'assurance vieillesse géré par la CPS.

Les personnes qui bénéficient d'une pension servie par la CPS au taux plein à partir de 55 ans et qui totalisent 35 ans de carrière, peuvent verser des cotisations à l'ARRCO et le cas échéant à l'AGIRC, pour bénéficier d'une retraite complémentaire sur la base des droits acquis :

- avec abattement progressivement entre 55 ans et 57 ans en fonction de la date de naissance (avant le 1er juillet 1951 ou après cette date) ;
- sans abattement progressivement entre 65 ans et 67 ans en fonction de la date de naissance (avant le 1er juillet 1951 ou après cette date).

Pour plus d'informations : <http://international.humanis.com>

Survivants

Peuvent bénéficier d'une pension de survivant, le conjoint survivant et les orphelins de père et de mère.

Pension de réversion

Le conjoint survivant d'un assuré décédé après 50 ans, a droit à une pension de réversion égale à 2/3 de la pension de l'assuré décédé. Elle est servie à condition que le conjoint survivant ait été marié au moins deux ans avant le décès.

La pension est versée sur décision de la CPS lorsque l'assuré décède entre 35 et 50 ans ou après 15 ans de cotisations ou lorsque le mariage date de moins de deux ans.

Le montant de la pension peut être majoré de 10 % par enfant à charge, sans pouvoir dépasser le montant de la pension dont aurait bénéficié le défunt. Cette majoration pour enfant ne peut pas se cumuler avec les allocations familiales.

Pension d'orphelin

Cette pension est attribuée aux orphelins de père et de mère, âgés de moins de 18 ans (ou moins de 21 ans si scolarisés), qui au moment du décès étaient à la charge du défunt. Le montant de la pension accordée à chaque orphelin est égal à 20 % de la pension dont bénéficiait ou dont aurait pu bénéficier l'assuré décédé, sans que le total des pensions d'orphelins puisse dépasser le montant de la pension dont bénéficiait ou dont aurait pu bénéficier l'assuré décédé.

H. Prestations familiales

Les prestations familiales comprennent les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation aux handicapés. À côté de ces prestations, il existe également des prestations liées à la naissance comme les allocations prénatales, et les allocations de maternité.

Le versement des prestations familiales est subordonné à une condition d'activité salariée. L'assuré doit justifier dde 80 heures de travail salarié par mois dans le cas général ou 25 heures par mois pour les mères d'enfants handicapés ou d'une rémunération mensuelle au moins équivalente au SMIG mensuel.

Les personnes affiliées au régime de solidarité (cf. A) ouvrent droit aux prestations familiales.

Les titulaires d'une rente accident du travail rémunérant une incapacité d'au moins 66,66 % , les retraités, les personnes ayant à charge les enfants d'un travailleur salarié décédé ne sont pas soumis à l'obligation d'activité salariée minimale.

Allocations familiales

L'enfant doit être âgé de plus d'un an et de moins de 16 ans, ou 18 ans en cas d'apprentissage ou 21 ans en cas de poursuite d'études ; il doit avoir subi les consultations médicales exigées jusqu'à l'âge scolaire et doit assister régulièrement aux cours. Le montant des allocations familiales est fixé à 7.000 FCP par mois et par enfant.

Le montant des allocations familiales versées dans le cadre du régime de solidarité est de 10.000 FCP par mois.

Complément familial

Le complément familial consiste dans une participation aux frais de cantine, de scolarité et de vacances des enfants. Son versement dépend des ressources de la famille et du nombre de personnes à charge dans le foyer. Il est servi en même temps que les allocations familiales.

Allocation de rentrée scolaire

Une allocation de rentrée scolaire est versée, sous condition de ressources, une fois par an, à tout allocataire. Elle comprend la prise en charge de la prime d'assurance scolaire et l'allocation de rentrée scolaire.

Le montant de la prime d'assurance scolaire est de 1.800 FCFP par enfant pour l'année scolaire 2013-2014.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire hors assurance scolaire est fonction de l'âge de l'enfant (5.000 FCFP par enfant de moins de 6 ans, 8.000 FCFP par enfant âgé de 6 ans à moins de 12 ans, 12.000 FCFP par enfant de 12 ans à moins de 16 ans, 16.000 FCFP pour tout enfant de plus de 16 ans).

Allocation spéciale aux handicapés

Cette allocation est versée pour l'enfant âgé de moins de 20 ans, reconnu handicapé par la commission territoriale d'éducation spéciale en raison d'une infirmité ou d'une maladie chronique qui l'empêche de poursuivre une scolarité normale ou de se livrer à un travail quelconque. Les allocations familiales sont alors remplacées par cette allocation spéciale aux handicapés.

Le montant de l'allocation est fixé à 36.000 FCFP et selon le handicap une allocation compensatrice (entre 12.000 et 24.000 FCFP) peut également être versée en fonction des besoins de l'enfant.

Prestations liées à la naissance

Allocations prénatales

Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme enceinte exerçant une activité salariée ou relevant du régime de solidarité (revenus bruts mensuels individuel ou du couple inférieurs à 87 346 Fcfp), à toute conjointe ou concubine d'un travailleur salarié.

Le versement de cette allocation est soumis à une condition de passage d'examens obligatoires au 3e, 6e et 8e mois de grossesse. Après chaque examen, une prime est versée : deux mensualités de la base des allocations familiales après le 1er examen (12.000 FCFP), quatre mensualités après le second (24.000 FCFP) et trois mensualités après le 3e (18.000 FCFP).

Le montant total des allocations prénatales versées dans le cadre du régime de solidarité est de 49.500 FCPC (11.000 FCPC puis 22.000 FCPC et 3ème mensualité de 16.500 FCPC).

Allocation de maternité

Cette prestation est versée à toute femme, salariée ou relevant du régime de solidarité, conjointe ou concubine d'un travailleur salarié, qui accouche sous contrôle médical, donne naissance à un enfant viable, déclaré à l'état civil et qui soumet le nourrisson aux consultations médicales périodiques (tous les deux mois jusqu'à l'âge d'un an).

L'allocation de maternité d'un montant de 72.000 FCFP est payée en trois versements : 6 mensualités de la base de calcul à la naissance de l'enfant (36.000 FCFP), 3 mensualités lorsque l'enfant atteint l'âge de six mois (18.000 FCFP) et 3 mensualités lorsque l'enfant atteint l'âge d'un an (18.000 FCFP).

Le montant total des allocations de maternité dans le cadre du régime de solidarité est fixé à 66.000 FCFP. Elles sont également payées à la mère en trois fois (33.000 FCFP, 16.500 FCFP et 16.500 FCFP).

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