

Le régime de sécurité sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon

- A. [Généralités](#)
- B. [Financement](#)
- C. [Maladie](#)
- D. [Maternité](#)
- E. [Paternité](#)
- F. [Accidents du travail et maladies professionnelles](#)
- G. [Invalidité](#)
- H. [Retraite](#)
- I. [Prestations familiales](#)
- J. [Prestations liées à l'insertion et à la solidarité](#)
- K. [Chômage](#)
- L. [Action sanitaire et sociale](#)

A. Généralités

Depuis 2003, Saint-Pierre-et-Miquelon détient le statut de collectivité d'Outre-Mer régi par l'article 74 de la Constitution. La loi organique du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'Outre-Mer a défini un statut propre à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le régime de protection sociale applicable sur tout le territoire est très proche du régime métropolitain, il est géré par la [caisse de prévoyance sociale \(CPS\)](#) - Angle des boulevards Constant Colmay et Thélot - BP 4220 - 97500 Saint-Pierre-et-Miquelon - Tél. : 05 08 41 15 75 - Fax : 05 08 41 92 27.

La réforme des retraites mise en place en métropole n'est pas encore applicable sur l'île ; elle sera effective dès la parution d'une ordonnance d'application.

Depuis la création de la CPS en 1977, différents textes ont été créés et ont enrichi le système de protection sociale local qui tend à se rapprocher du régime de sécurité sociale métropolitain.

La Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) de Saint-Pierre-et-Miquelon a été instituée par l'article 3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977, qui prévoit que la Caisse de prévoyance fonctionne « conformément aux prescriptions du code de la mutualité ». Outre ses missions légales d'assurances maladie et d'accident du travail, la CPS alloue chaque année 2% des cotisations encaissées à l'action sociale. Son intervention recouvre un ensemble d'aides et d'allocations en faveur des familles, des personnes handicapées et des personnes âgées, ces dernières représentant l'axe central de l'action de la CPS.

La CPS assure également le service des prestations sociales en matière familiale et en faveur des personnes âgées. Le régime actuel de la branche famille de la CPS, mis en place en 1996, correspond au régime en vigueur en métropole.

La CPS gère et assure :

- le recouvrement des cotisations maladie, vieillesse, invalidité, accident du travail, chômage et allocations familiales du régime des travailleurs salariés et des non-salariés ;
- le contentieux du recouvrement ;
- l'action sanitaire et sociale ;
- la gestion des risques maladie-maternité-décès, accident du travail et maladies professionnelles, allocations familiales et vieillesse-invalidité.

Le régime d'assurance chômage métropolitain s'applique à Saint-Pierre-et-Miquelon ; il est géré depuis le 4 juillet 2011 par l'antenne Pôle Emploi de Saint-Pierre-et-Miquelon – 16, rue Sœur Césarine – BP 4242 – 97500 Saint-Pierre-et-Miquelon – Tél. : 05 08 41 17 80 – Fax : 05 08 41 17 65 – site national : www.pole-emploi.fr.

Cette antenne est chargée de l'inscription des demandeurs d'emploi, de l'aide au retour à l'emploi et du versement des indemnités des salariés involontairement privés d'emploi.

Au régime retraite de base des travailleurs salariés, vient s'ajouter la retraite complémentaire, obligatoire avec l'application de l'accord interprofessionnel territorial pour la généralisation des régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC.

Le Groupe HUMANIS gère et perçoit les cotisations concernant la retraite complémentaire des travailleurs salariés :

- HUMANIS
Délégation de Saint-Pierre-et-Miquelon
Tél. : 05 08 41 70 19
Courriel : cre-ircafex.spm@humanis.com

Les travailleurs indépendants sont affiliés au RSI d'Ile de France qui assure la gestion de la retraite complémentaire obligatoire des travailleurs indépendants de Saint-Pierre-et-Miquelon :

- [RSI ILE DE GRANCE CENTRE](#)
141, rue de Saussure
CS 70021
75847 Paris 17
Tél. retraite : (00 33) 1 43 18 36 48

B. Financement

Travailleurs salariés

Tableau des cotisations au 1er janvier 2014			
Risques	Part patronale	Part salariale	Plafond mensuel (en €)
Assurance maladie-maternité	6,25 %	2,75 %	1 plafond de sécurité sociale, soit 3.129 €
Allocations familiales	8 %	-	
Assurance vieillesse	5,50 %	6,00 %	
Accidents du travail	1,50 %	-	
Chômage	4 %	2,4 %	4 plafonds de sécurité sociale, soit 12.516 €
AGS	0,30 %		
Total	25,55 %	11,65 %	

Cotisations des retraites complémentaires au 1er janvier 2014

Cotisations	Employeur	Part Salarié	Total	Assiette Mensuelle en euros
NON CADRES CRE (ARRCO) Tranche A	4,58 %	3,05 %	7,63 %	3.129
CRE (ARRCO) Tranche B	12,08 %	8,05 %	20,13 %	entre 3.129 et 9.387

Cotisations des retraites complémentaires au 1er janvier 2014				
Cotisations	Employeur	Part Salarié	Total	Assiette Mensuelle en euros
CADRES CRE (ARRCO) Tranche A	4,58 %	3,05 %	7,63 %	3.129
IRCAFEX (AGIRC) Tranche B et C	12,68 %	7,75 %	20,43 %	entre 3.129 et 12.516 entre 12.517 et 25.032
Contribution exceptionnelle temporaire tranches A, B, C	0,22 %	0,13 %	0,35 %	entre 3.129 et 25.032
AGFF (cadres et non cadres)				
Tranche A	1,20 %	0,80%	2 %	3.129 à 9.387
Tranche B	1,30 %	0,90%	2,20 %	3.129 à 12.516

Travailleurs indépendants

Cotisations au 1er janvier 2014		
Risques	Taux	Plafond mensuel en €
Assurance maladie-maternité	9,00 %	1 plafond de sécurité sociale, soit 3.129 €
Assurance vieillesse	11,50 %	
Accidents du travail	1,50 %	
Prestations familiales	8,00 %	

Les travailleurs indépendants ne cotisent pas et n'ouvrent pas de droit à l'assurance chômage.

Retraite complémentaire

Les artisans, commerçants et agriculteurs sont affiliés obligatoirement au [RSI](#) en ce qui concerne la retraite complémentaire obligatoire (RCO).

Le montant des cotisations est calculé de la façon suivante :

- 7 % sur la partie du revenu inférieure à un seuil (37.513 € en 2014)
- 8 % sur la partie du revenu comprise entre 37.513 € et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (150.192 € en 2014).

Les cotisations sont calculées sur la base du revenu professionnel non salarié. En début d'activité, les bases de calcul sont forfaitaires.

Début d'activité en 2014 :

- 19 % du plafond de la sécurité sociale pour la 1ère année civile d'activité, soit une cotisation annuelle de 499 € en 2014 ;

- 27 % du plafond de la sécurité sociale pour la 2ème année civile d'activité, soit une cotisation annuelle de 710 € en 2014 ;
- 5,25 % du revenu réel de l'avant-dernière année d'activité dès la 3ème année civile dans la limite du plafond de la sécurité sociale.

Exonérations de cotisations

La loi n°2003-660 du 21 juillet 2003 dite [Loi de Programme pour l'Outre-mer \(LOPOM\)](#) a instauré un dispositif d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale applicable dans les DOM et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

En application de l'article L752-3-1 du code de la sécurité sociale, certaines entreprises installées à Saint-Pierre-et-Miquelon peuvent bénéficier d'une exonération des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales.

Cette exonération est accordée dans la limite de la rémunération égale à 1,3, 1,4 ou 1,5 fois le Smic, le taux d'exonération variant selon l'effectif et le secteur d'activité de l'entreprise.

Elle est applicable aux cotisations afférentes aux salaires et rémunérations dus à compter du 1er avril 2009.

[Voir Portail de l'URSSAF Espace Outre Mer](#)

Depuis le 1er janvier 2014, le montant du SMIC horaire brut est fixé à 9,53 € soit 1.445,38 € bruts mensuels sur la base d'une durée légale de 35 heures hebdomadaires.

Dans cette note, ne seront étudiés que le régime général, le régime d'assurance chômage et les régimes de retraites complémentaires qui couvrent tous les salariés.

C. Maladie

L'assurance maladie sert les prestations en nature et les prestations en espèces. Bénéficiaire du régime, les travailleurs salariés ainsi que leurs ayants droit [le conjoint (e), concubin(e) à charge, les enfants à charge (jusqu'à 16 ans ou 20 ans s'ils poursuivent des études)].

Conditions d'ouverture des droits :

Le droit aux prestations en nature est subordonné soit au versement d'un certain montant de cotisations, soit à un nombre d'heures de travail durant chaque période de référence (montant des cotisations dues pour 60 fois le SMIC (montant du SMIC horaire depuis le 1er janvier 2014 : 9,53 €) ou 60 heures de travail dans le mois, ou pour 120 fois le SMIC ou 120 heures de salariat dans les 3 mois, ou pour 2030 fois le SMIC ou 1200 heures dans l'année qui précède la réalisation du risque).

Pour avoir droit aux prestations en espèces, l'assuré doit avoir travaillé pendant 200 heures au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail (ou cotisé sur un salaire au moins égal à 1.015 fois le SMIC horaires au cours des six mois). Au-delà de 6 mois d'arrêt, l'assuré doit avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 derniers mois dont 200 heures durant les 3 premiers mois ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2.030 fois le SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, dont au moins 1.015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 premiers mois. Il est également demandé une durée minimale d'immatriculation d'un an.

Le titulaire de pension de vieillesse ou d'invalidité, le bénéficiaire de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité, le chômeur indemnisé, le rentier accidenté du travail bénéficiant d'une rente rémunérant un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %, bénéficient également pour eux-mêmes et leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie.

Prestations en nature

Les prestations en nature couvrent les frais médicaux, paramédicaux et les frais de pharmacie, d'appareillage et d'hospitalisation. Peuvent bénéficier de ces prestations, l'assuré lui-même, mais également ses ayants droit qui ne sont pas eux-mêmes assujettis à un régime de sécurité sociale.

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 (70 % du tarif conventionnel pour une consultation chez un généraliste). Les médicaments sont remboursés entre 35 %, 65 % et 100 % selon la couleur de la vignette.

Dans le cadre de l'assurance ALD (Affections Longue Durée), tous les actes en rapport direct avec la longue maladie (dans la liste des 30 maladies exonérées) sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité de la CPS.

La majorité des soins de santé sont dispensés au centre hospitalier François Dunan qui comprend l'hôpital proprement dit et ses annexes (maison de retraite et long séjour, service des soins infirmiers à domicile) ainsi qu'au centre médical de Miquelon ou à l'infirmerie de Langlade.

L'hôpital François Dunan est équipé d'un laboratoire, d'une unité d'anesthésie réanimation, d'un poste médical permettant des consultations externes de médecins, d'un service de protection maternelle infantile (PMI), de deux unités de dialyse, d'un cabinet dentaire et d'une pharmacie.

Le secteur libéral des professions de santé compte un kinésithérapeute, un médecin généraliste, deux chirurgiens dentistes, un pharmacien, un infirmier libéral, un psychologue et un podologue.

Soins hors du territoire (Evasan - Evacuations sanitaires en urgence absolue)

Certains soins médicaux ne peuvent pas être dispensés dans l'archipel. Dans ce cas, les patients sont dirigés vers d'autres centres de soins, majoritairement canadiens. Le centre hospitalier canadien le plus proche (à 45 minutes de vol) est celui de St-Jean de Terre-Neuve.

Le système actuellement en vigueur a été mis en place en 1991, dès la parution du décret qui a apporté une base légale à la gestion des soins à l'extérieur. Par ailleurs, des conventions entre la CPS et les mutuelles ont été fixées. Ces conventions facilitent les démarches aux adhérents relevant d'une mutuelle locale et leur permettent une prise en charge totale des frais.

La CPS fait l'avance à la mutuelle de la somme qu'il lui incombe de payer dans le cadre des évacuations sanitaires. Cette avance atteint 80% ou 100% selon les cas.

Il existe deux sortes d'évacuations sanitaires, l'évacuation en « urgence absolue » et l'évacuation « ordinaire ».

Les évacuations sanitaires décidées en « urgence absolue » sont uniquement du ressort des trois médecins hospitaliers habilités (le chirurgien, le réanimateur, le responsable du service de médecine).

Les demandes d'EVASAN en dehors de l'urgence absolue sont effectuées sur un formulaire spécifique par un praticien exerçant à Saint Pierre. Le dossier est présenté par ses soins à la commission qui se réunit toutes les semaines. La réponse de la commission est de trois ordres : accord, refus ou sursis à statuer.

En cas d'accord, la destination qui est proposée par le médecin-conseil sur avis de la commission médicale des évacuations sanitaires tient compte de critères de coût en fonction de la qualité des soins recherchés et de la sécurité sanitaire. Le patient conserve cependant le droit d'aller dans un établissement différent mais doit en assumer le surcoût. Les frais supplémentaires découlant de son libre choix restent exclusivement à sa charge.

Lorsque l'EVASAN est à destination de St-Jean de Terre Neuve, la demande de rendez-vous est assurée par le service médical de la CPS, pour ses ressortissants uniquement, dans le cadre d'une convention passée entre le HSC de Saint-Jean et la CPS. Le patient est prévenu dès que le rendez-vous est fixé ainsi que les modalités de transport. Le malade récupère ensuite le certificat médical ainsi que les billets d'avion.

Prestations en espèces

En cas d'incapacité de travail, un arrêt de travail doit être prescrit par le médecin. L'indemnité journalière n'est due qu'à partir du quatrième jour d'arrêt de travail.

Quelle que soit la durée de l'arrêt de travail, l'assuré a 48 heures pour transmettre l'avis d'arrêt de travail ou de prolongation à la CPS.

Le travailleur salarié percevra des indemnités journalières sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits (présentées plus haut), qui varient en fonction de la durée de l'arrêt de travail et de la situation.

Montant des indemnités journalières :

Le montant de l'indemnité journalière que l'assuré percevra pendant son arrêt de travail est égal à 50 % de son salaire journalier de base plafonné. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt plafonnée à 1,8 fois le SMIC (2.601,68 € soit 1.445,38 € brut x 1,8 au 1er janvier 2014).

L'assuré ayant au moins trois enfants à charge bénéficie d'une indemnité journalière majorée à partir du 31ème jour d'arrêt continu. Dans ce cas, l'indemnité est égale aux deux tiers du salaire journalier de base.

Si le médecin traitant estime que l'assuré ne peut pas reprendre une activité à temps plein mais qu'il juge que la reprise d'une activité peut contribuer à son rétablissement, il peut lui prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique. Dans ce cas, la perte de salaire peut être indemnisée par la CPS, en tout ou partie, sous certaines conditions.

Capital décès

L'assurance décès garantit aux membres de la famille d'un assuré décédé un capital destiné à leur permettre de faire face aux difficultés financières entraînées par cette disparition.

Ce capital décès correspond au quart du plafond annuel de sécurité sociale en vigueur quel que soit le salaire de l'assuré décédé.

Le capital décès est versé si l'assuré disparu justifiait :

- au cours du mois civil ou des 30 jours consécutifs précédant le décès :
 - soit de 60 heures de travail salarié ou assimilé,
 - soit d'un montant de cotisations maladie sur un salaire au moins égal à 60 fois le SMIC horaire,
- au cours des trois mois civils ou de date à date précédant le décès :
 - soit de 120 heures de travail salarié ou assimilé,
 - soit d'un montant de cotisations maladie sur un salaire au moins égal à 120 fois le SMIC horaire.

Le droit au capital décès est maintenu :

- pendant 12 mois à compter de la date de cessation d'activité,
- pendant la période d'indemnisation du chômage,
- pendant les 12 mois qui suivent la fin de cette indemnisation.

Les personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge totale, effective et permanente de l'assuré (bénéficiaires prioritaires) ont droit au capital décès :

- le conjoint,
- les descendants,
- les ascendants,
- ou toute autre personne à charge (collatéraux, concubins), si la demande est formulée dans le mois qui suit le décès.

Passé le délai d'un mois, le capital décès peut être versé à certains membres de la famille, même s'ils n'étaient pas à la charge de l'assuré au jour du décès. Le conjoint non séparé ou, à défaut, les descendants ou, à défaut, les ascendants peuvent en faire la demande, dans les deux ans suivant le décès. On les appelle bénéficiaires non prioritaires.

En cas d'absence de bénéficiaire du capital décès, une indemnité peut être accordée aux personnes qui ont supporté les frais d'obsèques dans le cas où la succession laissée par l'assuré n'atteint pas le montant des frais funéraires de la catégorie la plus basse. Cette indemnité non obligatoire est attribuée après accord du conseil d'administration de la caisse.

Le capital décès correspond à un forfait égal à trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 9.387 € maximum (3.129 € X 3) au 1er janvier 2014 ([Demande de capital décès](#)).

D. Maternité

Prestations en nature

Sont couverts par l'assurance maternité, l'assurée elle-même, mais aussi l'ayant-droit d'un assuré soit son épouse, sa fille, sa belle-fille.

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.

L'intéressée doit prévenir la CPS le plus rapidement possible et se soumettre à divers examens prénataux et postnataux obligatoires.

Prestations en espèces

La durée du congé de maternité est fixée au minimum à 16 semaines (6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après). Il peut être plus long, selon le nombre d'enfants à charge et le nombre d'enfants attendus.

Durée du congé prénatal et postnatal :

Nombre d'enfants attendus	Nombre d'enfants déjà à charge ou nés viables	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal
un enfant	0 ou 1	6 semaines	10 semaines
un enfant	2 ou plus	8 semaines	18 semaines
des jumeaux		12 semaines	22 semaines
naissances multiples (trois enfants et plus)		24 semaines	22 semaines

Une anticipation du point de départ du congé prénatal de deux semaines au maximum est possible pour toute assurée attendant un enfant et ayant déjà au moins deux enfants à charge. De même, la femme assurée qui attend des jumeaux peut demander une anticipation du point de départ de son congé prénatal de quatre semaines maximum.

Par ailleurs, il est possible de demander un report du congé prénatal de 3 semaines maximum sur le congé postnatal, si la grossesse se déroule bien pour permettre à l'assurée de passer davantage de temps avec son bébé. Ce report peut se faire, soit en une seule fois pour une durée maximale de 3 semaines, soit sous la forme d'un report d'une durée fixée par le médecin et renouvelable (une ou plusieurs fois) dans la limite de 3 semaines.

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse, une période supplémentaire de congé, n'excédant pas deux semaines, peut être accordée au cours de la période prénatale, dès que la déclaration est effectuée. Le congé pathologique doit alors être prescrit par le médecin. Ces deux semaines de congé peuvent être prescrites séparément ou simultanément.

Pour bénéficier des indemnités journalières durant le congé maternité, l'assurée doit :

- être immatriculée en tant qu'assurée sociale depuis au moins 10 mois, à la date prévue de son accouchement ;
- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois la valeur du SMIC horaire au cours des six mois civils précédant la date du début de la grossesse ou du début du congé prénatal ;
- ou avoir effectué au moins 200 heures de travail au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail, à la date du début de la grossesse ou du début du congé prénatal.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à la moyenne des salaires des trois derniers mois qui précèdent le repos prénatal dans la limite du plafond trimestriel de sécurité sociale (9.387 €). De ces salaires bruts soumis à cotisations, on retire les cotisations et contributions salariales d'origine légale et conventionnelle. À partir du 1er janvier 2014, l'indemnité journalière de maternité ne peut pas être supérieure à 81,27 €.

E. Paternité

Le congé paternité est un droit ouvert à tout salarié assuré à la CPS. Chaque salarié peut en bénéficier quelle que soit son ancienneté ou la nature de son contrat (CDI, CDD, temps partiel, intérimaire, saisonnier...), quelle que soit sa situation familiale (mariage, PACS, union libre, divorce ou séparation), quel que soit le lieu de naissance ou de résidence de l'enfant (Saint-Pierre-et-Miquelon, France ou étranger).

Le congé paternité s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisés par le Code du travail. La durée maximale est de :

- 11 jours consécutifs au plus (samedi, dimanche et jour férié compris) pour un enfant ;
- 18 jours consécutifs au plus pour une naissance multiple.

Il peut débuter immédiatement après les 3 jours mais doit être pris impérativement dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. Le congé peut durer moins de 11 jours, mais il n'est pas fractionnable.

Cas particuliers :

- en cas d'hospitalisation de l'enfant à sa naissance, le report du congé paternité peut-être demandé à la fin de l'hospitalisation ;
- en cas de décès de la mère, le père peut bénéficier du congé maternité postnatal puis demander le report du congé paternité à la date de fin du congé maternité postnatal ;
- enfant mort-né, l'assuré peut bénéficier du congé paternité sous réserve de fournir à la CPS, la copie de l'acte d'enfant sans vie et un certificat médical d'accouchement d'un enfant né mort et viable.

Comme pour un congé maternité, les indemnités journalières du congé paternité sont un substitut de salaire versé jusqu'à la reprise du travail. Elles sont versées par la CPS dans les mêmes conditions de durée d'activité et de plafond que les prestations en espèces de maternité (cf. prestations en espèces du congé maternité).

F. 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 reconnus comme accidents du travail, les accidents de trajet survenus entre le lieu de travail et le domicile et inversement.

Sont assimilées aux accidents du travail, les maladies dites professionnelles faisant l'objet d'une liste (98 tableaux).

Les prestations au titre de l'assurance accident du travail sont accordées sans condition d'activité préalable ; il suffit que l'intéressé ait la qualité de salarié au moment de l'accident.

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.

Incapacité temporaire

En cas d'accident du travail, l'indemnité journalière est versée sans délai de carence jusqu'à la date de reprise de l'activité ou de la décision de la CPS de versement d'une rente d'incapacité permanente.

L'indemnité journalière est calculée sur une moyenne des 3 derniers salaires bruts plafonnés, sans pouvoir excéder 1/540ème du plafond annuel de la sécurité sociale.

Pour calculer l'indemnité journalière il faut multiplier la moyenne des 3 derniers salaires par 12 et diviser le tout par 540, soit par exemple :

$$[(2.000 + 1.800 + 2.100) / 3 \times 12] / 540 = 43,70 \text{ € d'indemnité journalière}$$

Cette indemnité est majorée de 45 % à compter du 31ème jour.

Pour les salariés dont le revenu est égal ou supérieur au plafond de la sécurité sociale, c'est à dire à 3.129 € l'indemnité maximum est de 69,53 € pour les 30 premiers jours, et de 100,81 € à compter du 31ème jour.

Incapacité permanente

Dès la consolidation, l'assuré est convoqué par le service du contrôle médical de la CPS, pour y être examiné par un médecin conseil qui rédigera un rapport détaillé sur l'état de santé de l'assuré et des séquelles justifiant un taux d'incapacité permanente.

Si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, l'indemnité est versée en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon le taux d'incapacité (entre 410,30 € pour un taux de 1 % à 4.101,86 € pour un taux de 9 %).

Une rente est versée dès que le taux d'incapacité permanente est supérieur à 10 %.

Le montant de la rente est calculé à partir de deux éléments : le taux d'incapacité de la victime et le montant du salaire antérieur.

Le taux d'incapacité fait l'objet d'une correction ; il est réduit de moitié jusqu'à 50 % et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %.

Exemple : taux d'incapacité réelle fixé à 70 %, le taux sera corrigé de la façon suivante :

$$50 \% / 2 + 20 \% \times 1,5 = 25 \% + 30 = 55 \%. \text{ Le taux de la rente sera donc de } 55 \%.$$

Des arrêtés fixent annuellement le salaire annuel minimum pris en considération pour le calcul d'une rente au taux d'incapacité au moins égal à 10 %, soit S ce montant minimum qui est fixé depuis le 1er avril 2014 à 18.263,54 €. Jusqu'à deux S (18.263,54 € x 2 = 36.527,08 €) le salaire de la victime est entièrement pris en considération. La fraction de salaire annuel de la victime qui excéderait deux S (36.527,08 €), sans dépasser huit S (146.108,32 €) est prise en compte pour un tiers. Au-dessus de huit S (146.108,32 €), le salaire n'est plus pris en considération.

Si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66,66 %, l'assuré, son conjoint et ses ayants droit peuvent être exonérés du ticket modérateur et bénéficier ainsi d'une prise en charge à 100 % pour tous les soins médicaux ou remboursements de médicaments (sauf pour ceux à vignette bleue qui sont remboursés à hauteur de 30 %).

Si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 %, la rente est majorée de 40 % si l'assuré se trouve dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour l'aider dans les gestes de la vie quotidienne sans que cette majoration puisse être inférieure au minimum annuel fixé par décret (13.236,98 € depuis le 1er avril 2014).

G. Invalidité

Pension d'invalidité

Après un accident ou une maladie invalidante d'origine non professionnelle, l'assuré peut percevoir une pension d'invalidité s'il remplit les conditions suivantes :

- avoir moins de 60 ans ;
- présenter une capacité de travail ou de revenus réduite d'au moins 2/3 ;

- être immatriculé depuis au moins 12 mois au moment de l'arrêt de travail suite à l'invalidité ou au moment de la constatation de l'invalidité par le médecin conseil de la caisse ;
- avoir effectué au cours des 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail pour invalidité ou constatation d'invalidité au moins 800 heures de travail salarié ou, alors, avoir touché un salaire au moins égal à 2.030 fois le SMIC horaire (dont au moins 1.015 fois le SMIC horaire au cours des 6 premiers mois).

L'état d'invalidité est constaté :

- 3 ans maximum après avoir perçu des indemnités journalières maladies sans interruption ;
- ou dès la constatation de la stabilisation de l'état de santé avant l'expiration de ces 3 ans ;
- ou au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsqu'elle résulte de l'usure prématurée de l'organisme ;

Le degré d'invalidité est évalué par la CPS lors d'un examen médical. Elle dispose de 2 mois pour se prononcer sur l'attribution ou non d'une pension d'invalidité.

Il existe trois catégories d'invalidité :

- 1ère catégorie : l'assuré est capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée ;
- 2ème catégorie : l'assuré ne peut plus exercer d'activité professionnelle ;
- 3ème catégorie : l'assuré ne peut plus exercer d'activité professionnelle et a besoin de l'aide d'une tierce personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante.

Pour calculer la pension d'invalidité, la CPS prend en compte le salaire annuel moyen à partir des dix meilleures années d'activité (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale).

L'assuré qui bénéficie d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie et qui a besoin d'une personne pour l'aider verra sa pension augmentée d'un montant forfaitaire appelé « majoration pour tierce personne » de 1.103,08 euros par mois.

Le montant des pensions d'invalidité est revalorisé chaque année.

Montants des pensions d'invalidité actualisés au 1er avril 2014			
	Calcul de la pension en % sur la base du salaire annuel moyen perçu pendant les dix meilleures années d'activité	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
Pension d'invalidité de 1ère catégorie	30 %	279,98 euros	938,70 euros
Pension d'invalidité de 2ème catégorie	50 %	279,98 euros	1.564,50 euros
Pension d'invalidité de 3ème catégorie	50 % + majoration pour tierce personne	279,98 euros + 1.103,08 euros	1.564,50 euros + 1.103,08 euros

A partir de l'âge de 60 ans, la pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse pour inaptitude.

Allocation supplémentaire d'invalidité

En complément de la pension d'invalidité et si ses ressources sont insuffisantes, l'assuré de moins de 60 ans peut percevoir l'allocation supplémentaire d'invalidité (A.S.I.).

L'allocation supplémentaire d'invalidité (A.S.I.) complète une pension d'invalidité ou une pension de veuf ou de veuve invalide (cf. H. RETRAITE - pension de réversion). Elle peut être versée si les ressources de l'assuré invalide sont inférieures à un plafond mensuel fixé, au 1er avril 2014, à :

- 702 euros pour une personne seule ;
- 1.229,61 euros pour un couple.

Le montant de cette allocation différentielle varie en fonction des ressources et ne peut dépasser, au 1er avril 2014, les plafonds suivants :

- 403,76 euros par mois pour une personne seule ;
- 666,27 euros par mois pour un couple.

H. Retraite

Retraite de base

Les réformes des retraites mise en place en métropole ne sont pas encore applicables sur l'île ; elles le seront dès la parution d'une ordonnance d'application (dans les 18 mois suivants la Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014).

Les droits à pension de vieillesse de base de Saint-Pierre-et-Miquelon sont ouverts à partir de 60 ans. Pour une retraite à taux plein, il faut justifier de 150 trimestres (37,5 ans) d'assurance.

A défaut, c'est un taux réduit qui s'applique.

- Sans coefficient de minoration, à partir de :
 - 65 ans si l'assuré ne totalise pas 150 trimestres,
 - 60 ans en cas d'inaptitude au travail (50 % ou plus),
 - sans condition d'âge pour les anciens déportés, internés, combattants et prisonniers de guerre,
 - mères de famille ayant élevé au moins 3 enfants à charge pendant au moins 9 ans avant leur 16ème anniversaire, ayant 30 années d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon et ayant exercé une activité professionnelle pendant au moins 5 ans au cours des 15 dernières années.
- Avec application d'un coefficient de minoration de 2,50 % par trimestre manquant, compte tenu de la durée d'assurance ou de l'âge, le montant le plus intéressant pour l'assuré étant choisi :
 - entre 60 et 65 ans pour tout assuré qui ne totalise pas 150 trimestres.

Le revenu professionnel servant de base au calcul de la pension est le revenu professionnel moyen correspondant aux cotisations versées au cours de toutes les années civiles d'assurance.

Pour toute période comprise entre le 1er mai 1960 et le 31 juillet 1987, les revenus professionnels annuels pris en compte sont fixés forfaitairement à 97.000 francs (revalorisés chaque année)¹. A compter du 1er août 1987, les revenus professionnels annuels pris en compte sont les revenus ayant donné lieu à cotisations dans la limite du plafond applicable à Saint-Pierre et Miquelon.

Les mères de famille justifiant d'au moins un trimestre de travail bénéficient de 8 trimestres supplémentaires par enfant élevé pendant au moins 9 ans avant le 16ème anniversaire.

Une majoration égale à 10 % du montant de la pension est accordée lorsque le bénéficiaire d'une pension a élevé au moins 3 enfants à sa charge ou à celle de son conjoint pendant au moins 9 ans, avant leur 16ème anniversaire.

De même, tout assuré de plus de 65 ans à la date de la liquidation de sa retraite a droit à une majoration de 2,5% de la durée d'assurance par trimestre travaillé après 65 ans avec un maximum de 150 trimestres.

Les pensions de vieillesse de base, les salaires ou revenus pris en compte pour le calcul des pensions, les plafonds de ressources et des allocations minimales de Saint-Pierre-et-Miquelon sont revalorisés à compter du 1er avril 2014¹.

¹ Coefficient de revalorisation : 1,0448 à compter du 1er avril 2014

Prestations non contributives

Allocation minimale de vieillesse

Une allocation minimale de vieillesse peut être accordée, sous conditions de ressources, d'âge et de durée d'activité professionnelle, aux titulaires d'un avantage de vieillesse servi par le régime de base, aux personnes handicapées ou aux mères de famille ayant élevé 3 enfants pendant au moins 9 ans avant leur 16ème anniversaire.

Son montant est de 443,48 € par mois au 1er avril 2014.

C'est une allocation différentielle, elle n'est accordée que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et le cas échéant, de son conjoint, n'excède pas les plafonds de ressources déterminés. Elle est versée jusqu'à due concurrence de ces montants. Au 1er avril 2014, les plafonds de ressources sont les suivant :

- 12.341,52 € par an pour une personne seule,
- 18.836,16 € par an pour un couple.

Allocation supplémentaire de vieillesse

L'allocation supplémentaire est prévue pour compléter un avantage principal contributif ou non contributif.

Elle est attribuée au titulaire ou bénéficiaire d'un ou plusieurs avantages de vieillesse personnel ou de réversion, contributifs ou non, versés par des régimes obligatoires d'assurance vieillesse, résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon et remplissant certaines conditions d'âge et de ressources.

Cette allocation différentielle n'est accordée que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et le cas échéant, de son conjoint, n'excède pas les plafonds de ressources déterminés. Elle est versée jusqu'à due concurrence de ces montants. Au 1er avril 2014, les plafonds de ressources sont les suivant :

- 12.341,52 € par an pour une personne seule,
- 18.836,16 € par an pour un couple.

Le montant de l'allocation supplémentaire peut être récupéré sur les successions dans la mesure où le montant de la succession est supérieur à 39.000 euros. Au 1er avril 2014, son montant est de :

- 604,96 € par mois pour une personne seule.

Pension de réversion

Peut bénéficier d'une pension de réversion le conjoint d'un assuré décédé ou disparu depuis plus d'un an.

Pour ouvrir droit à la pension de réversion :

- l'assuré doit être décédé, ou disparu depuis plus d'un an ;
- le conjoint survivant doit avoir au moins 55 ans et être marié avec le défunt ou divorcé et non remarié ;
- le mariage doit avoir été célébré au moins 2 ans avant le décès. Toutefois cette condition disparaît si un enfant au moins est issu de ce mariage ;
- les ressources personnelles du conjoint survivant ne doivent pas dépasser un certain montant. Le plafond des ressources est égal à 2.080 fois le SMIC horaire (soit 19.614 € au 1er janvier 2014).

Le montant de la pension de réversion est égal à 54 % de la pension de retraite dont bénéficiait ou aurait dû bénéficier l'assuré décédé.

Le montant annuel de la pension de réversion est au minimum égal à 3.403,07 € annuel (283,58 € par mois) et au maximum égal à 10.137,96 € annuel (844,83 € par mois).

Une majoration égale à 10 % du montant de la pension est accordée lorsque le bénéficiaire d'une pension de réversion a élevé au moins 3 enfants ou à celle de son conjoint pendant au moins 9 ans, avant leur 16ème anniversaire.

Le cumul d'une pension de réversion et d'une retraite personnelle est possible sous certaines conditions.

Retraite complémentaire

La retraite complémentaire est obligatoire pour tous les salariés, assujettis à titre obligatoire, à l'assurance vieillesse du régime général de la CPS. Pour les salariés du privé, elle est mise en œuvre par l'ARRCO (association pour le régime complémentaire des salariés) pour les cadres et non cadres, ainsi que par l'AGIRC (association générale des institutions de retraite des cadres) pour les cadres.

Les retraites des régimes complémentaires sont calculées en points. Chaque année le montant des cotisations versées en fonction d'un salaire ou revenu de référence est traduit en points, compte tenu de la valeur d'achat unitaire du point applicable pour l'exercice concerné. La retraite perçue par le salarié sera fonction du nombre de points acquis durant toute la carrière professionnelle. Pour calculer le montant de la pension, il suffit de multiplier le nombre de points acquis durant toute la carrière par la valeur du point au moment de la liquidation de la pension.

Les non-cadres cotisent sur la totalité de leur rémunération dans la limite de trois fois le plafond de la sécurité sociale auprès du régime de l'ARRCO. Les cadres quant à eux cotisent jusqu'à une fois le plafond de la sécurité sociale auprès du régime ARRCO et au-delà d'une fois le plafond, sur la totalité de leur rémunération dans la limite de huit fois le plafond, auprès du régime AGIRC.

Pour le calcul, il est tenu compte des points attribués après versement de cotisation mais également des points attribués sans versement de cotisation. Il s'agit des périodes d'emploi antérieures à l'application du régime, des périodes de maladie - qui ont interrompu un emploi relevant du régime - d'une durée d'au moins trois mois consécutifs (dans le régime des cadres) ou 60 jours consécutifs (dans le régime des non-cadres) et pour lesquelles l'intéressé a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance maladie ou de l'assurance accident du travail. Il en est de même si l'intéressé était titulaire d'une pension d'invalidité. Les périodes de perception d'indemnités de l'assurance chômage donnent également droit à des points retraite.

La valeur annuelle du point au 1er avril 2014 est de :

- ARRCO : 1,2513 €
- AGIRC : 0,4352 €

Dans l'attente de l'ordonnance alignant progressivement le régime de base de Saint-Pierre-et-Miquelon sur le régime métropolitain, la CPS continue de servir la retraite à taux plein à l'âge de 60 ans pour 150 trimestres d'assurance. A titre temporaire, ce dispositif permet le versement des allocations de la CPS et des régimes AGIRC et/ou ARRCO au même âge.

Les assurés qui obtiennent la retraite de base locale sans abattement et qui justifient d'une activité salariée à Saint-Pierre-et-Miquelon 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 (AGIRC-ARRCO 2013-10 du 28 juin 2013).

Pour plus d'informations : www.humanis.com

I. Prestations familiales

Les prestations familiales comprennent les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, ainsi que des prestations liées à la naissance comme la prime à la naissance ou à l'adoption, le complément du libre choix d'activité, l'allocation de base de la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant) ainsi que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Le droit aux prestations familiales est ouvert, du chef des enfants légitimes, naturels, adoptifs, voire simplement recueillis, dès lors qu'ils sont à la charge de l'allocataire.

La notion d'enfant à charge procède de l'appréciation d'une situation de fait. Elle comporte, toutefois, une limite d'âge fixée à vingt ans pour tous les enfants n'exerçant aucune activité ou dont la rémunération n'excède pas par mois 55 % du SMIC. Pour le versement du complément familial, l'âge limite des enfants est fixé à 21 ans au lieu de 20 ans pour les autres prestations familiales. Enfin en vue de compenser la perte financière subie par les familles de trois enfants et plus lorsque l'aîné atteint l'âge de 20 ans, une allocation forfaitaire a été mise en place.

Méthode de calcul des prestations familiales : les prestations familiales représentent un pourcentage d'une base mensuelle de calcul (BMAF). La BMAF s'élève à 406,21 € au 1er avril 2014.

Prestations générales d'entretien**Allocations familiales**

Des allocations familiales sont versées à toute famille qui a au moins 2 enfants à charge âgés de moins de 20 ans. Aucune demande n'est à faire, les allocations sont versées automatiquement et indépendamment de la situation familiale et du montant des revenus.

Montants mensuels valables jusqu'au 31 mars 2015 :

- pour 2 enfants 129,99 €
- pour 3 enfants 296,53 €
- par enfant en plus 166,55 €

En plus des allocations familiales, une majoration est versée pour les enfants âgés de plus de 11 ans et 16 ans, d'un montant mensuel de :

- 36,56 € par enfant de 11 à 16 ans
- 64,99 € par enfant de plus de 16 ans

Lorsque l'aîné d'une famille comportant au moins 3 enfants à charge atteint l'âge de 20 ans, un montant forfaitaire de 82,19 €/ mois est servi au titre de cet enfant pendant un an à la personne ou au ménage qui en assure la charge. Il est versé jusqu'au mois précédant le 21ème anniversaire de l'enfant, sous réserve que ce dernier remplisse les conditions autres que celle de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales.

Complément familial

Le complément familial est versé, sous conditions de ressources, aux familles de 3 enfants à charge ou plus, tous âgés de plus de 3 ans et de moins de 21 ans.

Pour bénéficier du complément familial, les ressources 2012 de la famille ne doivent pas dépasser une limite variable selon la situation :

Plafonds et montants valables jusqu'au 31 décembre 2014		
Nombre d'enfants	Couple avec un seul revenu	Parent isolé ou couple avec 2 revenus
3 enfants	41.769 €	51.097 €
par enfant en plus	6.962 €	6.962 €

Le montant mensuel versé en complément familial est de 169,19 € (valable jusqu'au 31 mars 2015).

Chaque année, les revenus du ménage doivent être déclarés auprès du service des allocations familiales.

Allocation de rentrée scolaire

L'allocation de rentrée scolaire 2014-2015 est versée, sous conditions de ressources, pour tout enfant âgé de 6 à 18 ans.

L'enfant doit être écolier (entrer à l'école primaire), étudiant ou apprenti et gagner moins de 55% du Smic soit, 885,81 € mensuels bruts.

Les ressources du ménage ne doivent pas dépasser pour l'année 2012 :

- 27.033 € pour 1 enfant
- 33.271 € pour 2 enfants

- 39.509 € pour 3 enfants
- 6.238 € par enfant en plus

Si les ressources dépassent de peu le plafond applicable, une allocation de rentrée scolaire réduite, calculée en fonction des revenus est versée.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire dépend de l'âge de l'enfant. Pour la rentrée 2014-2015, il est de :

- 364,45 € euros pour un enfant âgé de 6 à 10 ans
- 384,56 € euros pour un enfant âgé de 11 à 14 ans
- 397,88 € euros pour un enfant âgé de 15 à 18 ans

Prestations d'entretien et d'accueil liées à la petite enfance

Les prestations d'entretien et d'accueil liées à la petite enfance sont regroupées dans la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) se compose :

- d'une prime à la naissance ou à l'adoption ;
- d'une allocation mensuelle versée sous condition de ressources de la naissance aux trois ans de l'enfant ou lors de l'adoption d'un enfant ;
- d'un complément de libre choix d'activité ou d'un complément optionnel de libre choix d'activité.

Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

Prime à la naissance ou à l'adoption

La prime à la naissance ou à l'adoption est versée sous conditions de ressources, à toute personne attendant un enfant ou ayant adopté ou recueilli un enfant en vue d'adoption depuis le 10 octobre 2008.

La grossesse doit être déclarée à la CPS dans les 14 premières semaines.

En cas d'adoption, l'enfant doit être âgé de moins de 20 ans et avoir été confié en vue d'adoption par le service d'aide sociale à l'enfance, un organisme autorisé pour l'adoption ou, une autorité étrangère compétente.

Pour ouvrir droit au versement d'une prime, les ressources de 2012 de la famille ne doivent pas dépasser une limite qui varie selon la situation :

Nombre d'enfants à charge	Couple avec un seul revenu	Parent isolé ou couple avec 2 revenus
1 enfant	39.739 €	52.516 €
2 enfants	47.687 €	60.464 €
3 enfants	57.244 €	70.001 €
par enfant en plus	9.537 €	9.537 €

Le montant de la prime est de 927,71 €

Pour les enfants adoptés ou accueillis en vue d'adoption (à compter du 10 octobre 2008), le montant de la prime est de 1.855,42 €

La prime est versée au cours du 7ème mois de grossesse et en cas d'adoption, le mois suivant l'arrivée au foyer ou le mois suivant l'adoption ou le placement en vue d'adoption si l'arrivée au foyer est antérieure.

En cas de naissances multiples, d'adoptions multiples ou d'accueils multiples en vue d'adoption, il est versé autant de primes que d'enfants nés, adoptés ou accueillis en vue d'adoption.

La prime n'est pas due en cas d'interruption de grossesse avant la fin du 5ème mois suivant le début de grossesse.

Allocation de base

L'allocation de base de la PAJE est versée à tout assuré ayant un enfant de moins de 3 ans à charge, ou un enfant de moins de 20 ans adopté, recueilli en vue d'adoption depuis le 10 octobre 2008, dont les ressources ne dépassent pas certaines limites.

Après la naissance, l'enfant doit passer 3 examens médicaux obligatoires au cours :

- des 8 premiers jours
- entre le 9ème et 10ème mois
- entre le 24ème et 25ème mois.

Les ressources 2012 de la famille ne doivent pas dépasser une limite qui varie selon la situation :

Nombre d'enfants au foyer (nés ou à naître)	Couple avec un seul revenu	Parent isolé ou couple avec 2 revenus
1 enfant	39.739 €	52.516 €
2 enfants	47.687 €	60.464 €
3 enfants	57.224 €	70.001 €
par enfant en plus	9.537 €	9.537 €

Le montant mensuel de l'allocation de base est de 185,54 € par famille du jour de naissance au mois précédant le 3ème anniversaire de l'enfant ou en cas d'adoption, du 1er jour d'arrivée de l'enfant au foyer et pendant 3 ans dans la limite des 20 ans de l'enfant.

Complément de libre choix d'activité (Clca) ou Complément optionnel de libre choix d'activité (Colca)

Le complément de libre choix d'activité (Clca) ou complément optionnel de libre choix d'activité (Colca) est versé à toute personne ayant au moins un enfant, de moins de 3 ans, né ou adopté après le 10 octobre 2008, qui a interrompu ou exerce son activité à temps partiel pour s'occuper de son enfant et qui justifie d'au moins huit trimestres de cotisations vieillesse (en continu ou non) validés au titre d'une activité professionnelle.

Le Colca est une allocation d'un montant plus élevé versée pendant une durée plus courte. Ce choix est définitif.

Pour prétendre au complément Clca ou Colca, l'assuré ne peut recevoir :

- le complément optionnel de libre choix d'activité,
- une pension d'invalidité, de retraite,
- des indemnités journalières maladie, maternité, paternité ou d'accident du travail,
- une allocation de chômage,
- des congés payés.

Si l'assuré reçoit une allocation de chômage, il peut demander à Pôle Emploi de suspendre son paiement pour bénéficier du complément de libre choix d'activité. Le paiement de l'allocation chômage reprendra lorsque l'assuré cessera de bénéficier du complément de libre choix d'activité.

Le montant du complément de libre choix d'activité dépend de la situation et des droits à l'allocation de base de la Paje.

Montants valables jusqu'au 31 mars 2015 :

Si l'allocataire ne travaille plus :		
Situation	Bénéficiaire de l'allocation de base de la Paje	Ne bénéficie pas de l'allocation de base de la Paje
Montant mensuel du complément de libre choix d'activité	392,48 €	579,13 €
Si l'allocataire est salarié et travaille à temps partiel, le complément de libre choix d'activité qui est versé varie selon l'activité et le droit à l'allocation de base :		
Situation	Pour un temps de travail ne dépassant pas 50% de la durée du travail fixée dans l'entreprise	Pour un temps de travail compris entre 50 et 80% de la durée du travail fixée dans l'entreprise
L'allocataire reçoit l'allocation de base de la Paje, le montant mensuel du complément est de :	253,72 €	146,36 €
L'allocataire ne reçoit pas l'allocation de base de la Paje, le montant mensuel du complément est de :	440,37 €	333,01 €

La durée de versement du complément de libre choix d'activité varie selon le nombre d'enfants :

- Pour un seul enfant à charge, pendant une période maximale de 6 mois décomptés à partir du mois de la naissance ou de l'adoption, de l'accueil ou de la fin du congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
- Pour plusieurs enfants à charge, à partir du mois suivant la naissance ou l'adoption, l'accueil, la fin du congé de maternité, de paternité ou d'adoption, l'arrêt de l'activité ou le début de l'activité à temps réduit et jusqu'au mois précédant le 3ème anniversaire de l'enfant.

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Pour aider les familles à l'éducation et aux soins quotidiens d'un enfant handicapé de moins de 20 ans, la CPS peut verser une Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh) qui remplace depuis le 1er janvier 2006 l'Allocation d'éducation spéciale.

Les droits dépendent du taux d'incapacité de l'enfant. Ce taux est apprécié par la Commission territoriale pour les personnes handicapées qui se prononce également sur l'attribution de l'allocation, des compléments et sur leur durée de versement.

L'allocation est versée si l'enfant a :

- moins de 20 ans,
- une incapacité permanente d'au moins 80%,
- ou une incapacité comprise entre 50% et 80%, s'il fréquente un établissement spécialisé ou si son état exige le recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile.

Le montant de l'allocation jusqu'au 31 mars 2015 est de 129,99 € par mois et par enfant.

Ce montant peut être majoré par un complément accordé par la Commission territoriale pour les personnes handicapées qui prend en compte :

- le coût du handicap de l'enfant,
- la cessation ou la réduction d'activité professionnelle de l'un ou l'autre des deux parents,
- l'embauche d'une tierce personne rémunérée.

Montant du complément :

- 1ère catégorie : 97,49 €
- 2ème catégorie : 264,04 €
- 3ème catégorie : 373,71 €
- 4ème catégorie : 579,71 €
- 5ème catégorie : 740,16 €
- 6ème catégorie : 1.103,08 €

Si l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale de ses frais de séjour, l'Aeeh n'est due que pour les périodes pendant lesquelles l'enfant rentre chez lui : fins de semaines, petites et grandes vacances.

Le dossier est à demander auprès de la Commission territoriale pour les personnes handicapées et doit ensuite être envoyé à la Commission territoriale pour les personnes handicapées auprès du service de l'éducation nationale - Place du Général de Gaulle - BP 4239 - Saint-Pierre.

Pour plus d'informations, consultez la rubrique particuliers – prestations de la [CAF](#) ou le [site de la CPS](#).

J. Prestations liées au handicap, à l'insertion et à la solidarité

Dans le cadre des prestations liées à l'insertion et à la solidarité, sont servies des allocations aux adultes handicapés (AAH), le revenu de solidarité (RSO), le revenu de solidarité active (RSA), le revenu supplémentaire temporaire d'activité (RSTA). Pour plus d'informations, [consultez la rubrique particuliers - prestations de la CAF](#) ou le [site de la CPS](#).

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'assuré handicapé qui perçoit des ressources modestes a droit quelle que soit sa situation familiale, à l'Allocation aux adultes handicapés (Aah).

Pour cela, l'assuré handicapé doit :

- résider en France ou dans une collectivité d'Outre-mer
- être français ou ressortissant d'un pays membre de l'Espace économique Européen (EEE) ou membre de la famille d'un ressortissant de l'EEE, ou ressortissant d'un autre pays et en situation régulière en France ;
- avoir au moins 20 ans et moins de 60 ans ;
- présenter un taux d'incapacité au moins égal à 80%.

Si le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79%, l'assuré doit être reconnu avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Les demandes d'allocation aux adultes handicapés se font auprès de la Maison Territoriale de l'Autonomie.

Les montants des plafonds de ressources sont valables à compter du 1er septembre 2013. Les droits dépendent des ressources 2012 de l'assuré.

Les ressources ne doivent pas dépasser un plafond annuel de :

- 9.482,16 € pour une personne seule
- 18.964,32 € pour un couple

Ces montants sont augmentés de 4.741,08 € par enfant à charge.

Le montant maximum de l'Aah est de 790,18 € par mois pour une personne handicapée depuis le 1er septembre 2013.

Si l'assuré handicapé est sans ressource, il recevra le montant maximum de l'Aah, sinon il recevra un montant variable calculé en fonction de ses ressources. A noter que les pensions d'invalidité, de retraite ou les rentes d'accident du travail sont versées prioritairement sur l'Aah.

Les compléments de l'Aah :

Pour ouvrir droit au **complément de ressources**, l'assuré doit avoir moins de 60 ans, présenter un taux d'incapacité d'au moins 80 %, avoir une capacité de travail inférieure à 5 %, ne pas avoir perçu de revenus professionnels depuis au moins un an et ne pas exercer d'activité professionnelle et disposer d'un logement indépendant. Cette décision est prise par la Cdaph.

Le montant mensuel du complément de ressources est de 179,31 €

Une **majoration mensuelle pour vie autonome** d'un montant de 104,77 € peut être versée si la personne handicapée n'exerce pas d'activité professionnelle propre et dispose d'un logement indépendant.

Les montants de l'Aah et des plafonds de ressources sont valables jusqu'au 31 août 2014.

Revenu de solidarité (RSO)

Le RSO a été créé par la loi d'orientation pour l'outre-mer du 13 décembre 2000 et a été mis en place dans l'archipel au printemps 2002.

Cette allocation concerne les résidents permanents de l'archipel ou d'un DOM, bénéficiaires du revenu de solidarité active depuis au moins deux ans sans interruption, âgés d'au moins 55 ans et de moins de 65 ans, s'engageant à n'exercer aucune activité rémunérée pendant la période de perception du revenu de solidarité. L'allocation ne peut être cumulée avec certaines prestations (allocation aux adultes handicapés...) ou revenus professionnels.

La demande doit être déposée auprès des services de la CPS. En cas d'attribution du RSO, il sera mis fin au droit au RSA. Le montant du RSO est soumis à conditions de ressources ; pour 2014 le montant maximum du RSO est de 507,15 €

Pour de plus amples renseignements, il convient de contacter la CPS.

Revenu de solidarité active (RSA)

Peut bénéficier du Revenu de solidarité active (Rsa) sous certaines conditions, la personne de 25 ans ou plus (ou plus jeune si enfant à charge ou à naître ou s'il a travaillé 2 ans à temps plein durant les 3 dernières années) qui exerce ou non une activité professionnelle et qui n'a pas ou peu de ressources.

Le Rsa vise à assurer un revenu mensuel minimum. Le montant de l'allocation est égal à la différence entre le montant maximal du Rsa (montant forfaitaire + 62% des revenus d'activité du foyer) et les ressources. Il est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Rsa} = (\text{Montant forfaitaire} + 62\% \text{ des revenus d'activité du foyer}) - (\text{Ressources du foyer})$$

Montant forfaitaire : il est déterminé en fonction de la composition du foyer. Ce montant peut être majoré durant une période limitée si l'assuré(e) est isolé(e) avec au moins un enfant à charge ou enceinte.

Revenus d'activité du foyer : moyenne mensuelle de l'intégralité des revenus d'activité ou assimilés perçus par l'ensemble des membres du foyer le trimestre précédent (salaires, revenus de stage de formation, revenus d'une activité indépendante...).

Ressources du foyer : moyenne mensuelle des ressources du foyer perçues le trimestre précédent (revenus d'activité, pensions alimentaires, rentes, indemnités de chômage...) et certaines prestations familiales perçues le mois d'examen du droit (allocation de soutien familial, allocations familiales...).

Montants Forfaitaires valables du 1er janvier au 31 décembre 2014

* Ces montants peuvent être majorés, sous certaines conditions, pour les personnes seules assumant la charge d'un enfant né ou à naître.

Nombre d'enfant(s)	personne seul(e)*	couple
0	499,31 €	748,97 €
1	748,97 €	898,76 €
2	898,76 €	1.048,55 €
par enfant en plus	199,72 €	199,72 €

Le Rsa n'est pas versé si son montant est inférieur à 6 €.

K. Chômage

Les prestations d'assurance chômage sont fonction, dans leur principe, dans leur montant et dans leur durée, de la durée d'assujettissement au régime et des salaires sur lesquels ont été versées les cotisations.

Pour bénéficier de prestations de chômage, il faut :

- une rupture du lien professionnel par licenciement, la venue à terme d'un engagement à durée déterminée, une rupture conventionnelle ou la démission pour motif légitime ;
- des aptitudes physiques à l'exercice d'un emploi ;
- une inscription comme demandeur d'emploi auprès de Pôle Emploi ;
- l'accomplissement d'actes positifs de recherche d'emploi ;
- une certaine durée d'affiliation au régime (au moins 122 jours au cours des 28 derniers mois ou des 36 derniers mois pour les salariés âgés de 50 ans et plus).
- ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (ou l'âge requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- accepter les offres raisonnables d'emploi. En cas de refus à deux offres raisonnables, l' demandeur d'emploi peut être sanctionné.

L'allocation journalière de chômage est calculée pour partie d'après le salaire journalier de référence. Ce salaire est constitué des rémunérations soumises à cotisations au titre des douze mois civils précédant le dernier jour de travail payé, dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale (12.516 € par mois).

Le montant de la prestation journalière est égal à :

- soit à la somme d'une partie proportionnelle représentant 40,4 % du salaire journalier de référence et d'une partie fixe égale 11,64 €,
- soit à 57,4 % du salaire journalier de référence si ce calcul est plus avantageux pour l'assuré.

Le montant net de l'allocation journalière ne peut pas être inférieur à 28,38 €, ni supérieur à 75 % du salaire journalier de référence.

La durée de versement de l'allocation varie en fonction de la durée préalable d'affiliation et de l'âge du demandeur d'emploi. Elle est au minimum de 122 jours et au maximum de 730 jours si le salarié privé d'emploi est âgé de moins de 50 ans ou 1.095 jours, s'il est âgé de plus de 50 ans.

Plus d'informations, site de [pôle emploi](http://pôle.emploi.fr)

L. Action sanitaire et sociale

Le service de l'aide sociale s'adresse à l'ensemble des assurés et allocataires de St-Pierre-et-Miquelon.

Les demandes d'aides sont attribuées sur dossier et sous conditions de ressources, dans le cadre du budget de l'action sociale :

- les demandes d'aides liées à la maladie,
- les demandes d'aides extralégales en direction des familles, des allocataires handicapés et des retraités.

Depuis Janvier 2009, deux nouvelles aides spécifiques aux retraités ont été mises en place :

- l'aide annuelle au chauffage
- les Plans d'Actions Personnalisés (PAP) : aide à domicile, portage de repas, soins de pédicurie, nettoyage du domicile, sécurisation du logement.